



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BIANCA WAYLLA RIBEIRO DIONISIO

CUIDADOS EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: estratégias,
serviços e cuidados na realidade brasileira

SOBRAL

2021

BIANCA WAYLLA RIBEIRO DIONISIO

CUIDADOS EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: estratégias, serviços
e cuidados na realidade brasileira

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Francisca Denise Silva Vasconcelos

SOBRAL

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

D624c Dionisio, Bianca Waylla Ribeiro.
CUIDADOS EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA : estratégias, serviços e cuidados na realidade brasileira / Bianca Waylla Ribeiro Dionisio. – 2021.
114 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2021.

Orientação: Profa. Dra. Francisca Denise Silva Vasconcelos.

1. saúde da mulher. 2. pessoas em situação de rua. 3. atenção à saúde. I. Título.

CDD 610

BIANCA WAYLLA RIBEIRO DIONISIO

CUIDADOS EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: estratégias, serviços
e cuidados na realidade brasileira

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Francisca Denise Silva Vasconcelos

Aprovada em: 10/09/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Francisca Denise Silva Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dr^a Ivaldinete de Araújo Delmiro Gêmes
Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UEVA)

Prof^a Dr^a James Ferreira Moura Junior
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

A minha vó, *in memoriam*, Isabel Rosa da Luz

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a mim. Creio que o patriarcado induz, reproduzir e conduz as mulheres a não reconhecerem seus potenciais e suas potencialidades. Mas, resistimos e refletimos a luz que emana dos nossos corpos e de nossas mentes.

Ao meu companheiro, no amor, na vida e na luta, Dassayeve, que está/esteve ao meu lado desde os primeiros dias de estudo para seleção. Ele foi quem me esperou ansiosamente para me dar a notícia que fui aprovada e quem segurou minha mão para não desistir em meio a tantos momentos difíceis.

A Dra. Professora Francisca Denise Silva Vasconcelos, pela orientação, competência, afeto, compreensão e dedicação tão importantes, que me fizeram continuar e acreditar que essa conquista seria possível. Não há palavras que possam descrever o quanto sou grata por seus cuidados.

Aos meus Paule's, Paula Evangelista e Paulo Cesar, por me acolherem de maneira tão afetuosa e cuidadosa, mesmo a quilômetros de distância.

As minhas amigas Vilki Malherme e Nara Nobre, e ao meu amigo Ciro Neves pelo cuidado tão profundo e companheiro.

A minha família, meu avô Raimundo e minha vó Isabel (*in memorian*), meus amados pais Cecília e Roberto, meus irmãos Roberta e Alberto, aos meus sobrinhos Gabriel e Helena. Amo vocês do fundo do meu coração.

Aos membros da banca examinadora, a Dra. Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes e ao Dr. James Ferreira Moura Junior, professora e professor que admiro e acompanho. Obrigada por participarem e colaborarem com esta dissertação.

E por último, mas, não menos importante:

FORA BOLSONARO!

MULHERES NÃO SÃO MERCADORIAS!

NÃO AO PATRIARCADO, AO MACHISMO, SEXISMO, MISOGINIA E AO CAPITALISMO!

LUTA É SUBSTANTIVO FEMININO!

Ninguém é capaz de nos conter e calar!

“Não sou livre enquanto outra mulher for prisioneira, mesmo que as correntes dela sejam diferentes das minhas.” Audre Lorde

RESUMO

O processo de rualização é um fenômeno histórico, multicausal, que se caracteriza como o movimento dos sujeitos que fazem da rua sua moradia e/ou local de trabalho. No que se refere ao gênero, há predominância do sexo masculino, tanto nos dados nacionais quanto estaduais, embora conte com um expressivo número de mulheres que vivem em condições de extrema vulnerabilidade decorrente da situação de rua, que se potencializam quando atravessadas por questões relacionadas a raça e classe. Diante disso o objetivo da pesquisa foi analisar, a partir da epistemologia feminista e teoria foucaultiana, as estratégias de cuidado em saúde direcionadas as mulheres no contexto de situação de rua no Brasil. Apostou-se na revisão integrativa com metassíntese qualitativa embasada em protocolos internacionais para sua execução. A busca bibliográfica foi realizada em seis bases de dados utilizando MeSH, DeCS e palavras-chave. Foram identificados no total de 7.433 estudos após a triagem avaliou-se na integra 203, resultando em 24 artigos incluídos nos idiomas inglês, português e/ou espanhol. Os resultados esboçaram as inúmeras violências experiências por mulheres em situação de rua no Brasil, desde as proferidas por parceiro íntimo e até reproduzidas nos serviços de saúde, ou seja, a violência institucional. Os achados afirmam que a violência institucional ou estrutural prejudica significativamente a busca por cuidado devido a estigmatização, discriminação e exclusão social. É notório a baixa eficácia e eficiência do modelo de intervenção médico predominante. Deste modo, há extrema necessidade de pesquisas e intervenções políticas em saúde que abordem e compreendam as questões de gênero, raça e classe no cuidado com a população de rua, em especial, nas políticas de saúde já vigentes.

Palavras-chave: saúde da mulher; pessoas em situação de rua; atenção à saúde.

ABSTRACT

The ritualization process is a historical, multicausal phenomenon, which is characterized as the movement of subjects that make the street their home and/or workplace. Regarding gender, there is a predominance of males, both in national and state data, although there is a significant number of women living in conditions of extreme vulnerability resulting from the street situation, which are enhanced when crossed by issues related to race and class. Therefore, the objective of this research was to analyze, from the feminist epistemology and Foucauldian theory, the strategies of health care directed to women in the context of street situation in Brazil. An integrative review with qualitative meta-synthesis based on international protocols was used for its execution. The bibliographical search was carried out in six databases using MeSH, DeCS and keywords. A total of 7,433 studies were identified. After screening, 203 were fully evaluated, resulting in 24 articles included in English, Portuguese and/or Spanish. The results outlined the numerous violence experienced by women living on the streets in Brazil, from those uttered by intimate partners and even reproduced in health services, i.e., the institutional violence. The findings state that institutional or structural violence significantly impairs the search for care due to stigmatization, discrimination and social exclusion. The low effectiveness and efficiency of the predominant medical intervention model is notorious. Thus, there is extreme need for research and policy interventions in health that address and understand the issues of gender, race and class in the care of the street population, especially in health policies already in place.

Keyword: women's health; pessoas em situação de rua; delivery of health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Amarração teórica metodologia da metassíntese.....	51
Quadro 2 – Amarração para sistematização da estratégia de busca	54
Quadro 3 –Busca sistematizada: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos artigos analisados na revisão integrativa com síntese qualitativa, 2021.....	58
Quadro 4 – Matriz de Amarração Teórica Metodológica	62
Quadro 5 – Síntese dos resultados por objetivo relacionado, autoria, objetivos, amostra e região/país de estudos qualitativos e quantitativos sobre cuidado a/em saúde a mulheres em situação de rua, 2021	67
Quadro 6 – Relação entre a busca por cuidado e cuidados ofertados e/ou estratégias adotadas, 2021.	78
Figura 1 – Estratégia PICo sobre cuidados em saúde da mulher em situação de rua no contexto brasileiro	52
Figura 2 – Fluxograma representativo das etapas de seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa	57
Figura 3 – Tabela original dos Seis W para o método de revisão de literatura de Callahan, 2014	60
Figura 4 –Desenho metodológico do projeto de pesquisa.....	64
Tabela 1 – Distribuição dos estudos por ano de publicação, contexto geográfico, idiomas, tipo de método utilizado para coleta de informações (n=24), 2021.....	66
Tabela 2 – Informações sobre os periódicos dos artigos analisados e os fatores de impacto: JCR, Índice H e Qualis Periódico, 2021	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica em Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CASP	Critic Appraisal Skills Programme
CEMARIS	Censo e Mapa de Riscos Pessoal e Social
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CnaR	Consultório na Rua
CSF	Centro de Saúde da Família
DeCs	Descritores em Ciência da Saúde
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Developing and Evaluation</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HRDR	<i>Human Resource Development Review</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISI	<i>Institute for Scientific Information</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
JI	Instituto Joanna Briggs
JCR	<i>Journal Citation Reports</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MesH	Medical Subject Heading
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAPSR	Política Nacional de Atenção a População em Situação de Rua
PSR	População em Situação de Rua
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SEDHAS	Secretaria dos Direitos Humanos, Habitação e Assistência Social
Sinan Net	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SJR	Indicador <i>SCImago Journal Rank</i>
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNIFEC	Fundo das Nações Unidas para Infância
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
VPI	Violência por Parceiro Íntimo
WoS	Web of Science

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: “Do rio que tudo arrasta se diz que é violento. Mas ninguém diz violentas as margens que o comprimem”	23
2.1	Exclusão social e rualização: concepções teóricas	23
2.2	População em situação de rua: resgate histórico e político de seus construtos sociais	28
2.3	Dispositivos de controle e a mulher em situação de rua	34
3	CUIDADO, CORPO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: processos de exclusão social e invisibilização de mulheres em situação de rua	42
3.1.1	Processo histórico das Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil e a invisibilidade da mulher em situação de rua	43
3.1.2	A chegada da pílula anticoncepcional no Brasil e a implementação do programa de assistência à mulher	45
4	PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1	Tipo de método e abordagem	49
4.2	Desenvolvimento da questão norteadora: estratégia PICo	52
4.3	Sistematização da estratégia de busca	52
4.4	Estratégia de identificação e triagem dos estudos selecionados: análise do nível de evidência e força de recomendação	56
4.5	Coleta e organização dos resultados	59
4.6	Análise das informações	60
4.7	Aspectos éticos da pesquisa	63
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
5.1	“Pra mulher é mais difícil, entendeu...”: sobreviver nas ruas e ser mulher	72
5.1.1	Ser “mãe da rua” é cuidar do outro e não de mim: estratégia de resistência para driblar as violências	75
5.2	Demandas, busca e oferta de cuidados a saúde das mulheres em situação de rua .	77
5.3	Experiências de violações de direitos à saúde e violência institucional por mulheres em situação de rua no Brasil	81
5.4	Cuidados à saúde sexual e reprodutiva: gestar nas ruas, infecções transmitidas sexualmente e pobreza menstrual	87
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94

REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES QUALITATIVAS	108
ANEXO A – CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP) – <i>Checklist</i>	110

1 INTRODUÇÃO

O processo de rualização é um fenômeno histórico e multicausal, que se caracteriza como o movimento dos sujeitos que fazem da rua sua moradia e/ou local de trabalho (ROSÁRIO, 2015; ALCÂNTARA; ABREU; FARIAS, 2015). Dentro do processo de rualizar-se, há um grupo populacional heterogêneo, que possui em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional, e que, em sua maioria, utilizam unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009a). Para a análise censitária, este grupo pode ser subdividido nas categorias de residente e imigrante. O primeiro, representa as pessoas que, antes de morarem nas ruas, possuíam residência fixa no município de notificação. O imigrante, ao contrário, configura-se como uma pessoa que não tenha constituído residência fixa no município de notificação (CEARÁ, 2017).

Nos últimos anos, a População em Situação de Rua (PSR) tem aumentado. No primeiro censo nacional em 2008, o quantitativo de pessoas em situação de rua era de 31.922, e, em 2015, esse número se amplia para cerca 101 mil pessoas (BRASIL, 2008a; CEARÁ, 2015). Uma análise comparativa dos dados do Censo e Mapa de Riscos Pessoal e Social (CEMARIS) do Ceará, revela um número crescente da PSR. O registro de notificação em 2013, pelo CEMARIS era de 921 pessoas, passando para 2.033 casos notificados em 2015 e 2.535 notificações em 2017. Já no ano de 2018, o censo revelou uma queda no número de notificações, apresentando 1.738 casos no Ceará. Mas, quando se compara o número de notificações de mulheres em situação de rua, nota-se um aumento significativo no mesmo ano. Uma vez que, em 2017 foram notificadas 325 mulheres, correspondendo a 4,1% do percentual total da PSR. Entretanto no ano de 2018 notificou-se 349 mulheres em situação, o que representa cerca de 14,67% do total PSR no estado (CEARÁ, 2015; 2017; 2018). Cabe destacar que a PSR não participa do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pois, ainda, se utiliza as residências para o levantamento do número de pessoas por municípios.

No que se refere ao gênero, há predominância do sexo masculino, tanto nos dados nacionais quanto estaduais, embora conte com um expressivo número de mulheres que vivem em condições de extrema vulnerabilidade decorrente da situação de rua, que se potencializam quando atravessadas por questões relacionadas a raça e classe (BRASIL, 2009b; CEARÁ, 2015).

As mulheres em situação de rua vivenciam com mais intensidade os riscos deste contexto, pois estão sujeitas aos fatores inerentes de uma condição de extrema vulnerabilidade social, além de violências por questões de gênero, principalmente a violência sexual (SOUZA

et al., 2016; BISCOTTO *et al.*, 2016; VILLA *et al.*, 2016; MACDONALD, 2014; GRAEFF, 2012). Estudos apontam que o risco de morte entre mulheres em situação de rua de 18 a 44 anos, é de oito a trinta vezes maior do que as de mulheres da mesma faixa etária em população em geral (CHEUNG; HWANG, 2004; FAZEL; GEDDES; KISHEL, 2014; WHO, 2005). Tais dados inferem a existência de problemas no acesso aos cuidados em saúde adequados, mesmo em países com sistema de saúde universal, que se relacionam com a falta de organização dos processos de trabalho, despreparo para trabalhar com este público e falta de investimentos financeiros (WHO, 2005; CHEUNG; HWANG, 2004).

Por vezes, o despreparo para lidar com este público, deriva de problemas estruturais que se relaciona com outras formas de discriminação social, tais como o machismo, o racismo e o preconceito de classe. Neste sentido, a “discriminação e o preconceito também contribuem para a exclusão social das populações que vivem na condição de isolamento territorial, como no caso dos que vivem nas ruas” (BRASIL, 2013a, p. 13). Sendo assim, compreende-se que viver em situação de rua é um problema que ultrapassa a falta de moradia fixa (BARATA *et al.*, 2015).

Diante dessas premissas, o Ministério da Saúde incentiva o desenvolvimento de pesquisas que investiguem a extensão e origem das problemáticas de saúde subjacentes e suas causas etiológicas, que visem explorar os obstáculos sociais e econômicos para suprimir as lacunas entre o saber e o fazer e encontrar soluções por meio de “novos conhecimentos sobre os contextos locais, condições e prioridades de saúde”, para o desenvolvimento social e econômico de forma igualitária (BRASIL, 2007, p. 7).

Deste modo, objetiva-se, inicialmente, apresentar de onde surgiram os desejos que guiam este estudo, situando-os, principalmente, em meio a duas experiências por mim vivenciadas. A primeira, diz respeito a experiência como enfermeira residente multiprofissional em Saúde da Família no município de Sobral/CE, entre 2015/2017, na Estratégia Saúde da Família, sendo responsável por duas áreas que se caracterizavam como alto risco devido às vulnerabilidades sociais. Nestes territórios, a população feminina expunha-se ao tráfico, consumo e abuso de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) e a prostituição como forma de garantia de renda. Nesse cenário, imperavam os desafios cotidianos do cuidado em saúde, como preconceito, estigma e criminalização, tanto por parte da comunidade, quanto dos profissionais de saúde. Mesmo a maioria dessas mulheres sendo cadastrada no Centro de Saúde da Família (CSF) e com moradia fixa, havia nitidamente um processo exclusão/inclusão, fomentado por uma barreira “invisível” que dificultava o acesso desse público aos serviços preventivos.

A segunda experiência, se refere ao impacto e indignação ao tomar conhecimento da esterilização compulsória de Janaína Aparecida Querino - mulher negra em situação de rua - por uma decisão liminar do juiz da cidade de Mococa em São Paulo. Antes do veredito, Janaína foi avaliada por uma equipe de enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, que opinaram a favor do procedimento (MARTINELLI; ANTUNES, 2019; MORRIS, 2018). Os argumentos foram sustentados com base no “estilo de vida” da mulher, considerado irresponsável por se apresentar incapaz de compreender as consequências de uma gestação. Pode-se, diante desse argumento, lançar luz sobre múltiplas opressões de gênero, raça e classe, através de um processo eugênico que se repete em vários momentos da história com mulheres negras.

No Brasil, tal ato é inconstitucional, indo de encontro ao Artigo 226 (Título VII - da Ordem Social - Capítulo VII), pois, no que se refere ao planejamento familiar, é “vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”, cabendo ao Estado criar mecanismos que impeçam a sua realização (BRASIL, 1988, não paginado).

As questões que enfocam a luta por direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vêm sendo exploradas desde a década de 60, sempre marcadas por retrocessos, pois, dentro do sistema patriarcal, machista e misógino, não há nada mais absurdo do que o direito ao corpo (TIBURI, 2018). Concebe-se por um sistema patriarcal, ou patriarcado, um sistema opressor que visa manter o *status quo*, os privilégios de gênero, sexuais, de classe, de idade e de raça. Esse sistema é fincado profundamente na cultura e nas instituições, e se baseia, principalmente, em ideias prontas e inquestionáveis sobre a diferenciação dos papéis de gênero, considerando como identidade “natural” apenas dois sexos “normais”, além de enfatizar a superioridade masculina e a inferioridade das mulheres (TIBURI, 2018). A partir da análise dessas concepções limitadas, o feminismo segue na contramão como um contra-dispositivo, visando a desconstrução dos sistemas de opressão – pois, no patriarcado, o destino das mulheres é a violência (TIBURI, 2018).

Partindo dessa perspectiva, realizou-se uma busca simples em base de dados internacional, com a palavras “mulher+violência+Brasil”. Reuniu-se, aproximadamente, 95 milhões de resultados em menos de 0,45 segundos, um número assustador de notícias sobre as inúmeras violências contra a mulher brasileira. O Mapa da Violência de 2015 nos revela uma taxa de assassinatos de 4,8 para 100 mil mulheres, colocando o Brasil em quinto lugar no *ranking* mundial de taxa de feminicídio (ONU MULHERES, 2016). Em 2016, os indicadores de violência contra as mulheres apresentados pelo Senado Federal apontaram uma taxa de 4,4 assassinatos por 100 mil mulheres, sendo em sua maioria consideradas pardas (58%), na faixa

etária de 20 a 29 anos (27, 27%) e a causa básica de morte é por disparo de outra arma de fogo ou arma não especificada (43,72%) (BRASIL, 2019).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net), no ano de 2017, notificou 307.367 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil. Do total de notificações, 72% eram do sexo feminino. Dados preliminares do Sinan Net apresentam 34.352 notificações de violência sexual, quase 10 mil notificações de violência física, aproximadamente 52 mil de violência psicológica e 5.188 notificações de tortura no ano de 2018. A teórica feminista bell hooks¹ pontua que as nações geralmente estão preocupadas com a violência, mas que se recusam a relacionar essa violência ao pensamento patriarcal ou dominação masculina (HOOKS, 2019). No ano de 2016, a presidenta Dilma Rousseff lança as primeiras Diretrizes Nacionais para Investigar, Processar e Julgar com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres – Femicídios, tendo como objetivo adaptar para a realidade sociocultural, política e jurídica brasileira ao Modelo de Protocolo latino-americano, visando contribuir para a transformação do olhar do profissional sobre o crime, as vítimas, os responsáveis e suas circunstâncias (ONU MULHERES, 2016).

Apesar das instituições governamentais demonstrarem através de dados, números alarmantes sobre as violências contra as mulheres há, nitidamente, um tipo de mulher que não é incluída nesse olhar: as mulheres em situação de rua. Nota-se, com isso, que há uma invisibilidade das mulheres em situação de rua nas políticas governamentais. A população em situação de rua é excluída do mercado e de suas trocas, materiais ou simbólicas, bem como de todo o jogo social que envolve as riquezas espirituais e culturais de uma determinada realidade. Esta condição a inclui no processo de naturalização do fenômeno de exclusão e do estigma. Tal movimento, visa manter o *status quo* e a sustentação do sistema, criando seres descartáveis, ameaçadores socialmente e desnecessários economicamente (WANDERLEY, 2014).

Não há encaminhamentos ou direcionamentos específicos nas diretrizes nacionais sobre Femicídio a esta parcela das mulheres que se encontram em situação de rua. Da mesma forma, no que se refere à Política Nacional de Atenção a População em Situação de Rua (PNAPSR), instituída pelo Decreto nº 7.053, que visa assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços de saúde, tendo como porta de entrada prioritária a Atenção Básica em Saúde (ABS), incluindo as equipes de Consultório na Rua (CnaR) e sua articulação com os Centros de Referência Especializados para Atendimento da População em Situação de Rua

¹ É grafado em letras minúsculas para deslocar o foco da figura autoral para suas ideias (HOOKS, 2019).

(Centro Pop) (BRASIL, 2009a), não há uma pauta equitativa ou um recorte específico que aborde a realidade particular das mulheres que vivem nestas condições.

Diante disso, ao propor uma análise da situação de rua a partir da perspectiva de gênero, sublinha-se que as mulheres além de sofrerem com as questões evidentes por sobreviverem nas ruas, sofrem ainda com um processo duplicado de exclusão social/inclusão perversa. Uma vez que, as manifestações de violência patriarcal², física, psíquica e emocional, são perpetuadas do domicílio à situação de rua (ROSÁRIO, 2015).

Em vista disso, aponta-se que o processo histórico, sociocultural e político brasileiro, construído pela lente da sociedade patriarcal, é capaz de desencadear danos à vida social, saúde física e mental das mulheres, que, diante das adversidades da vida na rua necessitam criar estratégias de luta contra as inúmeras violências e a negação de direitos, ainda que, possivelmente, conheçam seus direitos e reconheçam os atos como violências.

Quando não se questiona o sofrimento que mutila o cotidiano, e principalmente não se enxerga a situação de rua como um processo excludente, cheio sofrimentos, corre o risco que da “política, inclusive a revolucionária, torna-se mera abstração e instrumentalização” (SAWAIA, 2014a, p. 101). Desse modo, a ideia definida nesta pesquisa é que a mulher em situação de rua, sofre, mas, que o sofrimento não nasce nelas, mas, são resultados das estruturais sociais que cerceiam seus direitos.

Sendo assim, este estudo surge da indignação acerca da violação de direitos e do exercício efetivo da cidadania e, em especial, pelos processos de exclusão/inclusão perversa das mulheres em situação de rua pelo sistema patriarcal, capitalista e racista brasileiro. Sublinha-se que não se pretende negar a afetividade entre a autora e o tema da pesquisa. Pois, entende-se que “a afetividade nega a neutralidade das reflexões científicas sobre desigualdade social, permitindo que, sem que se perca o rigor teórico-metodológico, mantenha-se viva a capacidade de indignar diante da pobreza” (SAWAIA, 2014a, p. 100).

Compreende-se que não se pode realizar intervenções efetivas sem a participação dos sujeitos que estão, ou serão, diretamente beneficiados. A princípio, partindo dessa premissa, desejava-se realizar encaminhamentos teóricos e empíricos, no que diz respeito aos cuidados à saúde reprodutiva e sexual das mulheres em situação de rua, a partir de suas vozes. Contudo, devido ao estado de calamidade pública, reconhecido por meio de Decreto Legislativo do Senado nº 6/2020 (BRASIL, 2020), a pesquisa conduziu-se a novos rumos.

2 Considera-se a definição proposta pela bell hooks (2019, p. 95) sendo uma violência “baseada na crença que é aceitável que um indivíduo mais poderoso controle outros por meio de várias formas de força coercitiva”.

Diante de tal limitação, realizou-se uma busca simples nas principais bases de dados sobre a assistência à saúde da mulher em situação de rua no Brasil e quais as políticas públicas direcionadas a este público específico. Percebeu-se, a partir dos resultados, tanto que estas são incluídas de modo perverso nas políticas públicas – pois estas não consideram o agravamento das questões relacionadas ao gênero –, quanto que há lacunas em relação a estudos que investiguem, analisem e descrevam os cuidados à saúde da mulher em situação de rua. Diante disso, questiona-se: há cuidados em saúde direcionados as mulheres em situação de rua na realidade brasileira?

Partindo desta inquietação, analisou-se e investigou-se de forma ampla a literatura sobre os cuidados à saúde da mulher em situação de rua no Brasil, a partir de uma revisão integrativa e metassíntese qualitativa. Para conduzir esta modalidade de pesquisa, utilizou-se estratégias visando garantir o rigor e confiabilidade metodológica. Assim, adotou-se a Estratégia “Cinco C” como norteadora, pois esta busca manter a concisão, clareza, criticidade, convincente, contribuição da pesquisa (CALLAHAN, 2014). A sistematização da estratégia de busca de informações será guiada pelas recomendações da JBI (2014) sobre os protocolos para revisões de evidências qualitativas.

Afim de ensejar a austeridade da estratégia de identificação e triagem dos estudos, apoiou-se em duas ferramentas críticas para analisar o nível de evidência e força de recomendação científica dos documentos. A primeira diz respeito a uma avaliação de estudos qualitativos desenvolvida pelo *Critic Appraisal Skills Programme (CASP)*; e a segunda consiste no método *Grading of Recommendations Assessment, Developing and Evaluation (GRADE)*. Para a coleta e organização dos resultados apostou-se na técnica dos “Seis W’s” (CALLAHAN, 2014) e em um instrumento que visou otimizar a coleta de informações subsidiar o alcance os objetivos específicos do projeto de pesquisa.

Por fim, realizou-se a análise das informações tendo como ponto de partida a problematização e o estreitamento das relações entre teoria e prática, pois, compreende-se que para compreender as relações de poder, se deve investigar as formas de resistência e como estas se articulam no jogo de antagonismos e oposições. No contexto desta pesquisa, os antagonismos abordados se referem ao poder dos homens sobre as mulheres e da medicina sobre a população. Evocou-se então o desejo de investigar as formas de resistência das mulheres em situação de rua em relação aos cuidados em saúde, com ênfase nos cuidados sexuais e reprodutivos que são desenvolvidos no contexto brasileiro. Para isto, optou-se por utilizar a Análise de Discurso (FOUCAULT, 2014; ORLANDI, 2005) e a Epistemologia Feminista (KETZER, 2017).

Assim, pretendeu-se, durante análise crítica dos resultados, interseccionar questões de gênero, situação de rua, raça e classe. Entende-se que esta estratégia é potente para construção de uma lógica mais justa tanto para a agenda feminista, quanto para a(s) luta(s) da população de rua. Sendo assim, é imprescindível refletir e agir na produção de práticas de cuidado inovadoras que potencializem os princípios de SUS e que reverberem na realidade social, transformando-a e reduzindo os danos e riscos.

A questão norteadora foi estruturada a partir da estratégia PICo – P- População/paciente: mulher em situação de rua; I- Intervenção: cuidado em saúde; Co- Contexto: nacional. Tal estratégia tem sido utilizada para enquadrar as pesquisas de cunho qualitativo nas revisões (JBI, 2014; ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014), resultando na seguinte indagação: Existe na literatura nacional estratégias de cuidados em saúde direcionadas às mulheres em situação de rua no Brasil?

A partir dessa explanação, o objetivo geral do projeto foi analisar a partir da epistemologia feminista e teoria foucaultiana as estratégias de cuidado em saúde direcionadas as mulheres no contexto de situação de rua no Brasil e os objetivos específicos são: identificar os estudos que abordam a assistência à saúde das mulheres no contexto de situação de rua; identificar quais serviços prestam cuidado em saúde a este público alvo no Brasil; investigar se há cuidados específicos acerca dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres.

O objeto e os objetivos demandam inúmeras reflexões e ressignificações de estigmas, estereótipos e preconceitos que cercam as PSR, em especial, as mulheres. Nesse sentido, parte-se do pressuposto de que o cuidado é singular, que há modos de cuidado e não cuidado, sejam eles institucionalizados ou não, e que a situação de rua em que vivem as mulheres geram condições precárias, de modo que analisar criticamente o cuidado ofertado a público é essencial para desconstruir e construir políticas públicas efetivas.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

Hesitei muito tempo em escrever um livro sobre a mulher. O tema é irritante, principalmente para as mulheres. E não é novo. (...). No entanto, ainda se fala dela. E não parece que as volumosas tolices que se disseram neste último século tenham realmente esclarecido a questão.

Simone de Beauvoir inicia o livro *O Segundo Sexo*, volume I – fatos e mitos, com o parágrafo acima. Suas palavras apresentam traços de inquietude e incômodo, algo que, no primeiro momento de leitura, aparenta que ela irá ceder aos discursos até então construídos e que constroem a ideia da mulher “ideal”. Mas, seu anseio a desbravar velhos caminhos, com um olhar crítico e potente, supera qualquer a irritabilidade e Beauvoir aceita sua jornada de escrita sobre o tornar-se mulher.

Hesitei, por algum tempo, em escrever esses capítulos. A temática, cuidado a mulher em situação de rua, é atravessada por violências, entre elas, a negação de direitos, violência sexual, exclusão, censura e anulação de qualquer tentativa de “ser” alguém no mundo. Em meio a essas e tantas outras questões, o tema, para mim, é doloroso, pois, afeta e incomoda direto e intimamente meu eu-mulher, e acaba aflorando a indignação, o medo e o sentimento de incapacidade. Escrever sobre essa temática não é tarefa fácil. Todos os dias travo uma luta interna entre o medo de esquecer algo e não conseguir explanar as questões sobre os cuidados a essas mulheres em situação de rua; e o desejo que sonda, através desse projeto, apontar novos rumos, novas formas de acolher e ofertar cuidado a essas mulheres considerando suas singularidades.

O tema não é novo, mas, antes de pensar em escrever sobre e construir esta proposta, realizei uma busca simplificada no Portal Capes através do cruzamento de descritores – mulheres, direitos, pessoas em situação de rua (morador de rua), e, por incrível que pareça, em pleno século XXI, onde há uma chuva constante de informações, há ainda um número reduzido de pesquisa que valorizem o recorte de gênero no contexto da situação de rua. Os poucos que existem, voltam-se, exclusivamente, para a concepção biológica da mulher, a gestação. Mediante isso, surgiu o desejo de realizar uma busca aprofundada nas principais bases de dados – nacionais e internacionais, com rigor e confiabilidade metodológica.

Pontua-se então, que a questão que intersecciona cuidados, direitos e mulher em situação de rua é complexa, já que as cartilhas, manuais e pesquisas tendem a olhar, através de

um prisma biomédico e higienista, a população em situação de rua de maneira geral, sem considerar a magnitude da problemática e importância do recorte de gênero nas ruas. Ou seja, enxergam “os homens”, reduzindo as mulheres a uma categoria ampla, que desconsideram até suas diferenças mínimas fisiológicas, corroborando, portanto, com os pensamentos de Beauvoir (2016, p. 9): “dizemos "os homens" para designar os seres humanos.

Desse ponto de vista, percebe-se que não há um olhar interseccional entre sobreviver em situação de rua e gênero. Em parte, isso tem a ver com o fato de que, quando falamos de dominação de uma categoria por outra, “muitas vezes a desigualdade numérica que confere esse privilégio: a maioria impõe sua lei à minoria ou a persegue” (BEAUVOIR, 2016a, p.9). Diante do panorama atual, a população em situação de rua é majoritariamente masculina e, desse modo, privilegia-se tal categoria. Além do que, na conjuntura histórica das políticas no Brasil, nota-se que quem está à frente da construção e aprovação das políticas públicas também são figuras masculinas, em geral, homens brancos privilegiados. Em vista disso, nos apoiamos nas palavras de Beauvoir (2016a, p.20) “é difícil para o homem medir a extrema importância de discriminações sociais que parecem insignificantes de fora e cujas repercussões morais e intelectuais são tão profundas na mulher que podem parecer ter suas raízes numa natureza original”.

Considerando tais questões, propõe-se a construção de dois capítulos:

I – População em situação de rua: “Do rio que tudo arrasta se diz que é violento. Mas ninguém diz violentas as margens que o comprimem”. Este capítulo possui como subtítulo o recorte do “Poemas” de Bertold Brecht, que sustenta a ideia – poética — de como são construídos os discursos que circundam as pessoas em situação de rua, em geral – como veremos —, tendem a “comprimir” seus corpos, suas falas, seus desejos e suas vidas e ainda, os julgam como violentos e violentas, mas, ao mesmo tempo que os comprimem, criam-se as resistências.

II – Processo histórico das Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil e a invisibilidade da mulher em situação de rua. Aposta-se em construir este capítulo, a partir da apresentação da evolução das políticas públicas voltadas às mulheres no contexto brasileiro, a fim de ensejar os processos de exclusão social e inclusão perversa das mulheres no contexto das ruas. Esses processos excludentes tendem a não reconhecer as questões de gênero, resultando, portanto, na negação de direitos básicos e na invisibilidade dessas mulheres.

2 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: “Do rio que tudo arrasta se diz que é violento. Mas ninguém diz violentas as margens que o comprimem³”

Este capítulo dedica-se a abordar as concepções teóricas sobre exclusão social e a sua realização. Partindo da premissa de que “a exclusão, vista como sofrimento de diferentes qualidades, recupera o indivíduo perdido nas análises econômicas e políticas, sem perder o coletivo” (SAWAIA, 2014a, p. 100). Nesse sentido, concebe-se o indivíduo como sujeito que sofre, porém, tal sofrimento não se origina nele, mas sim em intersubjetividades delineadas socialmente (SAWAIA, 2014a). Propõe-se, então, realizar uma síntese histórica sobre desigualdades, exclusão e situação de rua no contexto brasileiro, além de investigar como o Estado tem dispostos sobre o cuidado da população em situação de rua no Brasil, com o intuito de sondar quais caminhos construíram a noção contemporânea sobre este segmento social.

2.1 Exclusão social e sua realização: concepções teóricas

A palavra exclusão, de acordo com o dicionário, significa pôr de lado, afastar (MICHAELIS, 2020). Nessa linha, constitui-se como estando comumente associada a algo que é afastado do centro, de coletivos ou sujeitos fora do tecido social, sem laços de sociabilidade ou códigos de reciprocidade. Robert Castel (1998) e Bader Sawaia (2014a; b) lançam luz sobre outra perspectiva: a de que a exclusão sustenta e repõe a ordem social, ultrapassando a ideia de exclusão como algo que está à margem da sociedade.

A partir da leitura de Robert Castel (1998, p. 568), a exclusão social pode ser compreendida como algo que é constituída no centro e “não é uma ausência de relação social, mas um conjunto de relações sociais particulares da sociedade como um todo”. Bader Sawaia completa: a exclusão

não é uma coisa ou um estado, é processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros. Não tem uma única forma e não é uma falha do sistema, devendo ser combatida como algo que perturba a ordem social, ao contrário, ele é produto do funcionamento do sistema. (SAWAIA, 2014b, p. 9).

Corroborando com tais críticas, Veras (2014, p. 39) reitera que o termo exclusão deve ser concebido como a “expressão das contradições do sistema capitalista e não como estado de fatalidade”, e enfatiza que na América Latina a exclusão se mostra como a face econômica do neoliberalismo. Oliveira (1997 *apud* VERAS, 2014) afirma que não há nenhuma

³ Bertold Brecht, "Poemas", Lisboa, Editorial Presença, 1973, pág. 71

política assistencialista que vise dar resolubilidade a esse problema econômico, político e sócio histórico, pois, o desejo da classe dominante está em apontar aos dominados suas diferenças. Acerca da política assistencialista, abordar-se-á no próximo subtítulo.

Os processos excludentes têm raízes históricas na sociedade brasileira. A matriz escravista, que ainda se faz presente nos dias atuais, é marcada pela relação de poder e subalternização entre colonizador e colonizado. Tais relações mantiveram-se baseadas a partir da lógica economicista e de cidadania excludentes, e se propagaram ao longo dos anos, passando pelo período das repúblicas e agravado durante a ditadura militar brasileira (ALCÂNTARA; ABREU; FARIAS, 2015; VERAS, 2014; WANDERLEY, 2014)

Atribui-se a René Lenoir a invenção da noção de exclusão social. O seu livro “Os excluídos: um francês em cada dez”⁴, de 1974, foi o primeiro a adotar o termo exclusão, e introduzir reflexões sobre esta categoria ser um fenômeno social e não somente de ordem individual (WANDERLEY, 2014; ZIONI, 2006).

O interesse principal de René Lenoir foi pelo *handicap* físico e mental, ou seja, as vantagens e desvantagens dos inadaptados, diante do contexto de urbanização crescente e desordenada, que estava produzindo segregações sociais e raciais, êxodo rural, inadaptação e uniformização do sistema escolar, crescimento das desigualdades de renda e de acesso a cuidado. Realizou-se então, contornos mais precisos sobre os responsáveis pelo processo de exclusão, que seriam, segundo o autor, as sociedades modernas (WANDERLEY, 2014; ZIONI, 2006).

Apesar das inegáveis contribuições, salienta-se que o autor apenas “se aproxima do uso contemporâneo da noção de exclusão, porém trata da exclusão mais como *inadaptação social*”. Frisa-se que tal tese emerge do pensamento liberal. Nesse sentido, há inúmeras críticas tecidas a respeito do enfoque reducionista economicista (WANDERLEY, 2014; ZIONI, 2006, p.18).

Os processos sociais excludentes estão enraizados estruturalmente na sociedade e ultrapassam o contexto de rejeição física, geográfica ou material. Deste modo, supera a visão limitada do pensamento liberal, e está ligado, também, a exclusão cultural e espiritual, sendo tão amplos que é quase impossível de delimita-los (WANDERLEY, 2014). Bader Sawaia (2014B) reconhece a exclusão social como processo complexo, sócio histórico e multifacetado, que apresenta arranjos nos campos materiais, subjetivos, relacionais e políticos.

⁴ Tradução nossa. Título original: Les exclus: un français sur dix

Do ponto de vista ideológico, a exclusão social é um conceito ambíguo, visto que muitas análises acabam por valorizar apenas uma de suas características. Por exemplo, um estudo que evidencia as questões econômicas, realça a exclusão como sinônimo de pobreza; outros, reduzem a exclusão social somente ao contexto social, privilegiando o conceito de discriminação, deixando de lado a noção de injustiça social (SAWAIA, 2014b).

Esse processo é sutil e dialético. Sawaia (2014b, p.8) explora a lógica da exclusão na versão social, subjetiva, física e mental, e afirma que a “sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão”.

A autora sustenta o aporte teórico da dialética exclusão/inclusão a partir dos ensaios de Foucault, que ensinam sobre a noção de exclusão como processo dialético de inclusão, visto que este desenvolve-se a partir da lógica do controle social e manutenção da ordem na desigualdade social, tendo como fundamento a disciplinarização dos excluídos. Entretanto, para Sawaia, é na concepção marxista que surge a ideia central da dialética exclusão/inclusão, na qual concebe “o papel fundamental da miséria e da servidão na sobrevivência do sistema capitalista”, que “inclui o trabalhador alienando-o de seu esforço vital” (SAWAIA, 2014b, p. 109).

A ilusão da inclusão incorpora a noção de que todos se encontram inseridos no sistema produtivo econômico – embora nem sempre decente e digno – e, em sua maioria, são inclusos através da insuficiência e privações, ou seja, a “inserção social perversa – a qualidade de conter em si a sua negação e não existir sem ela, isto é, ser idêntico à inclusão” (SAWAIA, 2014b, p.8).

Em vista disso, pode-se compreender que a base da dialética inclusão/exclusão gira em torno da ideia ilusória de inclusão, isto é, todos e todas estão inclusas nas tramas do tecido social e econômico, ainda que dentro de uma lógica excludente.

Incorporada à dialética inclusão/exclusão, há relações de poder que podem ser analisadas a partir de alguns pontos, no qual destaca-se os sistemas de diferenciações. Para Foucault (2009, p. 246) “toda relação de poder opera diferenciações que são, para ela, ao mesmo tempo, condições e feitos”, justificando as “diferenças jurídicas ou tradicionais do estatuto e de privilégio; diferenças econômicas na apropriação da riqueza e bens; diferenças de lugar nos processos de produção; diferenças linguísticas ou culturais; diferenças na habilidade e nas competências, etc”.

Nessa lógica excludente de coação social, além da diferenciação, há a individualização, através da noção de autonomia individual, que segundo Biroli (2018, não paginado) é peça-chave das tradições liberais de pensamento, uma vez que é esta “visão

individualista concorrencial que justifica as desigualdades e limita radicalmente abordagens sociais – e, em algum grau, coletivas – das desvantagens e da pobreza”.

Aposta-se, portanto, na naturalização da exclusão social, com a finalidade de delimitar o lugar que cada um pertence, através da divisão, diferenciação, criminalização, institucionalização e segregação, além de alimentarem o fluxo de comunicação que dita o que seria considerado limpo ou sujo, ruim ou bom. Desta forma, impõe-se as expectativas a serem alcançadas, incluindo ou excluindo - social ou simbolicamente - os sujeitos que lutam para conquistar o melhor lugar ou papel (PAGOT, 2012; WANDERLEY, 2014). Tais relações podem se denominar como procedimentos de controle interno do discurso: interdição e rejeição que será abordado posteriormente (FOUCAULT, 2014).

Foucault (1995), ao apresentar o texto “O sujeito & o poder”, aponta para a necessidade de compreender que as relações de poder geram resistências e tentativas de dissociar estas relações. Nesse embalo, há lutas antiautoritárias que questionam o estatuto do indivíduo. Entende-se que o estatuto do indivíduo é dialético. Ora afirma o direito de ser diferente, ora “atacam aquilo que separa o indivíduo, que quebra sua relação com os outros, fragmenta a vida comunitária; força o indivíduo a se voltar para si mesmo e o liga à sua própria identidade de um modo coercitivo” (FOUCAULT, 1995, p. 234-235). Partindo dessa premissa, o autor, reafirma que as lutas “não são exatamente nem a favor nem contra o ‘indivíduo’”; mais que isto, são batalhas contra o “governo de individualização” (FOUCAULT, 1995, p. 235).

O processo de individualização aponta para uma profunda relação com a culpabilização individual, que tende a reforçar e reproduzir o ciclo de exclusão. Individualizando a questão da exclusão, tanto se torna aceitável à nível social como para o próprio excluído, que passa a internalizá-la, marcando-se como qualificado ou desqualificado (WANDERLEY, 2014). Acresça-se que a culpabilização individual é o fantasma da desigualdade nas sociedades (SAWAIA, 2014b).

A estrutura social apresenta ao pobre a ilusão de estar incluído, mas, na realidade essa inclusão o excluí. Nesse espaço ambíguo, inclusão/exclusão, nasce a subjetividade específica que oscila entre sentir-se incluído ou sentir-se discriminado ou revoltado (SAWAIA, 2014b).

Pobreza e exclusão, mesmo que articuladas, não podem ser simplesmente entendidas como sinônimos (WANDERLEY, 2014). A nova pobreza ou pobreza contemporânea é pensada a partir da questão da democracia, sendo, portanto, um fenômeno multidimensional. O novo conceito de pobreza, de acordo com Wanderley (2014), relaciona-se ao de exclusão, dado que há uma relação entre as desigualdades, privação de poder de ação e representação.

A pobreza contemporânea não é fruto somente da ausência de renda, mas é simbolizada pela pauperização e instabilidade dos vínculos do mercado de trabalho, fragilização dos vínculos familiares e institucionais, que reverberam no isolamento e solidão, bem como pelo não acesso aos serviços públicos (WANDERLEY, 2014).

O empobrecimento pode produzir e conduzir à exclusão. A exclusão envolve, conseqüentemente, rupturas de vínculos socioafetivos com o mundo do trabalho, da família e da comunidade. Por vezes, estas vivenciam um acúmulo de déficit e precariedade reproduzido por gerações, através da extrema pobreza e privações de ordem econômica, cultural, social e de saúde. Estas características dos processos de exclusão são capazes de motivar ou obrigar as pessoas a viverem nas ruas (WANDERLEY, 2014; ALCÂNTARA; ABREU; FARIAS, 2015; FIORATI *et al.*, 2016; ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

Entende-se que há várias circunstâncias – como as trajetórias de vida, rupturas e/ou fragilização dos vínculos – que conduzem as pessoas a viverem nas ruas, mas, enfatiza-se que estes sofrimentos não se originam necessariamente do sujeito que sofre, mas sim, produzidas a partir de intersubjetividades traçadas socialmente (SAWAIA, 2014b). Destaca-se que fatores estruturais, inerentes ao sistema capitalista de produção, e o fracasso das políticas públicas do Estado em solucionar tais questões, transforma a situação de rua em uma crise global de direitos humanos (GONELLI; CHAGAS, 2009; ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014; ONU, 2016).

Torna-se pertinente, portanto, diferenciar quem *fica*, quem *está* e quem *é* das ruas. Para Andrade, Costa e Marquetti (2014, p. 1255), existe uma grande distinção entre quem optou ou não em ir para as ruas. As pessoas que optaram por viver nas ruas, associam a rua ao desejo da liberdade, como se pode notar no relato de um dos entrevistados no trabalho das autoras: “A rua tem um Ímã [...], acho que é a liberdade”; e os que foram conduzidos ou obrigados, por diversas circunstâncias, a estar ou ficar nas ruas. No último caso, estes tendem a resistir à permanência e as imposições da vida nas ruas.

Tornar-se ou resistir *ser* da rua é uma dialética constante na vida dessas pessoas. A desvinculação gradual de suas relações de suporte sociofamiliar, os conduzem a aderir personagens e códigos que imperam no cotidiano das ruas. Essa “realidade bruta torna o indivíduo mais resistente”, fazendo-o “criar estratégias de sobrevivência para manter-se vivo” (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014; MOURA JUNIOR, 2012, p.83).

Ao tomar o espaço público como moradia, originam-se alguns personagens, como “o que-perde-inocência”, o “que-rouba”, o “que-usa-drogas” (MOURA JUNIOR, 2012, p.83). Estas denominações se associam às representações do vagabundear, em conjunto com o seu

arsenal de características pejorativas (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014). Todavia, há também personagens que surgem a partir da idealização de construção de vínculos, como o “que-está-sendo-pai ou marido”. Por fim, há ainda os que se denominam a partir da experiência de conformação com os inúmeros de rompimentos de relações: “aquele que-se-conforma” (MOURA JUNIOR, 2012, p.83).

Deste modo, surge a necessidade de ressignificar os termos “morador de rua ou viver nas ruas”, pois, compreende-se que tal fenômeno não se dá subitamente, mas, por inúmeras etapas, ou seja, há um processo de rualização (ROSÁRIO, 2015). Rualização é um termo que assume a situação como algo que pode ser alterado, percebendo-o como um processo social e multicausal. Meditar sobre rualizar-se é refletir acerca das possibilidades de reorganização e maior efetividade em termos de políticas públicas, pois entende-se que há possibilidades de prevenção e intervenção (ROSÁRIO, 2015; PRATES; PRATES; MACHADO, 2011).

Rualizar-se está associado a questões micro e macrossociais, que podem ser modificadas por ações e políticas públicas que assegurem a visibilidade deste público enquanto sujeitos de direitos. Assim sendo, é necessário questionar a sociedade que, através da criminalização, institucionalização, apartação, discriminação e diferenciação, produz e reproduz a rualização enquanto processo de exclusão social, naturalizando a permanência dos sujeitos nos espaços da rua. É imprescindível, portanto, reconhecer que a rualização se caracteriza como um fenômeno delineado por determinações sociais, endossando, assim, que a superação desta situação se dará através de mudanças pertinentes nas políticas públicas preventivas.

2.2 População em situação de rua: resgate histórico e político de seus construtos sociais

O Brasil é um país de contrastes, frutos de uma sociedade extremamente desigual. Desigualdades, exclusão e rualização, muito embora profundamente associados a ascensão da sociedade capitalista, já existiam antes mesmo do império (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014; ALCÂNTARA; ABREU; FARIAS, 2015; GUIMARÃES, 2018).

A chegada dos portugueses ao Brasil, e o subsequente processo de colonização, marca o início de um processo histórico de dominação, exploração e dizimação da população indígena (GUIMARÃES, 2018). Os primeiros que, através das violências, foram desapropriados de sua história, sua cultura, suas riquezas e de suas terras.

No Brasil colônia, mesmo antes da abolição da escravatura, os ex-escravizados constituíam-se como um grupo em situação de abandono e de rua; tendo esta situação piorado após a abolição legal da escravatura, bem como com a chegada dos imigrantes europeus. Assim, os ex-escravizados tiveram que se amontoar em hospedarias e cortiços, originando as primeiras periferias urbanas. A partir dessas insuficiências, a lógica de exploração, dominação e alienação da força de trabalho guiaram o país ao capitalismo (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014; GUIMARÃES, 2018).

O Código Criminal do Império (BRASIL, 1830) dedicava um capítulo aos “vadios e mendigos”, assinalando na história a existência de pessoas em situação de rua e a criminalização destes, através da sentença de prisão. O Código Penal da República de 1890, dispunha de dois capítulos para criminalizar as pessoas sem moradia. No “Capítulo XII – Dos mendigos e ébrios”⁵, criminalizava-se as pessoas que praticavam a mendicância, quando estes eram saudáveis e hábeis para trabalhar. No “Capítulo XIII - Dos vadios e capoeiras”, afirmava-se que, aqueles que descumprissem o Art. 399, eram submetidos a prisão, sendo obrigados, após o cumprimento da pena, a assinarem um termo que exigia a apresentação de uma ocupação profissional no período de quinze dias.

Art. 399. Deixar de exercitar profissão, officio, ou qualquer mister em que ganhe a vida, não possuindo meios de subsistencia e domicilio certo em que habite; prover a subsistencia por meio de ocupação prohibida por lei, ou manifestamente offensiva da moral e dos bons costume (BRASIL, 1890, p. 57. Grafia original).

A história da desigualdade no Brasil está alinhada tanto a compreensão do homem como mera força de trabalho, quanto a seus 500 anos de lógica colonizadora – desde a chegada dos europeus no território brasileiro, passando por todos os presidentes da república.

Há de enfatizar que, mesmo com as inegáveis contribuições de governos mais progressistas – Lula da Silva e Dilma Rousseff – no que se refere à diminuição dos índices de pobreza e de desigualdades, através da ampliação do acesso à moradia e às universidades pelas classes mais baixas, suas políticas neodesenvolvimentistas foram guiadas pelos interesses das classes dominantes e aos modos acumulação e produção capitalista. Sabe-se que o capitalismo produz, em si, consequências estruturais, que, por conseguinte, aprofundaram as desigualdades (GUIMARÃES, 2018; SOUZA; HOFF, 2019). Como também, no “âmbito da maquinaria capitalista, o que passou a ditar os jogos e relações foi o controle cada vez maior tanto da sociedade (corpo social) quanto do indivíduo (anatomo-política)”, portanto a “disciplinarização dos corpos, sua docilidade e a produção de um assujeitamento” (LIMA, 2018, p.24).

⁵ **Ébrios** é o plural de ébrio. O mesmo que: alucinados, bêbados, embriagados, extasiados, temulentos.

Acontece que o capitalismo, enquanto sistema mundial produtor de mercadorias, deixou vários povos destruídos, entre eles, historicamente discriminados, inferiorizados, tratados como coisa, mercadoria e são aqueles mais viáveis politicamente para o capital impor seu controle e eliminação no processo de reprodução do capital. (CARDOSO, 2018, p. 951).

No que se refere as desigualdades, compreende-se que todos os governos estabelecidos até então, foram guiados por um modelo econômico capitalista – visto que a riqueza é “produzida coletivamente enquanto sua apropriação é, fundamentalmente, privada” (GUIMARÃES, 2018, p. 611) – atendendo aos ideais das elites capitalistas. Nesse processo, houve ainda um contínuo de restrições orçamentárias para as instituições públicas, ao passo que, de forma inversamente proporcional, houve um aumento de investimento em entidades privadas.

As políticas sociais, incentivadas pelo governo Lula, tornaram-se mais frágeis a partir do Governo Dilma. Com o golpe parlamentar e midiático de Michel Temer, várias conquistas constitucionais foram ameaçadas. Em um ano de governo ilegítimo e impopular, Temer rompeu com os compromissos sociais dos governos petistas, retomando as políticas neoliberais de Fernando Henrique Cardoso, excluindo, novamente, a parcela mais pobre da população. Nesta seara, destaca-se os congelamentos de investimentos na saúde por 20 anos, terceirização indiscriminada e questões que declinaram o acesso populacional ao setor habitacional (GUIMARÃES, 2018; SOUZA; HOFF, 2019).

Os efeitos de tais retrocessos estão sendo revelados, “de uma maneira crua e sem disfarces”, com a pandemia de Covid-19 que expôs o “o abismo brutal entre classe social e raça no Brasil” (SAWAIA, 2014a, p. 100). Diante da atual situação do país, percebe-se a omissão do Estado na implementação de políticas públicas emergenciais, que intensifica os impactos da crise sanitária nas populações mais pobres, em especial no que se refere as pessoas em situação de rua. A principal a estratégia de assistência - o auxílio emergencial -, exclui a maior parte desse segmento populacional, já que não possuem celulares e acesso a rede de internet (CASSAL; FERNANDES, 2020) e, não raramente, estes não possuem os documentos necessários para o cadastro. As autoras destacam ainda que “há doações, mas falta participação social e atenção ao controle social das políticas públicas. Entre a emergência da vida e a consciência tranquila existe um silêncio, nos atos da sociedade civil e também do Estado” (SAWAIA, 2014a, p. 100).

Discorreu-se sobre tais fatos, na tentativa de evidenciar que o processo histórico de negligência com a PSR iniciou-se muito antes do que se pontua no importante documento ministerial: “Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa nacional sobre população em situação de rua”

(BRASIL, 2009). O documento enfatiza que o fenômeno da PSR surgiu do processo de industrialização brasileira, entre 1930 a 1980, e, conseqüentemente, reforça a ideia de que a origem da PSR se deu com o advento das transformações ocorridas no contexto econômico das últimas décadas.

Concebe-se que nesse período houve uma intensificação do contingente de pessoas que vivem nas ruas, ocasionado pela agudização das contradições entre as classes, resultado do processo de industrialização tardia brasileiro, mas, não se pode afirmar que foi nesse momento histórico que se originou este segmento populacional. O pensamento disposto no documento não se alinha com a compreensão histórica do processo de rualização. Deste modo, pontua-se que, superar essa visão reducionista e ampliá-la, pode vir a contribuir para capturar os processos de exclusão/inclusão perversa das pessoas em situação de rua no contexto brasileiro e, assim, pensar novos passos para garantir políticas públicas que consigam compreender que o fenômeno está enraizado na estrutura social - que sustenta e reproduz desigualdades-; e se há o desejo de transformações, deve-se partir da construção dos discursos que vêm construindo o imaginário social e da pessoa em situação de rua.

Propõe-se, então, a compreensão de que a rualização está intensamente vinculada à ascensão da sociedade capitalista, mas que o fenômeno de rualização não pode ser restrito a isso (SANTOS; GOMES, 2012). Pode se destacar que tais circunstâncias históricas e sociais marcam a base da reprodução da desigualdade social, econômica e política. Assim, a predominância da cultura de segregação e violência contra a população de rua, bem como a ausência de discussão sobre tais questões, inviabiliza um processo de plena democratização no país (FREITAS; MECENA, 2012; SANTOS; GOMES, 2012).

Bader Sawaia (2014a, p. 99-100) aponta a importância de “superar o uso moralizador e normatizador de conceitos científicos que culpabilizam o indivíduo por sua situação social e legitimam relações de poder, apoiados nos princípios da neutralidade científica”. Em vista disso, há a necessidade de desvincular e desconstruir o arsenal pejorativo, socialmente construído, que se atribui às pessoas em situação de rua. Tendo como objetivo lançar luz sobre novas formas de discursos que visem superar os estigmas e preconceitos atribuídos a este público no imaginário social, e, talvez, nas políticas públicas. Destaca-se que foi essencial lembrar desse segmento populacional no Brasil colônia e império, pois, ao esquecermos este capítulo da história, corremos o risco de negar a trajetória de exclusão e negação de direitos.

Para alcançar resultados positivos nesse processo de superação de conceitos moralizantes e normalizadores, deve-se compreender as diversas formas de conceituação e

naturalização desse fenômeno. Além disso, torna-se imperativo englobar nas discussões as variâncias nas questões linguísticas, das condições socioculturais, econômicas, históricas dos grupos afetados, e, por último, delinear a finalidade para qual visa-se definir este segmento. Tal complexidade deve ser considerada, pois pressupõe-se que para superar a associação do termo – morador (a) de rua – à simples falta de moradia, deve-se buscar o mais amplo e fidedigno conceito sobre a PSR (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015; ONU, 2016).

No contexto norte-americano, utiliza-se o termo *homelessness*, que para a ONU “sugere tanto a falta de habitação física quanto a perda do sentido de pertencimento no meio social”. Entretanto, tal palavra não abrange todas descrições quando traduzida para outros idiomas, e está se próxima do que denominados “sem teto”, falta de abrigo ou transitoriedade (ONU, 2016, p. 3).

As políticas públicas brasileiras vêm adotando a expressão “em situação de rua”, a fim de ensejar o caráter transitório deste fenômeno, visando superar a noção atrelada a falta/ausência de moradia fixa. Desse modo, diferencia-se dos termos comumente mais utilizados: “de rua” ou “na rua”. Tal mudança de nomenclatura é considerada fundamental, pois aposta-se na ideia de passagem, movimento e não em um estado permanente (BRASIL, 2012; PAGOT, 2012; ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

Para Pagot (2012, p. 126) a rua,

do ponto de vista psíquico, pode-se dizer que a mãe-rua é um útero, entretanto, ela também resulta em morte e em alienação, já que nela não há futuro possível; ainda assim, os sujeitos resistem em deixá-la. Ela significa, também, um lugar onde a loucura pode habitar, depositária que é, pois, de tudo o que a cultura dominante não pode aceitar. A rua, então, é esse espaço que acolhe sujeitos “loucos”, cujas prioridades naquele determinado momento, naquela situação, são diferentes das anteriores, quando ainda tinha moradia, vínculos familiares e um papel social. E assim, a partir dessa situação, ocorre uma subversão do público e do privado.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), desenvolvida em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), define PSR como:

grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009a, p. 1).

Entende-se, portanto, que o perfil populacional das pessoas em situação de rua é diversificado, e que tal motivo pode ser relacionado a dimensão geográfica e diferenciação cultural e social brasileira. Mas, pontua-se que, ao mesmo tempo que estas apresentam um perfil

heterogêneo, compartilham, muitas vezes, igualmente, a condição de pauperismo, falta de pertencimento social formal e tendem a criar relações pessoais transitórias (BORYSOW; CONILL; FURTADO, 2017; SILVA; TAKEITI; MACHADO, 2017; ROSÁRIO, 2015;).

Destaca-se que a caracterização da heterogeneidade das populações empobrecidas para Serge Paugam (2014, p. 69) é resultado de um processo de humilhação, que os “impedem de aprofundar qualquer sentimento de pertinência a uma classe social: a categoria à qual pertencem é heterogênea, o que aumenta significativamente o risco de isolamento entre seus membros”, já que a sociedade, segundo o autor, não julga a pobreza como algo intolerável e a reveste com um “*status* social desvalorizado e estigmatizado”.

Para a análise censitária, este segmento populacional pode ser subdividido em: residente e imigrante. Por residente, compreende-se as pessoas que antes de morarem/viverem nas ruas, possuíam residência fixa no município de notificação. O imigrante, ao contrário, configura-se como uma pessoa que não tenha constituído residência fixa no município de notificação, ou seja, que vem de outra cidade ou estado (CEARÁ, 2015).

Delimitar o conceito de PSR é bastante complexo, principalmente diante das dimensões geográficas e culturais brasileiras – como também se sublinha que no imaginário social há uma construção simbólica sobre o que são pessoas em situação de rua, em especial, as mulheres nesse contexto. Esta concepção pode transitar entre a imagem do sofredor urbano, a promíscua e imoral, até as figuras criminosas/perigosas que povoam as margens da sociabilidade. Esses conceitos e ideias sobre as pessoas em situação de rua são construídos através das lentes do estigma e discriminação, que julgam o sujeito por seus modos de produção de vida que resistem aos “normativos” impostos pela sociedade (SILVA; TAKEITI; MACHADO, 2017; FIORATI *et al.*, 2016).

Partindo desse entendimento, Trino, Machado e Rodrigues (2015) pontuam que para implementarem políticas públicas eficientes e eficazes, os gestores e equipes regionais precisam estar atentos aos significados e aos termos atribuídos às pessoas em situação de rua na sua realidade territorial. É que a partir do reconhecimento da diversidade cultural e da dinâmica territorial, estes podem propor medidas que venham a superar e a desconstruir rótulos e estigmas que atingem a PSR.

Complementando tal pensamento, Prates, Prates e Machado (2011) reafirmam tanto a importância do reconhecimento da heterogeneidade da PSR na construção e implementação de estratégias que possibilitem intervir sob o processo de rualização, quanto sublinham a necessidade indispensável de articulação entre o Estado e a sociedade para que possam, por sua vez, superar estigmas e preconceitos junto ao imaginário social.

Não obstante, as políticas públicas de atenção - direcionadas a esse segmento populacional - são atravessadas por concepções de normativas e estigmatizantes. Mesmo quando abordam uma proposta de intersectorialidade, esta torna-se duvidosa, já que articula atores setoriais que, tradicionalmente, embasam sua assistência em uma concepção militarizada de intervenção, tutela e repressão (FIORATI *et al.*, 2016).

Além das concepções tutelares e repressivas, cita-se também os discursos que sustentam e justificam as desigualdades e o descompromisso social a partir da culpabilização e individualização do problema, que, por consequência, corroboram com o ciclo de exclusão, incentivando a internalização da culpa pela pessoa em situação de rua e marcando-a como desqualificada. Tal fato não é raro, e, muitas vezes, as pessoas acabam introjetando a culpa, sem ter consciência que esta não se origina nela, mas, é fecundada pelos constructos sociais excludentes que interditam, rejeitam e julgam seus modos de vida e atitudes (ADORNO, 2011; FOUCAULT, 1995; SAWAIA, 2014b; BIROLI, 2018).

Sawaia (2014c) pontua que “a ideologia básica da nossa sociedade, que é o individualismo [...], alimenta o descompromisso social”. Para Oliveira (1997 *apud* VERAS, 2014, p. 45), “o sentido mais profundo da exclusão está ligado ao desejo dos burgueses brasileiros de mostrar que os dominados são diferentes, segregando-os, nem se preocupando mais em legitimar sua dominação clássica fórmula de coerção e consenso”.

2.3 Dispositivos de controle e a mulher em situação de rua

Foucault (2014) sustenta a hipótese de que toda sociedade produz seus discursos, e que, ao mesmo tempo, tais discursos controlam, selecionam e organizam, por meio de certo número de procedimentos, esta mesma sociedade. Esses mecanismos, chamados de procedimentos de controle e delimitação do discurso, são dispostos em duas categorias: procedimentos de controle externos e procedimentos de controle internos. Dentre os dispositivos de controle interno dos discursos, destacam-se os princípios da exclusão, que por sua vez, subdividem-se em princípios de interdição, separação/rejeição e oposição do verdadeiro e falso.

Segundo o autor, o princípio da interdição é o mais presente e perceptível socialmente. Por princípio da interdição, pode-se compreender a delimitação dos assuntos que podem ou não ser discutidos no meio social, produzindo assim, os seus temas socialmente legítimos e, conseqüentemente, os seus tabus.

Em sequência, os princípios da separação ou rejeição, vinculam-se à censura ou anulação dos discursos em inconformidade aos ditames morais e convicções socialmente estabelecidas. Cita-se como exemplo, o discurso do “louco” que não é acolhido ou escutado, onde, através de suas palavras, a sociedade reconhece sua loucura, sua desrazão (FOUCAULT, 2014). Desta forma, a invalidação do discurso se sobrepõe à compreensão de seus códigos.

Ainda no âmbito do sistema de exclusão, a oposição do verdadeiro e do falso serve para a validão dos discursos, tornando-os sistemas de verdade críveis e absolutos, produzindo assim efeitos de poder na sociedade. Frisa-se que esta validação passa pelas lentes dos símbolos e signos construídos socialmente, através dos processos de interdição e rejeição (FOUCAULT, 2014). Em vista disso, o filósofo preocupa-se em considerar tal oposição, já que,

Como se poderia razoavelmente compara a força da verdade com separações com aqueles, separações que, de saída são arbitrárias ou que ao menos, se organizam em torno de contingência históricas; que não são apenas modificáveis, mas estão em perpétuo deslocamento; que são sustentadas por todo um sistema de instituições que as impõem e reconduzem; enfim, que não se exercem sem pressão, nem sem ao menos uma parte de violência. (FOUCAULT, 2014. p. 13).

Entende-se, portanto, que há um sistema composto por instituições dominantes, que se sustenta através do processo histórico marcado pelo contingenciamento e censura dos discursos. Essas instituições, além de interditar e rejeitar os discursos que destoam das convicções sociais e dos ditames morais impostos, fomentam no imaginário social a noção de naturalidade dos fatos, ou seja, tendem a correlacionar a pobreza, a exclusão e as desigualdades a uma ordem natural da vida.

Observa-se, portanto, um movimento dialético, pois, ao anularem/censurarem alguns discursos, validam, naturalizam e sustentam outros, que, em geral, tendem a ser mais assépticos, higienistas e sexistas. Conseqüentemente, esse movimento reforça e reproduz a segregação social, que tende a criar, intencionalmente, indivíduos desnecessários ou descartáveis ao universo produtivo (WANDERLEY, 2014; VERAS, 2014). E imersos nesse universo, cita-se as pessoas em situação de rua.

No contexto da situação de rua, os dispositivos de controle interno dos discursos (FOUCAULT, 2014) se materializam de diversas formas, em especial, dentro da lógica capitalista. Levanta-se, então, a hipótese de que tais princípios se orientam a partir do controle da capacidade de trabalho e reprodução dos modos de vida, dado que o sistema capitalista sustenta a lógica de reprodução social vinculada a imagem de um sujeito funcional, produtivo e submisso (BIROLI, 2018).

A partir desse pensamento, há dois campos que podem exemplificar como os princípios da interdição, separação/rejeição e oposição do verdadeiro e falso, sustentam e naturalizam a exclusão e as iniquidades sociais, utilizando-se da coerção social e atribuição de valor – positivo ou negativo, moral ou imoral, verdadeiro ou falso – aos sujeitos. Estes campos são: o mundo do trabalho e o mundo dos prazeres (que ora podem ser analisados separados, ora juntos), posto que o corpo, em especial da mulher em situação de rua, torna-se, na maioria das vezes, uma mercadoria de troca, de trabalho e de resistência.

No que diz respeito ao mundo do trabalho, destaca-se as considerações de Cardoso (2018, p. 951) sobre o processo de integração de homens e mulheres negros ao longo do desenvolvimento da sociedade capitalista. O autor frisa que, à medida que “a força de trabalho foi se tornando obsoleta, negros e negras tornaram-se prescindíveis, passando a compor o maior número nas estatísticas de desemprego, não mais conjuntural, mas estrutural do capitalismo; sem falar do genocídio”. Corroborando com este pensamento, cita-se o conceito elaborado por Serge Paugam (2014) de desqualificação social, que se configura como um “movimento de expulsão gradativa, para fora do mercado de trabalho, de camadas cada vez mais numerosa da população”.

Inerente a este processo de exclusão das pessoas do mundo do trabalho, e de inclusão na categoria desempregados, surge a pobreza contemporânea, que é simbolizada tanto pela pauperização, quanto pela instabilidade dos vínculos socioafetivos, que por sua vez, reverberam na exclusão social e conduzem as pessoas a viverem em situação de rua (FIORATI *et al.*, 2016; ALCÂNTARA; ABREU; FARIAS, 2015; WANDERLEY, 2014; ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

Em vista disso, comumente, as pessoas em situação de rua, na tentativa de se inserirem no mercado de trabalho e sobreviverem, exercem funções desqualificadas e não valorizadas socialmente, como por exemplo, a de catadores de materiais recicláveis (ALCÂNTARA, ABREU, FARIAS, 2015; SANTOS; GOMES, 2012; MEDEIROS; MACEDO, 2006). Outras vezes, em especial, no que se trata de mulheres de baixa renda, a prostituição é vista como uma forma de trabalho para o acesso rápido, mas não fácil, ao dinheiro e a sobrevivência (BISCOITTO *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2015). Essas circunstâncias são o resultado de uma constante presente na sociedade, que reveste a pobreza a “*status* social desvalorizado e estigmatizado”, e por consequência, os pobres— empobrecidos—, sentem-se humilhados e “são obrigados a viver numa situação de isolamento, procurando dissimular a inferioridade de seu *status* no meio que vivem e mantendo relações distantes com todos os que se encontram na mesma situação” (PAUGAM, 2014, p. 69).

Sawaia (2014b, p. 103) caracteriza o corpo como "matéria biológica, emocional e social, tanto que sua morte não é só biológica, falência dos órgãos, mas social e ética. Morre-se de vergonha, o que significa morrer por decreto da comunidade". É importante sublinhar que, tanto para as teóricas feministas quanto para Foucault, o corpo constitui-se como tema central em suas discussões. Em resumo, pois pretende-se explicar essa questão nos próximos capítulos, no que diz respeito a noção de corpo, as teorias feministas e a teoria foucaultiana se cruzam em pelo menos três aspectos: "rejeitam o dualismo mente/corpo, ambos veem o corpo como um local de luta política, e ambos têm o corpo como central para a subjetividade e ação" (MCLAREN, 2016, p. 110). A autora destaca ainda a preocupação, de ambas teorias, com relação aos efeitos das normas sociais, em especial, das normas patriarcais sobre os corpos.

No presente maquinário capitalista, o corpo da mulher em situação de rua enfrenta uma questão sensível. Faz-se oportuno, portanto, pensar em como os efeitos das normas sociais patriarcais atravessam a vida das mulheres em situação de rua, com vistas ao panorama atual da sociedade que, quase sempre, exclui, julga e as desqualifica por se encontrarem em situação de rua, por exercer profissões desvalorizadas e estereotipadas, e até mesmo por seus desejos de gestar e serem mães. A partir desse ponto de vista, nota-se que a estrutura social reproduz uma imposição histórica, patriarcal, que atribui o papel social da mulher à função doméstica (BEAUVOIR, 2016a; b; WOLLSTONECRAFT, 2016), como também reforça o retrato histórico associado às mulheres negras – a PSR é majoritariamente composta por pessoas negras e pardas — como promiscuas e imorais (DAVIS, 2016). A dinâmica burguesa e patriarcal, apesar de reproduzir incessantemente seus discursos enraizados na concepção de maternidade como destino inevitável da mulher, interdita e anula as mulheres em situação de rua quando estas desejam a gestação ou engravidam, considerando tal situação como um reforço à marginalidade e pobreza (COSTA *et al.*, 2015).

Neste emaranhado de matrizes de opressão, desconsidera-se a pluralidade das mulheres, a importância da intersecção entre gênero, raça e classe, tendendo a uma idealização da sexualidade enquanto mero ato de reprodução, reprodução esta que se restringe ao contexto doméstico (WOLLSTONECRAFT, 2016; BEAUVOIR, 2016; LEAL, 2000), reforçando "a ideologia da feminilidade" que historicamente exclui as mulheres negras (DAVIS, 2016, p. 24), através do controle e disciplinarização do corpo dócil politicamente e útil produtivamente (FOUCAULT, 2014). Tais concepções, desenhadas sob a obscuridade da lógica patriarcal, capitalista e sexista, tendem a criar, divulgar e valorizar a imagem de uma mulher, quase sempre, privilegiada, branca e burguesa, como símbolo de cuidado maternal e feminino.

Tais questões, convertem-se em efeitos – efeitos esses que se manifestam em sofrimentos físicos, psíquicos e sociais – que podem ampliar as vulnerabilidades das mulheres em situação de rua, já que elas, ao escaparem às regras sociais, são incluídas em uma categoria excludente, estigmatizada e estereotipada. Entende-se que o “sofrimento é mediado pelas injustiças sociais e o sofrimento de estar submetido à fome e à opressão, e pode não ser sentido como dor por todos” (SAWAIA, 2014b, p.104).

Essas consequências se refletem como um sintoma da sociedade “pró-vida”, que, em geral, dita quem pode ou não engravidar, quem pode ou não cuidar e ser cuidado, e, conseqüentemente, sustenta as iniquidades sociais que desvalorizam, estereotipam e negam o acesso aos direitos básicos às mulheres, em especial, as que se encontram em situação de rua. Este pensamento se sustenta na compreensão de que há um poder sobre a vida dessas mulheres, que se instala a fim de administrar seus corpos e desejos, através do “conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder” (FOUCAULT, 2008a, p. 3). Este poder se define como um biopoder, que busca gerir e regular os processos vitais dos humanos através da imposição de conhecimentos, leis e medidas políticas, que surgem para controlar os “fenômenos como aglomeração urbana, epidemias, transformação dos espaços, organização liberal da economia (FURTADO; CAMILO, 2016, p. 35).

Essa técnica de poder que “toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício” (FOUCAULT, 2009, p. 164), podem ser chamadas de disciplinas. Em outros termos, o poder ao mesmo tempo que controla minuciosamente as operações do corpo, através do domínio de suas forças, impõe que este seja dócil e útil frente a classe dominante. Ou seja, o soberano “aquele cujo poder reside fundamentalmente no direito sobre a vida e a morte dos homens”, tende a impor, neste caso, às mulheres em situação de rua, condições que regulam o direito à sua vida e a gerar outra, como também, a sua morte ou a morte da sua prole (FURTADO, CAMILO, 2016, p. 36 *apud* FOUCAULT, 1999).

Esta disciplina considerada por Hilário (2016, p. 199) como “centrípeta, isto é, [que] circunscreve e organiza um espaço no interior do qual os corpos são sujeitados”, se interessa pelo corpo vivo, que pode ser “potencializado” – formado, disciplinado, corrigido, deixá-lo saudável – para cada vez mais, produzir mais mercadorias ou gerar novas forças de trabalho. Este poder disciplinar não é vinculado a “um poder de morte, mas um poder de vida, cuja função não é matar, mas operar a imposição da vida” (HILÁRIO, 2016, p. 199).

A partir desse ponto de vista, lança-se luz sobre a possibilidade de a sociedade não circunscrever a mulher em situação de rua no que se compreende por “corpo vivo”, capaz de ser potencializado para gerar novas vidas – novas forças de trabalho. Em primeiro lugar, estas mulheres subvertem a lógica do sistema, que impõe papéis sociais construídos a partir das organizações morais do discurso, que prescrevem e organizam os corpos (FOUCAULT, 2014), e que atribuem valor às mulheres que seguem seu destino social: cuidadora do lar, do marido e da prole (BEAUVOIR, 2016a; b). Por conseguinte, a sociedade, através do biopoder (FOUCAULT, 2008a), rejeita, censura e interdita o desejo dessa mulher de gestar - seja, pensando essa gestação no contexto de função biológica, seja na produção de novas forças de trabalho. Dessa forma, a mulher em situação de rua não se enquadra nos três pilares: a virgem, a reprodutora/procriadora e a cuidadora incansável; que sustentam a norma e os ditames morais da sociedade patriarcal.

Esse *loop*, ou seja, esse movimento constante de negação e afirmação sobre o corpo e o desejo, viabiliza o que podemos denominar de processos de resistências das mulheres em situação de rua, pois, “é na malha microcapilar das relações de poder que também se constituem as resistências tanto dos corpos singularizados quanto do corpo social e coletivo” (LIMA, 2018). Diante dessa perspectiva, as mulheres em situação de rua são julgadas como improdutivas - tanto no que se refere a esfera sexual e reprodutiva, quanto no campo do trabalho –, e, por isso, são duplamente descartáveis no seio da sociedade capitalista patriarcal.

Levanta-se a hipótese de que, já que estas não se enquadram dentro da lógica de um poder de vida, conforme proposto por Hilário (2016), estariam estas, portanto, fadadas ao poder de morte – seja a morte biológica, emocional e social (SAWAIA, 2014b) —, que, de fato, é acentuado através das expressões da necropolítica na conjuntura atual. Uma vez que a sociedade e as construções sociais que conduzem as políticas públicas, tendem a regular e normatizar determinados grupos através do seu poder de ditar quem deve viver e quem deve morrer (MBEMBE, 2016), essa forma de coerção social se materializa através da morte de seus corpos e desejos, o que é denominado por Mbembe como necropolítica.

Corroborando com tais pontuações, Lima (2017) afirma que o poder necropolítico é visível no contexto brasileiro em cenários como o do sistema carcerário, da PSR e dos *apartheids* urbanos nas grandes e pequenas cidades brasileiras. Na atualidade, esses três cenários são majoritariamente compostos pela população negra, o que implica dizer que a política da morte encontra no racismo a legitimação para o extermínio desses corpos.

Na atualidade, o racismo é reconhecido como determinante social de saúde da população negra. O Ministério da Saúde afirma que este fator dificulta significativamente o

acesso aos serviços de saúde, tornando-se nítido no recorte de dados da pesquisa “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento”. Leal *et al.* (2017) enfatizam que as influências da raça/cor na experiência de gestação e parto no Brasil, conduzem a uma assistência e acompanhamento inadequados, desde o pré-natal, e se estende à falta de vinculação à maternidade, peregrinação para o parto, menos anestesia local para episiotomia, ausência de acompanhante, entre outros.

Essa forma de assistência é enraizada em uma estrutura racista e sexista histórica. Nesse sentido, cabe rememorar as concepções de Davis (2016) sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras. A autora destaca duas experiências. A primeira, diz respeito às mulheres negras na condição de escravizadas, que eram reconhecidas apenas como reprodutoras e avaliadas “em função de sua fertilidade (ou da falta dela) [...]. não eram realmente mães; eram apenas instrumentos que garantiam a ampliação da força de trabalho escrava” (DAVIS, 2016, p. 19). Ou seja, a tão valorizada feminilidade e o instinto materno eram apenas vinculados à figura da mulher branca burguesa.

A segunda, diz respeito ao contexto pós-abolicionista, onde as mulheres negras passaram a ocupar a condição de trabalhadoras (ainda que subempregadas), e estas “não hesitaram em igualar o controle de natalidade ao genocídio”, uma vez que o controle de natalidade “tornou-se conhecido por defender a esterilização involuntária – uma forma racista de “controle de natalidade em massa” (DAVIS, 2016, p. 206). Deste modo, “o que era reivindicado como um ‘direito’ para as mulheres privilegiadas veio a ser interpretado como um ‘dever’ para as mulheres pobres” (DAVIS, 2016, p. 213) – uma vez que o destaque já não é mais na quantidade de novas forças de trabalho que o ventre da mulher negra pode gerar. Para Cardoso (2018, p. 957), no maquinário capitalista, a força de trabalho se tornou obsoleta, desse modo, tanto homens quanto mulheres negras, tornaram-se descartáveis para o sistema, desencadeando, assim, os principais sintomas da crise do capital, que segundo o autor, são o desemprego estrutural e a criminalidade.

assim como o genocídio de negros e negras que ressurgiu nesse contexto de regressão social onde a exclusão é registrada através da violência. Este é instrumento do Estado para o controle e eliminação física das massas sobrantes. É nesse sentido, que a lógica do capital se expressa na questão racial; o genocídio é uma solução para controlar e eliminar uma massa sem função. (CARDOSO, 2018, p. 957).

Entre essas massas sobrantes, destaca-se a população em situação de rua, majoritariamente formada por pessoas negras ou pardas, que, segundo o autor, não possui lugar e nem função na sociedade burguesa, desse modo, precisa ser eliminada. Já que o “capitalismo

é violência, é genocídio e envolve variados fenômenos antinegros nos níveis estrutural, sociocultural, simbólico e físico. O Capitalismo é genocida” (CARDOSO, 2018, p. 957).

Nesses termos, a necropolítica vem sendo associada a regimes desiguais de distribuições da morte e às funções assassinais do Estado (CARDOSO, 2018). O genocídio da população negra — jovem e masculina – revela-se, inevitavelmente, no contexto de viver nas ruas, sendo um dos exemplos recentes mais pertinentes da “tendência de que homens e mulheres negros e negras sejam os mais atingidos de maneira fatal pela pandemia” do Covid-19 (CASSAL; FERNANDES, 2020, p. 102; LIMA, 2017). Nesse momento, podemos compreender, como a necropolítica afeta a vida das pessoas negras,

quando apontamos que o Estado decide quem vive, neste momento, não se trata apenas de disputa por respiradores nos leitos hospitalares, mas sim da impossibilidade das pessoas negras e pobres sequer acessarem um dispositivo de saúde antes de morrer devido aos entraves do racismo institucional pertencentes às políticas públicas. (CASSAL; FERNANDES, 2020, p. 101).

Assim, a necropolítica é um tipo de política que compreende o trabalho da morte como produção de um mundo, e este mundo, é o da violência (CARDOSO, 2018). Em vista disso, “a presença da morte é precisamente o que define esse mundo de violência, um mundo de violência em que o soberano é aquele que é como se não fosse morte” (CARDOSO, 2018 *apud* MBEMBE, 2011, p. 137).

Corroborando com tais pontuações, Lima (2017) afirma que o poder necropolítico é visível no contexto brasileiro, e que a bio-necropolítica brasileira se constituiu de forma diaspórica, assimétrica, opressora, violenta, genocida e racista porque “em larga medida o racismo é o motor do princípio necropolítico” (LIMA, 2018 *apud* MBEMBE, 2017, p. 65).

Explorou-se até o momento, os construtos sociais do discurso, a fim de embasar que os procedimentos de controle internos interferem e fundamentam as principais terminologias e conceptualizações a respeito da PSR, em especial das mulheres – seja nas políticas públicas, seja no imaginário social. Deste modo, questiona-se sobre os efeitos do biopoder e da bio-necropolítica sobre a vida das mulheres em situação de rua: como essas estruturas as atravessam e comprimem seus corpos, suas falas, seus desejos e suas vidas? Há resistências? Essas mulheres são reconhecidas como cidadãs de direitos no contexto das políticas públicas? Para, talvez, obtermos respostas, ou mais questões, torna-se necessário conhecer o processo histórico das Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil e investigar se há processos excludentes, ou de inclusão perversa das mulheres em situação de rua.

3 CUIDADO, CORPO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: processos de exclusão social e invisibilização de mulheres em situação de rua

Ao desembarcar na então chamada Terra de Santa Cruz, os recém-chegados portugueses impressionaram-se com a beleza de nossas índias: pardas, bem-dispostas, com cabelos compridos, andando nuas e “sem vergonha alguma”.

Mary Del Priore

Tal citação, vem ao encontro do desejo de discorrer sobre os processos históricos, políticos e socioculturais acerca do olhar sobre os corpos das mulheres brasileiras e seu percurso de lutas para construção das políticas públicas de saúde que as contemplassem em seus contextos de vida, ciclos vitais e demandas coletivas.

A saúde da mulher e seus direitos sexuais e reprodutivos vem sendo uma temática bastante discutida, contudo, antes do surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), datado de 1983, pouquíssimas pesquisas foram direcionadas à intersecção destes temas. A partir disso, ensejou-se elaborar um breve histórico, apresentando aspectos relacionados à história de luta por direitos à saúde, desembocando no nascimento do PAISM, concebendo-os enquanto conquistas políticas históricas.

Partindo desse pressuposto, se visa resgatar a historicidade do movimento feminista brasileiro e a luta por políticas públicas com o intuito de subsidiar a possibilidade de uma leitura crítico-reflexiva na perspectiva da equidade, já que, para Márcia Tiburi (2018), o destino das mulheres no patriarcado é a violência. Nesse sistema, não há nada mais absurdo do que o direito ao corpo, e o feminismo nos ensina a lutar por um "mundo em que os corpos e [...] a dignidade das pessoas possa ser resgatada" (p.37). Em vista disso, apoia-se na contextualização de cuidado como problema para a democracia - discutida mais adiante –, onde Flávia Biroli (2018) endossa o pensamento de que a dignidade das pessoas deve prevalecer frente a lógica do mercado. Posto que,

Na análise das formas históricas de exclusão e marginalização das mulheres nas sociedades ocidentais, essas teorias [Teorias Feministas] estabeleceram duas perspectivas fundamentais para a abordagem dos limites da democracia: uma delas é a crítica à dualidade entre as esferas pública e privada, uma vez que nela a vida doméstica foi apresentada como natural e pré-política, posicionada aquém dos requisitos de justiça e de critérios democráticos para avaliar as relações; a segunda, bastante conectada à primeira, é a crítica à autonomização da política em relação às experiências concretas das pessoas e às formas cotidianas de dominação e de opressão (BIROLI, 2018, *e-book*)

Discutir esse pensamento é essencial para introduzir novos levantamentos sobre a dimensão ética e política dos corpos das mulheres em situação de rua. Uma vez que, apoia-se nas nessas duas críticas fundamentais visando compreender e discutir as relações de cuidado e o contexto da democracia e da justiça, já que elas lançam luz sobre restrições e artificialidade do cuidado, apresentam os limites impostos pelo binarismo, feminismo-masculino, e por não incorporar as experiências de cuidados e hierarquias de gênero produzidas e reproduzidas pelo patriarcado, pelo capitalismo e pelo racismo (BIROLI, 2018).

3.1.1 Processo histórico das Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil e a invisibilidade da mulher em situação de rua

Em um país com histórico de colonização, tal como o Brasil, as consequências do eurocentrismo se manifestam no que diz respeito à exploração e violência de gênero, através do estabelecimento de modelos discursivos e ideológicos que constroem modos específicos de representar socialmente a mulher brasileira, no contexto da nossa cultura, hábitos e crenças. Tais representações sociais fetichistas perduram até os dias de hoje, como apontam os indicadores de violência e desigualdades das relação de gênero, podendo tomar-se como exemplos o “misticismo sexual” das índias com seus cabelos pretos, que eram preferidas para o amor físico (DEL PRIORE, 2002); a erotização do corpo da mulher negra, decorrente da imagem das mucamas em seu passado escravista (PAIXÃO; GOMES, 2008); a exaltação da maternidade, primeiramente controlada pela Igreja para que não fossem realizados abortos e, posteriormente, tomado como objeto particular da medicina, transformando o ato de parir num processo de medicalização do corpo feminino (VIERA, 2002).

Estabelecer uma conexão com o passado é essencial para lançar luz sobre a luta das feministas pelo direito à saúde, que “vai muito além da cura da enfermidade, pois implica em bem-estar físico, emocional e mental da pessoa”, e denunciam a expropriação e controle do corpo feminino. Ressalta-se ainda que a saúde é condicionada por diversos aspectos da vida cotidiana, e não há como conceber a saúde da mulher “como algo desvinculado do seu papel dentro da sociedade e de sua esfera íntima” (DINIZ *et al.*, 2000, p. 3).

As mulheres, ao examinarem suas vidas com o olhar de estranhamento às condutas e normas impostas pela sociedade patriarcal, podem sentir e perceber as diversas formas de opressão que estão no emaranhado das estruturais sociais, ainda que discretas e naturalizadas. Ao tomarem consciência desses processos, transformou-se os problemas pessoais em assuntos

políticos (DINIZ *et al.*, 2000), retomando o slogan “O pessoal é político”, que, segundo a historiadora Joana Maria Pedro, refere-se à “Segunda Onda” do feminismo, onde a desilusão com a política dos direitos civis, movimento antiguerra e a luta por uma sociedade democrática conduziu as mulheres americanas e francesas a instituir seus grupos de consciência, dando prioridade as lutas pelo direito ao corpo, prazer e contra o patriarcado.

O movimento feminista brasileiro lança suas vozes com o intuito de participarem de maneira ativa na construção e implementação das políticas de saúde, questionando o exercício da medicina, em especial, da ginecologia (DINIZ *et al.*, 2000). Tal movimento modificou radicalmente a relação das mulheres com as políticas públicas de saúde, já que estas sempre foram vistas como não protagonistas de suas histórias, usuárias passivas e incapazes de tomar decisões (MORTI *et al.*, 2006). Cabe destacar, que, historicamente, a medicina se apropria do corpo feminino e do feminino social, elaborando ideias sobre a “natureza feminina” que irão subsidiar a medicalização de seus corpos como projeto social, baseando-se em suas características biológicas, assim justificando “cientificamente” demandas sociais, políticas e culturais, como também estabelecendo o monopólio de sua competência em relação às questões do feminino na extensão dos cuidados em saúde (VIEIRA, 2000).

É imprescindível compreender que, no final do século XVIII e durante o século XIX, o discurso médico buscava ordenar aspectos da saúde das populações e dos indivíduos, e, principalmente, apropriar-se do corpo feminino, como objetivo de saber e prática, amplamente patologizado, classificando e definindo as mulheres de acordo com as normas vigentes das expectativas da sociedade, o que implica “que as mulheres só poderiam atingir uma vida saudável se estivessem sexualmente ligadas em matrimônio com finalidade reprodutiva” (VIERA, 2000, p.26).

Ao aprofundar-se na literatura acerca da evolução das políticas de saúde da mulher no Brasil, percebe-se uma lacuna sobre os cuidados à mulher antes de 1970. Contudo, é possível elaborar o que seria uma representação da “identidade feminina brasileira” a partir da leitura crítica dos veículos midiáticos, quais sejam folhetos, rádio, televisão e revistas, que fazem e fizeram parte dos modos de produção de subjetividade (CARVALHO; BARROS, 2013; CARVALHO, SILVA, CAMPOS-TOSCANO, 2014; MORAIS; MOREIRA, 2018).

As propagandas têm e tiveram um papel essencial na representação de valores sobre a imagem feminina, tornando a mulher seu público-alvo de consumo, apresentando-as produtos domésticos, insumos de beleza e principalmente os medicamentos. Uma vez que, costumam automedicar-se mais que os homens, a indústria passa a investir na medicalização, tanto dos ciclos vitais das mulheres, quanto aproveitando sua função imposta de cuidadora e educadora

(CARVALHO; BARROS, 2013; CARVALHO, SILVA, CAMPOS-TOSCANO, 2014; MORAIS; MOREIRA, 2018).

O “Almanach d’ a Saúde da Mulher”, um dos folhetos mais populares e de circulação nacional, cujas primeiras publicações foram datadas de 1906 e encerradas em 1974, apresenta um recorte específico sobre a saúde das mulheres do século XIX e início do século XX. Discorria sobre os mais variados assuntos, entretanto, seu principal objetivo era divulgar a eficácia do tônico “A mulher”, que regulava as chamadas “doenças das senhoras”, ocasionada pela fraqueza do organismo feminino, devido a biologia falha que torna as mulheres seres fracos e dependentes (MORAIS; MOREIRA, 2018).

Este veículo também exaltava e propagandeava a função da maternidade, valendo-se de discursos morais em “nome da proteção da família brasileira”, que sofria com o desamparo ocasionado pela ausência dos cuidados maternos. Tal informativo desprezava o trabalho feminino fora do lar, visto que este representaria “um perigo para toda a nação”, pois “boa mãe geraria e cuidaria de indivíduos aptos para a estruturação de uma nação forte e saudável longe da degeneração e das doenças” (MORAIS; MOREIRA, 2018, p.222). Nesse contexto, que surgiu o conceito de “mãe desnaturada”, aquela que “foge”, que luta contra sua biologia, sua “natureza feminina”, termo construído a partir dos discursos médicos, e que o tal almanaque disseminava (VIERA, 2002; MORAIS; MOREIRA, 2018).

A história das políticas públicas de saúde no Brasil, até a criação do PAISM, direcionadas a atenção a saúde da mulher, se reduziram a publicidade e venda de “remédios”, através de folhetins e aos programas maternos-infantis, tornando claro, o lugar da mulher nas décadas de 30, 40 e 50, como sujeito restrito ao lar, aos cuidados domésticos e a educação da prole (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006; MADEIROS; GUARESCHI, 2009, GIFFIN, 2002; VIERA, 2000; MORAIS; MOREIRA, 2018)

3.1.2 A chegada da pílula anticoncepcional no Brasil e a implementação do programa de assistência à mulher

No auge da revolução sexual, com o surgimento da pílula anticoncepcional na década de 60, o movimento feminista brasileiro denunciava as diferenças de gênero e o enfoque reducionista da saúde da mulher, reivindicando igualdade social que, ao mesmo tempo, reconhecesse as diferenças, na tentativa de romper os paradigmas sobre a função materno-reprodutora feminina, destacando a saúde sexual e reprodutiva como direito (GIFFIN, 2002).

A pílula anticoncepcional, sob o olhar da historiadora Mary Del Priore (2000), permitiu que a mulher pudesse fazer sexo, para além das funções reprodutivas, mas, por prazer e bem-estar. Entretanto, a chegada e difusão da pílula no Brasil não trouxe esse discurso, pois, implicou em inúmeras questões jurídicas, políticas, morais e religiosas, como a Lei nº 4.121 de 1962, que sustentava legalmente a possibilidade de os maridos processarem suas esposas caso, praticasse atos sem autorização (SANTANA; WAISSE, 2016), entre eles, a utilização dos contraceptivos.

As primeiras políticas públicas de saúde para as mulheres surgem somente em 1970, através de programas de controle da natalidade, que se apoiaram na política norte-americana, que considerava a América Latina como “um campo fértil para a agitação comunista”. Nesse sentido, o uso destes métodos não foi resultado de conquistas da luta coletiva (PEDRO, 2003, p. 242), mas sim, coincidem com interesses políticos norte-americanos, fortalecidos pelo contexto político da ditadura militar brasileira, de controle de natalidade dos povos latino-americanos, visando evitar um levante popular anti-imperialista.

Dentro deste período, o movimento feminista reorganizou suas reivindicações pelo reconhecimento da condição da mulher como sujeito de direito, incitando os debates que denunciavam as precariedades nas relações de gênero, pautando a necessidade de implementar ações que contemplassem as diversidades e diferenças dos grupos populacionais, as condições econômicas, socioculturais e afetivas, bem como a saúde em todos os ciclos de vida (FORMIGA FILHO, 1999; BRASIL, 2004; DINIZ *et al.*, 2000).

Tais reivindicações, desembocam na criação histórica, em 1984, do PAISM, marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores das políticas de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo, trazendo como objetivos a promoção e garantia de direitos legalmente constituídos; ampliação, qualificação e humanização do acesso a uma atenção integral; redução da morbimortalidade feminina, entre outras problemáticas (BRASIL, 2004).

Pode-se notar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), salienta que as desigualdades socioculturais e econômicas influenciam no processo de adoecimento e de morte das populações de maneira diferenciada, em especial nos grupos expostos a condições de vida precárias. Cabe pontuar que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, dificultando assim o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2004). Entretanto, a política nacional não cita estratégias e nem ações direcionadas a saúde das mulheres em situação de extrema pobreza que se encontram em situação de rua.

Do mesmo modo, a Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída em 2009 pelo Decreto nº 7.053, que visa assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, também não enfatiza as questões atravessadas pelas implicações de gênero (BRASIL, 2009).

No Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a população em situação de rua, a palavra “mulher” aparece somente seis vezes no texto, a primeira em forma de agradecimento, outra em um poema, e as demais enfatizam os riscos das mulheres em situação de rua. Há o reconhecimento da alta vulnerabilidade social em relação a vida na rua, evidenciando-se que para as mulheres a situação é mais desfavorável, devido as questões de gênero que se desdobra em mais “violências físicas, psicológicas, abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada e/ou indesejada” (BRASIL, 2012, p.68). Mesmo com tais colocações, a única situação que gera um momento de preocupação e cuidados é a gravidez, mas, não há direcionamentos de ações específicas.

A Nota Técnica Conjunta nº 0001/2016, do Ministério da Saúde, traz as Diretrizes e Fluxograma para atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. O documento direciona e reconhece o protagonismo do SUS na atenção integral a essa população, ressaltando as barreiras de acesso as ações e serviços públicos. Deste modo, incentiva que os gestores e profissionais de saúde atuem na eliminação de empecilhos e garanta, como previsto na Constituição Federal e Lei 8.080/00, o acesso universal e igualitário, em especial nos pontos estratégicos da rede de saúde, como os Consultórios na Rua (CnaR), a Estratégia Saúde da Família (ESF), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O documento frisa ainda ser indispensável a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, destacando o direito de decisão, de forma livre e responsável, sobre o desejo de ter ou não filhos, bem como a quantidade. Garante também o exercício livre e pleno da sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, idade ou condição física (BRASIL, 2016). Desta forma, reforça as pactuações da Declaração e Plataforma de Ação de Pequim sobre a Saúde da Mulher, que visa desenvolver a promoção de proteção dos direitos das mulheres e o acesso a serviços de atenção primária e atendimento à saúde sexual e reprodutiva de qualidade (ONU, 1995).

Nota-se que, no Brasil, a construção das políticas públicas à saúde mulher é excludente. Não há estratégias e ações voltadas as mulheres em situação de rua na Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Verifica-se que as mulheres estão incluídas na PNPSR e no Manual de Cuidados a PSR, entretanto, não há ações e serviços que considerem os

agravamentos resultante das questões de gênero. Há, portanto uma configuração que Sawaia (2014b) denomina de “inclusão perversa”. Diante disso, questiona-se: as mulheres em situação de rua de sentem-se incluídas ou discriminadas no âmbito dessas configurações de políticas públicas?

Fica evidente a importância de ampliar as pesquisas que envolvam esta temática, pois, mesmo com tais avanços, as políticas públicas da atualidade não são suficientes para contemplar as diversas demandas e necessidades das mulheres brasileiras em situação de rua.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de método e abordagem

A escolha teórico-metodológica desta pesquisa toma como referência a valorização das experiências de vida de mulheres no contexto de situação de rua no Brasil, com enfoque nas práticas e estratégias de cuidado em saúde disponíveis na literatura. A partir dessas premissas, apostou-se na revisão integrativa de cunho qualitativa que será analisada através dos referenciais teóricos metodológicos de Foucault e da Epistemologia Feminista (Quadro 1 e 3).

Entende-se por revisão integrativa um método que permite sintetizar pesquisas relevantes, ao passo que incorpora evidências científicas, proporcionando a ampliação do saber crítico e orientação da prática clínica, como, também, a visualização de lacunas no conhecimento e novas oportunidades de estudos (MENDES; SILVERA; GALVÃO, 2008).

Uma revisão integrativa, para Torracco (2005, p. 356, tradução nossa), é "uma forma de pesquisa que analisa, critica e sintetiza a literatura representativa sobre um tópico de maneira integrada, de modo que novas estruturas e perspectivas sobre o tópico sejam geradas". Callahan (2014, p. 272, tradução nossa) pontua que há uma variedade de trabalhos e tipos de revisões literatura, entre elas a revisão integrativa, mas que, a partir de seus estudos, conseguiu identificar "pelo menos cinco características distintas que são representativas nas revisões rigorosas da literatura", que são descritas como os "Cinco C".

Os "Cinco C" se constituem como estratégia que permite guiar a pesquisadora a realizar uma revisão de literatura mais rigorosa e confiável. Dá-se através da efetivação de cinco características principais que tornam as revisões: concisas, claras, críticas, convincentes e contributivas (CALLAHAN, 2014). Pretendeu-se, portanto, seguir tal recomendação a fim de garantir a confiabilidade e o rigor metodológico e teórico esta revisão. Para isso, elucidou-se – logo abaixo – como se relaciona essa estratégia dos "Cinco C" apresentadas por Callahan (2014, p. 272- 273, tradução nossa) no contexto da pesquisa:

- a) **Concisas:** "as revisões de literatura devem ser sínteses concisas de uma ampla variedade sobre um determinado tópico". Ou seja, a revisão de literatura busca as lacunas existentes sobre o tema na literatura. A partir disso, pontua-se que a temática "mulheres em situação de rua, cuidado e direitos sexuais e reprodutivos" é pouco discutida no contexto acadêmico e político brasileiro, em especial, no que envolve uma análise sobre as lentes das Epistemologias Feministas.

b) **Clareza:** “clareza dos processos de coleta dos “dados” que formam a base da revisão de literatura é vital para uma revisão rigorosa”. Apresenta-se de modo ampliado os procedimentos metodológicos, descrevendo-os e articulando-os em cada etapa, a fim de possibilitar que tal projeto possa ser replicado.

c) **Crítico:** Reflexão e análise crítica. Para isso, analisa-se os resultados sob a luz dos referenciais teóricos metodológicos da Análise do Discurso e Epistemologias Feministas;

d) **Convincente:** “Após analisar criticamente os dados, um argumento convincente deve ser desenvolvido. Isso representa os achados da revisão de literatura ou a síntese que segue a análise’. Ampliou-se as discussões a partir dos diálogos com autores de referência, a fim de possibilitar argumentos e contra-argumentos pertinentes a temática.

e) **Contribuinte:** Elucida-se que, ao final, descreveu-se pontuações pertinentes acerca dos achados na pesquisa, possibilitando assim, criar uma nova fonte de conhecimento significativa, que vise estender os diálogos e problematizações, seja para a construção, ou desconstrução de novas hipóteses e possíveis transformações no que diz respeito ao cuidado em saúde das mulheres em situação de rua.

A pesquisa qualitativa sustenta o enfoque indutivo da realidade, pois se apresenta como aberta e circular, proporcionando assim a descoberta de outras racionalidades ou lógicas, permitindo compreender e teorizar os desencontros entre os serviços de saúde e as pessoas (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014). As pesquisas qualitativas, quando direcionadas às PSR e valorizando suas histórias de vida, tornam-se imprescindíveis na investigação da efetivação de políticas públicas emancipatórias. Desta forma, possibilitam compreender o processo de exclusão social, identificando as estratégias de sobrevivência, adoecimentos e significados atribuídos pelos próprios sujeitos ao processo de existir e subjetivar-se (ALCÂNTARA, ABREU, FARIAS, 2015).

Um dos tipos de pesquisa qualitativa é a metassíntese que visa “determinar as melhores práticas, maximizar resultados e aplicar os melhores resultados em tempo mais curto” (MATHEUS, 2009, p. 544). E está modalidade de pesquisa segue algumas etapas (FRANCIS-BALDESARI *apud* MATHEUS, 2009, p. 545):

1. Identificar o interesse intelectual e qual o objetivo da pesquisa. O objetivo é o primeiro passo para fazer uma revisão sistemática e decorre da questão que vai nortear o estudo, sendo necessário, por isso, que seja bem específica. Já, o interesse intelectual

fundamenta-se na relevância e na necessidade de integrar os dados dispersos sobre determinado tema.

2. Decidir o que é relevante aos interesses e, conseqüentemente, os critérios iniciais de inclusão dos estudos. Para isso, o pesquisador desenvolve uma exaustiva coleta de dados. É exaustiva, porque dela depende a validade da metassíntese.

Porém, decidir o que é relevante requer uma sub etapa de avaliação individual de cada estudo que avaliação da qualidade de cada estudo. Na literatura existem diversos instrumentos de avaliação sistematizados para julgar o rigor de estudos qualitativos.

3. A leitura dos estudos - nessa fase, os estudos precisam ser lidos e relidos para analisar as metáforas e as interpretações relevantes, elaborando resumos de forma a tornar os resultados mais acessíveis e organizados para o revisor/pesquisador.

4. Determinar como os estudos estão relacionados - ao justapor os resultados dos estudos primários pode ser feita a suposição inicial sobre o relacionamento entre estudos.

5. Elaborar novas afirmações, mais concisas e amplas que correspondam ao conteúdo do conjunto dos resultados, mas que preservem o contexto do qual surgiram.

6. Elaborar a nova explicação de forma que seja equivalente a todos os estudos pesquisados.

Assim, a metassíntese precisa sustentar os conceitos de cada estudo, ou seja, o novo conceito precisa ser capaz de incluir os conteúdos nos estudos pesquisados. Desta forma, outro nível de síntese é possível: aquela derivada da análise e interpretações.

A fim de tornar mais nítido o desenvolvimento do processo de revisão integrativa e metassíntese, elaborou-se o Quadro 1, que dispõe a sobre a amarração teórica metodológica do projeto de pesquisa.

Quadro 1 – Amarração teórica metodologia da metassíntese

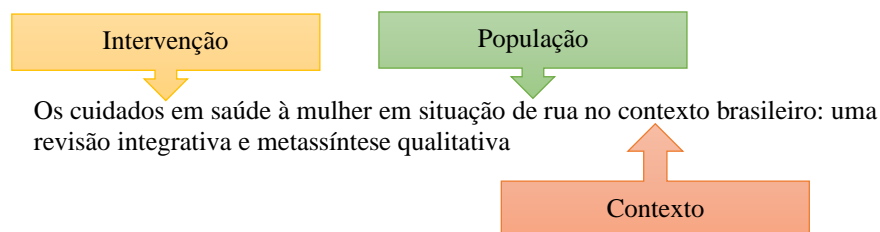
ETAPAS DA METASSINTÉSE		ETAPA DO PROJETO	ESTRATÉGIAS	AUTORAS (ES)
1	Identificar o interesse intelectual e qual objetivo da pesquisa	Introdução Metodologia	Estratégia PICO	JBI, 2014
2	Definição dos critérios de inclusão e exclusão	Metodologia	Estratégia de busca	JBI, 2014
3 / 4	Leitura dos estudos Determinar como os estudos estão relacionados	Metodologia	Fluxograma de etapas de seleção; Utilização das ferramentas: 1) Crítica de Avaliação para estudos qualitativos – <i>CASP Checklist</i> 2) Qualidade da evidência – método (GRADE)	Elaborado pela autora CASP, 2020;2018 GRADE, 2016
5/6	Novas afirmações Novas explicações	Resultados	Teoria Foucaultiana e Epistemologia Feminista	FOUCAULT, 1995; 2014; DAVIS, 2016;2018; BIROLI, 2018; TIBURI, 2018; HOOKS, 2019; WOLLSTONECRAFT; 2016; McLAREN; 2016; BEAUVOIR, 2016; RAGO, 2020; KETZER; SAFFIOTI, 2015;

Fonte: elaborada pela autora

4.2 Desenvolvimento da questão norteadora: estratégia PICO

A questão norteadora foi estruturada a partir da estratégia PICO – P- População/paciente: mulher em situação de rua; I- Intervenção: cuidado em saúde; Co- Contexto: nacional. Tal estratégia tem sido utilizada para enquadrar as pesquisas de cunho qualitativo nas revisões. O Instituto Joanna Briggs (JBI⁶), da Universidade de Adelaide, aponta no Reviewer’s Manual de 2014 que a estratégia PICO possibilita aos leitores uma quantidade “significativa de informações sobre o foco, escopo e aplicabilidade de uma revisão de acordo com suas necessidades” (JBI, 2014, p. 22, tradução nossa). Resultando na seguinte indagação: Existe na literatura, estratégias de cuidados em saúde direcionadas às mulheres em situação de rua no Brasil?

Figura 1 – Estratégia PICO sobre cuidados em saúde da mulher em situação de rua no contexto brasileiro



Fonte: Adaptado do protocolo qualitativo e desenvolvimento de títulos – JBI, 2014.

4.3 Sistematização da estratégia de busca

Com o intuito de localizar artigos relevantes e que estejam em consonância com a questão norteadora, adaptou-se a Sistematização da Estratégia de Busca disposta pelo manual da JBI (2014). A estratégia de busca deve ser realizada abrangendo e descrevendo as bases de dados, palavras-chaves, período da pesquisa e os idiomas dos artigos a serem incluídos na revisão integrativa.

Deste modo, pesquisou-se artigos publicados na literatura convencional. Botelho e Oliveira (2015) ressaltam que literatura comercial, convencional ou formal, comumente é chamada de literatura branca. Mas, nesse estudo dar-se-á preferência às primeiras terminologias. Este tipo de literatura se remete a documentos acadêmicos e não acadêmicos

⁶ Sigla referente ao nome original em inglês: The Joanna Briggs Institute

como por exemplo: livros; dicionários; enciclopédias; periódicos científicos e jornais de grande circulação. Os autores enfatizam que “apesar de estar incluído nesta categoria, o periódico científico não apresenta interesse comercial; pelo contrário, seu escopo é, muitas vezes, acadêmico. Por isto, em vez de publicações comerciais, a expressão publicações convencionais seria a mais apropriada” (BOTELHO; OLIVEIRA, 2015 p.503).

A busca bibliográfica foi realizada entre os dias 03 e 05 de março de 2021, sendo refeita no dia 21 de março, em seis bases de dados: a) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/ BIREME); b) Scopus via *Elsevier*; c) *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Web of Science* (WOS) via *Clarivate Analytics*; d) *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) Complete e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) via EBSCO acessadas pelo Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), acesso discente.

Priorizou-se filtrar artigos com maior relevância. Partindo de tal propósito, inicialmente identificou-se as palavras-chave que se relacionam com a questão norteadora e objetivos da pesquisa. Em seguida, estruturou-se o vocabulário para pesquisa, a partir dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCs) que subsidiará a identificação dos possíveis descritores Medical Subject Heading (MeSH).

Frisa-se que o DeCS possui um vocabulário dinâmico e multilíngue que promovem uma linguagem única na indexação de publicações nas principais bases de dados. Essa ferramenta agrega além dos termos médicos originais do MeSh, outras áreas específicas como Saúde Pública e Ciência e Saúde (BVS, 2020). Nos casos das bases de dados que utilizam palavras-chaves como: Scopus e o WOS, assegurou-se um processo de seleção, identificação e validação da linguagem que são apresentadas nas publicações sobre o tema nas bases de dados.

Previamente realizou-se uma busca com palavra “cuidado” no índice permutado do DeCs. A partir dos resultados, notou-se que a compreensão sobre cuidado é associada a “assistência integral à saúde”. Pinheiro (2008, p. 113) afirma que cuidado em saúde é

uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição.

Em vista disso associou-se os DeCs, MeSH e palavras-chaves à assistência integral a saúde. Esta associação visou validar e ampliar as buscas nas bases de dados que vinculam a palavra cuidado à assistência.

Os termos dispostos no Quadro 2 serão cruzados por meio dos operadores *booleanos*: “AND” e “OR”, a fim de ampliar os resultados. Sublinha-se que se aplicou o filtro Brasil e Brazil para estratificar as pesquisas realizadas no contexto nacional. Utilizou-se os seguintes descritores presentes no MeSH, Título CINAHL e DeCS:

Quadro 2 – Amarração para sistematização da estratégia de busca

Ferramenta de busca	P: Mulher em situação de rua	I: Assistência à saúde	Co: nacional
DeCS	Mulheres Mulher “Pessoas em Situação de Rua” Gestante	“Assistência Saúde” “Assistência Integral à Saúde” “Acesso aos Serviços de Saúde” “Serviços de Saúde Materno-Infantil” “Serviços de Saúde” “Saúde da mulher” “Serviços de Saúde da Mulher” “Comportamento relacionados com a saúde”	Brasil
	Wom*n “Pregnant Women”	“Delivery of Health Care” “Comprehensive Health Care” “Maternal-Child Health Services” “Health Services Accessibility” “Health Services” “Women’s Health” “Women’s Health Services” “Health Behavior”	Brasil OR Brazil
MeSH	Woman Women Female "Homeless Person" Homelessness People, Street Vulnerable Populations	“Delivery of Health Care” “Comprehensive Health Care” “Health Services Accessibility” “Health Services” “Women’s Health” “Women’s Health Services” “Health Behavior” “Health Services Needs and Demand”	Brasil OR Brazil

<p>Palavras-chave</p>	<p>“População em Situação de Rua” “Pessoas sem Lar” “Pessoas Sem Teto” “Morador de Rua” “Moradores de Rua” “Sem-Abrigo” “Sem-Teto” “Situação de rua” “Falta de habitação” “Falta de moradia”</p>	<p>“Assistência Integral à Saúde” “Assistência Integral à Saúde da Mulher” “Assistência Integral à Saúde das Mulheres” “Atenção Integral à Saúde da Mulher” “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher” “Saúde das Mulheres” “Saúde Feminina” “Serviços de Saúde das Mulheres” “Serviços de Saúde para Mulheres” “Cuidado em saúde” “Cuidado a saúde” “Cuidado à mulher” “Cuidado para a mulher” “Cuidado às mulheres” “Cuidados para as mulheres”</p>	<p>Brasil OR Brazil</p>
------------------------------	---	---	-----------------------------------

Fonte: Elaborado pela autora

Para definir os critérios de inclusão, seguiu-se as recomendações da JBI (2014) sobre os protocolos para revisões de evidências qualitativas. Os critérios para inclusão:

a) *Tipos de participantes*: Considerou-se estudos com foco em mulheres em situação de rua. Para fins desta revisão, ‘mulher em situação de rua’ refere-se a uma mulher – cis e/ou trans - que faz da rua sua moradia e/ou local de trabalho. Devido à ambiguidade da nomenclatura, há diferentes títulos para homens e jovens em situação de rua que não serão considerados. Mas, será incluído como palavra-chave: pessoa em situação de rua; população em situação de rua; morador de rua; moradora de rua;

b) *Tipos de intervenções / fenômenos de interesse*: O componente qualitativo desta revisão integrativa considerou como fenômeno de interesse o cuidado em saúde direcionado as mulheres em situação de rua. Por cuidado em saúde, compreende-se seus processos interventivos que podem ser desenvolvidos com enfoque assistenciais – profissionais/sistema de saúde – e ações de cuidados e autocuidado. Visou-se, dentro dessa perspectiva, investigar se há cuidados específicos acerca dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres. Entende-se que “o controle de natalidade – escolha individual, métodos contraceptivos seguros, bem como abortos, quando necessários – é um pré-requisito fundamental para a emancipação das mulheres” (DAVIS, 2016, p. 205). No entanto, tal ponto que precisa ser discutido e refletido, já que há um nítido fracasso nessa luta, pois existe – citou-se o caso de Janaína Aparecida Querino –, a esterilização involuntária como “uma forma racista de “controle de natalidade” em massa (DAVIS, 2016, p. 206).

c) *Contexto*: A pesquisa abordou experiências de cuidado em saúde/serviços de saúde/assistência à saúde integral da mulher/cuidados e garantia de direitos sexuais e reprodutivo às mulheres contexto de situação de rua no Brasil;

d) *Tipos de resultados*: Foram incluídos relatos e descrições tanto dos profissionais que prestam cuidado/assistência, quanto das mulheres em situação de rua.

e) *Tipos de estudos*: Considerou-se estudos qualitativos e quantitativos. Incluindo, mas não limitando a, estudos interpretativos que se baseiam nas experiências das mulheres em situação de rua e/ou dos profissionais a respeito dos cuidados e assistência à saúde dessa mulher; estudos críticos e descritivos que explorem os cuidados em saúde direcionados às mulheres no contexto de rua.

f) *Delimitação da pesquisa*: a) delimitação linguística: publicações em português, castelhano/espanhol e inglês; b) delimitação temporal: 15 anos, período de 2007 a 2021. Compreende-se que as políticas públicas e saúde da mulher no Brasil iniciam-se a partir de 1970, com o movimento reivindicatório da segunda onda do feminismo pelos direitos sexuais e reprodutivos. Mas, parte-se do princípio que há um histórico, que antecede essas data, de movimentos organizados por mulheres em vista disso não se delimitará a temporalidade. Sugerindo a possibilidade de uma leitura crítica da construção e lutas por tais direitos a esse segmento populacional;

Optou-se por critérios de exclusão: a) artigos duplicados; b) publicações que não respondessem à pergunta norteadora; e c) revisões sistemáticas ou integrativas.

4.4 Estratégia de identificação e triagem dos estudos selecionados: análise do nível de evidência e força de recomendação

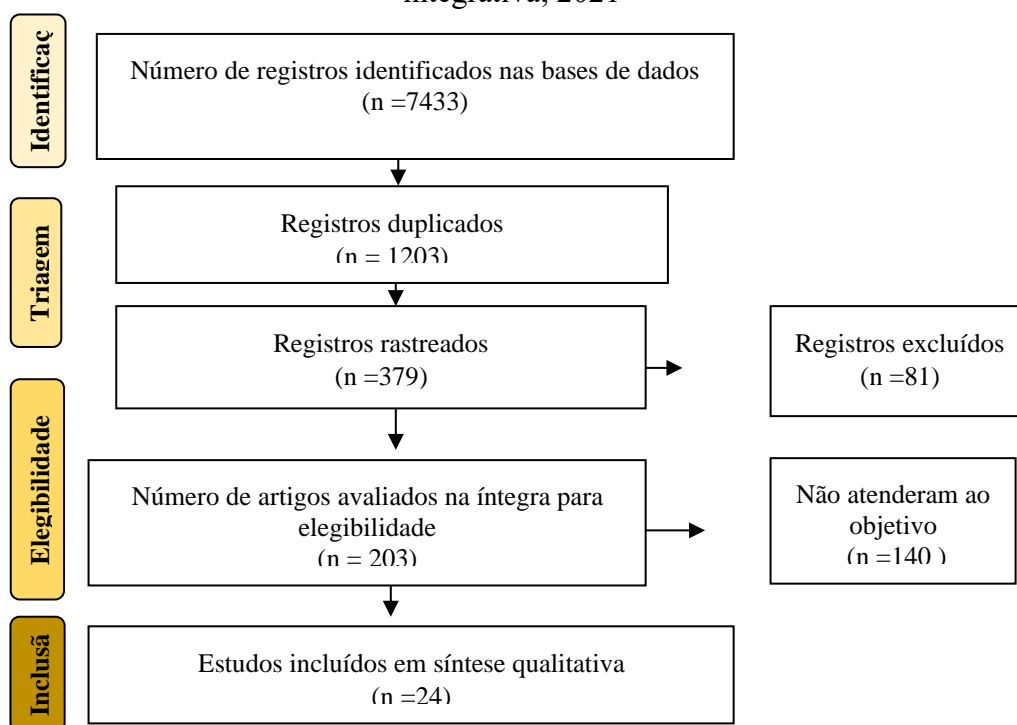
Após a busca, foram realizadas as etapas de seleção dos artigos apresentada na Figura 2 e no Quadro 3, que se caracteriza pela identificação e triagem dos estudos pré-selecionados e selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos, excluindo-se estudos que não atendiam aos critérios de inclusão e/ou objetivo.

A fim de subsidiar qualidade e/ou nível de evidência dos estudos para análise da metassíntese em todas as fases da revisão integrativa, “é conveniente excluir de consideração os estudos metodologicamente mais fracos, seja porque o delineamento adotado não é o mais indicado, seja porque há falhas no planejamento, execução e análise dos dados” (GALVÃO; PEREIRA, 2015, p. 173).

Desse modo, apostou-se como guia para as próximas etapas – Elegibilidade e Inclusão (Figura 2) – duas ferramentas. A primeira diz respeito a utilização de uma ferramenta crítica de avaliação para estudos qualitativos (Anexo A – tradução nossa), desenvolvida pelo CASP que faz parte do portfólio da empresa *Oxford Centre for Triple Value Healthcare Ltd.* (3V) (CASP, 2020).

O CASP tem como objetivo criar ferramentas que permitam a avaliação sistemática crítica dos trabalhos publicados, destacando sua confiabilidade e relevância. Há mais de 25 anos, a instituição promove treinamentos e compartilha de maneira gratuita ferramentas para avaliação crítica das publicações (CASP, 2020;2018). Traduziu-se⁷ o CASP *Checklist* (Anexo A), cuja proposta é auxiliar os pesquisadores a compreender as dimensões da pesquisa qualitativa e o problema sistematizado para a construção de revisões. Este *Checklit* é composto por dez perguntas, sendo divididas em três amplas seções: “Seção A – os resultados dos estudos são válidos?; Seção B – quais são os resultados?; e Seção C – os resultados ajudarão localmente?”, sendo que as duas primeiras seções estão relacionadas a triagem, respondidas rapidamente, registrando-se sim, não ou não posso dizer (CASP, 2018, p.1, tradução nossa).

Figura 2 – Fluxograma representativo das etapas de seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa, 2021



Fonte: Elaborado pela autora

⁷ Checklist traduzido na íntegra pela autora, a partir do documento oficial gratuito do Critical Appraisal Skills Programme.

E a segunda ferramenta, consiste na utilização do método GRADE, desenvolvido pelo GRADE *working group: the Grading of Recommendations Assessment* em 2008, mas que vem sendo atualizado, revisado e avaliado constantemente (GRADE, 2016). Este método permite tanto avaliar a força das recomendações em duas categorias: forte e fraco; quanto analisar o nível ou qualidade da evidência, classificando os estudos em quatro níveis: alta, moderada, baixa ou muito baixa (GRADE, 2016; GALVÃO; PEREIRA, 2015).

A qualidade da evidência reflete o quanto estamos confiantes no resultado apresentado. Se a revisão sistemática apresentou o resultado de um desfecho classificado como de qualidade alta, entende-se que pesquisas futuras dificilmente modificarão o efeito observado; ao passo que um desfecho de qualidade muito baixa provavelmente terá suas estimativas alteradas com a publicação de novos estudos. (GALVÃO; PEREIRA, 2015, p. 173).

Quadro 3 – Busca sistematizada: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos artigos analisados na revisão integrativa com síntese qualitativa, 2021.

Fase 1: Identificação			Fase 2: Triagem					Fase 3: Elegibilidade			Fase 4: Inclusão	
Estudos Identificados			1	2	3	4		1	2	3	1	
			Texto completo	Idiomas	Tempo	Brasil	Artigo Original	Leitura título e resumo	Leitura flutuante	Leitura na íntegra	Formulário padronizado	
Busca nas bases de dados	BVS	Lilacs	1118	1088	744	291	284	203	121	23	4	
	Elsevier	Scopus	326	320	224	4	4	4	4	3	2	
	Clarivate Analytics	WOS	1082	1062	832	17	17	17	17	17	7	2
		SciELO	29	29	29	18	18	18	18	18	8	6
	EBSCOhost	CINAHL	1827	1827	1349	27	27	27	27	21	10	6
		MEDLINE complet	3051	3051	2077	29	29	29	29	22	12	4
Filtros												
Descritores limitados			Texto na íntegra	Inglês Português Espanhol	Inclusão 2007 à 2021	Região/ Local: Brazil OR Brasil	Exclusão Revisões Editoriais Testes Dissertações Quantitativos	Exclusão Assuntos não correlatos	Exclusão Artigos que não distinguissem gênero	Exclusão Estratégia a Cinco “C” e Check List CASP	Inclusão	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

4.5 Coleta e organização dos resultados

Após os estudos selecionados passarem pelas etapas de filtragem (Figura 2 e Quadro 4), e pelo crivo dos métodos que visam garantir a confiabilidade, relevância e, em especial, seu nível de evidência, os seus resultados foram apresentados através do método validado pela *Human Resource Development Review* (HRDR).

O HRDR é um editorial que se dedica à publicação de alta qualidade com enfoque nas revisões de literatura, como a revisão integrativa. O intuito do editorial é aplicar “os métodos apropriados para documentar [...] e executar a profundidade da argumentação necessária” das revisões (CALLAHAN, 2014, p. 271, tradução nossa), a partir da estratégia intitulada “Seis W’s”.

O uso dos “Seis W’s” (Figura 3) visou orientar a preparação das revisões de literatura. E, nesse caso, adaptou-se este método para coletar e organizar os resultados da pesquisa, visando atingir o maior rigor e confiabilidade a revisão integrativa da literatura. Deste modo, os “Seis W’s” são (CALLAHAN, 2014, tradução nossa):

- 1) Autores (Quem/ Who): quem conduziu a busca por “dados”?
- 2) Quando (When): quando os dados foram coletados? Todos os dados produzidos durante um determinado prazo? Ou o prazo para a produção de dados não foi especificado, mas a pesquisa de dados em si foi realizada durante um período de tempo específico?
- 3) Bases de dados (Onde/ Where): Onde os dados foram coletados?
- 4) Como (hoW): Como foram encontrados os dados?
- 5) O que (What): O que foi achado? O que foi mantido e o que foi descartado? Quantos trabalhos formam a contagem final do conjunto de dados?
- 6) Por quê (Why): Motivos para seleção dos trabalhos incluídos. Articulação com os critérios de inclusão.

Figura 3 – Tabela original dos Seis W para o método de revisão de literatura de Callahan, 2014.

Table 1. The Six W's: Components of a Literature Review Method Section.

Who	Who conducted the search for “data?” One or all of the authors? Assistants? A research team?
When	When were the data collected? Were all the data produced during a particular time frame? Or was the time frame for data production not specified, but the data search itself was conducted during a particular time frame?
Where	Where were the data collected? Did you use only scholarly journals? Or did you expand your search to books, or even trade publications and websites?
hoW	How were the data found? Did you conduct database searches (if so, which ones and what keywords were used)? Did you use personal networks to find obscure publications? Did you use snowball selection? Did you browse through potentially relevant journals to see if there were serendipitous findings? What other means did you use to exhaust the literature on your topic?
What	What did you find? How many artifacts formed your raw data (the final count of works that formed your data set)? What did you keep, and what did you discard?
Why	Why did you select the works that were included in your final data set? Articulate your selection criteria.

Fonte: Callahan, 2014, p. 273.

Além de utilizarmos a estratégia dos “Seis W’s”, descrita acima, elaborou-se um instrumento (Apêndice A) visando otimizar a coleta de informações qualitativas dos estudos selecionados e subsidiar o alcance os objetivos específicos do projeto de pesquisa. O instrumento foi subdividido em três tópicos: a) informações do documento, b) informações metodológicas e c) informações sobre os resultados e discussões

4.6 Análise das informações

Por fim, para concluir a quinta e sexta etapas da metassíntese (MATHEUS, 2009), foi realizada a análise das informações, tendo como ponto de partida a problematização e o estreitamento das relações entre teoria e prática.

Foucault (1995, p. 234) lança luz sobre a utilização das “formas de resistência contra as diferentes formas de poder” que “consiste em analisar as relações de poder através do antagonismo das estratégias”. Por relações de poder, compreendem-se mecanismos de dominação e controle que atuam em uma relação vertical de determinados corpos sob outros, estabelecendo-se certa lógica de governabilidade (FERREIRINHA; RAITZ, 2010).

Para se compreender as relações de poder, é necessário investigar as formas de resistência e como estas se articulam no jogo de antagonismos e oposições. No contexto desta pesquisa, os antagonismos abordados se referem ao poder dos homens sobre as mulheres e da

medicina sobre a população. Evoca-se então o desejo de investigar as formas de resistência das mulheres em situação de rua em relação aos cuidados em saúde, com ênfase nos cuidados sexuais e reprodutivos que são desenvolvidos no contexto brasileiro. Para isto, optou-se por utilizar a Análise de Discurso (FOUCAULT, 2014; ORLANDI, 2005) e a Epistemologia Feminista (KETZER, 2017) (Quadro 3).

O discurso é um objeto sócio-histórico e sua etimologia tem em si a ideia de percurso e movimento, algo que vai produzindo sentidos. Diante dessa premissa, sugere-se investigar na literatura quais são os cuidados em saúde prestados às mulheres em situação de rua no Brasil, e, a partir disso, analisar as forças de resistências dessas mulheres. Uma vez que Análise de Discurso permite “explorar de muitas maneiras essa relação trabalhada com simbólico, sem apagar as diferenças, significando-as teoricamente”, e a memória faz parte da produção do discurso (ORLANDI, 2005, p. 28).

Para a historiadora Margareth Rago (2000), o pensamento foucaultiano inspirou as concepções de uma epistemologia feminista, já que contribui no levantamento de questões sobre os modos dominantes de produção de discursos pela/na sociedade e permitiu lançar luz sobre dimensões e sujeitos antes ignoradas. É importante pontuar que a Epistemologia nas perspectivas tradicionais tende a caracterizar-se por ser individualista, “o foco do conhecimento era centrado no sujeito” (RAGO, 2000, p.96). Já a Epistemologia Feminista para professora Patrícia Ketzer (2017, p. 97)

Surge como um campo de pesquisa da Epistemologia Social, que está preocupada em investigar o papel do gênero nas diversas atividades epistêmicas. Considera que há preconceito de gênero infiltrado nas mais variadas áreas do conhecimento humano.

Aposta-se na Epistemologia Feminista uma vez que esta se fundamenta na noção de que o feminismo “não apenas tem produzido uma crítica contundente ao modo dominante de produção do conhecimento científico, como também propõe um modo alternativo de operação e articulação nesta esfera” (RANGO, 2000, p. 3). Segunda autora, o feminismo ainda leva em consideração as experiências históricas e culturais das mulheres, que

ao menos até o presente, uma experiência que várias já classificaram como das margens, da construção miúda, da gestão do detalhe, que se expressa na busca de uma nova linguagem, ou na produção de um contradiscurso, é inegável que uma profunda mutação vem-se processando também na produção do conhecimento científico (RANGO, 2000, p. 3).

De certo, Rango (2000, p. 2-3) pontua:

Ao menos no Brasil, é visível que não há nem clarezas, nem certezas em relação a uma teoria feminista do conhecimento. Não apenas a questão é pouco debatida mesmo nas rodas feministas, como, em geral, o próprio debate nos vem pronto, traduzido pelas publicações de autoras do Hemisfério Norte.

Reconhece-se que tal afirmação foi feita há 20 anos, mas que, ainda hoje, preserva sua validade. Pontua-se ressalvas, pois nota-se uma crescente discussão e produção de conhecimentos contra-hegemônicos a partir de autoras/teóricas feministas nas pesquisas e estudos, mas que, no Brasil, tal abordagem – seja no campo teórico ou metodológico – ainda é escassa, em especial, na saúde.

Em vista disso, as análises dos textos – selecionados a partir da revisão integrativa e metassíntese qualitativa – foi realizada a partir das propostas pontuadas pelas teóricas feministas, que não se deve somente considerar o sujeito como ponto de partida, mas, ampliar os olhares acerca da dinâmica e seus efeitos das “determinações culturais, inserido em um campo de complexas relações sociais, sexuais e étnicas” (RANGO, 2000, p. 6).

Desde modo, analisou-se e discutiu-se as questões inscritas nas práticas e nos fatos sobre cuidado em saúde à mulher em situação, encontrados na literatura, a partir da noção que o gênero influencia, sistematicamente, a construção e implementação de estratégias de cuidado que reproduz e produz um sistema de invisibilização e desvantagens às mulheres.

Entende-se, portanto, a necessidade de desconstruir as concepções e mitos que sustentam a produção dos discursos dominantes e que fomentam o sistema patriarcal. Por fim, pretendeu-se problematizar e refletir se as teorias - e suas propostas- feministas atingem as mulheres em situação de rua. Para isso aposta-se na análise disposta na Matriz de Amarração Teórica Metodológica abaixo:

Quadro 4 – Matriz de amarração teórica metodológica, 2021

TEÓRICO METODOLÓGICO	CONCEITOS	TEÓRICAS (O)
Análise de discurso	Discurso; Dispositivos de controle interno: princípios de interdição, separação/rejeição e oposição do verdadeiro e falso; Resistência	Michel Foucault (1995;2014); Orlandi, 2009
Epistemologia Feminista	Teorias e práticas; Gênero; Raça; Classe; Violências; Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos; Exclusão e Inclusão perversa; Patriarcado; Cuidado;	Patrícia Ketzer (2017); Angela Davis (2016;2018) bell hooks (2019); Márcia Tiburi (2018) Flávia Biroli (2018); Simone de Beauvoir (2016a,b) Mary Wollstonecraft (2016); Margathe Rago (2000) Bader Sawaia (2014);Heleith Saffioti (2015)
Intersecção teoria foucaultiana e teorias feministas	Feminismos; Subjetividades	Margaret A. McLaren (2016) Margareth Rago (2000)

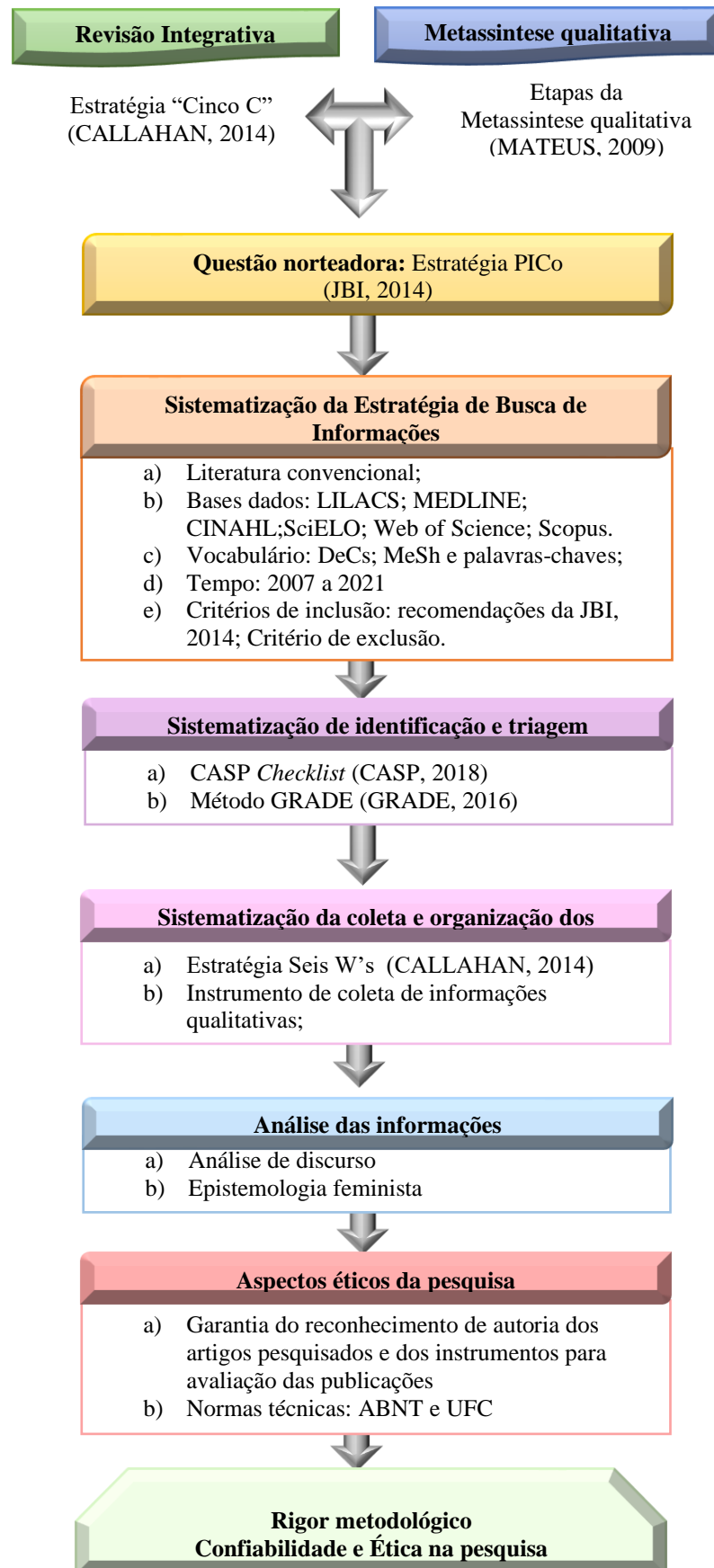
Fonte: elaborada pela autora.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

Compreendeu-se a importância de assegurar, na elaboração da revisão integrativa e metassíntese qualitativa, a garantia da autoria dos artigos pesquisados, como também dos instrumentos para avaliação das publicações, utilizando para citações e referências dos autores as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e o Guia de Normalização de Projetos de Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2019).

A fim de elucidar e evidenciar ainda mais os caminhos da revisão, desenhou-se, na Figura 4, os aspectos teóricos metodológicos contemplados por essa pesquisa.

Figura 4 - Desenho teórico metodológico da pesquisa



5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de extrair o máximo de dados sobre assistência e/ou cuidados e/em saúde das mulheres em situação de rua no Brasil, filtraram-se os resultados entre os anos de 2007 a 2021, totalizando quinze anos de pesquisas no contexto brasileiro. Como observado na Tabela 1, não foi localizado nenhum estudo entre os anos de 2007 a 2009, nem entre 2012 e 2011. Em 2010, houve apenas uma pesquisa, sendo esta realizada com adolescentes em situação de rua na região centro-oeste do Brasil (GONTIJO; MEDEIROS, 2010).

Extraiu-se nos achados (Tabela 1) que 18 dos artigos dessa revisão possuíam como primeira autoria uma pessoa do gênero feminino. Em relação ao contexto geográfico, nota-se na Tabela 1 que a maior concentração de estudos foi na região sudeste, com seis pesquisas em Minas Gerais e cinco em São Paulo, seguidamente pela região nordeste com oito estudos desenvolvidos em quatro estados distintos.

Em relação ao idioma, houve maior disponibilidade de estudos em inglês e português. Os achados agruparam-se principalmente em pesquisas qualitativas. Os dois únicos estudos quantitativos, investigaram a prevalência de sífilis na população em situação de rua de São Paulo, utilizando como método de coleta de dados um questionário e testes sorológicos (PINTO *et al.*, 2014), e analisaram o índice de gravidade de dependência do *crack* por mulheres em situação de rua nas cidades de Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Vitória, Brasília e Salvador (VERNAGLIA *et al.*, 2017). Destes, foram inseridos na revisão por discutirem dados sobre processo saúde-doença-cuidado do público-alvo.

Devido a maior concentração de pesquisas serem qualitativas, obteve-se uma concentração de métodos de coleta de informações que se aproximam da realidade da participante, como entrevistas semiestruturadas, observação participante, diário de campo e instrumentos semiestruturados. Conseqüentemente, a análise de informações foi realizada através da análise de conteúdo e categorização temática de Bardin e Minayo (PRADO *et al.*, 2021; VALE; VECCHIA, 2020; VALE; VECCHIA, 2019; SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019; MENDES; JORGE; PILECCO; 2019; CARDOSO *et al.*, 2018; FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016; COSTA *et al.*, 2015; CAVALCANTI *et al.*, 2015; LUNA *et al.*, 2013).

Tabela 1 – Distribuição dos estudos por ano de publicação, contexto geográfico, idiomas, tipo de método utilizado para coleta de informações (n=24), 2021.

Distribuição		Quantidade
Ano de publicação		
2021		2
2020		2
2019		3
2018		4
2017		3
2016		4
2015		3
2014		1
2013		1
2012		0
2011		0
2010		1
2009		0
2008		0
2007		0
Primeira autoria		
Mulher		18
Homem		6
Contexto Geográfico		
	Alagoas	3
Nordeste	Bahia	2
	Rio Grande do Norte	2
	Ceará	1
Centro-Oeste	Não descrito	1
Sudeste	Minas gerais	6
	São Paulo	5
Sul	Rio Grande do Sul	2
Idiomas		
	Inglês	2
	Português	6
	Espanhol	1
	Inglês e/ou Português	14
Abordagem da pesquisa		
	Qualitativa	22
	Quantitativa	2
Método de coleta de informações/dados*		
	Entrevistas semiestruturadas	7
	Entrevistas	5
	Observação Participante	5
	Diário de campo	5
	Instrumento semiestruturado	3
	Diário cartográfico	2
	Entrevista em profundidade	1
	Entrevista fenomenológica	1
	Entrevista aberta	1
	Grupo focal	1
	Associação livre de palavras	1
	História oral de memórias de vida	1
	Punção digital para coleta de exame	1
	Etnografia	1
	Questionário	1
Análise da informações/dados		
	Análise de conteúdo ou temática	10
	Fenomenologia	2
	História oral	1
	Teoria das representações sociais	1
	Cartografia	1

	<i>continuação</i>
Análise foucaultiana do discurso	1
Método de interpretação de sentidos	1
História Oral	1
Criação de campos culturais	1
Índice de gravidade de dependência	1
Testes Sorológicos	1
Referencial teórico do DHAES**	1
Não esclareceu	1

* Alguns estudos utilizaram mais de um método

**Direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário (DHAES) cujo conteúdo normativos são disponibilidade, qualidade e segurança, acessibilidade física e financeira e aceitabilidade (Neve-Silva, Martins, Heller, 2018)

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A síntese dos resultados, apresentada no Quadro 5, exhibe que, entre os achados da revisão, os objetivos das pesquisas estavam em sua maioria relacionados ao cuidado em/a saúde e a avaliação de políticas públicas sociais e de saúde, desenvolvidos principalmente com populações mistas (PRADO *et al.* 2021; VALE; VECCHIA, 2020; VALE; VECCHIA, 2019; SILVA *et al.*, 2018; NEVES-SILVA; MARTINS; HELLER, 2018; VERNAGLIA *et al.*, 2017; TILO; OLIVEIRA, 2016; ANTUNES; ROSA; BRÊTAS, 2016). Somente quatro foram realizados com amostra exclusivamente de mulheres (BARROS *et al.*, 2020; MENDES; JORGE; PILECCO, 2019; SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019; ROSO; SANTOS, 2017).

Quatro artigos enquadram seus objetivos na identificação, descrição e análise referente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situação de rua (CAVALCANTI *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2015; PINTO *et al.*, 2014; LUNA *et al.*, 2013). Investigações sobre as experiências de vida e violências (SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019; NOBRE *et al.*, 2018; BISCOTTO *et al.*, 2016; ROSA; BRÊTAS, 2015), avaliação das estratégias do CnaR (DUARTE *et al.*, 2021; CARDOSO *et al.*, 2018; FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016) e análise sobre maternidade e os riscos destas, diante do contexto de vulnerabilidade que mulheres enfrentam nas ruas (ARAÚJO *et al.*, 2017; GONTIJO; MEDEIRO, 2010) também foram encontrados.

Quadro 5 – Síntese dos resultados por objetivo relacionado, autoria, objetivos, amostra e região/país de estudos qualitativos e quantitativos sobre cuidado a/em saúde a mulheres em situação de rua, 2021.

AUTORAS (ES)	OBJETIVO	AMOSTRA	REGIÃO/PAÍS
OBJETIVOS RELACIONADOS AO CUIDADO EM/A SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS			
Prado <i>et al.</i> , 2021	Analisar o entendimento das pessoas em situação de rua, que vivem em município do interior paulista, sobre o que é saúde e sobre suas experiências em serviços sanitários	10 pSR* (3 = mulheres)	São Paulo
Barros <i>et al.</i> , 2020	Compreender a vivência do cuidado à saúde, na ótica de mulheres que gestam e/ou gestaram em situação de rua	12 gestantes em situação de rua	Feira de Santana, Bahia
Vale; Vecchia, 2020	Investigar os percursos de cuidado à saúde da PSR em um município de pequeno porte.	10 pSR* (1 = mulheres)	Minas Gerais
Mendes; Jorge; Pilecco, 2019	Identificar como se dá a proteção social e a produção do cuidado a travestis e a mulheres trans em situação de rua nas políticas públicas de saúde e de assistência social no município de Belo Horizonte (MG), a partir da percepção dessas pessoas.	12 mulheres trans e/ou travestis	Belo Horizonte, Minas Gerais
Vale; Vecchia, 2019	Identificar e analisar os itinerários terapêuticos da PSR em um município de pequeno porte.	10 pSR* (1 = mulheres)	Minas Gerais
Silva <i>et al.</i> , 2018	Identificar e analisar a estrutura e o conteúdo das representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados em saúde.	72 pSR* (50 = mulheres)	Salvador, Bahia
Neves-Silva; Martins; Heller, 2018	Descrever a avaliação, à luz dos conteúdos normativos do direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário (DHAES) e dos princípios dos direitos humanos, do acesso a esses serviços pela população em situação de rua, dialogando com a decorrente formulação de políticas públicas no setor.	12 pSR* (4 = mulheres)	Belo Horizonte, Minas Gerais
Roso; Santos, 2017	Apresentar dados empíricos de uma pesquisa qualitativa que aborda a saúde das mulheres em vivência de rua e as transversalidades no cuidado em saúde	2 mulheres em situação de rua	Rio Grande do Sul
Vernaglia <i>et al.</i> , 2017	Estudar características sociodemográficas e comportamentais de usuários de crack em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas em seis cidades brasileiras	816 pSR* (159 = mulheres)	Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Vitória, Brasília e Salvador
Tilo; Oliveira, 2016	Investigar numa cidade brasileira de médio porte (Uberaba/MG) as principais dificuldades e estratégias apontadas por pessoas em situação de rua relacionadas às suas práticas e às políticas públicas de cuidados em saúde	6 pSR* (2 = mulheres)	Uberaba, Minas Gerais
Antunes; Rosa; Brêtas, 2016	Compreender as relações existentes no processo de ressignificação da vida na rua a partir do diagnóstico de uma doença socialmente estigmatizante	5 pSR* (2 = mulheres)	São Paulo
OBJETIVOS RELACIONADOS A ATITUDES REFERENTE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA			
Cavalcanti <i>et al.</i> , 2015	Analisar as percepções dos adolescentes em acolhimento provisório quanto a sua vulnerabilidade ao HIV.	7 adolescentes em situação de rua (3 = mulheres/meninas)	Natal, Rio Grande do Norte
Costa <i>et al.</i> , 2015	Investigar o cotidiano de gestantes em situação de rua e sua relação com as políticas públicas na cidade de Santos, litoral do Estado de São Paulo	13 gestante em situação de rua	Santos, São Paulo

Pinto <i>et al.</i> , 2014	Descrever comportamentos, atitudes e práticas de risco para as DST, estimar a prevalência da sífilis, os fatores Associados e avaliar a exequibilidade de uso do Teste Rápido (TR) para sífilis em pessoas em situação de rua.	1405 pSR* (203 = mulheres)	São Paulo
Luna <i>et al.</i> , 2013	Identificar o conhecimento e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes em situação de rua	19 adolescentes em situação de rua (5 = mulheres/meninas)	Fortaleza, Ceará
OBJETIVOS RELACIONADOS A EXPERIÊNCIAS DE VIDA E VIOLÊNCIAS			
Sanchotene; Antoni; Munhós, 2019	Investigou as concepções de mulheres em situação de rua em Porto Alegre, RS, Brasil, sobre ser mulher nesse contexto.	6 mulheres em situação de rua	Porto Alegre, Rio Grande do Sul
Nobre <i>et al.</i> , 2018	Conhecer seus modos de vida, táticas de sobrevivência e as práticas de resistência frente às diárias violações de direitos.	9 mulheres em situação de rua	Natal, Rio Grande do Norte
Biscotto <i>et al.</i> 2016	Compreender a vivência de mulheres em situação de rua	10 mulheres em situação de rua	Minas Gerais
Rosa; Brêtas, 2015	Trazer à reflexão situações de violência na vida de mulheres em condição de rua na cidade de São Paulo, Brasil.	22 mulheres em situação de rua	São Paulo, São Paulo
OBJETIVOS RELACIONADOS A AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS CONSUTORIO NA RUA			
Duarte <i>et al.</i> , 2021	Mapear os afetos em cenas que ocorreram em uma vivência em um Consultório na Rua (CnaR) por meio da realização de uma cartografia	1 gestante em situação de rua	Região sul do Brasil
Cardoso <i>et al.</i> , 2018	Analisar elementos do processo de trabalho de enfermagem no Consultório na Rua, evidenciando os desafios e potencialidades do cuidado à pessoa em situação de rua	4 mulheres em situação de rua e 5 enfermeiras	Maceió, Alagoas
Ferreira; Rozendo; Melo (2016)	Avaliar a estratégia do Consultório na Rua em Maceió, Alagoas, Brasil, com base na perspectiva de seus usuários	18 pSR* (8 = mulheres)	Maceió, Alagoas
OBJETIVOS RELACIONADOS A MATERNIDADE NAS RUAS			
Araújo <i>et al.</i> , 2017	Investigar como ocorrem os cuidados de Enfermagem diante da condição de risco relacionada ao período gestacional no contexto de situação de vulnerabilidade social de rua	9 gestantes em situação de rua	Maceió, Alagoas
Gontijo; Medeiros, 2010	Descrever e analisar os significados de maternidade e paternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas, que vivenciam o processo de vulnerabilidade/desfiliação	13 pSR* (5 = mulheres)	Região centro oeste do Brasil

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Analisou-se também os fatores de impacto de cada periódico selecionado na revisão, dos quais foram *Journal Citation Reports (JCR)*, *Qualis Periódicos* e *Índice H da Scientific Journal Ranking*, apresentados na Tabela 6.

O fator de impacto do JCR, publicado pelo *Institute for Scientific Information (ISI)*, avalia os periódicos indexados em uma das maiores bases de dados da saúde, WOS. Através de dados quantitativos, possibilitam embasar as revisões sistemáticas e integrativas em inúmeras áreas, incluindo Ciências da Saúde e Ciências Sociais. O cálculo do fator de impacto realizado por esse índice é feito através da divisão do número de citações no ano pelo número de artigos

publicados nos dois anos anteriores. Este indicador se orienta pela pontuação de *Eigenfactor Score*, que aponta o tamanho cumulativo do periódico citado nos anos anteriores, sendo a pontuação média de influência 1,00, considerando o valor da maior 1,00 para revistas com influência acima da média (CLARIVATE, 2021).

Outro indicador de impacto investigado foi o Qualis Periódicos, criado pela CAPES em 1998, cujo objetivo é avaliar os periódicos científicos no Brasil. A estratificação dos periódicos é feita em diversas áreas do conhecimento sendo classificadas em estratos, sendo o mais elevado o estrato A1, e, tendo pontuação zero, o estrato C. Para autora e pesquisadora, Olivia Perez (2020, p.4) “o Qualis Periódico avalia a produção intelectual dos programas de pós-graduação e por isso influencia a nota dos programas”.

A *Scientific Journal Ranking*, medida desenvolvida pela Scopus, também foi avaliada – dado que calcula através de parâmetros específicos o valor de SJR e do índice H. O índice H, também conhecido como índice de *Hirsch* é encontrado através de uma medida aritmética simples, mas que permite quantificar a produtividade e o impacto de citações das publicações, aplicável a cientistas, periódicos, países entre outros. O *Indicador SCImago Journal Rank* (SJR) expressa a visibilidade dos periódicos contidos na base de dados *Scopus* desde 1996. Através da construção de indicadores por meio da bibliometria, esta ferramenta, mede a influência das revistas, analisando o número médio de citações ponderadas recebidas. O que diferencia o Índice H do SJR é período métrico e fatores específicos, como origem e comportamento das citações em cada área do conhecimento (SCOPUS, 2021).

Na revisão, os periódicos estão relacionados principalmente ao departamento/categoria da Enfermagem, seguidamente pelas áreas de Psicologia e Saúde Pública (Tabela 2). A revista *Cadernos de Saúde Pública* e *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, apresentaram os melhores fatores de impactos. Dos periódicos localizados em todas as bases da JCR, Índice H e Qualis, a revista com indicadores mais baixos foi a *Avances en Psicología Latinoamericana*. A revista internacional *Health Care Women Int* apresenta um fator de impacto da JCR e de Índice H altos, enquanto no Qualis é médio (B1). Duas revistas, *Rev Rene* e *Saúde Sociedade*, não foram localizadas na base da Scopus, que exibem o Índice H. Já as revistas *Psicologia em Estudo*, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *Psicologia e Sociedade* não foram localizadas na base da WOS, Clarivate, não sendo possível encontrar o indicador JCR e o Índice H. Quatro periódicos brasileiros foram encontrados somente no Qualis, os quais variaram entre B1, B2 e B4.

Tabela 2 – Informações sobre os periódicos dos artigos analisados e os fatores de impacto: JCR, Índice H e Qualis Periódico, 2021.

INFORMAÇÕES DOS PERÍODICOS			FATORES DE IMPACTO						
			JCR		Índice H		Qualis Periódico		
Sigla	ISSN	Categoria/ Departamento	JIR 2020	JIF 2019	H- INDEX	SJR 2020	Saúde Coletiva	Enfermagem	Interdisciplinar
Cad. Saúde Pública	0102-311X	Saúde Publica	1.632	1.408	77	0.63	A2	B1	A2
Rev. Esc. Enferm. USP	1980-220X	Enfermagem	1.086	0.798	28	0.28	B2	A2	B1
Rev. Bras. Enferm.	0034-7167	Enfermagem	0.45	0.58	21	0.27		A2	B1
Rev. Latino-Am. Enfermagem	1518-8345	Enfermagem	1.442	1.297	36	0.39	B2	A1	B1
Health Care Women Int	0739-9332	Estudos sobre Mulher	1.373	0.970	52	0.43		B1	B1
Interface (Botucatu)	1807-5762 / 1414-3283	Saúde Publica	0.18	0.26	21	0.35	B1	B1	A2
Av. Psicol. Latinoam. J. res.: fundam. care. online	1794-4724	Psicologia	0.13	0.16	12	0.17			B1
Rev Rene	2175-5361	Enfermagem	0.12	0.14	NL		B4	B2	
Saúde Soc.	2175-6783	Enfermagem	0.17	0.24	NL		B5	B1	B3
Psicologia em Estudo	0104-1290	Ciências Sociais	NL		20	0.27	B1	B1	B1
Rev. bras. epidemiol.	1413-7372 / 1807-0329	Psicologia	NL		16	0.15		B2	A2
Psicol. Soc	1415-790X/ 1980-5497	Epidemiologia	NL		32	0.69	B1	B1	B1
Rev enferm UFPE on line., Cienc Cuid Saude	1807-0310	Psicologia	NL		16	0.2	B3	B2	A2
Rev. Eletr. Enf. [Internet]	1807-0310	Psicologia	NL				B3	B2	A2
Saúde debate	1981-8963	Enfermagem	NL		NL			B2	B4
	1677-3861/ 1984-7513	Enfermagem	NL		NL		B4	B2	B4
	1518-1944	Enfermagem	NL		NL		B4	B1	B2
	0103-1104	Saúde Publica	NL		NL		B2	B2	B1

Fonte: Elaborado pela autora.

*NL= Não localizado o indicador.

5.1 “Pra mulher é mais difícil, entendeu...”: sobreviver nas ruas e ser mulher

Para iniciar a análise dos resultados, em primeiro lugar, questionou-se a compreensão do “ser mulher” nas ruas. Dos 24 estudos dessa revisão, conseguiu-se identificar tais percepções em somente quatro estudos. Na pesquisa realizada na cidade de Natal, a pesquisadora Nobre *et al.* (2018, p. 6) apresenta um relato que evidencia a intensificação da dor de ‘ser mulher’ nas ruas: “*Ser mulher dói mais. Dói porque o desrespeito e a violência batem na nossa cara todos os dias!*”. No sul do país as autoras Sanchotene, Antoni e Munhós (2019, p.153), também trazem os discursos de mulheres que expressam a complexidade de ser mulher, mãe e viver em situação de rua, como na fala da participante Maria Dandara “*Tu apanha, tu é torturada. Pra mulher é mais difícil, entendeu, do que pra homem. Porque a mulher às vezes não tem defesa, o homem é mais forte que a mulher*”.

Fica nítido nos discursos a presença constante da violência contra mulheres em situação de rua. No entanto, optou-se por discutir a violência contra mulheres a partir do termo “violência patriarcal”. Visto que a teórica feminista bell hooks (2019, p. 96) frisa que “o foco feminista em violência patriarcal contra mulheres deveria permanecer como preocupação primária”. Esta esclarece que o termo violência patriarcal é baseado “na crença de que é aceitável que um indivíduo mais poderoso controle outros por meio de várias formas de força coercitiva” (HOOKS, 2019, p. 95).

Inúmeras mulheres associam a ida para as ruas com o controle e violência proferida por seus cônjuges no domicílio. Evidenciado nas falas das participantes do estudo de Sanchotene, Antoni e Munhós (2019, p.151):

“Eu tinha que ser meio escrava, sabe”(Maria Nise, informação verbal). Maria Quitéria também relata a violência vivenciada: “Ele me batia muitos e eu não fizesse as coisas que ele queria [mostra cicatriz na perna] [...] Ele já tentou me matar”.

A violência – seja física, psicológica, sexual, financeira e outras – é um instrumento de controle e coerção que se pratica sobre os oprimidos (FOUCAULT, 2014), sendo assim, o soberano – no caso das mulheres em situação de rua, o companheiro e outros homens – exercem seu poder sobre elas. Dentre as violências e vulnerabilidades, as mulheres que vivem na rua experienciam com frequência os abusos sexuais, seja no âmbito doméstico, resultando na sua ida para ruas (DUARTE, 2021; SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019; GONTIJO; MEDEIROS, 2010), seja em suas vivências na rua (NOBRE *et al.*, 2018; BISCOTTO *et al.*, 2016; SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019).

A coerção através do estupro é histórica. Conforme apontado por Ângela Davis (2019, p.20) no livro *Mulheres, Raça e Classe*, as mulheres escravas “eram inerentemente vulneráveis a todas as formas de coerção sexual”, sendo esta “uma expressão ostensiva de domínio”, no caso, do “domínio econômico do proprietário e do controle do feitor”. No sistema capitalista e racista contemporâneo, a dominação patriarcal ainda naturaliza e reproduz a condição subalterna das mulheres e meninas. Este fato é evidenciado no estudo longitudinal e prospectivo de 7 anos sobre violência física e emocional por parceiro íntimo e adversidade financeira com falta de moradia com mais de 14.735 mulheres grávidas e puérperas conduzido por Chan *et al.* (2021) no Reino Unido. Os autores apresentam que a Violência por Parceiro Íntimo (VPI), seja emocional ou física, aumentam exponencialmente o risco das mulheres ficarem sem moradia. Destaca-se a gravidade do efeito da VPI na vida das vítimas, visto que, a adversidade financeira é uma causa óbvia e direta da falta de moradia (CHAN *et al.*, 2021).

Outras autoras investigaram a saúde e a relação de gênero nas ruas do Rio Grande do Sul. Estas pontuam que a concepção sobre o modo de “ser mulher”, e como está é vista pelo mundo, influencia diretamente nas formas de cuidado com a própria saúde (ROSO; SANTOS, 2017).

Reafirmando que as vulnerabilidades se intensificam diante as relações de gênero, as pesquisadoras, Mendes; Jorge e Pilecco (2019, p. 111), expõem falas de mulheres transexuais sobre a intensificação da violência e violação de direitos no contexto das ruas. O existir é citado por uma mulher trans já como uma intensa dificuldade, além das violências, incluindo a policial e ocasionada pelo tráfico. Tal realidade pode ser sintetizada com a seguinte frase “*neste submundo, sobreviver na rua é uma luta diária, constante e dolorosa.* (Sabrina)”.

O exposto vem ao encontro das palavras de Márcia Tiburi (2018) sobre a importância do feminismo como um contra dispositivo na desconstrução dos sistemas de opressão. Para a pesquisadora, os privilégios de gênero, sexuais, de classe e raça, visam manter o *status quo* do sistema patriarcal que inferioriza a condição das mulheres e naturaliza a superioridade e opressão masculina, onde as mulheres, ao resistirem e reivindicarem o direito sobre o seu corpo, tem seu destino traçado e demarcado pelas violências.

Logo, questiona-se quem são essas mulheres e quais suas principais características. Deste modo, no que diz respeito a idade, apurou-se que, nos achados dessa revisão, haviam meninas/mulheres com idade mínima de 14 anos (GONTIJO; MEDEIROS, 2010) e mais de 60 anos (MENDES; JORGE; PILECCO, 2019) em situação de rua no Brasil no período dos estudos. Sendo as faixas etária de maiores concentrações a de 18 a 25 anos (PRADO *et al.*, 2021; BARROS *et al.* 2020; MENDES; JORGE; PILECCO 2019; SANCHOTENE; ANTONI;

MUNHÓS, 2019; NOBRE *et al.* 2018; ARAÚJO *et al.*, 2017; BISCOTTO *et al.* 2016.; ROSA; BRÊTAS 2015; COSTA *et al.*, 2015) e de 31 a 40 anos (DUARTE *et al.* 2021; VALE; VECCHIA 2019; ARAÚJO *et al.*, 2017; NOBRE *et al.* 2018; ROSA; BRÊTAS 2015; COSTA *et al.*, 2015; PINTO *et al.*, 2014).

Sobre o tempo de vida nas ruas dessas meninas/mulheres, a revisão exibe uma extrema diferença, como pode-se observar no estudo de Mendes, Jorge e Pilecco (2019). As autoras entrevistaram uma mulher vivendo nas ruas a um mês e outra que vivia nessa situação há mais de 45 anos. Localizou-se, no restante dos achados, que haviam mulheres vivendo nas ruas de 4 meses a 2 anos (ROSA; BRÊTAS 2015; COSTA *et al.*, 2015; BISCOTTO *et al.* 2016; TILO; OLIVEIRA, 2016), 5 anos a mais de 10 anos (ROSA; BRÊTAS 2015; VALE; VECCHIA 2019; NOBRE *et al.* 2018), 32 anos (BISCOTTO *et al.* 2016) e 40 anos (TILO; OLIVEIRA, 2016).

Poucas pesquisas investigaram a idade com que estas meninas/mulheres foram para as ruas. No estudo de Duarte *et al.* (2021), a entrevistada apontou não recordar da idade, mas, sabe que foi na adolescência. Gontijo e Medeiros (2010) entrevistaram adolescentes em situação de rua, com idades de 14 a 17 anos. Destas, uma relatou viver nas ruas desde os 5 anos, sendo da 4ª geração da família que vive nesse contexto. Outra relatou que foi para as ruas aos 12 anos após os episódios de violência sexual acometidos no âmbito familiar (GONTIJO; MEDEIROS, 2010).

Evidenciou-se em relação à questão da cor/raça presença majoritária de mulheres negras/pretas vivem nas ruas do Brasil (SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019; NOBRE *et al.* 2018; MENDES; JORGE PILECCO, 2019; PINTO *et al.*, 2014; VERNAGLIA *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2017; DUARTE *et al.* 2021). A baixa escolaridade é apontada em inúmeros estudos. Na pesquisa comparativa entre a população masculina e feminina em situação de rua, os pesquisadores enfatizaram que mulheres apresentaram menor grau de escolaridade (VERNAGLIA *et al.*, 2017). Em geral, as mulheres possuem, em sua maioria, o ensino fundamental incompleto (MENDES; JORGE PILECCO, 2019; VALE; VECCHIA 2019; VALE; VECCHIA 2019; ARAUJO *et al.*, 2017).

Sobre a questão reprodutiva, notou-se que algumas pesquisas foram desenvolvidas com mulheres enquanto estavam gestando e se encontravam em situação de rua (ROSA; BRÊTAS, 2015; COSTA *et al.*, 2015; ROSO; SANTOS, 2017; DUARTE *et al.*, 2021). Notou-se que houve relatos de mulheres com histórico de abortos, inclusive na adolescência (BARROS *et al.*, 2020; GONTIJO; MEDEIROS, 2010). Sobre gestações anteriores, os estudos apontaram que as mulheres possuíam de 1 a 3 filhos (BARROS *et al.* 2020; SANCHOTENE; ANTONI;

MUNHÓS, 2019; NOBRE *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2015; ROSA; BRÊTAS, 2015; GONTIJO; MEDEIROS, 2010). Algumas mulheres não sabiam identificar quantos filhos possuíam (COSTA *et al.*, 2015) e outra se encontrava na oitava gestação (DUARTE *et al.*, 2021).

A maioria das mulheres em situação de rua não possuíam a guarda dos filhos, relatando que alguns destes foram para a adoção ou estavam com familiares. No entanto, algumas mulheres não sabiam onde se encontravam (BARROS *et al.*, 2020; SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019; COSTA *et al.*, 2015; BISCOTTO *et al.*, 2016). Ponto interessante sobre a relação com companheiros, é que, em algumas pesquisas (BISCOTTO *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2017), a maioria das mulheres se definiram como solteiras e em outros estudos, casadas ou com companheiro fixo (COSTA *et al.*, 2015; NOBRE *et al.*, 2018; BISCOTTO *et al.*, 2016).

5.1.1 Ser “mãe da rua” é cuidar do outro e não de mim: estratégia de resistência para driblar as violências

A função de cuidadora é historicamente atribuída a mulher, pois esta encontra-se relacionada a função doméstica e materna, ou seja, ao âmbito privado. No contexto do maquinário capitalista, o corpo da mulher em situação de rua não deixa de enfrentar essa questão tão sensível. Ao contrário, os resultados da revisão conseguem explorar a demarcação do papel social das mulheres em situação de rua sendo atribuídas funções de cuidado com outro, mas não propriamente de si (VALE; VECCHIA, 2020).

Diante desse panorama, pode se observar como os efeitos das normas sociais patriarcais atravessam a vida e a relação de autocuidado das mulheres em situação de rua, dado que estas reproduzem uma imposição histórica, patriarcal, que atribui o papel social da mulher à função de cuidadora (BEAUVOIR, 2016a; b; WOLLSTONECRAFT, 2016).

O estudo de Nobre *et al.* (2018, p.) vem ao encontro do exposto acima, apresentando a fala de uma entrevista que se autodenominava “a mãe da rua” – termo que interliga tanto o cuidado com outro (ao citar que está sempre disponível para ouvir, aconselhar, compartilhar comida e outros itens com as pessoas a sua volta), quanto como questão primordial para sobrevivência nas ruas, uma estratégia para driblar as adversidades e ameaças que as mulheres nas ruas estão expostas (NOBRE *et al.*, 2018).

Por essas mulheres assumirem um papel de social de cuidadora, o autocuidado é suprimido e negado, como revela as autoras Vale e Vecchia (2020) no seu estudo. As

pesquisadoras, no momento da coleta de informações, observaram que uma das entrevistadas estava com um corte profundo na mão (as pesquisadoras insistiram pela procura por cuidado). No entanto, houve recusa pelo atendimento e quando tentava-se explorar os motivos, a entrevistada desconversava, não apenas sobre o corte, mas também acerca dos medicamentos para pressão alta e outros cuidados. Nota-se que esta mulher em situação de rua conhece as redes formais de assistência, pois frequentemente a aciona para os colegas de rua, mas, quando se trata de cuidar de si, não há mesmo investimento (VALE; VECCHIA, 2020, p.12).

Em contraponto, a investigação de Silva *et al.* (2018) acerca das representações sociais sobre cuidados em saúde de mulheres no contexto das ruas, exhibe que estas assumiram um posicionamento favorável sobre a importância do autocuidado em especial, com a saúde sexual e reprodutiva, idas ao médico e uso de medicações, fato também evidenciado por Tilo e Oliveira (2016). O cuidado à saúde e o autocuidado também é associado à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em especial pelo risco de contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (PRADO *et al.*, 2021; CAVALCANTI *et al.*, 2015).

Mesmo recebendo informações sobre a transmissão sexual de doenças e, conseqüentemente, sua prevenção pelo uso do preservativo, no estudo de Pinto *et al.* (2014), das 203 mulheres entrevistadas, 153 relataram não utilizar o preservativo em todas as relações sexuais. Dados sobre o recebimento de preservativos de forma gratuita são citados por Pinto *et al.* (2014) e Ferreira, Rozendo e Melo (2016). No entanto, nas pesquisas de Luna *et al.* (2013), Pinto *et al.* (2014), Cavalcanti *et al.* (2015) e Barros *et al.* (2020), as mulheres referiram não ter acesso a tal método.

Destaca-se que nos resultados de Barros *et al.* (2020, p.5) a busca e negação de direitos por mulheres em situação de rua ao solicitarem métodos contraceptivos. Como se nota na fala abaixo, o serviço de saúde não forneceu o preservativo devido elas não possuírem endereço fixo: “*mas não tinha endereço, eu estava morando lá embaixo, na lagoa. ...e também que negou quando fui lá pegar camisinha ...e remédio de evitar... não me deram, porque eu não tinha endereço fixo (Praça da Bandeira 3)*”.

Vernaglia e colaboradores (2017) realizaram uma pesquisa nas seguintes cidades: Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Vitória, Brasília e Salvador com pessoas em situação de rua. Um dos pontos investigados pelos autores foi como estes percebiam sua atual condição de saúde. Segundo os resultados, a maioria das mulheres (67,3%) referiram um estado bom ou médio, acompanhados de 18,95% de excelente/muito bom e 13,8% ruim – sendo a saúde reconhecida como sendo “tudo” ou o caminho ao “tudo”. *Saúde é tudo, sem ela, se a pessoa não tem saúde, não tem nada[...]. O resto a gente consegue depois*” (PRADO *et al.*, 2021, p.4).

Ressalta-se que há nitidamente uma dicotomia nos conceitos moralmente estabelecidos sobre saúde, doença e cuidado, quando se investiga a população em situação de rua. As pesquisadoras Roso e Santo (2017), discutem sobre como estratégias de saúde adotadas por mulheres que vivem nas ruas. Em sua maioria, estas descartam e/ou negam procedimentos institucionalizados. Algo que parece descuido – no olhar dos profissionais de saúde e população geral – é uma estratégia de cuidado, visto que os serviços de saúde e profissionais tendem a reproduzir inúmeras violências, violações de direito, discriminação e exclusão (BARROS *et al.*, 2020; MENDES; JORGE; PILECCO, 2019; VALE; VECCHIA, 2020;2019; ARAÚJO *et al.*, 2017; ROSO; SANTOS, 2017; TILO; OLIVEIRA, 2016; FERREIRA, ROZENDO, MELO, 2015; PINTO *et al.*, 2014)

Fica nítido que, geralmente, as mulheres em situação de rua só buscam por um cuidado institucionalizado quando estão gestando, como percebido por Roso e Santo (2017) e Araújo *et al.* (2017). Mesmo nos casos de ferimentos moderados e/ou graves, há uma recusa na busca de cuidado em instituições de saúde (VALE; VECCHIA, 2020; ROSO; SANTOS, 2017);

A alimentação é citada como importante para o cuidado em saúde, já que podem prevenir complicados nos problemas de saúde (VALE; VECCHIA, 2019; SILVA *et al.*, 2018; TILO; OLIVEIRA, 2016). Em geral, as observações das participantes envolviam as formas de armazenamento dos alimentos, que ficavam expostos às condições do ambiente e aos animais, como pombos (TILO; OLIVEIRA, 2016). Pelo menos nesse estudo, as mulheres relataram que recebem inúmeras doações de alimentos, dos restaurantes e instituições de caridade, não sendo pontuado como dificuldade (TILO; OLIVEIRA, 2016).

Sono e higiene pessoal foram dois aspectos importantes relacionados à saúde. Porém, é enfatizado a precariedade e as dificuldades enfrentadas nas ruas, já que, nesse contexto, não há condições necessárias para dormir e higienizar-se. Diante dessa adversidade, algumas mulheres recorriam aos banheiros de rodoviárias ou pensões, ambos pagos (TILO; OLIVEIRA, 2016).

Nota-se que as mulheres em situação de rua citam as estratégias de redução de danos informadas pela equipe do CnaR de Maceió/Alagoas como essenciais para prevenção de doenças transmissíveis como a tuberculose, através do não compartilhamento do cachimbo e/ou aumento do consumo de água (FERREIRA; ROZENDO; MELO; 2016).

5.2 Demandas, busca e oferta de cuidados a saúde das mulheres em situação de rua

A princípio, investigou-se nos achados quais as principais doenças e/ou agravos referidos pelas mulheres no contexto de rua. Logo em seguida (Quadro 6), visou-se explorar os cuidados e/ou serviços utilizados por estas, frisando as principais motivações para busca de atenção à saúde e/ou desenvolvimento estratégias próprias de cuidado.

Na revisão, observou-se que as mulheres que vivem nas ruas apresentam, além das doenças e agravos agudos, inúmeras doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (BARROS *et al.*, 2020; VALE; VECCHIA, 2020), Diabetes *Mellitus* (BARROS *et al.*, 2020), tuberculose (BARROS *et al.*, 2020; MENDES; JORGE; PILECCO, 2019), hanseníase (ANTUNES; ROSA; BRÊTAS, 2016), doença renal (VALE; VECCHIA, 2020; VERNAGLIA *et al.*, 2017), sofrimento psíquico (ANTUNES; ROSA; BRÊTAS, 2016), problemas respiratórios crônicos, epilepsia ou convulsões e outras doenças cardíacas (VERNAGLIA *et al.*, 2017).

Em relação às doenças e agravos agudos, foram citados acidentes diversos, envolvendo principalmente ferimentos em membros (VALE; VECCHIA, 2020; ROSO; SANTOS, 2017), cefaleia (TILO; OLIVEIRA, 2016), gripes e resfriados frequentes, resultando em problemas respiratórios agudos (MENDES; JORGE; PILECCO, 2019; BARROS *et al.*, 2020). As IST foram citadas com frequência; sendo o HIV a principal delas (MENDES; JORGE; PILECCO, 2019; VERNAGLIA *et al.*, 2017; TILO; OLIVEIRA, 2016; ANTUNES; ROSA; BRÊTAS, 2016), seguido pela sífilis (BARROS *et al.*, 2020; PINTO *et al.*, 2014) e outras não especificadas (PINTO *et al.*, 2014; LUNA *et al.*, 2013).

Nos resultados de Mendes, Jorge e Pilecco (2019), Vale e Vecchia (2019), e Roso e Santos (2017), foi identificado que as mulheres em situação de rua no Brasil conhecem e acessam a rede de atenção em saúde, reconhecendo a Unidades de Pronto Atendimento (UPA) como serviço voltado para as classes privilegiadas (VALE; VECCHIA, 2019). Tal dado aponta, portanto, o processo sutil e dialético da exclusão e inclusão perversa (SAWAIA, 2014B) das políticas públicas, visto que há um serviço tido como gratuito e de fácil acesso – através do acionamento por ligação – mas que as mulheres e demais pessoas em situação de rua não conseguem utilizar – vindo ao encontro do que a pesquisadora Bader Sawaia (2014B) apresenta como o caráter ilusório de inclusão.

A busca de cuidados de mulheres em situação de rua deu-se, principalmente, na ABS, citada nos achados as Unidades Básicas de Saúde e/ou Estratégia Saúde da Família e/ou Centro de Saúde. Estas ofertaram às mulheres: exames de prevenção do câncer do colo do útero

(Papanicolau), consulta odontológica, acompanhamento pré-natal com orientações sobre alimentação, uso do medicamentos (ácido fólico e sulfato ferroso), cuidados e tratamento para hanseníase, hipertensão, problemas nos rins e acidentes diversos (VALE; VECCHIA, 2020; ROSO; SANTOS, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2017; ANTUNES; ROSA; BRÊTAS, 2016; CAVALCANTI *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2015).

Em seguida, a procura pela rede hospitalar (VALE; VECCHIA, 2019; MENDES; JORGE; PILECCO, 2019; VERNAGLIA *et al.*, 2017; TILO; OLIVEIRA, 2016; ROSA; BRÊTAS, 2015;) e serviços ambulatoriais de urgência e emergência, incluindo as UPA (PRADO *et al.*, 2021; VALE; VECCHIA, 2020; VERNAGLIA *et al.*, 2017), foram destaque nos discursos das mulheres, sendo frisado que a procura por tais serviços se dá apenas em casos de extrema necessidade para alívio e manejo de dor.

Corroborando com tais resultados, estudos estadunidenses com pessoas em situação de rua desenvolvidos em São Francisco, Califórnia (RILEY *et al.*, 2020) e em Dallas, Texas (CHISOM *et al.*, 2020) identificaram que mulheres são mais propensas do que os homens a buscarem atendimento de emergência, em especial, durante o período noturno. Por fim, os autores recomendam análises de gênero para definição de preditores potenciais para busca por cuidado à saúde, como ampliar o acesso das mulheres em situação de rua há intervenções e políticas de cuidados primários (CHISOM *et al.*, 2020).

Quadro 6– Relação entre a busca por cuidado e cuidados ofertados e/ou estratégias adotadas, 2021.

Autoras (es)	Busca por cuidado: local e/ou estratégia	Cuidados ofertados e/ou estratégias adotadas
Cavalcanti <i>et al.</i> , 2015	Escola	Todos os adolescentes afirmaram adquirir informações sobre o tema HIV/Aids na escola.
Cavalcanti <i>et al.</i> , 2015; Costa <i>et al.</i> , 2015; Roso; Santos (2017); Araújo <i>et al.</i> , 2017; Vale; Vecchia (2020); Antunes; Rosa; Brêtas, 2016	Unidade Básica de Saúde e/ou Estratégia Saúde da Família e/ou Centro de Saúde	Exame de prevenção do câncer do colo do útero (Papanicolau) e consulta odontológica. Acompanhamento pré-natal com orientações sobre alimentação, uso do medicamento: ácido fólico e sulfato ferroso. Cuidado e tratamento para hanseníase, hipertensão, problemas nos rins e acidentes diversos.
Rosa; Brêtas (2015); Tilo; Oliveira, 2016; Vale; Vecchia (2019); Mendes; Jorge; Pilecco (2019); Vernaglia <i>et al.</i> , 2017	Hospital	Internação
Vernaglia <i>et al.</i> , 2017; Prado <i>et al.</i> , 2021; Vale; Vecchia (2020)	Serviços ambulatoriais e de urgência e emergência Incluindo, UPA.	Alívio e manejo da dor;

Ferreira; Rozendo; Melo (2016); Duarte <i>et al.</i> (2021); Cardoso <i>et al.</i> , 2018; Barros <i>et al.</i> 2020	CnaR	Suporte social e apoio emocional; Redução de danos e prevenção de doenças transmissíveis; Imunização; Verificação de pressão arterial, glicemia capilar; Acompanhamento pré-natal e aplicação de métodos contraceptivos; Cuidado com crises psiquiátricas; Alívio e manejo da dor; Referência para atendimentos: nas UBS e hospitais;
Tilo; Oliveira, 2016; Roso; Santos (2017)	Estratégias próprias, dispensando procedimentos institucionais	Automedicação, limpeza e cuidado com ferimentos;
Vernaglia <i>et al.</i> , 2017; Duarte <i>et al.</i> (2021)	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Tratamento anterior para álcool e outras drogas; Atendimento a crises.
Duarte <i>et al.</i> (2021); Vernaglia <i>et al.</i> , 2017	Hospital psiquiátrico	Internação e atendimento a crises psiquiátricas;

Fonte: Elaborado pela autora

As necessidades de atender às especificidades de gênero também são apontadas por Alonso, Palacios e Iniesta (2020). Estas autoras compreendem, através das narrativas das mulheres em situação de rua, que a exclusão e a violência refletem a baixa eficácia e eficiência do modelo de intervenção predominante. A pesquisa de Rosa e Brêta (2015), achada na revisão, enfatiza o caso da procura pelo atendimento emergencial devido à facada proferida pela VPI. Situação de violência também vivenciada por mulheres em situação de rua nos Estados Unidos, onde quase metade das entrevistadas por Li e Urada (2020) sofreram VPI, incluindo histórico de esfaqueamento e ferimento por bala.

Em relação aos cuidados diante o sofrimento psíquico, crises psiquiátricas e tratamento para álcool e outras drogas, as mulheres destacaram a procura pelo CAPS, bem como referiram internação em enfermaria psiquiátrica (DUARTE *et al.*, 2021; VERNAGLIA *et al.*, 2017). Os efeitos do emaranhado de matrizes de opressão vivenciados por essas mulheres, convergem em nítidos sofrimentos físicos, sociais e psíquicos. Compreendendo que o “sofrimento é mediado pelas injustiças sociais e o sofrimento de estar submetido à fome e à opressão, e pode não ser sentido como dor por todos” (SAWAIA, 2014b, p.104). Diante da procura por atendimento somente durante crises psiquiátricas, e, conseqüentemente, o internamento em alas psiquiátricas, destaca-se a preocupação de Pardo, Ramírez, Martinez (2020) no manejo do sofrimento social das mulheres em situação de rua reduzida a medicalização, ou seja, o alívio temporário dos sintomas sociais por fármacos.

O CnaR foi outro lugar de cuidado citado, sendo este destacado pelo suporte social e apoio emocional, e, principalmente, pelo investimento nas tecnologias leves de cuidados que reiteram a importância do diálogo e dos afetos (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016; DUARTE *et al.*, 2021; CARDOSO *et al.*, 2018). Em contraponto, na pesquisa realizado por

Barros *et al.* (2020), a equipe do consultório na rua foi descrita de modo semelhante ao sistema médico hegemônico de queixa-conduta, sendo percebido um distanciamento da compreensão destacada nos estudos anteriores.

Na cidade de Maceió/Alagoas, as mulheres em situação de rua frisam os benefícios do CnaR na transformação da vida e de cuidado delas, como pode-se observar na fala apresentada na pesquisa de Ferreira; Rozendo; Melo (2016, p. 7) “*Em tudo, na minha vida, mudou 100%, aprendi a prevenir, aprendi a não compartilhar o cachimbo pra não pegar TB (E7)*”. Nessa frase curta, nota-se o cuidado baseado nas tecnologias leves e redução de danos.

Outro ponto de destaque das mulheres em situação de rua atendidas nesse CnaR, foi a ampliação do acesso à saúde através da redução das dificuldades em ir à unidade básica de saúde, busca por medicamentos e exames. A usuária no estudo revela que alguns serviços da RAS negavam direitos básicos, incluindo o direito a saúde, diante de atitudes preconceituosas, chegando a rejeitar e ser indiferentes com essas mulheres. Somente com o CnaR a situação se transformou, já que com os encaminhamentos e com a estreita relação de cuidado entre os CnaR e a rede de atenção à saúde, estas usuárias conseguem alcançar alguns de seus direitos (BARROS *et al.*, 2020; ARAÚJO *et al.*, 2017; FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016).

Diante do exposto, fica nítido os processos de interdição e rejeição dispostos pelo filósofo Foucault (2014), já que para o autor, o princípio da interdição é o mais perceptível e presente na sociedade. Visto que há uma delimitação de temas que podem ou não ser discutido socialmente, no caso das mulheres em situação de rua, há uma delimitação dos espaços que podem ou não frequentar e direitos que podem ou não acessar – mesmo diante de uma sociedade que, em tese, se embasa em direitos democráticos e saúde prestada de forma universal e equânime.

Tais discursos e violências reproduzidas no sistema de saúde brasileiro tendem a sustentar e justificar as desigualdades e o descompromisso com as políticas públicas de saúde e sociais, a partir da individualização do problema e da culpabilização da vítima – reforçando o ciclo de inclusão preserva e exclusão social, através da demarcação, estigmatização de desqualificação das mulheres em situação de rua.

Tal realidade se converge, não raramente, na introjeção da culpa individual, negando e excluindo os constructos sociais excludentes que interdita, rejeita e julga seus modos de vida e atitudes (ADORNO, 2011; FOUCAULT, 1995; SAWAIA, 2014b; BIROLI, 2018). Dado que, “a ideologia básica da nossa sociedade, que é o individualismo [...], alimenta o descompromisso social” (SAWAIA, 2014c).

5.3 Experiências de violações de direitos à saúde e violência institucional por mulheres em situação de rua no Brasil

Compreende-se que “a violência, em si, não é um tema da área de saúde, mas a afeta porque acarreta lesões, traumas e mortes físicas e emocionais” (MINAYO, 2006, p.8), mas, como apresentado brevemente nos subtítulos anteriores, as mulheres em situação de rua vivenciam constantemente situações de violências, seja através da coerção sexual, VPI, e também, a institucional e estrutural ao procurem os serviços de saúde no país.

Para Minayo (2020, p. 83), a violência estrutural está associada às condições históricas, econômicas e sociais, tendo um “um caráter de perenidade e se apresenta sem a intervenção imediata dos indivíduos, essa forma de violência aparece naturalizada, como se não houvesse nela a intervenção dos que detêm o poder e a riqueza”. E no contexto da saúde, as intervenções devem ser implementadas de modo a “reduzir e eliminar as desigualdades em saúde, ampliar o acesso e a qualidade da atenção”.

A violência institucional para Minayo (2006, p. 104), “ocupa um capítulo muito especial. Ela é particularmente atualizada e reproduzida pelo Estado, por instituições públicas de prestação de serviços e por entidades públicas e privadas”, naturalizada com frequência e reproduzidas nesses estabelecimentos de saúde, expressando a destituição do poder dos sujeitos.

Para a autora, a violência institucional acontece dentre as instituições, “sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas” (MINAYO, 2020, p. 33) – fato visto na negação e/ou recusa do atendimento as mulheres em situação pela falta de endereço fixo/domiciliar, que é uma das principais problemáticas apresentadas nos estudos de Vale e Vecchia (2020), Roso e Santos (2017) e Costa *et al.* (2015). Cabe frisar que, do mesmo modo que há barreiras que impedem o acesso à saúde, as mulheres criam estratégias de resistências para utilizarem o serviço de saúde. Como apresentado por Moura Júnior (2012, p. 83), a “realidade bruta torna o indivíduo mais resistente”, fazendo-o “criar estratégias de sobrevivência para manter-se vivo”.

É nítido como as relações de poder produzem resistências e tentativas de dissociar estas relações (FOUCAULT, 1995). Pode-se então compreender que estas mulheres batalham contra o governo da individualização, pois afirmam o direito de serem diferentes, não deixando o viver nas ruas impedir “atacam aquilo que separa o indivíduo, que quebra sua relação com os outros, fragmenta a vida comunitária; força o indivíduo a se voltar para si mesmo e a liga à sua própria identidade de um modo coercitivo” (FOUCAULT, 1995, p. 234-235). Reafirmam que a luta diária dessas mulheres está em torna-se ou resistir *ser* da rua, mas, que ao passo que se

desvincula de suas relações de suporte sociofamiliar, elaboram códigos, personagens e estratégias de sobrevivência, o que reverbera em uma questão dialética.

Uma das principais estratégias é utilizar tanto o endereço do domicílio, quanto a unidade básica de saúde do bairro de um familiar para driblar a exigência de comprovação de endereço para os atendimentos pré-natais (ROSO; SANTOS, 2017). Tal estratégia evita tanto a recusa dos atendimentos e assistência gestacional, quanto evita revelar que vive nas ruas com medo de perder a guarda de mais uma criança, já que a entrevista por Roso e Santos (2017) refere que as duas gestações anteriores resultaram na perda desse direito e as crianças foram direcionadas para o sistema de adoção.

Do mesmo modo, Luzia, a participante do estudo de Vale e Vecchia (2020), revelou que o acesso aos serviços formais, principalmente à atenção básica, está relacionado ao retorno à casa de sua irmã, logo, possui cadastro na unidade de saúde, sendo o local onde procura atendimento médico. Com a ausência de políticas de moradia, as autoras frisam que a principal estratégia dessa população para solucionar tal questão burocrática é a procura por familiares que residam no município.

Corroborando dos resultados da revisão, os autores Richards, Oudshoorn e Misener (2020), em seus estudos realizados no Canadá com mulheres em situação de rua, destacam que a falta de moradia e renda reverberam em barreiras ao acesso às necessidades humanas básicas. Sublinham ainda que as mulheres pesquisadas vivenciam a extrema pobreza, tendo sua raiz fincada na exclusão.

Para pesquisadoras brasileiras, a situação de rua é a expressão máxima desse processo de exclusão social e esta deve ser concebida como um processo, ou seja, há diversas trajetórias, caminhos e históricos de vulnerabilidades, precariedade e pauperização, além de estar associada com a fragilidade e rupturas de vínculos afetivos, sociais e familiares (ALCÂNTARA; ABREU; FARIAS, 2015). Não é à toa que a expressão “em situação de rua” vem para problematizar as políticas públicas, em especial, a questão da moradia digna. A expressão busca reafirmar a situação transitória e a precariedade de vínculo de moradia (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

No Brasil, a exclusão tem

raízes históricas ancestrais na sociedade brasileira referentes tanto ao período da colonização, na qual a relação colonizadora - colonizado já trazia as marcas da discriminação, como ao processo de escravidão, ambos com a lógica de economia e de cidadania excludentes. (ALCÂNTARA; ABREU; FARIAS, 2015, p. 131).

Importante destacar que, para Wanderley (2014), é impossível delimitar o fenômeno da exclusão social, já que seu caráter é estrutural. Dentro desse conceito, há de se pontuar que a principal causa da pobreza e exclusão social no Brasil é a matriz escravista que ainda perpassa o cotidiano da sociedade contemporânea. Inclusive, deve-se considerar que a pobreza contemporânea é um

fenômeno multidimensional atingindo tanto os clássicos pobres, quanto outros segmentos da população pauperizados pela precária inserção no mercado de trabalho. Não é resultante apenas da ausência de renda; incluem aí outros fatores como precário acesso aos serviços públicos e, especialmente, a ausência de poder. (WANDERLEY, 2014, p. 20).

Este novo conceito relaciona a exclusão a desigualdades e privação de poder de ação e representação social, assim, a “exclusão social tem que ser pensada também a partir da questão da democracia” (WANDERLEY, 2014, p. 20). Gilberto Dimenstein (2007), aponta que a democracia – implicada com os direitos humanos – está distante da realidade brasileira. Mesmo tendo a cidadania garantida na Constituição Federal (BRASIL, 1988), o cidadão e cidadã brasileira, não usufruem de tais garantias, sendo apresentado pelo autor o termo “cidadania de papel” – e seus milhões de cidadãos e cidadãs de papel. Entre elas, destaca-se neste estudo as mulheres em situação de rua, pois, como Dimenstein (2007), em pesquisa com jovens, aqui também expomos os graves desrespeitos aos direitos humanos e as violações de direito à saúde garantidas constitucionalmente no Brasil.

Este fato é revelado por Costa *et al.* (2015, p. 1099) em sua pesquisa, ao exibir que há falta, negação e/ou exclusão de mulheres em situação de rua com os serviços do território devido à ausência de comprovante de residência. Esta situação implicou diretamente sobre a participação dessas mulheres nas políticas públicas que o município de Santos disponibilizava para as gestantes, como acompanhamento pré-natal. Relata-se a discriminação dos profissionais e a peregrinação pelo cuidado à saúde, como visto nos discursos:

O sistema de saúde é péssimo, horrível. Primeiramente pelos locais para atendimento serem muito longe e pela demora do serviço; também pela falta de médicos (Bianca)

Sinto muita necessidade em relação à moradia e emprego. Já me senti discriminada por morar na rua e também porque estou grávida (Mariana)

As autoras ainda destacam que

Grande parte das discussões da nossa sociedade gira em torno da democracia, da cidadania e dos direitos garantidos. Entretanto, sabe-se que tais princípios não são vivenciados por todas as pessoas. Parte da população não tem acesso à educação, saúde, emprego formal, moradia, entre outros direitos essenciais para o desenvolvimento pessoal e social. (COSTA *et al.*, 2015, p. 1101).

Falta apresentada nos discursos acima, que vem ao encontro do pautado por Dimenstein (2007) sobre a cidadania e os cidadãos de papel. A falta de documentação e moradia – direitos básicos e essenciais, garantidos constitucionalmente – dificultam o acesso e acessibilidade a saúde e políticas públicas por pessoas em situação de rua, inclusive, gestantes ao acesso ao acompanhamento pré-natal (COSTA *et al.*, 2015), resultando nas mulheres realizando o próprio parto nas ruas (BARROS *et al.*, 2020).

Ao contrário da entrevistada por Roso e Santos (2017), a pesquisa de Barros e colaboradores (2020) revelam que as violências e violações de direitos das instituições de saúde impedem drasticamente o acesso à atenção à saúde, como a não realização do acompanhamento pré-natal devido ao sofrimento causado pelos profissionais/equipe de saúde à gestante, como pode-se visualizar na seguinte fala: “*Estar grávida na rua é difícil! Porque quem te ajuda são os estranhos. Você chega numa unidade médica, você sofre muito por ser da rua e tudo mais... (Praça da Kalilândia 2)*” (BARROS *et al.*, 2020, p. 4). Fato também relatado por mulheres que tentaram acessar/procurar ajuda de serviços de saúde, mas, estes foram/são estigmatizantes ou referiram falta de empatia dos profissionais (JEFFREY; BARATA, 2017).

Frisa-se que, primeiramente, houve a negação de meios contraceptivos, como camisinha e medicamentos, devido a mulher não apresentar endereço fixo. Bem como houve a busca pelo pré-natal logo no início da gestação, fatos exibidos na fala (BARROS *et al.*, 2020, p. 5).

Só não fui fazer muito o pré-natal do ... logo no começo, eu não quis, depois eu fui, aliás eu fui, mas não tinha endereço, eu estava morando lá embaixo, na lagoa. ...e também que negou quando fui lá pegar camisinha ...e remédio de evitar... não me deram, porque eu não tinha endereço fixo (Praça da Bandeira 3).

Destaca-se que, o município de Feira de Santana na Bahia, no momento da pesquisa realizada por Barros *et al.* (2020), contava com protocolos de cuidados que orientavam a integração da(o) enfermeira(o) da ABS com os CnaR, considerando os fundamentos e as diretrizes definidos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diante do exposto, nota-se que o município também estava em consonância com a PNAPSR, que orienta o acesso amplo, simplificado e seguro das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde, devendo a AB ser porta de entrada prioritária para o cuidado, como também o CnaR (BRASIL, 2009a).

Em contraponto, fica nítido no estudo, a falta de integração, diálogo e corresponsabilização entre os serviços, e, principalmente, não há uma pauta equitativa ou um recorte específico que aborde a realidade particular das mulheres que vivem nestas condições. Tal fato é evidenciado nos discursos das gestantes em situação de rua (BARROS *et al.*, 2020),

que revelam a ausência de cuidados, discriminação, estigma e exclusão social, ou seja, a violência institucional vivida nessa rede. As autoras Tilo e Oliveira (2016), na cidade de Uberaba/MG, relatam que, mesmo contando com os serviços do CnaR, o funcionamento deste afasta ainda mais os sujeitos ao acesso à saúde.

Para Alonso, Palácios e Iniesta (2020, p. 399, tradução nossa) “os sentimentos de humilhação expressos em boa parte das narrativas em relação ao tratamento recebido nos recursos assistenciais indicam como eles reproduzem determinadas relações de poder”. Deste modo, as violências são reproduzidas, e, segundo as autoras, até mesmo ampliadas nos dispositivos de saúde para mulheres em situação de rua.

No discurso da entrevistada Laura, revelam-se os preconceitos vivenciados durante a procura por cuidado no hospital da região: “*Eu acho que no hospital eles não dão tanta atenção. Não sei se é por que eles devem ver a gente diferente (Laura)*” (TILO; OLVEIRA, 2015, p. 110). O exposto reitera os resultados da pesquisa desenvolvida na Califórnia/Estados Unidos, que afirma que viver nas ruas pode impelir as pessoas ao profundo distanciamento do sistema de apoio social, bem como níveis mais elevados de condições de saúde e problemas de saúde mental (LI; URADA, 2020).

Na pesquisa de Pinto *et al.* (2014), das 202 mulheres em situação de rua em São Paulo, 116 dessas, ou seja, mais da metade, afirmam ter sido discriminadas. O CnaR surge como referência para um cuidado que supere a discriminação, exclusão e o estigma das pessoas em situação de rua. Para as mulheres em situação de rua, participantes do estudo de Ferreira, Rozendo e Melo (2016), a equipe do CnaR conseguiu alcançar esse feito.

Os relatos das mulheres exibem a nítida exclusão que sofreram na rede de atenção básica e hospitalar do municipal antes da atuação do CnaR: “*(...) porque antes a gente chegava lá pra se consultar ou alguma coisa, o povo já olhava feio, de cara feia, e hoje não, quando a gente vai com eles, a pessoa nem olha praticamente*” (FERREIRA, ROZENDO; MELO, 2016, p.6).

O fato de o atendimento estar intimamente relacionado ao encaminhando feito pela equipe de CnaR, é revelador no que refere ao acesso e negação dos direitos à saúde garantidos constitucionalmente. Porém, este é marcante na vida das mulheres que gestam nas ruas, pois é a única forma que estas conseguem ser atendidas, “[...] *agendaram para semana que vem, graças ao encaminhamento que o tio me deu [...]. (A6)*” (ARAÚJO *et al.*, 2017, p. 4106).

As violações de direito e a violência institucional e estrutural sofridas por mulheres transexuais e travesti em situação de rua, são evidenciadas na pesquisa de Mendes, Jorge e Pilecco (2019). As instituições de saúde não estão alinhadas às necessidades específicas,

oriundas do fato dessas se encontrarem em situação de rua. Por isso, acabam por produzir e reproduzir as violências por meio das regras e normas instituídas. Para as autoras, a violência institucional “provoca sofrimentos e desproteção e deve ser combatida por intermédio da oferta de espaços dignos, que respeitem efetivamente a identidade de gênero, com revisão democrática das regras e considerando o tempo dos sujeitos” (MENDES; JORGE; PILECCO, 2019, p. 117).

5.4 Cuidados à saúde sexual e reprodutiva: gestar nas ruas, infecções transmitidas sexualmente e pobreza menstrual

Os sentimentos sobre gestar em situação de rua são vivenciados de maneira diversa pelas mulheres. Na maioria dos estudos, notou-se a insatisfação com a gestação (COSTA *et al.*, 2015) e, mesmo diante disso, para a maioria das mulheres, provocar o aborto, em suma, é condenável. Entretanto, a realização e/ou ocorrência do aborto faz parte do cotidiano delas.

Para Leal (2000), que trabalha as questões de Corpo, Sexualidade e Aborto, a interrupção do processo gestacional, ou seja, o aborto, é consequência de uma discussão social, principalmente na negociação entre o gênero masculino e feminino. No entanto, em quase a totalidade dos estudos da revisão, não foi encontrada qualquer fala que apresentasse que tal negociação acontecesse. Notou-se sempre que a decisão de continuar ou não a gravidez era exclusiva da mulher. Apenas na pesquisa de Gontijo e Medeiros (2010) é apresentado que um homem em situação de rua pagou o aborto de uma namorada.

As mulheres em situação de rua citam métodos e técnicas utilizadas para provocar o aborto como uso de medicamentos, remédios caseiros e introdução de objetos na vagina (GONTIJO; MEDEIROS, 2010). Em um relato nos resultados das autoras Gontijo e Medeiros (2010, p. 611), fica explícito tal agravo à saúde e direito da mulher, “ ‘...*ela deve ter machucado muito, com três meses abortar (...) cheguei lá no banheiro ela tava todo no chão, desmaiada, ela quase morreu sangrando, eu peguei, levei ela pro hospital, de lá ela ficou, nunca mais vi*’ (M4)”.

Estar grávida na rua é sofrer duplamente as violações de direitos e violência institucional, como demonstra Barros *et al.* (2020, p. 4), na fala de uma de suas entrevistadas: “*estar grávida na rua é difícil! Porque quem te ajuda são os estranhos. Você chega numa unidade médica, você sofre muito por ser da rua e tudo mais...*”.

Um estudo de coorte prospectivo realizado por Leifheit *et al.* (2020), com dados de 3428 mãe e bebês matriculados no programa *Fragile Families and Child Wellbeing Study*, afirma que, a associação entre insegurança habitacional grave durante a gestação, com baixo

peso ao nascer e/ou parto prematuro, é estatisticamente significativa. Assim como a hospitalização prolongada e a permanência dos recém-nascidos em unidades de terapia intensivas. Conclui-se, portanto, que a insegurança habitacional durante o período gestacional, molda a saúde neonatal e infantil em família desfavorecidas.

É nítida a condição de risco e vulnerabilidade presente sobre a gestação e a maternidade nas ruas. Nessa realidade, configuram-se como principais determinantes o espaço inadequado, a falta de acesso à assistência pré-natal e puerperal (BARROS *et al.*, 2020) e o sofrimento psíquico envolvido na separação dos filhos (ALONSO; PALACIOS; INIESTA, 2020).

Os sentimentos sobre a gravidez não são sempre negativos. Há mulheres que citam sentimentos de felicidade e esperança, mas, diante da situação econômica, veem-se atravessadas pelo medo, como disposto nos discursos apresentados por Costa *et al.* (2015, p. 1096):

Feliz por estar grávida, mas triste por não saber como sustentar a criança (Fabiana).

Quando descobri que estava grávida “meu mundo caiu” (...). Comecei a me perguntar: “como vou fazer pra sustentar uma casa e as crianças”? (Catarina).

Para as autoras, o papel materno entre as mulheres que gestam nas ruas “não significa necessariamente a criação de um vínculo afetivo com filho, ou desejo de ficar com a criança e criá-la”, mas, há, geralmente, um vínculo protetor (COSTA *et al.*, 2015, p.1096-97). Tal vínculo se dá quando recorrem a instituições e pessoas que possam oferecer melhores condições de vida para a criança, ou ainda, quando desejam criar e conviver com a criança, independentemente da situação (COSTA *et al.*, 2015). Deste modo, há uma produção social que envolve a criança e a mãe, quando a gestação é reconhecida, tem, sendo Leal (2000) consequência intensas na relação de reprodução social.

Diante da ideia do vínculo protetor, nota-se que as mulheres em situação de rua no Brasil percebem a importância da consulta pré-natal e buscam o acompanhamento e assistência adequados nas unidades de saúde (COSTA *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2017). No entanto, estas referem a peregrinação, a exclusão social e discriminação por estarem em situação, como exibido nos resultados de Araújo *et al.* (2017, p. 4106):

[...] eu fui duas vezes e só mandando eu voltar outro dia [...] lá, que não vou mais. (A5)

Ou por ter se sentido vítima de exclusão social:

[...] só porque sou de rua que não me atende? [...] vou mais não. (A3)

Nota-se, nos relatos, que algumas das gestantes (n=3) não retornaram às consultas consecutivas por desânimo e por terem se sentido vítimas de preconceito na assistência institucional.

A descoberta tardia da gestação incide na falta de acompanhamento e assistência pré-natal, resultando em partos nas ruas como apresentado na fala da entrevista por Barros *et al.* (2020, p. 5):

Eu mesmo fiz meu parto, quer dizer eu não. Porque a gente só abre as pernas e ele sai, sabe. E a gente só tem que tirar o cordão, que nem os animais cortam, mas a gente tem tesoura, coisa para cortar, os animais têm que cortar lá com os dentes, esperar cair, sei lá (Praça da Bandeira 3).

O uso abusivo de substâncias atravessa as relações de cuidado reprodutivo e sexual, já que o consumo de substâncias é um hábito que minimiza as adversidades da rua, como frio, fome, dor e sono (COSTA *et al.*, 2015). A maioria das mulheres não consegue e/ou não desejam suspender o uso das substâncias durante o período gestacional, resultando em não irem buscar cuidados adequados, pois, como apresentado por uma mulher entrevistada por Barros *et al.* (2020, p. 4) “A gente não liga de se cuidar, só pensa em usar droga, só quer saber de droga. Eu fiquei minha gestação toda na rua (Praça da Matriz 3)”.

Costa *et al.* (2015) identificaram que das 13 gestantes entrevistadas, 11 relataram usar drogas todos os dias. Destas, somente quatro mulheres suspenderam o uso de algumas substâncias (*crack*, maconha e/ou cocaína). No entanto, nenhuma parou de fumar diariamente. O uso de cigarro associado ao consumo de bebidas alcoólicas também foi citado por Roso e Santos (2017). A substância mais utilizada entre as mulheres do estudo de Costa *et al.* (2015) foi o *crack* associado com maconha e cocaína, utilizado por nove das treze mulheres.

O conhecimento (ou não) sobre o potencial patogênico do uso de substâncias como álcool, cigarros, *crack* e outras drogas foi ambíguo. Enquanto Costa *et al.* (2015) encontraram em seus resultados o desconhecimento das mulheres sobre tais efeitos, Barros *et al.* (2020, p. 4) entrevistou mulheres que associam a recorrência de abortos, doenças na prole e descuido no cuidado durante a gestação com o consumo de substâncias, como podemos ver nos discursos a seguir:

O segundo com dois meses eu perdi ... mas eu perdi perdendo, por causa da droga, usei muita droga, aí... e noite de sono. Aí, eu perdi (Praça da Kalilândia 1).

...Meu filho tem doença respiratória por causa que eu usei droga na minha gravidez toda ... Não se cuida, não se trata. É, por exemplo, ter uma doença e transmitir para o filho (Praça da Matriz 2).

Percebe-se que as mulheres entrevistadas por Barros *et al.* (2020) já passaram por alguma experiência negativa relacionada aos efeitos patogênicos das substâncias, como aborto

e/ou doenças no trato respiratório das crianças. Em contraponto, as mulheres participantes do estudo de Costa *et al.* (2015, p. 1097) não relataram ter passado por tais vivências, assim, “a invisibilidade de alguns problemas causados pelo uso de drogas durante a gestação pode produzir esse efeito, uma vez que oferece a falsa impressão de que não há nenhum problema com a criança”.

Em pesquisa realizada em um hospital universitário do sul do Brasil, onde participaram quinze mães usuárias de *crack* e cinco avós, foram apresentados em seus resultados que o uso de tal substância psicoativa repercute em prematuridade, malformação congênita, internações em unidades de terapia intensivas e alimentação exclusiva dos recém-nascidos por meio de fórmulas, uma vez que nenhuma das mulheres entrevistadas amamentaram (XAVIER *et al.*, 2017). Além disso, destacou-se que o uso do *crack* no período gestacional acarreta não somente problemas relacionados a saúde do recém-nascidos, mas, na própria dissolução de vínculos familiares e abandonos da criança pela mãe.

Em relação aos cuidados sexuais, os estudos exibem que mulheres em situação de rua nunca fizeram ou estavam há mais de oito anos sem realizar o exame ginecológico (BARROS *et al.*, 2020). Outra, driblara as burocracias do sistema de saúde, que exigem endereço fixo, através da realização dos exames preventivos na UBS no bairro que a sua irmã reside (VALE; VECCHIA, 2020). Somente uma adolescente na pesquisa de Cavalcanti *et al.* (2015) relatou a realização do exame preventivo no posto de saúde.

Em relação as IST, as mulheres relatam, de forma limitada, que a transmissão da AIDS/HIV e sífilis ocorrem por via do contato sexual, em especial, por relação sexual vaginal, mas não chegam a relacionar a transmissão por outras vias, como compartilhamento de seringas e outras formas de contato sexual (CAVALCANTI *et al.*, 2015; LUNA *et al.*, 2013). Além disso, na concepção das participantes, a AIDS ainda está associada a uma doença fatal nos estudos de Cavalcanti *et al.* (2015).

Na pesquisa de Antunes, Rosa e Brêtas (2015, p.7), a relação do AIDS/HIV como sinônimo de morte foi superada quando uma mulher diagnosticada com HIV positivo recebeu informações de saúde sobre a doença, como pode-se observar no relato, “*O HIV num é minha morte, é uma lição de vida que eu to aprendendo dos erros que fiz. Agora estou aprendendo a viver, porque antes eu não vivia. Aprendi. Pra mim a vida era de qualquer jeito, agora não: dou mais valor.* (E-2)”.

Atividades de educação em saúde, como grupos e palestras, que abordam as IST's e sua prevenção pelo uso de preservativos, foram citadas por Pinto *et al.* (2014). Mais da metade das participantes relatam participar das atividades e receberem os preservativos (PINTO *et al.*,

2014). Em contraponto, todas as adolescentes da pesquisa de Cavalcanti *et al.* (2015, p.2520) relataram que “[...] eu aprendi usando [...] (Fala 02)”, ou seja, não tiveram acesso à educação sexual.

Na maioria dos achados, as mulheres reconheciam que o uso de preservativo é essencial para prevenção de IST (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016; CAVALCANTI *et al.*, 2015; LUNA *et al.*, 2013). Porém, o uso do preservativo não é regra, pois quando as mulheres trabalhavam com sexo, os homens não gostavam ou não aceitavam usar o preservativo (LUNA *et al.*, 2013). Na pesquisa de Pinto *et al.* (2014), mais de 77% das mulheres entrevistadas não usavam preservativos em todas as relações sexuais.

A pobreza menstrual é considerada uma questão de saúde pública e de direitos humanos, e é citada em inúmeros estudos desta revisão (NOBRE *et al.*, 2018; NEVES-SILVA; MARTINS; HELLER, 2018; BISCOTTO *et al.*, 2016). As mulheres em situação de rua não têm acesso à água para higiene pessoal, muito menos aos absorventes higiênicos, como visto no discurso da entrevistada por Biscotto *et al.* (2016, p. 752): “ (...) o problema é que a gente menstrua e aí vem a questão da higiene, e, se não tiver albergue, você fica semanas sem tomar banho, com roupa suja, porque não dá para ficar lavando (M7)”. A falta de acesso à água é discutida amplamente por Neves-Silva, Martins e Heller (2018), sendo relacionada com surgimento de inúmeras doenças que implica diretamente na vida da população em situação de rua.

Devido à falta de acesso a absorventes higiênicos, as mulheres recorrem a panos, jornais e até mesmo panfletos (NOBRE *et al.*, 2018; NEVES-SILVA; MARTINS; HELLER, 2018). Quando estas utilizavam algum pano para conter o fluxo menstrual, enfrentavam a falta de privacidade e a falta de local para lavá-lo, tendo que utilizar água de uma fonte compartilhada, onde outras pessoas tomavam banho, sendo essa a estratégia citada por uma mulher no estudo de Neves-Silva, Martins e Heller (2018, p.6): “*Que eu faço [quando está menstruada]? Pego pano, enrolo ele ali, coloco numa sacola e entro ali dentro [na fonte da praça] pra lavar*” (PSRM 4)”.

O Fundo das Nações Unidas para Infância (UNIFEC) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), ampliou e adotou o compromisso com a discussão da saúde e os direitos menstruais, dado que a pobreza menstrual afeta negativamente a vida de mulheres e meninas brasileiras (FUNDO..., 2021).

Pobreza menstrual é apresentada pela UNIFEC e UNFPA (2021, p. 5) como “um conceito que reúne em duas palavras um fenômeno complexo, transdisciplinar e multidimensional, vivenciado por meninas e mulheres devido à falta de acesso a recursos,

infraestrutura e conhecimento para que tenham plena capacidade de cuidar da sua menstruação”.

O termo, nascido na França, é também definido por Mirian Goldenberg, como “a falta de acesso não somente a itens básicos de higiene durante o período de menstruação, mas também a falta de informação, dinheiro para comprar um absorvente e, principalmente, falta de apoio” (FIRMINO, 2021, não paginado). No Brasil, a pobreza menstrual afeta meninas desde o contexto escolar, repercutindo na evasão durante o período menstrual, seja por não terem acesso ao absorvente higiênico, como por não possuírem água tratada em casa e/ou a banheiros inapropriados para uso nas escolas (FIRMINO, 2021). No relatório da UNIFEC e UNFPA (2021), 321 mil alunas estudam em escolas que não possuem banheiros em condições para uso, desse total, mais de 37% estão concentradas na região Nordeste. A falta de banheiro em casa é vivenciada por 713 mil meninas e mais 900 meninas não possuem acesso à água canalizada em seu domicílio.

Como nos achados dessa revisão, a antropóloga Goldenberg frisa que 80% das mulheres entrevistadas em sua pesquisa já utilizaram o papel higiênico para conter o fluxo menstrual, e a metade afirmou utilizar roupas velhas. Para a UNIFEC e UNFPA (2021), um dos insumos indispensáveis para garantir a dignidade menstrual é o papel higiênico, no entanto, 1,24 milhão de meninas não tem acesso a esse item de higiene pessoal, e destas, mais de 66% são pretas ou pardas.

Ressalta-se ainda que, “tais itens podem provocar lesões nos órgãos reprodutores femininos e infecções no trato urinário, além de uma grande diversidade de inflamações e complicações” (FIRMINO, 2021, não paginado). As condições de insuficiente ou cuidado inadequado com a menstruação pode, segundo o relatório da UNIFEC e UNIFEC (2021, p.11), trazer potenciais riscos à saúde emocional, infecções e até mesmo a morte, devido à Síndrome do Choque Tóxico, como explanado abaixo:

...insuficiente ou inadequado manejo da menstruação podem ocorrer diversos problemas que variam desde questões fisiológicas, como alergia e irritação da pele e mucosas, infecções urogenitais como a cistite e a candidíase, e até uma condição que pode levar à morte, conhecida como Síndrome do Choque Tóxico.

A ampliação das discussões sobre pobreza e dignidade menstrual ganhou destaque em 2020, chegando ao Senado Federal por iniciativa popular. As propostas giram em torno da distribuição gratuita de absorventes, devendo ser priorizado produtos com menor impacto ambiental, para pessoas com útero que não tenham condições para comprá-los, apresentada na Recomendação 21 de 2020 (AGÊNCIA SENADO, 2021). Mas a discussão sobre higiene

menstrual já vem sendo debatida desde 2014 pela Organização das Nações Unidas (ONU) e apresentada como um direito humano e questão importante para saúde pública (AGÊNCIA SENADO, 2021). No entanto, cabe destacar que o público apresentado nas propostas circunda grupos escolares e pessoas privadas de liberdade, e, novamente, destaca-se a invisibilização das mulheres em situação de rua.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam que as mulheres em situação de rua no Brasil conhecem a RAS e pouco recorrem aos serviços institucionalizados em busca de cuidado e assistência saúde. No entanto, enfrentam barreiras no acesso como a exclusão social, discriminação e a violência estrutural e institucional reproduzidas pelos profissionais dos serviços.

Este fato reforça a importância de políticas públicas que discutam e compreendam os mecanismos de inclusão perversa e exclusão social no contexto da saúde. Ainda mais importante, que enxergue a exclusão pelas lentes das “emoções dos que a vivem” e reflitam sobre como “o cuidado que o Estado tem com seu cidadão são indicador [e]s do descompromisso com o sofrimento do homem, tanto por parte do aparelho estatal quanto da sociedade civil e do próprio indivíduo”, como apontado pela pesquisadora Bader Sawaia (2014)

Há extrema necessidade de pesquisas e intervenções políticas em saúde que abordem e compreendam as questões de gênero, raça e classe no cuidado com a população de rua, em especial, nas políticas de saúde já vigentes como a PNAPSR (BRASIL, 2009a) e as estratégias de cuidado pelos CnaR e atenção básica. Evidencia-se a importância de agir na produção de práticas de cuidado inovadoras que potencializem os princípios de SUS e que reverberem na realidade social, transformando-a e reduzindo os danos e riscos, dado que é notório, a baixa eficácia e eficiência do modelo de intervenção médico predominante.

Cabe também acrescentar, no âmbito dessas políticas públicas – através de educação permanente em saúde, cursos e outras ferramentas –, uma abordagem feminista que considere os aspectos histórico, sociocultural e político brasileiro (construído pela lente da sociedade patriarcal) e sua capacidade de desencadear danos à vida social, saúde física e mental das mulheres. Pois, compreende-se que diante das adversidades da vida na rua, evoca-se a criação de estratégias e resistências as inúmeras violências e a negação de direitos.

Diante dos resultados apresentados, frisa-se a importância de se pautar os direitos reprodutivos, incluindo nesse o aborto, como um possível método para suspensão de gravidez indesejada. Esse destaque vem ao encontro das palavras de hooks (2019, p.50) que diz que “é evidente [...] ressaltar o aborto em vez de ressaltar direitos reprodutivos como um todo refletia o preconceito de classe das mulheres que encabeçavam o movimento”. A autora ainda completa: as “mulheres brancas individuais com privilégio de classe se identificaram mais intimamente com a dor da gravidez indesejada. E destacaram a questão do aborto” (HOOKS, 2019, p.51), não dos direitos reprodutivos há todas mulheres.

Por fim, pontua-se que a indignação aumentou exponencialmente após a leitura dos achados dessa revisão, uma vez que se notou que, em nossa realidade, as mulheres que vivem nas ruas foram diariamente confrontadas com violações de direitos, e não conseguem exercer sua cidadania – ou seja, reduzindo-a uma cidadania de papel. A revisão apresentou alguns dos processos de exclusão/inclusão perversa das mulheres em situação de rua pelo sistema patriarcal, capitalista e racista brasileiro. E, como já sublinhado, não se pretendeu negar a afetividade entre a autora e o tema da pesquisa, já que esta pesquisa se embasou nos princípios teóricos de Bader Sawaia (2014b, p.100) que afirma que “a afetividade nega a neutralidade das reflexões científicas sobre desigualdade social, permitindo que, sem que se perca o rigor teórico-metodológico, mantenha-se viva a capacidade de indignar diante da pobreza”.

REFERÊNCIAS

ADORNO, R. C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnográfica**, v. 15, n.3, p. 543-67, 2011.

AGÊNCIA SENADO. **O que é pobreza menstrual e por que ela afasta estudantes das escolas**. Agência Senado. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/07/o-que-e-pobreza-menstrual-e-por-que-ela-afasta-estudantes-das-escolas>. Acesso: 10 Ago 2021.

ALCÂNTARA, S. C.; ABREU, D. P.; FARIAS, A. A. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 24, n.1, p. 129-143, 2015.

ALONSO, A.; PALACIOS, J.; INIESTA, A. “Mujeres sin hogar en España. Narrativas sobre género, vulnerabilidad social y efectos del entramado asistencial”. **OBETS. Revista de Ciencias Sociales**, v. 15, n. 2, p. 375-404, 2020. DOI: 10.14198/OBETS2020.15.2.01

ANDRADE, L. P., COSTA, S. L; MARQUETTI, F. C. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saúde soc.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1248-1261, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401248&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mai. 2019.

ANTUNES, C. M. C.; ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 18, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33141>. Acesso em: 05 mar. 2021. DOI: 10.5216/ree.v18.33141.

ARAÚJO, A. S. *et al.* O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. **Rev. enferm. UFPE.**, v. 11, supl.10, p. 4103-4110, out. 2017.

BARATA, R. B. *et al.* Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.** n.24, p.219-32, 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015S01019.

BARROS, K. C. C. *et al.* Vivências de cuidado por mulheres que gestam em situação de rua. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 21, e43686, jul. 2020.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: fatos e mitos**. v. 1. Tradução de Sérgio Milliet. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016a.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: a experiência vivida**. v. 2. Tradução de Sérgio Milliet. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016b.

BIROLI, F. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. Boitempo Editorial. Edição do Kindle, 2018.

BISCOTTO, P. R. *et al.* Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Rev Enferm USP**. v.50, n.5, p.749-755, 2016. ISSN 1980-220X. DOI: 10.1590/S0080-623420160000600006.

BORYSOW, I. C.; CONILL, E. M.; FURTADO, J. P. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 879-890, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300879&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232017223.25822016.

BOTELHO, R. G.; OLIVEIRA; C. C. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. **Ci.Inf.**, Brasília, DF, v.44 n.3, p.501-513, set./dez. 2015.

BRASIL. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Manda executar o Código Criminal. Presidência da República. Casa Civil, 1830. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.html. Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890**. Promulga o Código Penal. Coleção de Leis do Brasil – 1890, p. 2664, v. fasc. X. (Publicação Original). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Por que pesquisa em saúde?** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**, 2008. Disponível em: aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf. Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasil, DF: MDS, Secretária de Avaliação e Gestão da Informação, Secretária Nacional de Assistência Social, 2009b. Disponível em: <https://www>.

mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Nota Técnica Conjunta MDS/MSaúde Nº 001, 10 de maio de 2016**. Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2016. Disponível em:
http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msauade.pdf. Acesso: 12 out. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Painel de Violência Contra Mulheres**. 2019. Disponível em: www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2FPainel%20OMV%20-%20Violência%20contra%20Mulheres.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true. Acesso: 10 jan. 2020.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria- Geral da Mesa. Secretaria de Informação Legislativa. Decreto Legislativo nº6 de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. **Diário Oficial da União** - Edição Extra de 20/03/2020 - nº 55-C. (p. 1, col. 1).

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**: introdução. abr. 2020. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2020.htm>. Acesso em: 27 jun. 2020.

CALLAHAN, J. L. Writing Literature Reviews: A Reprise and Update. **Human Resource Development Review**. Drexel University, Philadelphia, PA, USA, v. 13, n. 3, p. 271– 275, 2014. DOI: 10.1177/1534484314536705.

CARDOSO, A. C. *et al.* Challenges and potentialities of nursing work in street medical office. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2323.3045.

CARDOSO, F. Racismo e necropolítica: a lógica do genocídio de negros e negras no Brasil contemporâneo. **Revista de Políticas Públicas**, v 22, 2018.

CARVALHO, L. C.; SILVA, P. A.; CAMPOS-TOSCANO, A. L. F. A figura da mulher nas propagandas de produtos de limpeza: uma análise discursiva do percurso identitário feminino. **Revista Eletrônica de Letras (Online)**, v.7, n.7, ed. 7, jan./dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unifacel.com.br/index.php/rel/article/view/1022>. Acesso em: 20 nov. 2019.

CARVALHO, M. N.; BARROS, J. A. C. Propagandas de medicamentos em revistas femininas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 76-83, jan./mar. 2013.

CASP. Critical Appraisal Skills Programme 2018. **Checklist**. [online]. 2018. Disponível em: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Acesso em: 17 jun. 2020.

CASP. Critic Appraisal Skills Programme. **About Us**. Oxford Centre for Triple Value Healthcare Ltd (3V) online. 2020. Disponível em: <https://casp-uk.net/aboutus/>. Acesso em: 17 jun. 2020.

CASSAL, M.; FERNANDES, T. A população negra em situação de rua e a covid-19: vidas negras importam? **Tessituras. Revista de Antropologia e Arqueologia**, Pelotas: RS, v. 8., n. 1, jan./jun. 2020.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CAVALCANTI, L. J. *et al.* Adolescentes em acolhimento provisório: uma análise investigativa sobre a vulnerabilidade ao HIV. **Rev. Pesqui.**, v. 7, n. 2, p 2516-2525, abr./jun. 2015.

CEARÁ (Estado). Ministério Público do Estado do Ceará - MPCE. **População em situação de rua**: guia de atuação do MPCE. 2015.

CEARÁ (Estado). Governo do Estado do Ceará. **Censo e Mapa de Riscos Pessoal e Social do Estado do Ceará - CEMARIS**. Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará, Fortaleza, 2017.

CEARÁ (Estado). Governo do Estado do Ceará. **Censo e Mapa de Riscos Pessoal e Social do Estado do Ceará - CEMARIS**. Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará, Fortaleza, 2018.

CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (org.). **Os mapas do cuidado**: o agir leio na saúde. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2014.

CHAN, C. S. *et al.* Associations of intimate partner violence and financial adversity with familial homelessness in pregnant and postpartum women: A 7-year prospective study of the ALSPAC cohort. **PLoS ONE**, v. 16, n. 1, e0245507, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0245507.

CHEUNG, A. M.; HWANG, S. W. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. **CMAJ**. v.170, n.4, p. 1243-47, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC385354/>. Acesso: 15 abr. 2019.

CHISOM, N. *et al.* Predictors of Overnight and Emergency treatment among Homeless Adults. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.17, n. 4271, 2020. DOI:10.3390/ijerph17124271.

- COSTA, S. L. *et al.* Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.3, p.1089-1102, 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015134769.
- DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe.** Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DEL PRIORE, M. Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil. 2 ed. São Paulo: Senac, 2002.
- DIMENSTEIN, G. **O cidadão de papel.** São Paulo, Ática, 2007.
- DINIZ, C. S. G. *et.al.* O feminismo e o movimento de mulheres pela saúde. In.: **Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde.** São Paulo, CFSS, 2000.
- DUARTE, L. G. Da gestação à laqueadura: cartografia de uma mãe órfã vivenciada em um Consultório na Rua. **Interface** (Botucatu), v. 25, 2021. DOI: 10.1590/interface.200063.
- ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **REME - Rev Min Enferm.**; 18(1):9-12, Jan/Mar, 2014. DOI: 10.5935/1415-2762.20140001.
- FAZEL, S.; GEDDES, J. R.; KUSHEL, M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. **Lancet.** v. 384, n. 9953, p. 1529-402014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520328/>. Acesso: 15 abr. 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
- FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 8, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00070515.
- FERREIRINHA, I. M. N.; RAITZ, T. R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 367-383, abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122010000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2020.
- FIORATI, R. C. *et al.* As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 37, n. spe, e72861,2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500427&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 jan. 2020. ISSN 1983-1447.
- FIRMINO, M. **Pobreza menstrual: por que é uma questão de saúde pública?.** Politize. 2021. Disponível em: <https://www.politize.com.br/pobreza-menstrual/>. Acesso: 10 ago. 2021.
- FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: Galvão L, Díaz J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios.** São Paulo: Editora Hucitec/Population Council, 1999. p. 151-62.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução Laura Franga de Almeida Sampaio. 24 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. *In*: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **MICHEL FOUCAULT, uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Tradução de Vera Portocarrero e Gilda Gomes Carneiro. Revisão técnica de Vera Portocarrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-250.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008 (Coleção tópicos).

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

FREITAS, M.; MECENA, E. H. Vulnerabilidade de crianças que nascem e crescem nas periferias metropolitanas: notícias do Brasil. **Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv**, v. 10, p. 195-203, 2012.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. UNFPA. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **Pobreza Menstrual no Brasil: desigualdade e violações de direitos**. UNFPA/ UNICEF, 2021.

FURTADO, R. N.; CAMILO, J. A. O. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.3.34-44>. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 mai. 2020.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemática. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, p. 173-175, jan-mar. 2015 DOI: 10.5123/S1679-49742015000100019.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S103-S112, 2002. ISSN 0102-311X.

GONELLI, V.; CHAGAS, F. Visibilidade e reconhecimento: a atuação do ministério do desenvolvimento social e combate à fome no atendimento da população em situação de rua. *In*: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua**: aprendendo a conta: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, DF: MDS; Secretária de Avaliação e Gestão da Informação, Secretária Nacional de Assistência Social, 2009. p. 220.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Significados da maternidade e paternidade para adolescentes em processo de vulnerabilidade e desfiliação social. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. v. 12, n. 4, p. 607-15, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a03.htm>. Acesso em: 03 mar. 2021 doi: 10.5216/ree.v12i4.12340.

GRADE. GRADE working group: the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. **Criteria for applying or using GRADE [online]**. abr. 2016.

GRAEFF, L. Corpos precários, desrespeito e autoestima: o caso de moradores de rua de Paris-Fr. **Psicologia. USP.** v.23, n.4, p. 757-75, 2012. ISSN 0103-6564.

GUIMARÃES, S. J. Desigualdades sociais, questão social e políticas públicas. **Revista de Políticas Públicas**, v. 22, 2018. Disponível em: www.periodicoseletronicos.ufmabr/index.php/rppublica/article/view/9802/5757. Acesso em: 20 mai. 2020.

HILÁRIO, L. C. Da biopolítica à necropolítica: variações foucaultianas na periferia do capitalismo. **Sapere Aude**, Belo Horizonte, v. 7 – n. 12, p. 194-210, jan./jun. 2016. ISSN: 2177-6342.

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo: Políticas arrebatadoras**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **@cidades**. 2019. Disponível em: <cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 dez. 2019.

JBÍ. The Joanna Briggs Institute. **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition**. Australia: Solito Fine Colour Printers, 2014. Disponível em: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>. Acesso: 20 jun. 2020.

JEFFREY, N. K.; BARATA, P. C. When social assistance reproduces social inequality: Intimate partner violence survivors' adverse experiences with subsidized housing. **Housing Studies**, v.32, n.7, p. 912–930, 2017. DOI: 10.1080/02673037.2017.1291912.

KETZER, P. Como pensar uma Epistemologia Feminista? Surgimento, repercussões e problematizações. **Argumentos**, ano 9, n. 18. Fortaleza, jul./dez. 2017. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/argumentos/article/view/31031/71650. Acesso em: 08 jul. 2020.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v.33, suppl.1, e00078816. 2017. ISSN 1678-4464. DOI:10.1590/0102-311x00078816.

LEAL, O. F. Corpo, Sexualidade e Aborto. *In*: DEBERT, G. G.; GOLDSTEINS, D. M. (Org.) **Políticas do Corpo e o curso da vida**. São Paulo: Sumaré, 2000. p. 89-107.

LEIFHEIT, K. M. *et al.* Severe Housing Insecurity during Pregnancy: Association with Adverse Birth and Infant Outcomes. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 8659, 2020.

LI, J. S; URADA, L. A. Cycle of Perpetual Vulnerability for Women Facing Homelessness near an Urban Library in a Major U.S. Metropolitan Area. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.17, n.5985, 2020.

LIMA, F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, p. 20-33, 2018.

LIMA, F. Vidas pretas, processos de subjetivação e sofrimento psíquico: Sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras. *In*: PEREIRA, M. O.; GOUVEA, R. (Orgs.). **Luta manicomial e feminismos**: Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro, RJ: Autografia, 2017, p. 70-85.

LUNA, I. T. *et al.* Knowledge and prevention of sexually transmitted diseases among homeless adolescent. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 2, p. 346-355, Apr/Jun. 2013. DOI: 10.4025/ciencucidsaude.v12i2.18693.

MACDONALD, S. A. Managing risk: self-regulation among homeless youth. **Child Adolesc Soc Work J.** v.31, n.6, p. 497-520, 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10560-014-0337-5>. Acesso: 20 abr. 2020.

MARTINELLI, A.; ANTUNES, L. Janaína, a mulher que foi submetida a uma laqueadura sem consentimento. Huffpost. ago. 2019. Disponível em: https://www.huffpostbrasil.com/2018/06/11/janaina-a-mulher-que-foi-submetida-a-uma-laqueadura-sem-consentimento_a_23456403/. Acesso: 10 jan. 2020.

MATHEUS, M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paul Enferm**, v. 22. Especial-Nefrologia, p. 543-5, 2009.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & Ensaios. Revista do ppgav/eba/ufrj**, Rio de Janeiro, n.32, dez. 2016.

McLAREN, M. A. **Foucault, feminismo e subjetividade**. Coleção Entregêneros. São Paulo: Intermeios, 2016.

MEDEIROS, L. F. R.; MACEDO, K. B. Catador de material reciclável: uma profissão para além da sobrevivência? **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 62-71, ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 mai. 2020.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Public polices and women's health: the comprehensiveness. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, Apr. 2009 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000100003&lng=en&nrm=iso. Access on : 25 Aug. 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MENDES, L.G.; JORGE, A.D.; PILECCO, F.B. Proteção social e produção do cuidado a travestis e a mulheres trans em situação de rua no município de Belo Horizonte (MG). **Saúde debate.**, v. 43, dez. 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S808.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa On-line**. Editora Melhoramentos. 2020. Disponível em: michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/. Acesso: 15 mai. 2020.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. ISBN 978-85-7541-380-7.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. *In: Impactos da Violência na Saúde*. NJAINE, K. *et al.*, 4 ed. 2020. ISBN: 978-65-00-09491-6. p. 21-42.

MORAIS, A. K. L.; MOREIRA, J. Maternidade e biopoder no almanaque d ‘ A saúde da mulher na década de 1930. *In: COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÃO DE GÊNERO E DE SEXUALIDADE*, 13., 2018, Campina Grande. **Anais [...]**. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2018. ISSN 2177-4781.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; ESTRELLA, R. C. N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p.1825-1833, set. 2006. ISSN 0102-311X.

MORRIS, J. C. Quem decide sobre o corpo de Janaina? Um caso de esterilização forçada no Brasil. **OpenDemocracy: free thinking for the word**. set. 2018. Disponível em: <https://www.opendemocracy.net/pt/democraciaabierta-pt/quem-decide-sobre-o-corpo-de-janaina-um-caso-de-esteriliza/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MOURA JUNIOR, J. F. **Reflexões sobre a pobreza a partir da identidade de pessoas em situação de rua de Fortaleza**. 159 f. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

NEVES-SILVA, P.; MARTINS, G. I.; HELLER, L. “A gente tem acesso de favores, né?”. A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00024017.

NOBRE, M. T. *et al.* Narrativas de modos de vida na rua: histórias e percursos. **Psicol. Soc.**, v. 30, 2018. DOI: 10.1590/1807-0310/2018v30175636.

ONU MULHERES. Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres – ONU Mulheres. **Diretrizes para investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres**. Brasília- DF, abr. 2016. Disponível em: www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/diretrizes_femicidio.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**, Pequim: ONU, 1995

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 5 ed. Campinas: Pontes Editores, 2005.

PAGOT, A. M. **O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação de rua**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PAIXÃO, M.; GOMES, F. Histórias das diferenças e das desigualdades revisitadas: notas sobre gênero, escravidão, raça e pós-emancipação. **Rev. Estud. Fem.**, v.16, n,3, dez. 2008.

PARDO, A. A.; RAMÍREZ, J. P.; MARTINEZ, A. I. Mujeres sin hogar en España. Narrativas sobre género, vulnerabilidad social y efectos del entramado asistencial. **OBETS. Revista de Ciencias Sociales**, v. 15, n. 2, p. 375-404, 2020.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais – Uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. *In*: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 14 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014a. p. 7 – 13.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, v. 23, n. 45, p. 239-260, jul. 2003.

PEREZ, O. O novo qualis periódico: possíveis diretrizes, impactos e resistências. *Novos Debates*, v. 6, n.1-2, E6212, 2020.DOI: 10.48006/2358-0097-6212.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 110-4.

PINTO, V. M. *et al.* Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Rev. bras. Epidemiol.**, v.17, n. 2, jun.2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020005ENG>. Acesso:03 mar. 2021.

PRADO, M. A. R. *et al.* Homeless people: health aspects and experiences with health services. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 1, p. 2021.

PRATES, J. C.; PRATES F. C.; MACHADO S. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. **Temporalis**, Brasília: DF, ano 11, n.22, p.191-215, jul./dez. 2011. DOI:10.22422/2238-1856.2011v11n22p191-216.

RAGO, M. Epistemologia feminista, gênero e história. *In*: PEDRO, J. M; GROSSI, M. P (org.). **Masculino, feminino, plural**. Florianópolis: Editora Mulheres, 2000. Disponível em: http://projcnpq.mpbnet.com.br/textos/epistemologia_feminista.pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

RICHARDS, J.; OUDSHOORN, A.; MISENER, L Social inclusion for women experiencing homelessness. **Journal of Social Inclusion**, v. 11, n. 1, p. 39–52. 2020. DOI:10.36251/josi.166.

RILEY, E. D. *et al.* Violence and Emergency Department Use among Community-Recruited Women Who Experience Homelessness and Housing Instability. **J Urban Health**, v. 97, p. 78–87, 2020. DOI:10.1007/s11524-019-00404-x.

ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Violence in the lives of homeless women in the city of São Paulo, Brazil. *Interfa/ce*, v. 9, n. 53, Apr-Jun. 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0221.

ROSÁRIO, G. O. **Análise das condições e modos de vida de mulheres em situação de rua em Porto Alegre – RS**. 2015. 103 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ROSO, A.; SANTOS, V. B. Saúde e relações de gênero: notas de um diário de campo sobre vivência de rua. **Av. Psicol. Latinoam.** Bogotá, v. 35, n. 2, p. 283-299, ago. 2017. DOI: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3379.

SANCHOTENE, I. P.; ANTONI, C.; MUNHÓS, A. A. R.. MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 146-160, 2019. DOI: 10.15448/1677-9509.2019.1.29297.

SANTANA, J. R.; WAISSE, S. Chegada e difusão da pílula anticoncepcional no Brasil, 1962-1972: qual informação foi disponibilizada às usuárias potenciais. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 203-218, jul./dez. 2016.

SANTOS; T. G. D.; GOMES; T. C. S. Os invisíveis que eles querem esconder: A luta por direitos básicos, a violência e os reflexos da Copa do Mundo FIFA 2014. *In*: CONPED/UFF (org.). ALVIM, J. L.R. (coord.). **Direitos sociais e políticas públicas**. Florianópolis: FUNJAB, 2012. p.480-502.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. *In*: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 14 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014a. p. 99-121.

SAWAIA, B. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? *In*: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 14 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014b. p. 7 – 13.

SAWAIA, B. Identidade – Uma ideologia separatista? *In*: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 14 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014c. p. 121-129.

SILVA, I. C. N. Social representations of health care by homeless people. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 52, 2018. DOI: 10.1590/S1980-220X2017023703314.

SILVA, S.C.T.; TAKEITI, B.A.; MACHADO, K. S. Ressignificando vidas: reflexões acerca da construção do cuidado em saúde do consultório na rua (CnaR) – contribuições da terapia ocupacional. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro. v.1, n. 3, p. 366-385, 2017.

SOUZA, M. B.; HOFF, T. S. R. O governo Temer e a volta do neoliberalismo no Brasil: possíveis consequências na habitação popular. **Rev. Bras. Gest. Urbana**, Curitiba, v. 11, e20180023, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-33692019000100256&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 mai. 2020.

SOUZA, M. R. R. *et al.* Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, e59876, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300418&lng=en&nrm=iso. Acesso: 10 out. 2019. ISSN 1983-1447.

TIBURI, M. **Feminismo em comum: Para todas, todes e todos**. 9 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

TILO, R.; OLIVEIRA, J. Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, p. 101-113, 12 jul. 2016.

TORRACO, R. J. Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. **Human Resource Development Review**, v. 4, p. 356-367, set. 2005.
DOI:10.1177/1534484305278283.

TRINO, A.T.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. *In.*: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (org.). **Saberes e Práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas**. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 27-53.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Biblioteca Universitária. Comissão de Normalização. **Guia de normalização de projetos de pesquisa da Universidade Federal do Ceará**. Fortaleza, 2019.

VALE, A. R.; VECCHIA, M. D. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. **Saúde e Sociedade**, v28, p. 222-234, 2019. DOI: 10.1590/S0104-12902019180601.

VALE, A. R.; VECCHIA, M. D. Sobreviver nas ruas: percursos de resistência à negação do direito à saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 25, 7 jul. 2020. DOI: 10.4025/psicoestud.v25i0.45235.

VERAS, M. P. B. Exclusão social – Um problema brasileiro de 500 anos (notas preliminares). *In.*: SAWAIA, B. Org. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 14 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 29-51.

VERNAGLIA, T. V. C. The female crack users: Higher rates of social vulnerability in Brazil. **Health Care Women Int**, v. 38, n. 11, p. 1170-1187, nov. 2017. DOI: 10.1080/07399332.2017.1367001.

VIERA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

VILLA, E. A. *et al.* Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v.11, Supl. 5, p.2122-31, mai. 2017. ISSN: 1981-8963.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. *In.* SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 14 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 7 – 13.

WHO. World Health Organization. **How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people**. [S. l.]: WHO, 2005. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/74682/E85482.pdf?ua=1. Acesso em: 6 out. 2019.

WOLLSTONECRAFT, M. **Reinvidicação dos direitos da mulher**. Tradução de Ivania Pocinho Motta. São Paulo: Boitempo, 2016.

XAVIER, D. M. *et al.* Use of crack in pregnancy: repercussions for the newborn/Usó del crack durante el embarazo: repercusiones para el recién nacido/Usó de crack na gestacáo: repercussóes para o recém-nascido. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 35, n. 3, 2017.

ZIONI, Fabiola. Exclusão social: noção ou conceito? **Saúde soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 15-29, dec. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso: 24 mai. 2020.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES QUALITATIVAS
INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES QUALITATIVAS

OBJETIVOS DO PROJETO	INFORMAÇÕES QUALITATIVAS						
	INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO						
Identificar os estudos que abordam à assistência à saúde das mulheres no contexto de situação de rua	Título	Autor(es/as)	Base de Dados	Ano	Periódico	Idioma	Comentários:
INFORMAÇÕES METODOLOGICAS							
Identificar os estudos que abordam à assistência à saúde das mulheres no contexto de situação de rua	Tipo de Estudo	Referencial teórico	Local	Mulheres participantes	Procedimentos de coleta de dados	Análise dos dados	Comitê de Ética
INFORMAÇÕES SOBRE OS RESULTADOS/DISCUSSÕES							
Identificar quais serviços prestam cuidado em saúde a este público alvo no Brasil	O estudo apresenta os serviços de assistência à saúde da mulher em situação de rua? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual (is)?						

--	--

continuação

<p>Identificar quais serviços prestam cuidado em saúde a este público alvo no Brasil</p>	<p>Caso o documento apresentem os serviços, responda: Fica evidenciado quais as instituições que promovem esses serviços:</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim,</p> <p><input type="checkbox"/> Públicas</p> <p><input type="checkbox"/> ONGs</p> <p><input type="checkbox"/> Entidades religiosas</p> <p><input type="checkbox"/> Movimentos organizado por mulheres</p> <p><input type="checkbox"/> Outros _____ -</p>
<p>Investigar se há cuidados específicos acerca dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres</p>	<p>Quais são as estratégias de cuidado à saúde da mulher em situação de rua abordadas no artigo?</p> <p>Nas estratégias de cuidado apresentadas, nota-se que há cuidados específicos acerca dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres?</p>

ANEXO A - CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP) - Checklist

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP) – Checklist⁸

Artigo para avaliação e referência:

Seção A: Os resultados são validos?		
1. Houve uma declaração clara dos objetivos da pesquisa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não posso dizer	DICA: Considere - Qual foi o objetivo da pesquisa - Porque isso foi considerado importante - Sua relevância
Comentários:		
2. É uma metodologia qualitativa adequada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não posso dizer	DICA: Considere - Se a pesquisa visa interpretar ou iluminar as ações e / ou experiências subjetivas dos participantes da pesquisa - A pesquisa qualitativa é a metodologia correta para atingir o objetivo da pesquisa?
Comentários:		
Vale a pena continuar?		
3. O desenho da pesquisa foi apropriado para direcionar os objetivos da pesquisa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não posso dizer	DICA: Considere - Se o pesquisador justificou no desenho da pesquisa (por exemplo, eles decidiram qual/quais métodos usar?)
Comentários:		
4. A estratégia de recrutamento foi apropriada aos objetivos da pesquisa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não posso dizer	DICA: Considere - Se o pesquisador explicou como os participantes foram selecionados - Se explicou por que os participantes que foram selecionados são mais adequados para fornecer acesso ao tipo de conhecimento buscado pelo estudo - Se houve discussões em torno de recrutamento (por exemplo, por que algumas pessoas escolheram não participar)
Comentários:		
5 – Os dados foram coletados da forma direcionada pelo problema da pesquisa?	<input type="checkbox"/>	DICA: Considere - Se a configuração de coleta de dados foi justificada - Se está nítido como os dados forma coletados (por exemplo, grupo focal, entrevista semiestruturada etc.) - Se o pesquisador justificou os métodos escolhidos;

⁸ Checklist traduzido na íntegra pela autora a partir do documento oficial gratuito do Critical Appraisal Skills Programme.

		<ul style="list-style-type: none"> - Se o pesquisador fez uso os métodos explícitos (por exemplo, para o método de entrevista, há uma indicação de como foram realizadas entrevistas, eles usaram um guia de assunto?) - Se os métodos foram modificados durante o estudo. Se assim for, o pesquisador explicou como e por quê? - Se a forma de coleta de dados está nítida (por exemplo, gravações, material de vídeos, notas etc.) - Se o pesquisador discutiu sobre saturação dos dados;
Comentários:		
6 – A relação entre o pesquisador e os participantes foram devidamente consideradas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não posso dizer	<p style="text-align: center;">DICA: Considere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se o pesquisador analisou criticamente o seu papel, o viés potencial e a influência durante: <ul style="list-style-type: none"> a) formulação das questões de pesquisa; b) coleta de dados, incluindo o recrutamento da amostra e escolha do local; - Como o pesquisador respondeu a eventos durante o estudo e se considerava as implicações de quaisquer alterações no projeto de pesquisa.
Comentários:		
Seção B: Quais são os resultados?		
7. As questões ética foram consideradas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não posso dizer	<p style="text-align: center;">DICA: Considere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se há detalhes suficientes de como a pesquisa foi explicada aos participantes para o leitor avaliar se os padrões éticos foram mantidos - Se o pesquisador tem discutido questões levantadas pelo estudo (por exemplo, questões sobre o consentimento informado ou confidencialidade ou como eles lidaram com os efeitos do estudo sobre os participantes durante e após o estudo) - Foi solicitada a aprovação do comitê de ética;
Comentários:		
8 – A análise dos dados foi suficientemente rigorosa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não posso dizer	<p style="text-align: center;">DICA: Considere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se houver uma descrição detalha do processo de análise - Se a análise temática foi utilizada. Se assim for, é nítido como as categorias / temas foram obtidos a partir dos dados? - Se o pesquisador explica a forma como os dados apresentados foram selecionados a partir da amostra original, para demonstrar o processo de análise. <ul style="list-style-type: none"> - Se foram apresentados dados suficientes para apoiar as evidências. - Até que ponto, os dados contraditórios são levados em conta. - Se o pesquisador analisou criticamente o seu próprio papel, potencial viés e influência durante a análise e seleção dos dados para apresentação.
Comentários		

9. Existe uma apresentação nítida dos resultados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não posso dizer	<p style="text-align: center;">DICA: Considere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se os resultados são explícitos; - Se há discussão adequada das evidências a favor e contra os argumentos do pesquisador - Se o pesquisador discutiu a credibilidade de seus resultados (por exemplo, a triangulação, validação entrevistado, mais do que um analista.) - Se os resultados foram discutidos considerando a pergunta da pesquisa original.
Comentários		
Seção C: Os resultados ajudarão localmente?		
10. Quão valiosa é a pesquisa?		<p style="text-align: center;">DICA: Considere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se o pesquisador discute a contribuição do estudo com o conhecimento existente ou de compreensão (por exemplo, considera os resultados em relação à prática atual ou política, ou da literatura baseada em pesquisa relevante?) - Se identifica novas áreas em que a pesquisa é necessária. - Se os pesquisadores discutiram se ou como os resultados podem ser transferidos para outras populações ou considerados outros modos de pesquisa que podem ser utilizados
Comentários		

Fonte: CASP. Critical Appraisal Skills Programme 2018. Checklist. [online]. Disponível para download gratuito no idioma original – Inglês. Disponível em: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Acesso em: 17 jun. 2020.