

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM  
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE  
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Márcia Helena Leal

**OS OLHARES E A INVISIBILIDADE:**

Condições de saúde da mulher em situação de rua

Brasília  
2020

Márcia Helena Leal

**OS OLHARES E A INVISIBILIDADE:**

Condições de saúde da mulher em situação de rua

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola  
Fiocruz de Governo com requisito para  
obtenção de título de mestre em Políticas  
Públicas em Saúde. (Justiça Social).

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Fabiana  
Damásio Passos

Coorientador: Prof. Me. Marcelo Pedra Martins  
Machado

Brasília  
2020

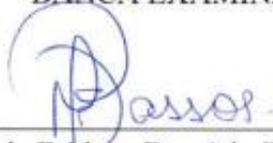
Márcia Helena Leal

**OS OLHARES E A INVISIBILIDADE:**  
Condições de saúde da mulher em situação de rua

Trabalho de Dissertação apresentado à  
Escola Fiocruz de Governo com requisito  
para obtenção de título de mestre em  
Políticas Públicas em Saúde. (Justiça  
Social).

Aprovado em 19 de junho de 2020.

BANCA EXAMINADORA



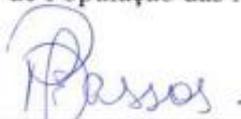
---

Dra. Maria Fabiana Damásio Passos - Orientadora  
Fiocruz Brasília



---

p/ Dra. Júnia Valéria Quiroga da Cunha – Membro Externo  
Fundo de População das Nações Unidas



---

p/ Dra. Fernanda Maria Duarte Severo – Membro Interno  
Fiocruz Brasília



---

p/ Dra. Celina Roitman - Suplente  
Fiocruz Brasília

L435o

Leal, Márcia Helena

Os olhares e a invisibilidade: condições de saúde da mulher em situação de rua / Márcia Helena Leal. - 2020

108f.: 30cm

Orientador: Prof. Dra. Maria Fabiana Damásio Passos

Co-orientador: Prof. Me. Marcelo Pedra Martins Machado

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) -

Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF

1. Política Pública. 2. População em situação de rua – Distrito Federal. 3. Saúde - Mulher. 4. Vulnerabilidade. 5. Sistema de Informação da Atenção Básica. I. Leal, Márcia Helena. II. FIOCUZ Brasília. III. Título

CDD 362.5086

Bibliotecário Responsável: Cleide Nascimento Pimentel – CRB6/3238

*Dedico este Trabalho a todas as mulheres que buscam a felicidade e não desistem com as adversidades, as mulheres em situação de rua.*

*À minha avó, matriarca, representando a minha família, mulher guerreira e sábia, que sempre me apoiou nos estudos.*

*À Ziza, representando todas as mulheres que me apoiaram e não me deixaram desistir do sonho de ser mestre.*

## AGRADECIMENTOS

Meus sentimentos de gratidão e amor por todos aqueles que fizeram parte da minha trajetória.

À minha orientadora, Fabiana Damásio, e ao meu coorientador, Marcelo Pedra, obrigada por aceitar o convite para orientar esse trabalho e por toda disposição, atenção, paciência e apoio nesta jornada.

A Maria Clara Torquato, Stella Gomes A. Santos e Hellen Cristina Vaz pelo apoio nas entrevistas, minha gratidão a vocês.

Aos amigos que compartilharam momentos especiais e, também, dividiram o peso dos dias difíceis: Rosana Ballesterio, Thais Alessa, Thais Coutinho, Maria Fernanda, Jussara Maísa, Rafael Lopes, Vinícius Melo e Olavo Fontoura. Em especial, Helô, representando todos os meus amigos das trilhas, pessoa querida que me fez entender que o querer para ingressar no mestrado estava dentro de mim, era só seguir meu coração.

À minha família de luz e amor, minha mãe Divina, minha irmã Hosana e meu irmão Marcos, que, mesmo na distância, estão sempre comigo. Gratidão por fazerem parte de minha vida.

À Maria Heloisa de Toni e à Natália Cristina, por me darem todo apoio nas maiores decisões da minha vida. Agradeço todo carinho e atenção.

Grata aos meus colegas e amigos do Ministério da Saúde. Aos meus colegas do mestrado, obrigada por vivenciar esse curso com vocês. Obrigada por tudo!

## **RESUMO**

Este estudo objetiva compreender a percepção das mulheres sobre suas condições de saúde e os cuidados aos quais tem acesso vivendo nas ruas. Para tal, buscou-se realizar o mapeamento e análise de políticas públicas elencadas específicas para as mulheres, bem como analisar os procedimentos registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica pelas equipes de Consultório na Rua-eCR e compreender a percepção das mulheres em situação de rua do Distrito Federal sobre seus processos de saúde e doença e os cuidados aos quais têm acesso. Metodologia: estudo exploratório, composto por análise documental para identificar as políticas públicas, instituídas pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e por análise de dados secundários de 152 eCR do Brasil, tendo como recorte o sexo feminino. Complementarmente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 08 mulheres em situação de rua no Distrito Federal. Resultados: Na análise das políticas públicas voltadas para o enfrentamento às vulnerabilidades das mulheres em situação de rua, não é mencionada a rua em seus contextos. As eCR registraram informações referente às práticas realizadas. Nas entrevistas apresentou-se a perspectiva das mulheres sobre saúde e doença. Conclusão: Conclui-se que tanto as políticas públicas como o processo de trabalho das eCR precisam ser aprimorados para conseguirem atender as necessidades de saúde das mulheres em situação de rua.

Palavras-chave: Mulher. Saúde. População em situação de Rua.

## **ABSTRACT**

This study aims to understand the perception of women about their health conditions and the care to which they have access living on the streets by mapping and analyzing public policies listed specifically for women. Also performs an analysis of the procedures registered in the Primary Care Information System - SISAB by the teams of street clinics (eCR) and the perception of homeless women in the Federal District about their health and disease processes and their access to healthcare. Methodology: exploratory study comprehending documentary analysis to identify public policies, instituted by the Secretariat of Policies for Women of the Presidency of the Republic, data analysis of 152 eCR from Brazil, with female gender selection and semi-structured interviews with 08 homeless women in the Federal District, Results: In the analysis of public policies aimed at addressing the vulnerabilities of homeless women, the street was not mentioned in its diverse contexts. The eCR recorded information regarding the practices performed. In the interviews, women's perspective on health and disease could be accessed. Conclusion: It concludes that both public policies and the eCR work process need to be improved in order to be able to meet the health needs of homeless women.

Keywords: Woman. Health. Homeless population.

## **RESUMEN**

Este estudio tiene como objetivo comprender la percepción de las mujeres sobre sus condiciones de salud y la atención a la que tienen acceso viviendo en las calles. De esta manera, mapea y analiza las políticas públicas formuladas específicamente para las mujeres además de analizar los procedimientos registrados en el Sistema de Información de Atención Primaria - SISAB por los equipos de Consultoría en Rúa-eCR y comprender la percepción de las mujeres sin hogar en el Distrito Federal, sobre sus procesos de salud y enfermedad y la atención a la que tienen acceso. Metodología: estudio exploratorio, de análisis documental para identificación de políticas públicas firmadas por la Secretaría de Políticas para Mujeres de la Presidencia de la República. Análisis de datos secundarios de 152 eCR de Brasil, con recortes por sexo femenino y de entrevistas semiestructuradas con 08 mujeres sin hogar en el Distrito Federal. Resultados: El análisis muestra que en las políticas públicas dirigidas a abordar las vulnerabilidades de las mujeres que viven en la calle, la calle no se menciona en sus contextos. Los equipos de eCR registraran informaciones sobre las prácticas realizadas. En las entrevistas, se presentó la perspectiva de las mujeres sobre la salud y la enfermedad. Conclusión: se puede concluir que tanto las políticas públicas como el proceso de trabajo de eCR deben mejorarse para poder satisfacer las necesidades de salud de las mujeres sin hogar.

Palabras clave: Mujer. Salud. Población calle.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 1.</b> Comparação da Política Nacional de Atenção Básica com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.                         | 52 |
| <b>Quadro 2.</b> Equipes de Consultório na Rua - Credenciamentos e implantações, por ano.   | 59 |
| <b>Quadro 3.</b> Categoria profissional, por modalidade de equipe.  | 60 |
| <b>Tabela 1.</b> Mulheres cadastradas pelas equipes de Consultório na Rua, por Região e Unidade Federativa, e identificação por Cartão Nacional de Saúde. | 62 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| <b>Gráfico 1.</b> Total de atendimentos femininos por faixa etária, 2018-2019.    | 64 |
| <b>Gráfico 2.</b> Percentual de local de atendimento feminino, por região.        | 65 |
| <b>Gráfico 3.</b> Percentual de tipo de atendimento feminino, por região.         | 67 |
| <b>Gráfico 4.</b> Percentual de encaminhamentos femininos realizados, por região. | 69 |
| <b>Gráfico 5.</b> Percentual de procedimentos femininos, por região.              | 71 |
| <b>Gráfico 6.</b> Percentual de condição avaliada no atendimento, por região.     | 74 |
| <b>Gráfico 7.</b> Percentual de tipo de consulta odontológica, por região.        | 78 |

## LISTA DE SIGLAS

|          |  |
|----------|--|
| AB       | Atenção Básica   |
| APS      | Atenção Primária à Saúde   |
| CAPS     | Centro de Atenção Psicossocial   |
| CDS      | Coleta de Dados Simplificado   |
| CIAP2    | Classificação Internacional de Atenção Primária  |
| CID10    | Código Internacional de Doenças  |
| CISMU    | Conselho Nacional de Saúde e à Comissão de Saúde da Mulher                                   |
| CNES     | Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde   |
| CNPM     | Conferência Nacional Políticas para Mulheres   |
| CNS      | Cartão Nacional de Saúde   |
| DF       | Distrito Federal   |
| DST      | Doença Sexualmente Transmissível   |
| eCR      | equipes de Consultório na Rua  |
| e-SUS AB | e-SUS Atenção Básica   |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  |
| INCA     | Instituto Nacional do Câncer   |
| IPEA     | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada   |
| IST      | Infecção Sexualmente Transmissível   |
| MDS      | Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome  |
| MS       | Ministério da Saúde  |
| OMS      | Organização Mundial de Saúde   |
| PAISM    | Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher  |
| PEAD     | Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas |
| PEC      | Prontuário Eletrônico do Cidadão   |

|         |  |
|---------|--|
| PNAB    | Política Nacional de Atenção Básica  |
| PNPSR   | Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua                                     |
| PNPR    | Política Nacional de População em Situação de Rua  |
| PNAISM  | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher                                  |
| PSR     | População em Situação de Rua   |
| RAS     | Registro de Atendimento Simplificado   |
| CNES    | Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde   |
| SISAB   | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica                                     |
| SNAS    | Secretaria Nacional de Assistência Social  |
| SPM-PR  | Secretaria de Políticas para Mulheres-Presidência da República                           |
| SUS     | Sistema Único de Saúde   |
| TCLE    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido   |
| UBS     | Unidade Básica de Saúde  |
| UPA     | Unidade de Pronto Atendimento  |
| VIGITEL | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>   | <b>13</b> |
| 1.1 PROBLEMA DA PESQUISA  | 19        |
| <b>2 OBJETIVOS</b>  | <b>21</b> |
| 2.1 OBJETIVO GERAL  | 21        |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS   | 21        |
| <b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>  | <b>22</b> |
| 3.1 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL  | 22        |
| 3.2 POLÍTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO DE RUA  | 24        |
| 3.3 A MULHER E A RUA  | 28        |
| <b>4 METODOLOGIA</b>  | <b>33</b> |
| <b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>   | <b>39</b> |
| 5.1 MAPEAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES ATRAVÉS DA SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES ATÉ O ANO DE 2018                                       | 39        |
| 5.1.1 Central de Ligação- Ligue 180   | 40        |
| 5.1.2 Lei Maria da Penha  | 42        |
| 5.1.3 Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres  | 44        |
| 5.1.4 Programa Mulher: Viver sem Violência  | 45        |
| 5.1.5 Ouvidoria da Mulher   | 47        |
| 5.1.6 4ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (4ªCNPM)  | 48        |
| 5.1.7 Promoção de Igualdade de Gênero no Campo, na Floresta e nas Águas   | 50        |
| 5.1.8 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher   | 50        |
| 5.2 CONTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA PARA O ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA  | 59        |
| 5.2.1 O Cenário de Práticas dos Consultórios na Rua na Perspectiva do e-SUS   | 61        |
| 5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA   | 80        |
| 5.4 PROPOSIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE APRIMORAMENTO PARA FORTALECER A IMPLEMENTAÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIOS NA RUA NO ÂMBITO DOS CUIDADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA | 91        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | <b>95</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>  | <b>98</b> |

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
PARA AS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA**

105

**APÊNDICE B - INSTRUMENTO ORIENTADOR PARA AS ENTREVISTAS COM AS  
MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NO DISTRITO FEDERAL**

107

# 1 INTRODUÇÃO

A População em Situação de Rua (PSR) é popularmente conhecida como mendigo, mendicante, pedinte, indigente, esmoleiro, morador de rua, sem-teto ou sem-abrigo, andarilho, estes podendo estar relacionados à migração, imigração ou nenhuma delas (1).

A PSR foi definida no ano de 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), através da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), como sendo um grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional regular, sendo compelidas a utilizar a rua como espaço de moradia e sustento, por caráter temporário ou de forma permanente (2).

A Política Nacional de População em Situação de Rua (PNPR) complementa a descrição do MDS, sobre a PSR, como sendo a população que vivencia situação de rua utilizando “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” (3). Conceituar essa população e considerar que um sujeito é de rua seria o mesmo que considerar que alguém é de casa ou de apartamento, no caso do segmento analisado, no espaço da rua, esta pode ser uma situação contingente. Ver essa situação como estado e não como processo é um modo de reiteirá-la, sem reconhecer a perspectiva do movimento de superação (4).

Para Adorno (5), a rua nada mais é que a continuidade, se não agravamento da sensação de não pertencimento a si mesmo e menos ainda de pertencimento social. No caso das mulheres, várias situações de vulnerabilidade que têm sido problematizadas no campo da saúde, podendo caracterizar sua escolha pela rua, como por exemplo, uma saída para romper a violência doméstica vivida no domicílio.

Na visão de Bauman (6), fenômenos como o da população em situação de rua ocorrem não por uma falha do sistema capitalista, mas pela sua própria lógica de funcionamento, que se baseia na produção de excessos, tanto materiais quanto humanos. Com isso, um enorme contingente populacional torna-se “resíduos humanos”, que, em algum momento, é considerado descartável ao modo de produção e consumo capitalista, mas que pode também, em outro momento ser considerado oportuno pelo sistema, participando novamente do mesmo (7).

Segundo o relatório da Comissão das Nações Unidas para Direitos Humanos, estima-se que existam mais de 100 milhões de pessoas que não possuem moradia e, por isso, vivem nas ruas dos grandes centros metropolitanos em todo mundo (8).

No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (PNPSR) foi o levantamento mais completo já realizado no país sobre a pessoa em situação de rua. Desenvolvida pelo MDS, entre os anos de 2007 a 2008, abrangeu 71 cidades brasileiras com mais de 300 mil habitantes (2).

Esta pesquisa trouxe elementos importantes sobre a condição de vida das PSR, informações como gênero, raça, cor, ocupação, entre outras. A mobilização para pesquisa fortaleceu o Movimento Nacional de População em Situação de Rua e seu acúmulo trouxe informações importantes para a consolidação da PNPR, através do decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (3).

A PNPSR constatou-se que 31.922 pessoas viviam em situação de rua, entre elas 5.745 representavam mulheres entre essa população ou seja, 82% da PSR sendo homens e 18% mulheres. Por ser um número reduzido, mas existente, a invisibilidade é ainda maior no grupo feminino dentro desse maior contingente masculino em situação de rua, afetando mais a marginalização social das mulheres que vivem neste contexto (2).

A PNPSR mostrou que apenas 16% desses sujeitos pediam dinheiro para sobreviver ou praticavam a mendicância, logo, é um equívoco nos tempos atuais atribuir essa prática ao conjunto da população que habita as ruas dos grandes centros urbanos (2).

Quanto ao fato desta população ser considerada andarilha, Prates (4) questiona em seu estudo que esta população não é nômade ou andarilha,

[...] ao analisarem-se, por exemplo, expressões como deambulantes ou andarilhos associados à situação de rua, tem-se a caracterização de um sujeito que vive deslocando-se, o que não é um traço comum a esse segmento populacional. O nomadismo dos andarilhos que caracteriza alguns destes sujeitos é, em outros, resultado de sua expulsão de locais onde, por um período, foram aceitos e, em outro momento, são rejeitados, seja porque acumulam objetos no espaço da rua, fazem uso de drogas, têm delírios ou simplesmente porque sua presença incomoda os moradores do bairro, que por determinado período aceitaram sua permanência, ocupando de modo privado o espaço público. Considerando suas características diversas que variam entre o andarilho solitário, famílias que habitam pontes, viadutos, parques ou terrenos baldios, loucos de rua que vivem sozinhos e pequenos grupos que permanecem em locais mais ou menos fixos, deslocando-se para abrigar-se das intempéries, mas no âmbito de um mesmo bairro [...] (4)

Este estudo vem complementar a PNPSR onde refere:

[...] ao contrário do que muitos pensavam e da própria história da população de rua, a maioria é constituída por pessoas do próprio estado onde foram entrevistados, não se caracterizando mais como imigrantes (2).

Deste modo, o debate acerca da origem das pessoas que vivem em situação de rua é um desafio permanente, uma vez que a complexidade que engloba o fenômeno é grande, envolvendo diversos campos, tanto econômicos como de direitos sociais, desafiando todos a refletirem sobre essa população de forma a contemplar a multiplicidade de fatores que levam estas pessoas a viverem nas ruas.

A PNPSR apresentou que os motivos para ir para ruas são diversos, desde desemprego, desavenças familiares ou até mesmo o fato de aventurar-se. Diversos motivos foram identificados enquanto respostas que levaram estas pessoas a morarem nas ruas, os maiores de acordo com a pesquisa foram: alcoolismo e/ou uso de drogas 35,5%, perda de emprego 29,8% e conflitos familiares 29,1%. Quando olhamos esses mesmos motivos no

recorte do gênero feminino as principais razões apontadas pelas mulheres para ir para as ruas foram: a perda de moradia, 22,56%, os problemas familiares, 21,92%, o alcoolismo e a drogadição, 11,68%, e o desemprego, 8,8% (2).

Dentre os capítulos da PNPSR, há um exclusivo falando sobre a mulher na rua, intitulado de *“Elas da Rua: População em situação de rua e gênero”*, abordando a necessidade de demarcar o gênero e trazer o olhar sobre as mulheres, fazendo perceber a necessidade de reconhecê-las como um subgrupo que, muitas vezes, se encontra invisível no meio desta população (9).

A PNPSR apresentou que o viver nas ruas envolve desafios muito intensos com questões complexas para uma mulher. Muitas vezes o contexto as obriga a lidar com situações masculinizadas, de vulnerabilidade e violência, como também passam a ser vítimas de preconceitos por serem encaradas como “frágeis e vítimas fáceis” por estar nesta situação. O fato de mais mulheres não saberem ler e escrever em relação aos homens pode ser também um indício da maior vulnerabilidade destas mulheres nas ruas (9).

A mulher em situação de rua se torna muito mais vulnerável e exposta à violência, aumentando os riscos e as desigualdades sociais.

Quando falamos sobre violência, Minayo destaca que nos estudos científicos da área da saúde, há pelo menos três correntes que buscam explicar a violência. Na primeira estão os autores que sustentam a ideia de que ela é resultante de necessidades biológicas, na segunda, aqueles que a determinam a partir, exclusivamente, do arbítrio dos sujeitos, como se os resultados socialmente visíveis dependessem da soma dos comportamentos individuais, ou se a violência fosse resultante de doença mental, ou ainda, estivesse vinculada a determinadas concepções morais e religiosas. Na terceira, estão os autores que consideram a violência como um fenômeno eminentemente social em intrincada relação com predisposições genéticas e traços de personalidade (10).

A violência contra a mulher para ser entendida precisa ser vista sob a perspectiva de gênero. Gênero diz respeito a relações de poder e à distinção entre características culturais atribuídas a cada um dos sexos e a suas peculiaridades biológicas. As características de gênero se fundam na hierarquia e na desigualdade de lugares sexuais. A violência de gênero distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construído nas relações entre homens e mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias (11).

No que se refere a PSR, podemos citar a matéria do Senado Federal onde abordou no ano de 2018, referindo que foram registradas/contabilizadas, aproximadamente 900 denúncias da população em situação de rua. No balanço divulgado com os tipos de violência de janeiro a junho do mesmo ano, destacou-se os números de negligência 76,1%, violência psicológica 21,7%, violência institucional 19,2% e violência física 11,4%. A partir destas informações o Conselho Nacional de Direitos Humanos promoveu o seminário “Violência Letal contra a População em Situação de Rua no Brasil” para discutir sobre a violência nesta população (12).

Por representarem apenas 18% da população em situação de rua, as mulheres ficam ainda mais invisíveis em um contexto que é predominantemente masculino (13). No entanto cabe destacar ainda, que particularidades como a relação com o corpo, higiene e maternidade envolve um olhar diferente não sendo possível negar ou ignorar sua existência no contingente populacional nas ruas.

A PNPSR trouxe também dados referentes à raça/cor auto declarada pelas mulheres nas ruas, sendo que 35,94% se auto declararam parda; 32,11% se auto declararam branca e 27,26% preta (2). No que diz respeito à busca pela sobrevivência, os resultados da PNPSR apontaram que quase 80% da população conseguiam fazer ao menos uma refeição por dia e 29,7% afirmou ter algum problema de saúde como hipertensão, problemas de visão,

dermatológico, entre outros. Referente ao uso de medicamentos, 20% informaram fazer uso de algum medicamento, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) a principal via de acesso para sua obtenção. Já nos casos de atendimento os hospitais/emergências estes foram apontados como o primeiro lugar de procura para o atendimento e em segundo lugar a UBS (2).

Olhando para os dados da PNPSR, podemos reconhecer que os estudos referentes a população feminina que vivem em situação de rua são importantes para induzir o aprimoramento das políticas públicas, visando reduzir as desigualdades e dando maior visibilidade às necessidades e condições de saúde dessas mulheres.

Com base nos dados apresentados, fica evidente a necessidade de saúde das mulheres em situação de rua, especialmente no que tange à necessidade de articulação entre as ações de saúde e assistência social para esta população.

Desta forma, podemos reconhecer o trabalho das equipes de Consultório na Rua (eCR) como uma equipe privilegiada para as estratégias de atenção e articulação da rede de serviços (13), com foco para esta população, dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (14), onde seu processo de trabalho acontece no espaço da rua para promover o acesso aos serviços de saúde a quem necessita.

Estratégias direcionadas são importantes para dar visibilidade e acesso para quem não se enquadra dentro do contingente geral. Desta forma, este estudo propôs identificar as políticas públicas para mulheres, visando verificar se há algum destaque para a mulher em situação de rua em sua redação. Também buscou olhar a percepção da mulher em situação de rua sobre seu processo de saúde e doença e sobre os cuidados de saúde aos quais elas têm acesso.

Assim, realizar este estudo através do Mestrado Profissional de Políticas Públicas em Saúde, no eixo Justiça Social, nos motivou a identificarmos nas políticas públicas os

dispositivos que garantem ofertas de assistência para estas mulheres, nos fazendo buscar a compreensão das mulheres sobre as suas condições de saúde e as possibilidades de cuidado.

### 1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

Diante das necessidades diárias do viver nas ruas, a PNPSR destacou a saúde como um desafio a ser encarado por esta população (2). As mulheres possuem necessidades diferenciadas dos homens, destacamos desde seu ciclo reprodutivo, onde podemos citar as necessidades de higiene, como por exemplo quando a mulher menstrua até o seu processo de gestação, puerpério e maternidade nas ruas.

Muitas vezes, essa mulher é invisibilizada nas ruas aos olhos da população e dos serviços públicos. A gestação é um dos principais fatores que deixa estas mulheres visíveis, se destacando das demais pessoas da população em situação de rua.

Há um paradoxo entre a visibilidade e invisibilidade feminina: enquanto mulher, essas vulnerabilidades muito provavelmente passaram invisíveis. Entretanto, a partir do momento em que ficaram grávidas essas mulheres se tornaram visíveis, principalmente aos julgamentos de uma sociedade que está mais propensa a condenar moralmente do que oferecer acolhimento e cuidado (15).

O contexto de vulnerabilidade social traz muitas vezes questionamentos de profissionais de saúde, assistência social e das áreas do direito se estas mulheres têm condições e direitos de cuidar dos seus filhos vivendo nas ruas. Esta afirmativa foi mencionada no relatório de Pesquisa - Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo onde cita:

[...] Ainda, profissionais do cuidado nos setores da Assistência Social, Saúde e dos órgãos de justiça (Defensoria Pública, Ministério Público e Judiciário) têm sido cotidianamente desafiados por casos em que mulheres, usuárias de drogas ou não, em situação de alta vulnerabilidade, não encontram condições suficientes para o exercício da maternidade, quer seja pela falta de políticas públicas, pela falta de vagas, pela falta de amparo familiar, pelas condições de violência que vivenciam ou vivenciaram, pelas suas próprias condições de saúde física e mental, pelo uso de drogas, quando o caso. [...] (15).

Para a mulher, questões como realizar um exame preventivo, cuidar da sua higiene, alimentação, ter um local seguro para dormir, não ser vítima de violência, ter uma vida sexual

ativa e exercer a maternidade estando nas ruas são situações que requer uma atenção e cuidado à saúde.

Quando falamos em cuidado em saúde ampliamos o olhar para o cuidado ofertado pelos profissionais dos serviços de saúde e podemos incluir as ações realizadas pela própria mulher no que diz respeito ao seu autocuidado.

Para Ayres (16), cuidado também se define como um constructo filosófico,

[...] uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltado para essa finalidade [...] (16)

No contexto da população em situação de rua, esse cuidado com a mulher pode passar despercebido. A mulher na rua nem sempre é reconhecida como alguém que tem necessidades fisiológicas diferentes dos homens, ou seja ela menstrua, fica em período fértil, engravida, se torna gestante e dá à luz no parto. Sua saúde sexual e reprodutiva envolve uso de anticoncepcionais, necessita ser rastreada para identificar o câncer de colo de útero, através do exame preventivo citopatológico Papanicolau, e para câncer de mama, através da inspeção de palpação manual, exame de mamografia, entre outros cuidados. Estes são só alguns exemplos que diferem as necessidades do cuidado relacionado à saúde das mulheres, dos homens.

Assim, esse estudo tem como norte as seguintes perguntas: As políticas públicas e os serviços de saúde garantem ofertas de cuidado para mulheres e reconhecem as necessidades das mulheres em situação de rua? Como as mulheres percebem o processo saúde-doença e os cuidados aos quais tem acesso nas ruas?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

O objetivo geral deste estudo é compreender a percepção das mulheres em situação de rua sobre suas condições de saúde e os cuidados aos quais ela tem acesso.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Mapear e analisar nas políticas públicas que se referem especificamente à mulher como a situação de rua é contemplada.
- Sistematizar e analisar os procedimentos realizados e registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica-SISAB pelos profissionais de nível superior das eCR voltado ao sexo feminino.
- Compreender a percepção do processo de saúde e doença pelas mulheres em situação de rua e dos cuidados aos quais elas têm acesso no Distrito Federal.
- Propor estratégias de aprimoramento para fortalecer a implementação das equipes de consultórios na rua no âmbito dos cuidados às mulheres.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL

A população de rua não está presente somente no Brasil e nem somente nos países de terceiro mundo, porém o fenômeno no Brasil levou estudiosos a apresentarem visões diferentes entre autores, onde podemos identificar opiniões divergentes sobre o fenômeno da população em situação de rua.

Estudo de Fraga Filho (17) refere que a mendicância e a pobreza no Brasil Colônia foram registradas em instituições religiosas, jornais, hospitais, serviços jurídicos e policiais de Salvador, descrevendo a mendicância como uma alternativa de sobrevivência associado a ociosidade e a itinerância.

No Brasil, século XX e início do século XXI, a população de rua (até então designada ainda como mendigos) passou a ser um personagem do cotidiano das grandes cidades, habitando principalmente, os municípios com maior porte populacional. Este fato chamou a atenção para que fosse estudado o modo de viver nas ruas e sua forma de organização. Foi o tema de estudo de Stoffels na década 70 a questão organizativa na cidade de São Paulo que gerou o livro intitulado “*Os mendigos na cidade de São Paulo*” (18). Nesta obra, de acordo com Stoffels (18) compreende a complexidade da mendicância em duas dimensões:

[...] o mendigo em sua constituição enquanto sujeito histórico e a relação da mendicância com a ideologia dominante. Assim a população de rua amplia duas outras concepções mais usuais: o vadio que pede esmola (concepção da formação passiva da dádiva) e o marginal ou indivíduo em vias de marginalização que só sobrevive pedindo (concepção do pedinte como mero efeito de estrutura).

A PNPSR identificou que nem todas as pessoas que estão em situação de rua são pedintes ou desempregadas (2). Há aquelas que mesmo vivendo nas ruas realizam trabalhos formais e informais, pois ao mesmo tempo que a rua se caracteriza por um território que permite o isolamento, também se coloca em um lugar que permite garantir o mínimo para sobrevivência.

Os diferentes contextos de interação e necessidades da rua faz com que este lugar tenha suas próprias regras.

Escorel (19) em seus estudos descreveu sobre a organização das necessidades da população de rua em relação ao território e o seu convívio nas ruas:

Dentre os fatores que interferem na constituição e estabilidade dos grupos de moradores de rua encontram-se intrinsecamente associados o tecido relacional interno ao grupo e o espaço urbano ocupado, sua territorialidade. Os grupos estabelecem um cotidiano onde são compartilhadas estratégias de sobrevivência fisiológicas e rendimentos (o produto da esmola, alimentos, informações sobre locais propícios ao pedido, repouso, obtenção de documentos e assistência em geral), [...]. A população de rua distribui-se na geografia das cidades segundo as possibilidades de obtenção de rendimentos e de resolução de suas necessidades básicas. Entre estas, verifica-se que, num primeiro momento, segurança e cobertura (abrigo ou teto) [...], os locais são escolhidos segundo as possibilidades de oferta de água, alimentos e/ou doações e rendimentos. O mais difícil é conseguir um local onde possam de maneira regular tomar banho, lavar a roupa e limpar seus pertences [...] (19)

Até os dias atuais não se pode dizer exatamente quantas pessoas estão nesta situação de rua no Brasil. O estudo mais recente foi o de 2015, através do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que realizou uma pesquisa onde estimou que existia 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil (20), principalmente vivendo nas grandes cidades. Nos municípios de grande porte populacional, estima-se que 40,1% habitam municípios com mais de 900 mil habitantes e 77,02%, municípios com mais de 100 mil habitantes (20).

Embora existam as estimativas já mencionadas, o fato desta população não ter residência fixa dificulta a contagem, não sendo possível ser incluída no censo demográfico nacional. Esta dificuldade de mapeamento reforça a invisibilidade social da população de rua.

### 3.2 POLÍTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO DE RUA

As políticas públicas têm como um de seus objetivos cumprir o papel institucional de atuar na promoção de bem-estar dos cidadãos, no sentido de garantir seu direito constitucional. A Constituição Federal (21), em seu artigo 5º, destaca a igualdade de todos os cidadãos brasileiros perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. No art. 6º destaca a saúde e a moradia como direito social. Mesmo constando na constituição como direito de todos, infelizmente as políticas públicas contemplam apenas parte da população e de forma fragmentada.

A PNPR trouxe questões importantes, como as diretrizes referentes à garantia de direitos, criação de estratégias para articulação intersetorial entre as políticas da assistência social e o Sistema Único de Saúde (SUS). A necessidade de discutir o olhar integral e as questões que contemplassem as necessidades dos indivíduos veio como um dos grandes desafios da política (22).

Com um número tão grande de pessoas vivendo nestas condições, os problemas de saúde muitas vezes se agravam, deste modo, olhar para a saúde desta população torna-se relevante. Neste sentido, daremos destaque às questões relacionadas aos serviços de saúde, onde a prática do cuidado e acesso aos serviços de saúde pública brasileira é orientada e ofertada à população pelo SUS, sendo este, considerado a maior política de inclusão social do país, possuindo como diretrizes os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade, cuja forma de organização e operacionalização apoia-se na participação popular, na regionalização e hierarquização, na descentralização e no comando único (23).

Uma das questões mais frequentes que acometem a saúde das pessoas em situação de rua é o uso de álcool e outras drogas. Embora o uso de substâncias psicoativas não seja uma questão somente para esta população, o estar nas ruas estigmatiza e rotula colocando todas as

peessoas no mesmo contexto, como se todas as pessoas que vivessem nas ruas fossem usuárias de algum tipo de droga. A prática do uso destas substâncias é presente e regular para algumas pessoas nesta população, porém não se pode afirmar que esses hábitos são prévios, adquiridos nas ruas ou até mesmo determinante para a ida às ruas (24).

Com a necessidade de olhar para esta população e atender o clamor da sociedade em diminuir o uso de álcool e outras drogas nos espaços comuns de toda sociedade, “a rua”, a política do Ministério da Saúde (MS) para atenção integral de usuários de álcool e outras drogas foi incorporada como oferta de cuidado, na tentativa de minimizar as consequências e os efeitos do uso de drogas. O Programa Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas contribuiu como proposta de ampliação de acesso e tratamento, colocando o usuário como protagonista do seu tratamento, tendo seu maior foco na redução de danos. (25).

A redução de danos é uma estratégia que constitui um conjunto de medidas para minimizar as consequências adversas proveniente do uso e abuso de drogas, a escolha do indivíduo, o respeito à sua liberdade de escolha é um dos principais fundamentos (24). Esta estratégia de reduzir danos não é exclusiva dos usuários de substâncias psicoativas, sendo portanto, considerada tanto como porta de entrada de acesso ao serviço, quanto proposta como metas e estratégias para a construção do projeto terapêutico relacionado ao cuidado em saúde, a PSR.

O sucesso da redução de danos está, muitas vezes, baseado no estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais de saúde. Para implementar esta política, na organização dos territórios surgiram os Consultórios de Rua, com base em uma experiência idealizada e proposta pelo Dr. Antônio Nery Filho, na cidade de Salvador, estado da Bahia, com ofertas de serviços na modalidade de atendimento extramuros focados na saúde mental, objetivando promover acessibilidade aos serviços de saúde, assistência aos usuários de rua e promoção de laços sociais com enfoque intersetorial.

A avaliação dessa experiência, realizada entre 1999 a 2006, foi considerada exitosa, permitindo, em 2009, a inclusão do Consultório de Rua no Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) (25) e, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (26). Assim, as equipes de Consultório de Rua passaram a fazer parte da Política Nacional de Saúde Mental (27). Estas ofertavam um cardápio mais restrito de cuidados de saúde aos usuários de álcool e outras drogas em seus locais de permanência, referenciando-os, quando necessário, uma vez que o objetivo era proporcionar maior acessibilidade aos serviços da rede institucionalizada no território e a assistência integral, de forma promover laços sociais para aqueles que, em sua situação de exclusão social, não conseguiam de forma natural acessar os serviços de saúde.

A PNAB (14) reconhece, frente à heterogeneidade brasileira, a necessidade de ampliar a oferta de serviços de saúde para também contemplar a população em situação de rua, contribuindo na ampliação do acesso aos serviços de saúde e fortalecimento da rede de atenção à saúde.

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) caracterizam-se como primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, este deve garantir a continuidade do acesso. Além de ser coordenadora das redes de atenção à saúde, a APS deve cumprir seu papel de orientadora das famílias e comunidades, para que a atenção seja de qualidade, efetiva e equitativa. Porém, mesmo nos territórios onde há equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde que circulam pelo território, a PSR muitas vezes passa por invisível e não tem seu direito de cidadão reconhecido nos serviços de saúde.

No contexto da saúde, algumas políticas apresentam preocupação em direcionar atenção para a rua. Um exemplo é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres que indica diretrizes como:

[...] ampliação do acesso à atenção básica à saúde para mulheres em situação de rua por meio da implantação de equipes de consultórios de rua; Ampliação

do acesso ao atendimento clínico-ginecológico de qualidade às mulheres em situação de rua; capacitação dos profissionais de saúde para atender as especificidades das doenças e agravos mais frequentes na população em situação de rua; [...] (32)

Outra política que merece destaque é a PNAB, pois instituiu o Consultório na Rua, reconhecendo na APS o atendimento à população em situação de rua a partir da atuação de suas equipes (14).

O Consultório na Rua veio para acolher esta população, criar vínculos de acordo com a necessidade de cada pessoa. A configuração da equipe é de acordo com a necessidade do território, apresentando-se em três modalidades de atendimento para se adequar ao atendimento das necessidades de saúde à população em situação de rua (14).

Na modalidade I a equipe é formada, minimamente, por quatro profissionais, dentre os quais dois destes, obrigatoriamente, deverão estar entre enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional e os demais podem ser: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

Na modalidade II, a equipe é formada, minimamente, por seis profissionais, dentre os quais três destes, obrigatoriamente deverão ser: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional e os demais dentre: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

A modalidade III é composta pela equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

As equipes se responsabilizam pelo cuidado a essa população, procurando atuar numa abordagem integral à saúde. As portarias do MS nº 122 e nº 123, estabeleceram as diretrizes de organização e funcionamento das eCR (28, 29).

Compete a estas equipes realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e nas instalações da UBS do território de atuação, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de APS do território.

Estas equipes de saúde possuem os atributos da APS, como: ser porta de entrada, propiciar atenção integral, longitudinal e coordenar o cuidado, são equipes lidam com uma amplitude de situações, cuidados e problemas relacionados às necessidades de saúde, tendo o objetivo de prestar o cuidado a população em todos os ciclos de vida, para ambos sexos, gênero e orientação sexual.

Cada equipe fica responsável por uma população de, no mínimo, 80 e, no máximo, 1.000 pessoas em situação de rua. Em municípios ou regiões onde a PSR for menor do que 80 pessoas, o cuidado integral é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal do território onde estas pessoas estão concentradas (14).

Em dezembro de 2019 foram registradas 160 eCR no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) no Brasil.

### 3.3 A MULHER E A RUA

A PNPSR destaca que a maior parte das mulheres que vivem nas ruas estão na faixa etária entre 18 a 45 anos. O recorte apresenta 24% de 18 a 25 anos, 30% de 26 a 35 anos e 22% de 36 a 45 anos (2, 9).

Culturalmente no Brasil, por muitos anos, a responsabilidade de garantir renda para o sustento das famílias foi atribuída aos homens, o papel da mulher sempre foi reconhecido como responsável pela procriação, cuidado doméstico, nem sempre reconhecido como trabalho. As mulheres historicamente sempre foram voltadas para o espaço doméstico, e estas questões de gênero facilitavam mais para que os homens saíssem de seus domicílios para a ida para as

ruas. Como as mulheres, muitas vezes, não possuíam fonte de renda para garantir seu próprio sustento, ficar submissa ao lar e a família, muitas vezes, era a única opção.

A relação mulher-mãe, mulher-cuidadora, são estereótipos que estão presentes no senso comum e nas próprias políticas públicas que valorizam o papel da mulher dentro da família, contribuindo para a grande desproporção do número de mulheres vivendo nas ruas (9).

Relatos de mulheres que vivem nas ruas trazem em suas falas que a rua acaba sendo uma opção para fugir da violência doméstica e outras tantas questões sociais, psicológicas, financeiras e outras pelo simples desejo de ocupar um espaço na sociedade ao qual possa ter seus direitos reconhecidos (30).

A mulher em situação de rua se torna muito mais vulnerável e exposta a violência, aumentando os riscos sociais e as desigualdades, o fato de ser minoria da população em situação de rua as deixam ainda mais invisíveis em um contexto que é predominantemente masculino.

Estudos apontam que os direitos das mulheres são violados, suas necessidades negligenciadas e as condições sociais são impostas tanto nos estabelecimentos que elas procuram para algum serviço, como também no cotidiano das ruas, o próprio direito à maternidade, muitas vezes, é questionado e, em alguns casos, seus bebês são retirados na própria maternidade. No estudo de Prates, Abreu e Cezimbra (31), realizado em Porto Alegre com mulheres em situação de rua foi identificada uma maior fragilidade das mulheres em termos de saúde mental e uma desvalorização da sua própria imagem associada à sua condição de gênero, que se expressa numa postura de subalternidade, seja na busca por trabalho, no modo de relacionar-se com o parceiro, ou mesmo na banalização da violência sofrida no espaço da rua.

O estudo intitulado “*Pesquisa Mulheres com trajetórias de rua*”, desenvolvido pela equipe Polos População de Rua, do Programa Polos de Cidadania da Universidade Federal de Minas Gerais, investigou as trajetórias de vida de mulheres em situação de rua em Belo

Horizonte. Apresentou a violação de direitos dessas mulheres, bem como sofrimento pelas condições sociais impostas e estabelecidas, seja no ambiente da rua, expressa pelas inter-relações, assim como pelas instituições, que as tornam “invisíveis” e negligenciadas diante de suas necessidades específicas (32).

No contexto da rua, para algumas mulheres, a prostituição muitas vezes aparece como trabalho ou moeda de troca para conseguir alimentos ou drogas. Estudo realizado com mulheres em situação de rua em São Paulo revelou que uma das formas de violência nas ruas era aquela praticada entre as próprias pessoas que se encontravam na rua em função das dívidas com traficantes, das disputas por espaço e dos pequenos furtos (33).

Prates (31) aponta vários estudos que aborda a violência e vulnerabilidade sofrida por mulheres em situação de rua:

O número de mulheres é significativamente menor do que o de homens [...] segundo dados dos vários estudos realizados sobre populações em situação de rua no Brasil nas últimas duas décadas. E a violência sofrida por mulheres como condicionante dos processos de realização é destacada por Cezimbra (2001) e por Browne (1993).

A PNPSR, trouxe que 20% das mulheres em situação de rua são responsáveis por crianças/adolescentes nas ruas e/ou albergues, enquanto os homens 4,3% os fazem (2,9). Desta forma, podemos também perceber que a relação de cuidado está mais ligada às mulheres. O desafio ainda maior das mulheres é serem gestantes no contexto da rua.

No III Encontro Nacional de Consultório de Rua e na Rua, que aconteceu em Salvador/BA, em 2018, em uma de suas oficinas houve um relato de uma mulher em situação de rua que afirmou não realizar a consulta de pré-natal por medo de seu bebê ser retirado na maternidade. Embora reconheça o pré-natal como ação de cuidado importante para sua saúde e de seu filho, esse fator não foi suficiente para ela ter confiança e garantia de que após o parto, seu filho não seria retirado de sua posse na maternidade.

O relatório da “*Pesquisa Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo*” confirma a ocorrência desta separação mãe e bebê em alguns locais, mudando, assim, a trajetória de vida das mulheres enquanto mães e suas crianças:

A narrativa da separação de mães e bebês, logo nas maternidades, por diversos motivos, é elemento cotidiano na vida das mulheres em situação de vulnerabilidade social - aqui considerada como a situação de rua ou extrema pobreza cumulada ou não com o uso de drogas - e marca a trajetória institucional de diversas crianças. Estas, acolhidas, percorrerão caminhos incertos até o reencontro com suas famílias nucleares, extensas ou mesmo uma família adotante. Muitas crianças, contudo, permanecem nos centros de acolhimento até a idade adulta, o que tem preocupado os gestores e gestoras de políticas públicas (15).

O relatório também apresentou que mesmo sendo instituído políticas de saúde específicas para o cuidado destas mulheres, tanto a nível municipal, Mãe Paulistana, quanto federal, a Rede Cegonha, não deram conta de contemplar as necessidades das mulheres em situação de rua, tornando-se, assim, uma importante tarefa para as eCR olhar para essas necessidades e ajudá-las neste desafio.

Após a separação da mulher de seu bebê, muitas mulheres voltam às ruas em piores condições, em estado puerperal e traumatizadas com a perda das crianças. Estratégias como a fuga para outras regiões da cidade e o parto nas ruas são demonstrativos do medo de perda vivenciado por essas mulheres e mães. Há ainda outro fator que prejudica a busca por ajuda, como o medo de perder a guarda dos filhos e a vergonha de se assumir dependente de uma droga e ser considerada como marginal (15).

No que diz respeito à busca pela sobrevivência, os resultados da PNPSR referente às mulheres, apontaram que quase 81% conseguiam fazer ao menos uma refeição por dia, sendo que 20,5% comprava com dinheiro próprio, 17,54% através de programas assistenciais e 14,35% pedindo às pessoas que circulam pelas ruas. Com relação aos problemas de saúde, 35,54% afirmou ter algum problema de saúde, sendo um número maior que nos homens (2).

Quanto a fazer o uso de algum medicamento, 28% das mulheres relataram que sim, podendo sinalizar que cuidam mais da sua saúde que os homens (2, 9).

A respeito sobre as condições de higiene, as mulheres afirmaram que os locais utilizados para tomar banho 35,8% são albergues e abrigos, 28,47% nas ruas e 12,7% nos banheiros públicos (2, 9).

No que se refere ao trabalho, apenas 26,4% das mulheres afirmaram já ter tido algum emprego com carteira assinada. Com relação ao preconceito, a pesquisa afirmou que as mulheres são mais impedidas de realizarem tratamentos de saúde, entrarem em transporte coletivos, *shopping center*, estabelecimentos comerciais, bancos e tirar documentos (9).

A luta histórica das mulheres por buscar espaços na sociedade vem se consolidando ao longo dos séculos, as mulheres ganharam forças para o olhar e o reconhecimento de sua diversidade, reconhecendo-as como: mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, negras, as que vivenciam a transexualidade, as portadoras de deficiência, as que vivem em situação de rua, as ciganas, entre outras que são citadas nas políticas públicas para as mulheres no Brasil (34, 35). Embora as mulheres tenham conquistado alguns direitos, por estarem vivenciando a situação de rua, muitos destes direitos lhe são negados.

A saúde das mulheres, muitas vezes, não é apresentada como uma questão para os profissionais de saúde, tornando-se, assim, algo que precisa ter maior visibilidade. Frente à necessidade de olhar para essas mulheres e principalmente, para aquelas em situações de maior vulnerabilidade, olhar para o território e reconhecer as necessidades e demandas das mulheres compõem os desafios deste estudo.

## 4 METODOLOGIA

Chizzotti (36) aponta que uma pesquisa investiga o mundo em que o homem vive e o próprio homem, contudo, ela só existe com o apoio de procedimentos metodológicos adequados, que permitam a aproximação ao objeto de estudo.

A presente pesquisa consiste em um estudo exploratório, cuja metodologia foi organizada em três fases: análise documental e revisão literatura; análise de dados secundários; e entrevistas. As referidas etapas foram descritas com detalhes a seguir:

A pesquisa documental se propõe a produzir novos conhecimentos, criar formas de compreender os fenômenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos (37).

Segundo Gil (38), na pesquisa documental, como os dados são obtidos de maneira indireta, ou seja, por meio de livros, jornais, papéis oficiais, registros estatísticos, “[...] essas fontes documentais evitam desperdício de tempo e constrangimento, possibilitando obter quantidade e qualidade de dados suficiente para a realização pesquisa”. Apresenta como vantagens da pesquisa documental possibilitar o conhecimento do passado, investigar processos de mudanças sociais e culturais, permitir a obtenção de dados com menor custo e favorecer a obtenção de dados sem constrangimento dos sujeitos (38).

Na fase de análise documental, foram levantadas políticas públicas e normativas sobre as questões das mulheres em situação de rua. Além disso, foi realizada uma busca de artigos que dialogassem com o tema para maior apropriação do conteúdo. Adotamos como palavras-chave: população em situação de rua, equipes de consultório na rua e mulher em situação de rua.

Para o cumprimento do objetivo específico 1, foi realizada análise documental das políticas públicas instituídas pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), dispostas no *site* desde 2010 até o ano de 2018. A escolha deste recorte foi por ser um *site* que oficialmente reunia questões relacionadas à construção de políticas para

mulheres de forma geral, buscando entre a leitura dados históricos, serviços para mulheres, políticas instituídas para mulheres buscando nestes, alguma ligação que pudesse dialogar com a necessidade da mulher em situação de rua. Foram incluídas na análise as políticas de saúde como a PNAB, que institui as eCR, e a PNAISM, visando contribuir para as conquistas na perspectiva da saúde como direito de cidadania da mulher.

Para atender o objetivo específico 2, referente a sistematização dos procedimentos realizados pelas eCR, pelos profissionais de nível superior, utilizamos os dados registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), que faz parte do sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), sendo uma ferramenta de gestão da informação, que busca aprimorar a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho, sendo um sistema capaz de fazer a interoperabilidade através da captação de dados por dois sistemas de *software* que instrumentalizam a coleta dos dados sendo estes Coleta de Dados Simplificado (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (39). Utilizamos também as informações do CNES.

Nesta etapa realizamos a análise de dados secundários de 152 eCR do Brasil cadastradas nestes dois sistemas. As informações de atividades dos principais procedimentos, foram selecionados os principais agravos registrados no SISAB. Para o estudo os recortes utilizados foram sexo feminino na faixa etária de 15 a 69 anos. O período de análise foi de janeiro de 2018 a dezembro de 2019, identificando o registro de procedimentos dos profissionais de nível superior (Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Educador Físico) das eCR que utilizaram o SISAB. Foram excluídas as categorias de profissionais de nível superior em que os registros estavam zerados e os profissionais de nível médio.

Para fins de identificarmos as informações referentes à população em situação de rua foram utilizadas variáveis específicas de cada ficha preenchida pela equipe. Após a extração

dos dados do SISAB, iniciamos a análise elegendo algumas informações de interesse para este estudo, os conteúdos provenientes do SISAB foram analisados e discutidos à luz da literatura científica sobre APS, dos protocolos de cuidado da APS e das normativas legais.

Para atender o objetivo específico 3, com a finalidade de compreender a percepção do processo de saúde e doença pelas mulheres em situação de rua e os cuidados aos quais elas têm acesso, realizamos entrevistas semiestruturadas com oito mulheres em situação de rua, com idades entre 27 a 54 anos no Distrito Federal. Como critério de escolha das entrevistadas, buscamos diversificar o local de permanência dessas mulheres nas ruas para o enriquecimento dos relatos, foi proposto que fossem mulheres que estivessem em situação de rua em regiões cobertas por eCR (Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia) e também em regiões não cobertas por equipes (Guará e Sobradinho), com o objetivo de dar maior pluralidade para as falas. Desse modo, quatro mulheres que se encontravam em localidades onde existia eCR instaladas e quatro mulheres que se encontravam em localidades onde não existem as eCR. As entrevistas aconteceram no espaço de dez dias.

No total foram abordadas treze mulheres, sendo que oito concordaram serem entrevistadas, duas imediatamente responderam que não gostariam de conversar e três, embora não quisessem dar entrevistas, permitiram conversar um pouco sobre sua permanência nas ruas sem realizar a gravação. As entrevistas aconteceram em ruas, calçadas, embaixo de marquises, garantindo a construção de um ambiente em que as mulheres pudessem ficar mais à vontade para participarem desta etapa. Partimos da premissa de que era necessário organizar um espaço reservado, mas fomos abordadas durante a realização de duas entrevistas por outras mulheres também em situação de rua, para saber o que estávamos fazendo ali, buscando demonstrar que a mulher não estava sozinha e de que havia uma “rede de proteção social” entre elas. Dentre as cinco que se recusaram a fazer a entrevista, quatro mulheres tinham entre 20 a 30 anos, uma aparentava ter aproximadamente 70 anos. Conversamos rapidamente também com uma

gestante que, apesar da disponibilidade para o diálogo, não quis gravar e nem assinar o termo. Assim, não foi inserida na amostra.

A escolha do instrumento de coleta de dados teve por objetivo permitir maior liberdade na entrevista e espontaneidade para o enriquecimento da investigação. O propósito da entrevista foi fazer com que a entrevistadora se colocasse dentro da perspectiva da entrevistada (41), por isso, a abordagem qualitativa da entrevista a partir do formato semiestruturado utilizado foi complementar para ajudar a compreender os elementos encontrados. A entrevista semiestruturada partiu dos questionamentos básicos, apoiando em teorias e hipóteses de interesse da pesquisa (42).

Segundo Turato (43), a abordagem qualitativa refere-se a estudos de significações, percepções, mecanismos de adaptações, pontos de vistas, podendo incluir também cuidados.

Após a análise e aprovação do estudo pelo comitê de ética e pesquisa, sob o nº CAAE 16535219.0.0000.8027, o estudo foi a campo. Anteriormente à entrevista, foi explicado a cada mulher o objetivo da pesquisa e solicitada sua participação voluntária, as mulheres que concordaram em participar iniciavam a entrevista, onde foi explicado sobre a pesquisa, foi informado para a mulher que o risco de participar da pesquisa era mínimo e caso ela se sentisse constrangida com alguma pergunta ela não seria obrigada a responder, podendo deixar de participar da entrevista a qualquer momento. Também foi informado os benefícios de sua participação na pesquisa, enfatizando a grande importância para o meio acadêmico e para a população de mulheres que vivem em situação de rua, pois através de suas informações podemos buscar estratégias para melhorar as condições de acesso das mulheres em situação de rua aos serviços de saúde.

As participantes tiveram liberdade para escolher o momento de prestar o depoimento mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Entrevistamos também mulheres que participam do projeto social da Revista

Traços<sup>1</sup>, que busca trazer a autonomia para a pessoa que vive em situação de rua com a geração de renda através da venda da revista.

As entrevistas foram gravadas em áudio MP3 e os depoimentos foram transcritos pela pesquisadora de forma a preservar o conteúdo integral das falas. Encerrou-se a coleta dos dados quando os objetivos da pesquisa foram alcançados, a convergência dos resultados se deu na oitava entrevista.

A análise do conteúdo das entrevistas utilizou como referência Bardin (40), avaliando os termos mais presentes nas falas das entrevistadas. Para Bardin, a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (40).

Os dados obtidos por meio desta pesquisa são confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo da participante, em nenhum momento o nome da entrevistada foi citado ou divulgado, utilizamos um código para citar a entrevistada, as participantes foram identificadas com a letra "M" (Mulher), seguida dos números arábicos correspondentes à ordem em que as entrevistas foram sendo realizadas (M1 a M8).

Realizamos a análise dos dados a partir do agrupamento de cinco categorias, contendo: informações sociodemográficas; meios financeiros; vida nas ruas; percepção de mulheres sobre saúde; e percepção de mulheres sobre cuidado nas ruas. Os arquivos das entrevistas foram armazenados no computador da pesquisadora, protegido por senha, de forma que somente ela poderá acessá-los pelo período mínimo de cinco anos. A coleta de dados das entrevistas foi no mês de dezembro de 2019, a partir do roteiro de 15 questões sendo estas: Qual

---

<sup>1</sup> A Revista Traços é um projeto de reinserção de pessoas em situação de rua na sociedade, surgiu para valorizar o cenário cultural da cidade, sendo um projeto pioneiro no Distrito Federal, tendo como objetivo de publicar e divulgar a cultura de Brasília sendo um veículo de comunicação transversal subsidiando discussões sobre a construção de identidade da cidade, nesse sentido, a proposta amplia a visibilidade sobre a produção cultural dos diferentes segmentos culturais se colocando como veículo constituidor da pauta cultura local que tem como eixo editorial a promoção da produção cultural realizada no Distrito Federal. A Traços surgiu da iniciativa de instituições parceiras, com responsabilidade social. A revista é dividida em partes, onde uma parte de editorial chamada 3x4 que é dedicada a contar a história de pessoas que vivenciam ou vivenciaram a rua, desta forma possibilita as pessoas conhecerem a história dos Porta Vozes da Cultura.

é sua idade? Qual é a sua Raça/ Cor? Qual é a sua escolaridade? Tem algum trabalho? Tem alguma renda mensal? Quanto tempo está vivendo na rua? Tem filhos? Se sim, onde moram? Tem namorado(a) ou companheiro(a)? Quando foi seu último contato com familiares? O que significa saúde para você? Você tem algum problema de saúde? Se sim, qual? Como você percebe que tem um problema de saúde? O que significa cuidado para você? Como você cuida da sua saúde vivendo nas ruas? Quais os lugares você procura quando percebe que tem um problema de saúde? (Apêndice B).

Após analisarmos os três primeiros objetivos específicos do estudo, os resultados da pesquisa subsidiaram o objetivo específico 4, sendo este propomos estratégias de aprimoramento para fortalecer o processo de implementação das eCR no âmbito dos cuidados às mulheres.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 MAPEAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES ATRAVÉS DA SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES ATÉ O ANO DE 2018

Para a primeira parte deste estudo, identificamos através de um levantamento as principais políticas públicas desenvolvidas exclusivamente para as mulheres. Nesse recorte, realizamos leitura que buscou identificar e analisar como o tema e as questões da mulher em situação de rua são abordados pelas políticas públicas específicas para as mulheres.

Até o ano de 2018, havia no sítio eletrônico da SPM-PR informações relativas a esses serviços e políticas. Todavia, com a mudança de governo, a SPM-PR passou por uma reestruturação, assim os *sites* pesquisados nesta análise ficaram fora do ar para atualização e análise de conteúdo de acordo com as diretrizes do governo vigente. Deste modo, os estudos, as pesquisas e os resultados de relatórios dos serviços disponíveis para as mulheres deixaram de ficar disponíveis para o acesso *online* por um período. E devido à falta de manutenção do *site* durante o ano de 2019, alguns documentos entraram como arquivo no *site* no ano de 2020. Assim, pode-se dizer que houve uma descontinuidade temporal de projeto por parte do governo vigente, relacionada à manutenção do *site* e ao acesso às informações.

Citar esse marco é importante para analisarmos o ciclo de políticas públicas. A ideia não é questionar o tipo de governo, mas sim registrar que a cada gestão que assume a condução do país reflete diretamente nas políticas públicas já existentes consolidadas, no sentido de fortalecê-las, dando maior visibilidade, ou tirá-las de destaque, dando prioridade para outros temas e políticas que precisam de uma maior visibilidade no contexto da avaliação da gestão vigente.

Em 1974, Gary Brewer já alertava para o fato de que as políticas não possuíam um ciclo definido ou linear, ocorrendo modificações em seu curso (44). Este estudo, de análise

documental, pode vivenciar essa mudança, pois a maioria dos materiais pesquisados e analisados foram retirados do ar por um período.

A análise de políticas públicas e a ideia do ciclo de análise de políticas públicas surgiram entre os séculos XIX e XX, num contexto de busca pela racionalização do estado e da política pública (45). Estudos no pós-guerra apontaram para o foco de adotar processo decisório de efetividade, reduzir riscos e ampliar certezas na tomada de decisão (46).

Segundo Jame Marks (47), as políticas públicas são o meio pelo qual a sociedade dá a forma ao que ela deseja ser ou se tornar. Partindo desta premissa, o foco foi dado às seguintes políticas públicas para as mulheres e serviços: Central de ligação - Ligue 180; Lei Maria da Penha; Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Programa Mulher: Viver sem Violência; Ouvidoria da Mulher; 4ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres; Promoção de Igualdade de Gênero no Campo, na Floresta e nas Águas; e a PNAISM. Incluímos neste estudo a comparação da PNAISM com a PNAB por se tratarem de políticas específicas para saúde.

#### 5.1.1 Central de Ligação- Ligue 180

O Ligue 180 foi criado em 2005 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, sendo uma Central telefônica com o objetivo de esclarecer às mulheres vítimas de qualquer tipo de violência sobre seus direitos e orientar onde e como podem obter ajuda (48). O serviço é ofertado nacionalmente e gratuito, sendo uma das portas de entrada da mulher na rede de atendimento para as mulheres.

O serviço também serve de fonte para subsidiar o desenho da política de enfrentamento à violência e o monitoramento dos serviços que integram a rede em todo País (48), prestando escuta e acolhida para mulheres em situações de vulnerabilidade. O atendimento funciona 24 horas, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (49). O serviço

Ligue 180 é uma das estratégias que pode contribuir para que a mulher perca o medo de denunciar, resgate a esperança nas instituições e possa acreditar que sua participação possa responsabilizar os agressores.

No ano de 2018, o Sistema Integrado de Atendimento à Mulher registrou denúncias de ameaças (12.878), cárcere privado (3.065), feminicídio (63), tentativa de feminicídio (2.075), homicídio (44), tentativa de homicídio (308), trabalho escravo (6), tráfico de mulheres (105), violência no esporte (7), violência contra a diversidade religiosa (3), violência doméstica e familiar (62.485), violência física (3.263), violência moral (2.320), violência obstétrica (75), violência policial (99), violência patrimonial (199), violência psicológica (3.209), violência sexual (2.317) e violência virtual (64) (50). Esses números vêm aumentando ao longo dos anos após a consolidação dos serviços e o reconhecimento das mulheres sobre a importância de registrar e denunciar o agressor.

De acordo com relatório do mapa da violência em 2015, no que se refere à “rua” e ao local de homicídios femininos, tem-se que 31,2% aconteceram na rua e no domicílio da vítima é, também, um local relevante, com 27,1%, indicando a alta domesticidade dos homicídios de mulheres (51). Com relação ao local da agressão, o relatório mostrou que a residência é o local privilegiado de ocorrência da violência não letal, para ambos os sexos, sendo significativamente superior para o sexo feminino, 71,9%, em relação ao masculino, 50,4%. Em segundo lugar, a rua aparece como local de ocorrência de 15,9% das violências femininas atendidas.

Embora o relatório cite informações de violência ocorrida no contexto da rua, não podemos afirmar que estes registros foram notificados por mulheres que vivem em situação de rua. Desta forma, reconhecemos que os registros disponíveis do serviço de ligação Ligue 180 não apresentaram nenhuma informação específica para mulheres em situação de rua.

### 5.1.2 Lei Maria da Penha

A Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (52), mais conhecida como Lei Maria da Penha, criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal (53), da convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher e da convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. A lei também dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, altera o código de processo penal e a lei de execução penal, sendo considerada um marco histórico na defesa dos direitos das mulheres brasileiras.

De acordo com as informações da Organização das Nações Unidas, a lei é a terceira melhor e mais avançada no mundo em relação ao enfrentamento da violência doméstica e familiar contra as mulheres (54). Representa em busca da erradicação, prevenção e punição da violência contra a mulher, sendo um resultado de muitos anos de luta para que as mulheres pudessem dispor de um instrumento legal próprio que assegurassem seus direitos e para que o estado brasileiro passasse a enxergar a violência doméstica e familiar contra a mulher.

A Normativa tipifica a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos, altera o código penal e possibilita que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada, quando ameaçarem a integridade física da mulher. Prevê medidas de proteção para a mulher que corre risco de vida, como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física da mulher agredida e dos filhos (55).

A denominação como Lei Maria da Penha é devido à denúncia relativa à impunidade do crime cometido contra a farmacêutica Maria da Penha Fernandes. Ela ficou paraplégica em consequência de duas tentativas de homicídio praticadas contra ela por seu marido, que, à época, permanecia impune e em vias de ser beneficiado com a prescrição do

crime. Reconhecendo a omissão do estado brasileiro, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos aceitou a denúncia contra o Estado brasileiro e determinou expressamente, além do julgamento do agressor, a elaboração de lei específica relativa à violência contra a mulher.

Em 2002, as organizações não governamentais feministas *Advocacy, Agende e Themis*, entre outras, reuniram-se sob a forma de consórcio para elaborar um anteprojeto de lei para combater a violência doméstica e familiar contra a mulher. Em março de 2004, o anteprojeto foi apresentado à SPM-PR, que instituiu um Grupo de Trabalho Interministerial para a elaboração de um projeto de lei que versasse sobre os mecanismos de combate e prevenção à violência doméstica contra as mulheres, resultando no Decreto nº 5.030, de 31 de março 2004. Após consultar representantes da sociedade civil, dos operadores do direito e dos servidores da segurança pública e demais representantes de entidades envolvidas na temática, por meio de debates e seminários, o Poder Executivo encaminhou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 4.559/ 2004 (53). Na Câmara dos Deputados, o projeto original foi alterado por meio de amplo debate e de audiências públicas realizadas em todo o país, sendo o substitutivo aprovado com a denominação de Lei “Maria da Penha”.

A Lei Maria da Penha incorporou o avanço legislativo internacional e se transformou no principal instrumento legal de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher no Brasil, tornando efetivo o dispositivo constitucional que impõe ao Estado assegurar a "assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência, no âmbito de suas relações” (53).

A Lei criou um mecanismo judicial específico, os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra as Mulheres - com competência cível e criminal; inovou com uma série de medidas protetivas de urgência para as vítimas de violência doméstica; reforçou a atuação das Delegacias de Atendimento à Mulher, da Defensoria Pública, do Ministério Público e de uma rede de serviços de atenção à mulher em situação de violência doméstica e familiar; previu,

ainda, uma série de medidas de caráter social, preventivo, protetivo e repressivo; e definiu as diretrizes das políticas públicas e das ações integradas para a prevenção e a erradicação da violência doméstica contra as mulheres, tais como: a implementação de redes de serviços interinstitucionais, a promoção de estudos e estatísticas, a avaliação dos resultados, a implementação de centros de atendimento multidisciplinar, às delegacias especializadas e casas abrigo e a realização de campanhas educativas, a capacitação permanente dos integrantes dos órgãos envolvidos na questão, a celebração de convênios e parcerias e a inclusão de conteúdos de equidade de gênero nos currículos escolares.

Reconheceu a obrigação do Estado em garantir a segurança das mulheres nos espaços público e privado ao definir as linhas de uma política de prevenção e atenção no enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher. Delimitou, ademais, o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar e inverteu a lógica da hierarquia de poder em nossa sociedade, de modo a privilegiar as mulheres e dotá-las de maior cidadania e conscientização dos reconhecidos recursos para agir e se posicionar, no âmbito familiar e social, garantindo-lhes sua emancipação e autonomia (56).

Concluimos que após analisarmos a Lei Maria da Penha, o seu texto traz medidas para proteção das mulheres no geral e destaca o contexto domiciliar como principal local de proteção e intervenção. Porém, não aborda questões específicas para mulheres em situação de rua.

### 5.1.3 Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres foi lançado em agosto de 2007, consistindo num acordo federativo entre os governos federal, estaduais e municipais para o planejamento de ações que visem à consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas

integradas em todo o território nacional (57). O Pacto orienta a execução de políticas de enfrentamento à violência contra mulheres no sentido de garantir a prevenção e o combate à violência, a assistência e a garantia de direitos às mulheres, organizando as ações pelo enfrentamento à violência contra mulheres com base em grandes eixos/áreas estruturantes: garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha; ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência; garantia da segurança cidadã e acesso à justiça; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres. No geral, o pacto trata da garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos.

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres parte do entendimento de que a violência constitui um fenômeno de caráter multidimensional, que requer a implementação de políticas públicas amplas e articuladas nas mais diferentes esferas da vida social, tais como: educação, trabalho, saúde, segurança pública, assistência social, justiça, entre outras (57).

Embora o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres não aborde questões específicas para mulheres em situação de rua, cada estado da Federação busca formas de enfrentar a violência contra as mulheres. Por exemplo, o estado do Espírito Santo, já contempla estas mulheres, trazendo diretrizes específicas para este seguimento de mulheres em situação de rua.

#### 5.1.4 Programa Mulher: Viver sem Violência

O Programa Mulher: Viver sem Violência, instituído pelo Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013 (58), tem como objetivo integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da

autonomia financeira. O Programa integra a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e as ações de implementação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, e a responsabilidade de sua coordenação ficou a cargo da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República até o ano de 2018.

O Programa Mulher: Viver sem Violência apresenta como diretrizes:

I - integração dos serviços oferecidos às mulheres em situação de violência; II - transversalidade de gênero nas políticas públicas;

III - corresponsabilidade entre os entes federados;

IV - fomento à autonomia das mulheres e à garantia da igualdade de direitos entre mulheres e homens;

V - atendimento humanizado e integral à mulher em situação de violência, observado o respeito aos princípios da dignidade da pessoa humana, da não discriminação e da não revitimização;

VI - disponibilização de transporte à mulher em situação de violência para o acesso aos serviços, quando não integrados, da rede especializada de atendimento;

VII - garantia e promoção de direitos das mulheres em situação de violência, em especial do acesso à justiça;

VIII - os eixos estruturantes do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; e

IX - as diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

O Programa refere-se às ações articuladas de implementação das Casas da Mulher Brasileira, que consistem em espaços públicos onde se concentram os principais serviços especializados e multidisciplinares de atendimento às mulheres em situação de violência. No ano de 2019, com a troca de gestão, a redação do Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013, foi substituída pela redação do Decreto nº 10.112, de 12 de novembro de 2019 (59), mudando a nomenclatura para Programa Mulher Segura e Protegida.

Ao analisarmos o Programa Mulher Viver Sem Violência e, também, a sua substituição pelo Programa Mulher Segura e Protegida, ambos trazem ações generalistas para o atendimento das mulheres, não apresentando nenhuma citação específica para a abordagem de mulheres em situação de rua.

### 5.1.5 Ouvidoria da Mulher

A Ouvidoria da Mulher estabeleceu canais de comunicação com a sociedade, orientando e informando na busca e defesa dos direitos das mulheres. De forma geral, as questões levantadas pelas mulheres dizem respeito à violação de direitos associada à questão de gênero, incluindo desde sugestões, solicitações e reclamações até denúncias de crimes e pedidos de apoio a mulheres em situação de violência (60).

A Ouvidoria foi criada por meio do Decreto nº 4.625, de 21 de março de 2003, objetivando tornar-se um canal estratégico de diálogo entre a SPM-PR e as mulheres brasileiras, tendo a atribuição de prestar informação/orientação referente às ações e às políticas da SPM-PR, à legislação, aos direitos da mulher, aos serviços da rede. Teve por finalidade de receber manifestações sobre a temática de gênero ou assuntos em discussão nacional, denúncia de ocorrência de crime, reclamação a respeito da falta ou atendimento inadequado de um serviço, como a Delegacia de Polícia, a Delegacia da Mulher, o Centro de Referência, a Defensoria Pública, o Ministério Público, o Judiciário, a Casa-Abrigo, o Disque 180 e as organizações não governamentais e também acolher sugestões para a implantação e a melhoria das políticas na temática de gênero e elogios das ações e/ou da prestação de serviços.

As atividades desenvolvidas no atendimento de ouvidoria das demandas consistiram, sobretudo, na busca de soluções junto aos demais órgãos e serviços. Com as alterações de gestão o Decreto nº 4.625, de 21 de março de 2003, foi revogado, passando para o vigente, Decreto nº 9.980, de 20 de agosto de 2019 (61), que trata de cargos e funções do Governo. Com isso, a ouvidoria deixou de ser, exclusivamente, a Ouvidoria da Mulher e passou a ser uma ouvidoria mais abrangente, dos direitos humanos.

Assim, ao analisarmos o serviço da ouvidoria da SPM- PR, identificamos que o mesmo acolhia denúncias de forma geral para mulheres, não sendo possível identificarmos questões específicas para mulheres em situação de rua. Ademais, a partir de 2019, este serviço

deixou de ser exclusivo para mulheres, deixando a especificidade da mulher para se tornar um serviço mais abrangente da Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, atendendo todos os cidadãos.

#### 5.1.6 4ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (4ªCNPM)

Na 4ª CNPM, com o tema “Mais direitos, participação e poder para as mulheres”, as etapas preparatórias tiveram início em junho de 2015 e mobilizaram mais de 150 mil pessoas em torno dos debates. No total, foram mais de 2,5 mil cidades participaram de conferências municipais e intermunicipais com a participação de todos os estados e o Distrito Federal, onde realizaram as suas etapas estaduais. Foram promovidas conferências livres e uma Plenária Governamental, com ministérios, secretarias e instâncias do governo federal e foram realizadas consultas nacionais com grupos que tradicionalmente encontram maior dificuldade de acesso e expressão nos processos convencionais de participação social (62). Foram apresentadas em quatro eixos temáticos, contendo elementos que foram a base de sustentação das discussões e que nortearam as políticas públicas para as mulheres:

**Eixo I:** Contribuição dos Conselhos dos Direitos da Mulher e dos movimentos feministas e de mulheres para a efetivação da igualdade de direitos e oportunidades — contempla os espaços políticos para os movimentos de mulheres exercerem controle social. Fundamenta-se no princípio da participação social nas políticas públicas.

**Eixo II:** Estruturas Institucionais e Políticas Públicas Desenvolvidas para mulheres no âmbito Municipal, Estadual e Federal — aponta para a importância dos organismos de políticas para as mulheres, entende que a questão das estruturas não é só uma questão de estatuto, pois não podem ficar subordinados às estruturas governamentais.

**Eixo III:** Sistema Político com Participação das Mulheres e Igualdade — passa pela questão do poder, da sub-representação das mulheres no parlamento brasileiro, um tema a ser superado, a ser discutido.

**Eixo IV:** Sistema Nacional de Políticas para as Mulheres — Buscam-se subsídios e recomendações para que as políticas públicas para as mulheres venham a se transformar em política de Estado (62).

Ao analisarmos o documento da conferência, citamos as partes em que a mulher em situação de rua foi mencionada dentro das propostas em cada eixo.

No eixo I, identificamos a proposta:

[...] **Campanhas e Mídias** - Implementar campanhas de inclusão para mulheres: transexuais, lésbicas, bissexuais, quilombolas, indígenas, ciganas, **em situação de rua**, coletoras de material reciclável, de periferia, com deficiência, portadoras de doenças crônicas e patologias psicossomáticas, do campo, da floresta, ribeirinhas e quilombolas [...](62)

Neste item, a mulher em situação de rua é mencionada como forma de inclusão nas campanhas de mídias.

No eixo II, no qual foram referidas as estruturas institucionais e políticas públicas desenvolvidas para as mulheres no âmbito municipal, estadual e federal: avanços e desafios, a proposta apresentada foi:

[...] Garantir a efetivação da igualdade de direitos e oportunidades para as mulheres do campo, da floresta e das águas, mulheres negras, mulheres LBT, mulheres com deficiência, mulheres idosas, mulheres indígenas, mulheres quilombolas, mulheres de comunidades tradicionais e itinerantes, mulheres privadas de liberdade nos estabelecimentos prisionais, **mulheres em situação de rua** e mulheres imigrantes no âmbito do trabalho remunerado e não remunerado, bem como das políticas públicas de saúde, de educação e da habitação, observando as suas especificidades. [...] (62).

Nesta proposta, a mulher em situação de rua foi mencionada na necessidade de garantia de igualdade de direitos e oportunidades.

No eixo IV, alusivo à saúde da mulher, identificamos a proposta de:

[...] Aprimorar a Política Nacional de Saúde da Mulher (PNAISM), estruturando unidades hospitalares e de especialidades da saúde da mulher da rede pública (SUS - Sistema Único de Saúde) para atendimento humanizado e qualificado das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida, levando em conta suas especificidades (negras, imigrantes, dependentes químicos, encarceradas, idosas, em **situação de rua**, com deficiência, lésbicas, transexuais, ciganas, indígenas, do campo e da floresta, entre outras) [...](62)

Assim, percebemos que nos eixos dos debates da conferência a mulher em situação de rua foi citada como condição de vulnerabilidade. Identificamos a mulher em situação de rua nos eixos das propostas da 4ª CNPM.

Debater sobre suas necessidades e vulnerabilidades mostra-se avanço na construção de políticas públicas para esse seguimento de mulheres. Desta forma, consideramos

que a 4ª CNPM incluiu a mulher em situação de rua em seu debate, reconhecendo a necessidade de um olhar diferenciado.

#### 5.1.7 Promoção de Igualdade de Gênero no Campo, na Floresta e nas Águas

A promoção da igualdade entre homens e mulheres no Brasil rural surgiu como uma prioridade da SPM-PR, pois longe das áreas urbanas vivem mais de 14 milhões de mulheres, na sua maioria, em condições precárias agravadas pela distância das áreas urbanas e dos serviços públicos (63). As políticas e os programas desenvolvidos para essas mulheres, em articulação com outros órgãos públicos e instituições privadas, buscam refletir seus anseios pelo reconhecimento do seu trabalho e dos seus direitos. Dessa forma, levam em consideração as diferenças de raças, etnias, povos, religiões, sistemas de produção e estruturas sociais, bem como de acesso a recursos naturais, tecnológicos e financeiros.

Nessa diversidade, encontram-se trabalhadoras rurais, agricultoras familiares, camponesas, extrativistas, quebradeiras de coco babaçu, pescadoras, seringueiras, quilombolas, indígenas e ribeirinhas.

A mulher em situação de rua em nenhum momento foi citada neste contexto. Uma hipótese da ausência de citação é a associação desse fator ao ambiente rural, pois a maioria das mulheres em situação de rua encontra-se em áreas urbanas.

#### 5.1.8 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (64) foi elaborada em 2004, a partir do diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de saúde da mulher. A PNAISM teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), elaborado, em 1983, no contexto da redemocratização do país e da

Conferência de Alma-Ata no ano de 1978 junto com a participação dos movimentos sociais e de mulheres.

A PNAISM incorporou também contribuições do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, de sociedades científicas, de pesquisadores e estudiosos da área, de organizações não governamentais, de gestores do SUS e de agências de cooperação internacional. Ao final, a PNAISM foi submetida à apreciação do Conselho Nacional de Saúde e da sua Comissão de Saúde da Mulher (CISMU) (64).

Dentre as principais atuações para o fortalecimento da política, destacam-se:

Fortalecimento dos direitos das mulheres, no campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos com a participação em instâncias consultivas e/ou de controle social; Apoio à atualização da PNAISM, através de encontros com instituições acadêmicas, organizações científicas e de classe, entidades que atuam no campo da saúde da mulher, assim como encontros regionais; Viabilizar o acompanhamento da implementação da PNAISM nos seus estados e municípios, através de um instrumento de acompanhamento e monitoramento das ações da PNAISM; Divulgação dos direitos das mulheres, em conjunto com MS. Fortalecer a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta, acompanhando a situação da saúde das populações do campo, da floresta e das águas, nas questões da saúde da mulher; Apoio na Implementação das ações de humanização do atendimento no campo da Saúde e justiça no Programa Mulher Viver sem Violência.

A saúde da mulher envolve ações de promoção da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, com ênfase na redução da morte materna para as mulheres e adolescentes, tendo como estratégia a Rede Cegonha.

Para ampliarmos a análise relacionada à saúde da mulher, ainda que a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (14), não faça parte do rol de políticas apresentado no *site* da SPM-PR, optamos por incluí-la na análise, a fim de compará-la com a PNAISM por ser uma política específica da área da saúde (64) (Quadro 1).

**Quadro 1.** Comparação da Política Nacional de Atenção Básica com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

| POLÍTICA                 | PNAB   | PNAISM   |
|--------------------------|--|--|
| <b>A QUEM SE DESTINA</b> | Indivíduo, família e coletivo.   | Mulheres: (mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, as mulheres do campo e da floresta, as índias, as negras quilombolas, as que vivenciam a transexualidade, mulheres em situação de prisão, portadoras de deficiência, em situação de rua e as ciganas.   |
| <b>OBJETIVOS</b>         | Realizar ações de: <b>promoção</b> , prevenção, <b>proteção</b> , diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na <b>atenção básica</b> do território (eSF/eAB/UBS e NASF-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil; | Realizar um conjunto de ações de <b>promoção</b> , <b>proteção</b> , assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde ( <b>da básica</b> à alta complexidade) para mulheres; promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. – Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. – Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.   |
| <b>DIRETRIZES</b>        | Regionalização e Hierarquização<br>Territorialização<br>População Adscrita<br>Cuidado centrado na pessoa<br>Resolutividade<br>Longitudinalidade do cuidado<br>Coordenação do cuidado<br>Ordenação da rede<br>Participação da comunidade  | O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.<br>A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).<br>A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.<br>A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais. As políticas de saúde da mulher devem ser compreendidas em sua dimensão mais ampla nas condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher. |

**Quadro 1.** Comparação da Política Nacional de Atenção Básica com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

(Conclusão)

| POLÍTICA                       | PNAB  | PNAISM  |
|--------------------------------|---|---|
| <b>MÉTODO DE IMPLEMENTAÇÃO</b> | <b>Ofertada integralmente e gratuitamente</b> a todas as pessoas por <b>estados e municípios</b> .  | <b>Ofertada integralmente e gratuitamente</b> a todas as mulheres acima de 10 anos <b>por estados e municípios</b> .<br>Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina. Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.<br>Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero. |
| <b>STAKEHOLDERS</b>            | <b>3 esferas de gestão, controle social, população, profissionais de saúde</b> (as eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica. | <b>3 esferas de gestão, controle social, população, profissionais de saúde</b><br>Diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisades e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.   |
| <b>RESULTADOS ESPERADOS</b>    | <b>Garantir a saúde</b> para a população através dos serviços da Atenção básica e equipes de Consultório na Rua.  | <b>Garantir</b> assistência e acesso <b>à saúde</b> das mulheres.   |

Fonte: autoria própria, 2019.

Quando comparadas, é possível percebermos que a PNAB é mais ampla, pois atinge todos os gêneros, e a PNAISM somente o gênero feminino, ampliando para as mulheres transexuais. Quando verificamos sob o olhar de “a quem se destina”, o texto da PNAISM traz de forma escrita a mulher em situação de rua.

Quanto aos “objetivos”, ambas as políticas apresentam ações de promoção e proteção no nível da atenção básica em saúde. A PNAB dispõe que as suas atividades podem ser realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e nas instalações de UBS do território. Ainda que a PNAB não aborde ações específicas para as mulheres em situação de rua, a política destaca a rua como um lugar também a se realizar o cuidado.

Referente às “diretrizes”, não foi possível a comparação dos textos das políticas, pois apresentam elementos diferentes neste quesito. A PNAB tem como foco a população em geral. Por sua vez, a PNAISM evidencia a mulher em todo o seu ciclo de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos, deixando uma brecha quando diz “dentre outras” para se pensar na mulher em situação de rua. Porém, a mulher em situação de rua não é citada expressamente na diretriz.

Quanto aos “objetivos específicos”, observamos que cada política apresenta sua especificidade: a PNAB de uma forma mais genérica e a PNAISM mais focada nas ações que atendem a população feminina. No texto da PNAB, a eCR aparece como sendo uma equipe para atender à necessidade das pessoas que vivem em situação de rua, mas também não cita especificidades para a mulher.

Quando comparamos o “método de implementação”, ambas políticas trazem em seu texto que são “ofertadas integralmente e gratuitamente por estados e municípios”. O que as diferem é que a PNAB se refere a toda população e a PNAISM, a todas as mulheres e meninas acima de 10 anos de idade. Portanto, embora não citem a mulher em situação de rua, quando se referem “a toda” em ambas, podemos subentender que estados e municípios devem contemplar a mulher em situação de rua na implementação.

Anterior à análise dos “*stakeholders*”, faz-se necessária a definição do termo. Segundo Freeman (65), os *stakeholders* são grupos que sem o seu apoio a organização deixaria de existir, sendo que são pessoas importantes para a execução dos projetos. Ao compararmos as duas políticas identificamos que as três esferas de gestão (estadual, municipal e federal), o controle social, a população, os profissionais de saúde são os *stakeholders*.

Nos resultados esperados, ambas visam garantir a saúde, porém a PNAB aborda toda a população e a PNAISM, as mulheres.

Desta forma, compararmos as duas políticas nos auxiliou a refletirmos o quanto algumas políticas públicas são abrangentes e outras são focadas em apenas para um gênero ou para uma parcela da população. A mulher em situação de rua por direito deverá ser contemplada nas duas políticas, porém, nos textos não é citada expressamente, tampouco como uma especificidade.

Lopes (66) destaca que o Movimento Nacional da População em Situação de Rua vem desde o ano 2000 lutando para que a população em situação de rua fosse atendida por um número maior de políticas públicas, deslocando-se, assim, do campo do assistencialismo e caridade. Neste sentido, cabe ressaltarmos que políticas específicas de equidade com olhar para as mulheres em situação de rua são necessárias para darmos maior visibilidade para a mulher em situação de rua.

Identificamos também que portarias, notas técnicas são publicadas para olhar para a população em situação de rua no contexto da atenção primária à saúde e que estes arranjos, como a Nota Técnica Conjunta nº 001/2016, veio dialogar com as necessidades das mulheres em situação de rua. Embora uma nota técnica não tenha o valor de uma política, serve para orientação e a discussão do processo de trabalho dos profissionais na busca de dar maior visibilidade para estas mulheres.

Tomamos como exemplo a gestação e a maternidade para mulher em situação de rua, nos últimos tempos têm se tornado um grande desafio, devido ao poder judiciário de algumas cidades, como Belo Horizonte -MG, questionar o direito dessas mulheres seguir com seus filhos, estando ainda em situação de rua. Mediante a esta situação, no ano de 2016, o MS e o MDS desenvolveram uma Nota Técnica Conjunta nº 001/2016, sobre 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 (67).

Esta nota técnica buscou recomendar aos gestores e profissionais de saúde e de assistência social de todo o país, marcos normativos nacionais e internacionais que, entre outros aspectos, atribuem às mulheres, adolescentes e crianças a condição de sujeitos de direitos, sendo necessário lhes garantir, entre outros, os direitos à convivência familiar e ao acesso a serviços públicos de qualidade, conforme suas demandas.

O MS e o MDS, entenderam que decisões imediatistas de afastamentos das crianças de suas mães, sem o devido apoio e acompanhamento antes, durante e após o nascimento, bem como uma avaliação minuciosa de cada situação, violam direitos básicos, tais como a autonomia das mulheres e a convivência familiar, tendo sempre como princípio norteador básico o melhor interesse da criança e do adolescente.

As mulheres e adolescentes em situação de rua encontram inúmeras barreiras para acessar as ações e os serviços públicos. Isso decorre de várias ausências, tais como de informação, documentação e endereço convencional, entre outras. No acompanhamento das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou com uso abusivo de álcool e/ou crack/outras drogas é essencial garantir seus direitos sexuais e reprodutivos, dentre os quais se destacam seu direito de decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos e quantos filhos deseja ter.

Quando se tornam gestantes, as mulheres e adolescentes em situação de rua, assim como todas as outras mulheres, apresentam demandas de saúde importantes e mais específicas que precisam ser atendidas.

Nesse escopo, incluem-se:

O acompanhamento da gestação por meio do pré-natal; A disponibilização de orientações sobre os cuidados necessários nessa fase; a vinculação ao local do parto; a garantia de acesso qualificado a esse local e a um parto humanizado; A atenção à criança recém-nascida e a continuidade da atenção à mulher no puerpério, incluindo o planejamento reprodutivo pós-parto; As articulações intersetoriais necessárias de acordo com suas demandas, por exemplo, o acompanhamento por serviços sócio assistenciais, o recebimento de benefícios ou transferência de renda, conforme o caso, e a inserção em programas habitacionais, dentre outros (67).

É preciso garantir os direitos das mulheres de decidirem manterem ou não a guarda da criança, não cabendo aos profissionais qualquer julgamento, mas propiciar o apoio necessário para uma escolha consciente, desde que seja garantida a segurança e o bem estar da criança, entendendo que este é um momento crítico de suas vidas e uma situação que exige um processo de amadurecimento da decisão.

A nota técnica destacou ainda informações sobre o acesso, busca ativa, abordagem inicial, realização de exames, vacinas e os encaminhamentos a outros pontos da rede de serviços em saúde que se fazem necessários.

No que se refere ao nascimento e à atenção ao recém-nascido, trouxe a importância de que a mulher seja acolhida e acompanhada na maternidade por uma equipe multiprofissional.

[...] Sempre que possível, deve-se buscar respeitar o direito de escolha da mulher de ficar ou não com a criança, garantindo o amadurecimento e o apoio para a tomada de decisão a fim de que a mulher tenha clareza e certeza da mesma. Caso haja o desejo de ficar com a criança, deve-se avaliar quais condições que a mulher dispõe para ofertar o cuidado, proteção e afeto de que a criança necessita para seu bom desenvolvimento, preferencialmente com o apoio do pai da criança ou da família extensa na prestação desses cuidados. Na impossibilidade da mãe prestar os cuidados necessários ao filho, ao passo que esta mãe também deve receber atenção e ter acesso aos serviços e programas disponíveis, deve ser verificada a possibilidade desse cuidado ser prestado na família extensa. Nesse caso, deve-se verificar a existência de pessoa da família extensa com condições e desejo de prestar tais cuidados. [...]  
(67)

Um dos efeitos da nota técnica foi buscar dar maior visibilidade aos direitos das mulheres em situação de rua, informando e orientando os profissionais de saúde e da assistência social sobre como proceder no acolhimento e no acompanhamento dessas mulheres.

Concluimos que na análise das políticas públicas para o enfrentamento às vulnerabilidades das mulheres há nos seus conteúdos um olhar direcionado, principalmente, às necessidades das mulheres que vivem num contexto domiciliar. A rua como um fator de vulnerabilidade socioeconômica, exposição à violência e precariedade para as condições de saúde das mulheres em situação de rua é pouco fomentada pelas políticas existentes.

Embora existam iniciativas de políticas nas áreas de saúde e assistência social para o atendimento à mulher em situação de rua, ainda é um desafio que as políticas públicas possam ser construídas, incluindo a visibilidade da mulher nessa situação. Observamos que grande parte das políticas aborda a questão da violência contra a mulher, sendo um dos principais temas a ser abordado relacionado à política para as mulheres, mas não podemos deixar de reconhecer que, para além da violência, existem outras questões que não podem ser esquecidas, como o acesso das mulheres em situação de rua às ações e aos serviços de saúde.

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou o *“Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua”* (68), que abordou sobre a vida na rua e a exposição aos problemas de saúde que ela traz. A vulnerabilidade à violência, a alimentação incerta e sem condições de higiene, a pouca disponibilidade de água potável, a privação de sono e a dificuldade de adesão a tratamento de saúde, também são questões importantes. Alguns dos problemas de saúde mais recorrentes nessa população e citados no referido Manual são: problemas nos pés, infestações, DST/HIV/, gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo de álcool e drogas, saúde bucal e tuberculose.

Finalizamos esta análise das políticas públicas para as mulheres, considerando necessário olhar para a oferta de serviço prestada pela atenção primária à saúde através das eCR, que foram instituídas para atender a população em situação de rua e que se destacam como sendo a única oferta específica do SUS para esta população.

## 5.2 CONTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA PARA O ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

Partimos da premissa que os Consultórios na Rua têm como missão olhar de forma mais focada para a população de rua, reconhecendo que a atenção primária é o nível de atenção que possibilita cuidar e criar vínculos com essas mulheres. As condições de vulnerabilidade dessas mulheres representam um desafio para a implantação de políticas públicas, embora as eCR estejam presentes em 99% das capitais do Brasil, a expansão ainda se faz necessária em municípios de grande porte.

Inicialmente, o Quadro 2 apresenta uma série histórica desde a publicação da Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012, que definiu os critérios do número máximo de equipes por município, identificando os municípios que foram credenciados pelo MS. Esclarecemos que municípios credenciados são os considerados aptos para implantarem e receberem os recursos para as equipes atuarem. Por sua vez, as equipes implantadas são aquelas que estão em funcionamento no município.

**Quadro 2.** Equipes de Consultório na Rua - Credenciamentos e implantações, por ano.

| <b>ANO</b>  | <b>eCR CREDENCIADOS</b> | <b>eCR IMPLANTADOS</b> |
|-------------|-------------------------|------------------------|
| <b>2012</b> | 24                      | 24                     |
| <b>2013</b> | 68                      | 56                     |
| <b>2014</b> | 127                     | 93                     |
| <b>2015</b> | 130                     | 115                    |
| <b>2016</b> | 145                     | 111                    |
| <b>2017</b> | 145                     | 114                    |
| <b>2018</b> | 159                     | 152                    |
| <b>2019</b> | 168                     | 160                    |

Fonte: MS/SAPS/DESF, janeiro 2020.

A configuração da eCR é de acordo com as necessidades do território, apresentando-se em três modalidades de atendimento para se adequar às necessidades de saúde da população em situação de rua (14). Vale salientar que o número de equipes credenciadas pelo MS, a partir de 2013, sempre foi maior que a quantidade de equipes que os municípios contemplados pelo credenciamento conseguiram efetivamente colocar à disposição da população em situação de rua (implantadas). No que se refere ao tipo de modalidade, para análise deste estudo, utilizamos 152 equipes implantadas, sendo 27 equipes na modalidade I, 64 equipes na modalidade II e 61 equipes na modalidade III. O Quadro 3 apresenta as informações registradas no CNES, de acordo com a categoria profissional distribuída por modalidades.

**Quadro 3.** Categoria profissional, por modalidade de equipe.

| <b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>      | <b>MODALIDADE I</b> | <b>MODALIDADE II</b> | <b>MODALIDADE III</b> | <b>TOTAL DE PROFISSIONAIS</b> |
|------------------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| ENFERMEIRO                         | 32                  | 73                   | 76                    | 181                           |
| PSICÓLOGO                          | 25                  | 62                   | 64                    | 151                           |
| ASSISTENTE SOCIAL                  | 21                  | 60                   | 63                    | 144                           |
| TERAPEUTA OCUPACIONAL              | 4                   | 12                   | 9                     | 25                            |
| MÉDICO CLÍNICO                     | 2                   | 7                    | 67                    | 76                            |
| AGENTE SOCIAL                      | 18                  | 85                   | 118                   | 221                           |
| TÉCNICO OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM  | 48                  | 79                   | 107                   | 234                           |
| TÉCNICO OU AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL | 6                   | 9                    | 22                    | 37                            |
| CIRURGIÃO DENTISTA                 | 1                   | 3                    | 12                    | 16                            |
| EDUCADOR SOCIAL                    | 3                   | 5                    | 4                     | 12                            |
| PROF. EDUCAÇÃO FÍSICA              | 2                   | 3                    | 3                     | 8                             |
| AGENTE DE SAÚDE                    | 0                   | 0                    | 0                     | 0                             |

|                |     |     |     |       |
|----------------|-----|-----|-----|-------|
| FISIOTERAPEUTA | 0   | 0   | 0   | 0     |
| FONOAUDIÓLOGO  | 0   | 1   | 0   | 1     |
| SANITARISTA    | 0   | 0   | 0   | 0     |
| <b>TOTAL</b>   | 159 | 398 | 545 | 1.106 |

Fonte: CNES, dezembro 2019.

Quanto ao perfil profissional, o quadro 3 apresenta a enfermagem como a categoria profissional com o maior número absoluto de profissionais atuando na eCR, somando todas as modalidades. Porém, quando se olha proporcionalmente, na modalidade III a enfermagem 42%, se compara com a categoria de psicólogos 42% e se aproxima da categoria da assistente social 43%, nesta mesma modalidade. Vale a pena comentar sobre a presença de médicos nas modalidades I - 3%, e modalidade II - 9%, que não recebem recursos para incluir essa categoria profissional, o que pode indicar que os municípios estão avaliando o benefício da inclusão, mesmo que o financiamento seja por custeio do município.

### 5.2.1 O Cenário de Práticas dos Consultórios na Rua na Perspectiva do e-SUS

Para o acompanhamento e o monitoramento das ações realizadas pelas eCR, preconiza-se a utilização do sistema e-SUS AB. *Software* público e gratuito integrado ao registro de informações do SISAB, o e-SUS AB é o sistema oficial de monitoramento das ações da atenção primária em nível nacional. As eCR devem utilizar o SISAB como ferramenta de registro do processo de trabalho de forma que estas informações possam contribuir com a análise da gestão do cuidado em saúde.

As informações contidas no SISAB possibilitam dialogar com diversas questões no campo da saúde. Este estudo se limitou a escolher algumas informações específicas para a discussão, atentando-se aos dados referentes ao cuidado junto à mulher em situação de rua. Assim, consideramos o mapeamento das mulheres em situação de rua cadastradas pelas eCR,

sendo uma informação importante a partir do reconhecimento da população do território, para qualificar as ofertas de serviços.

Para as mulheres em situação de rua não possuir documento é, muitas vezes, um fator limitador de acesso aos serviços de saúde. Assim, foram extraídos dados para identificar quais foram os cadastros com documento e sem documento, para analisarmos se havia diferença entre eles. Consideramos o Cartão Nacional de Saúde (CNS) como documento válido para esta busca. Ademais, como o foco deste estudo são as mulheres em situação de rua, os cadastros masculinos não foram discutidos. A Tabela 1 apresenta os achados:

**Tabela 1.** Mulheres cadastradas pelas equipes de Consultório na Rua, por Região e Unidade Federativa, e identificação por Cartão Nacional de Saúde.

| REGIÃO        | UF | Com CNS      | Sem CNS       | Total         |
|---------------|----|--------------|---------------|---------------|
|               |    | Feminino     | Feminino      | Feminino      |
| NORTE         | AC | 126          | 140           | 266           |
|               | AM | 29           | 134           | 163           |
|               | AP | 7            | 132           | 139           |
|               | PA | 0            | 7             | 7             |
|               | RO | 15           | 8             | 23            |
|               | RR | 0            | 0             | 0             |
|               | TO | 13           | 4             | 17            |
| <b>TOTAL</b>  |    | <b>190</b>   | <b>425</b>    | <b>615</b>    |
| NORDESTE      | AL | 416          | 297           | 713           |
|               | BA | 91           | 231           | 322           |
|               | CE | 0            | 0             | 0             |
|               | MA | 48           | 636           | 684           |
|               | PB | 17           | 246           | 263           |
|               | PE | 65           | 327           | 392           |
|               | PI | 86           | 39            | 125           |
|               | RN | 75           | 90            | 165           |
|               | SE | 0            | 0             | 0             |
| <b>TOTAL</b>  |    | <b>798</b>   | <b>1.866</b>  | <b>2.664</b>  |
| SUDESTE       | ES | 69           | 36            | 105           |
|               | MG | 388          | 542           | 930           |
|               | RJ | 542          | 4.080         | 4.622         |
|               | SP | 1.134        | 2.106         | 3.240         |
| <b>TOTAL</b>  |    | <b>2.133</b> | <b>6.764</b>  | <b>8.897</b>  |
| SUL           | PR | 35           | 145           | 180           |
|               | RS | 516          | 408           | 924           |
|               | SC | 771          | 211           | 982           |
| <b>TOTAL</b>  |    | <b>1.322</b> | <b>764</b>    | <b>2.086</b>  |
| CENTRO-OESTE  | DF | 111          | 269           | 380           |
|               | GO | 1            | 0             | 1             |
|               | MS | 202          | 178           | 380           |
|               | MT | 13           | 99            | 112           |
| <b>TOTAL</b>  |    | <b>327</b>   | <b>546</b>    | <b>873</b>    |
| <b>BRASIL</b> |    | <b>4.770</b> | <b>10.365</b> | <b>15.135</b> |

Fonte: SISAB, dezembro 2019.

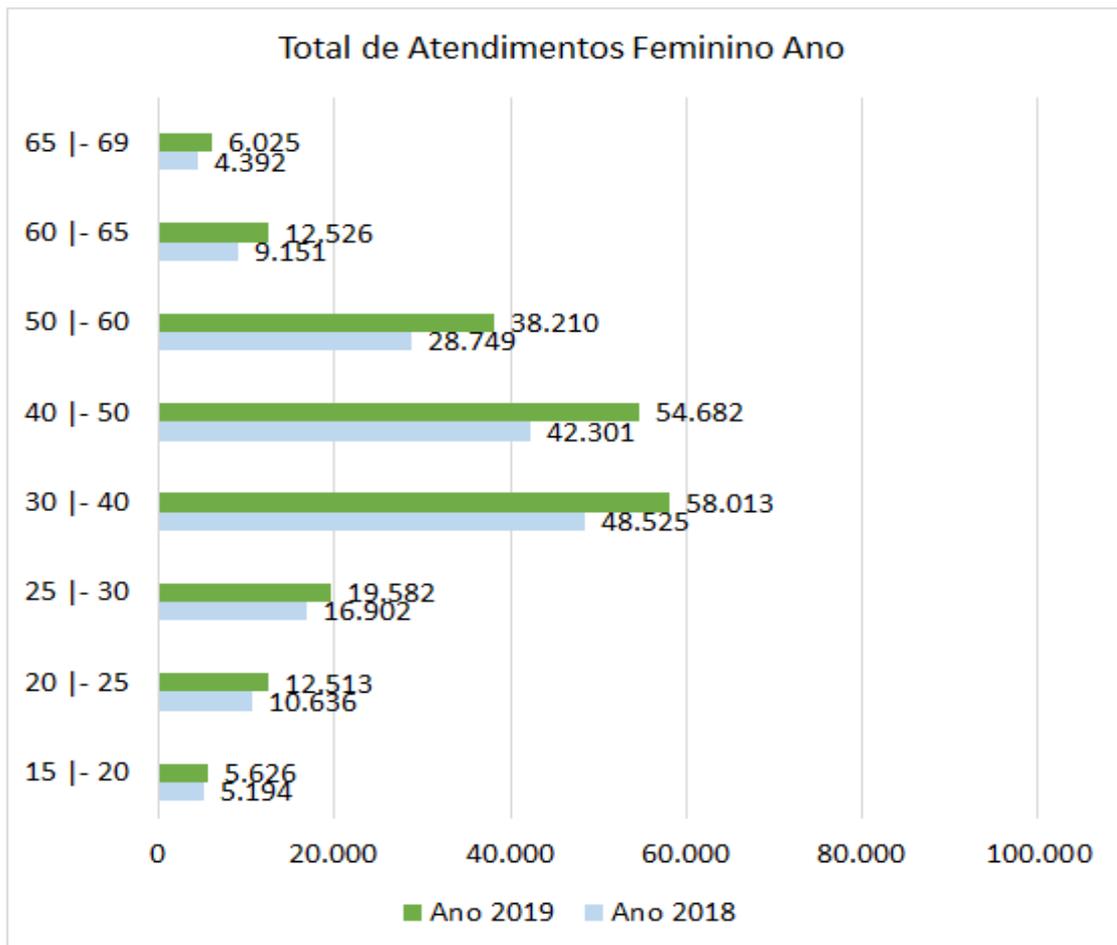
Podemos observar que no Brasil, até dezembro de 2019, as eCR tinham cadastrado 15.135 mulheres. Dessa totalidade, 68% das mulheres não possuíam documento, enquanto apenas 32% possuíam o CNS. E somente a região Sul apresentou mais mulheres com CNS do que o restante das regiões do país.

A falta de documentação é um dos desafios que as eCR enfrentam junto a essas mulheres, pois exames de média complexidade, internações e cirurgias e outros procedimentos necessitam de documentação para a entrada desta mulher nos sistemas de regulação locais, além de gerar o faturamento de procedimentos nos serviços de média e alta complexidade. Assim, a necessidade de realizar o atendimento e as exigências legais burocráticas para a gestão do SUS podem tornar-se motivos de conflitos entre os profissionais das eCR e os demais profissionais da rede de atenção à saúde, quando há necessidade desta mulher realizar algum procedimento em outro nível de atenção à saúde sem a documentação necessária. Vale ressaltar que é uma atribuição das eCR, como equipes de atenção primária, fornecer o CNS para a população assistida.

O atendimento da mulher deve ser ofertado de acordo com a sua necessidade, cada faixa etária requer ações específicas para o seu ciclo de vida (criança, adolescente, gestante, adulta, idosa). Desta forma, identificarmos a faixa etária das mulheres contribui para a organização e a oferta de serviços. Para o presente estudo, a idade foi considerada como uma informação que compõe o Registro de Atendimento Simplificado, sendo este um conjunto essencial de informações gerado a partir dos eventos de saúde individualizados que é transmitido para a base federal (69), que contém informações para identificar a população. Neste mesmo sentido, consideramos o sexo feminino uma variável essencial para identificar a população em situação de rua. Deste modo, foi realizamos o levantamento a partir do sexo feminino com recorte das faixas etárias das mulheres que foram atendidas pelas eCR. Nesta pesquisa, apresentamos o número de atendimentos femininos por faixa etária, de 15 a 69 anos,

excluindo-se a faixa etária de 0 a 14 anos, pois não fazia parte do interesse deste estudo. Para o Gráfico 1 foram considerados todos os registros de atendimentos realizados para o sexo feminino no período de janeiro 2018 a dezembro de 2019.

**Gráfico 1.** Total de atendimentos femininos por faixa etária, 2018-2019.



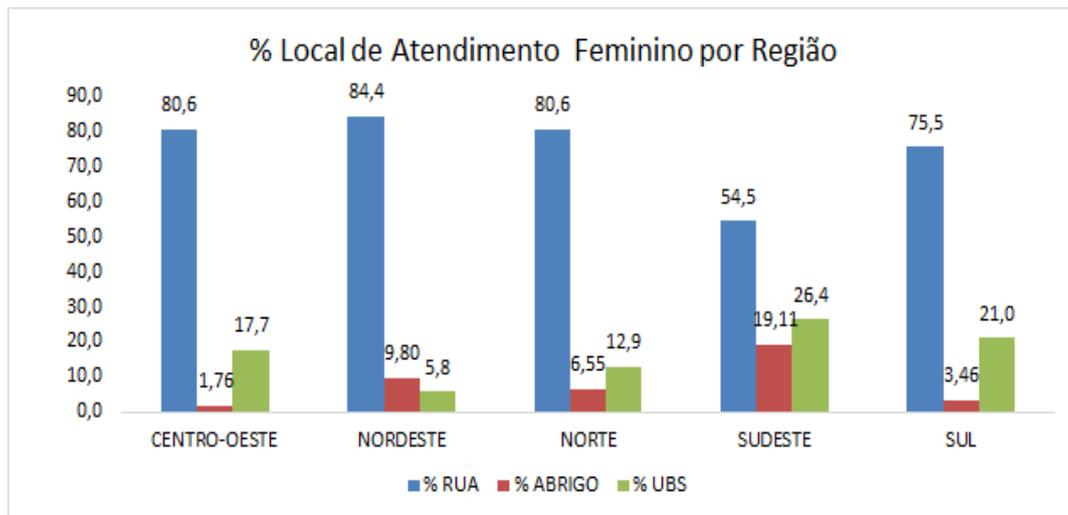
Fonte: SISAB, 2019.

Considerando o total de atendimentos femininos entre janeiro de 2018 a dezembro de 2019, observamos que a maior faixa etária atendida foi a de 30 a 40 anos, seguida da faixa de 40 a 50 anos. Ressaltamos que as demandas de atendimentos à saúde das mulheres em situação de rua não devem ser reconhecidas como diferentes de outras mulheres em outras condições de moradia. Identificamos a necessidade de se olhar para a mulher adolescente, jovem, adulta e idosa, reconhecendo suas demandas em todos os ciclos de vida, incluindo o

cuidado com a saúde bucal, dentre outras necessidades, como realizar exames de rastreamento preventivos, tratamentos de doenças transmissíveis e não transmissíveis crônicas e agudas.

Considerando ainda o acesso, optamos por identificar quais são os locais que os atendimentos às mulheres em situação de rua são realizados. As fichas de atendimento do e-SUS AB possuem campos específicos que nos permitem saber em qual local o atendimento foi realizado. Neste sentido, para esta informação foram destacados os campos: rua, que equivale ao local na rua que a mulher foi atendida; abrigo, que é o local que serve de apoio e acolhimento para as mulheres, de forma de passagem temporária ou permanente; e a UBS, local físico de atendimento do serviço de atenção primária no território. O Gráfico 2 apresenta o percentual de local de atendimento feminino, por macrorregião brasileira.

**Gráfico 2.** Percentual de local de atendimento feminino, por Região.



Fonte: SISAB, 2019.

Podemos observar que em todas as regiões brasileiras houve uma predominância dos atendimentos das eCR realizados na rua, seguido dos atendimentos realizados na UBS e no abrigo, respectivamente. Desta forma, percebemos que pode existir uma maior necessidade das eCR se apropriarem da UBS como um espaço de atuação. Em que pese a ação destas equipes nas ruas ter uma função central no seu processo de trabalho, garantindo acesso para essa população, a entrada e o atendimento na UBS também se configuram como garantia de direitos

e acesso ao SUS. Além disso, a oferta de cuidado na UBS pode acessar maior densidade tecnológica do que a ofertada na rua, que poderá ser necessária em alguns casos. Não atuar dentro da UBS em parceria com as demais equipes da Atenção Primária (equipe de Saúde da Família, de Saúde Bucal, com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e Equipe de Atenção Primária) pode alimentar o ideário de que o cuidado à PSR é um trabalho “exclusivo” das eCR, desresponsabilizando todas as demais equipes do olhar para as mulheres em situação de rua. Além disso, a atuação conjunta na UBS (atendimentos compartilhados, ações de educação permanente, ações de matriciamento, entre outras) podem contribuir para que as outras equipes da UBS possam se apropriar do acúmulo das eCR no que há de específico do cuidado à PSR e, assim, se “autorizar” a realizar esse cuidado no cotidiano do serviço.

A escuta inicial representa o primeiro passo do atendimento realizado à mulher em situação de rua, sendo realizada na rua ou em outro local que a mulher se encontre. A finalidade desta escuta é acolher a mulher e levantar informações sobre a necessidade de cuidado em saúde e orientar a conduta mais adequada para o caso. É possível coletar informações subjetivas, medições objetivas e classificar o risco/vulnerabilidade nesta abordagem inicial (70), nela o profissional da eCR decide qual é a necessidade de acordo com a avaliação do risco biológico e da vulnerabilidade subjetivo-social, escolhendo o tipo de atendimento que pode ser oferecido à mulher.

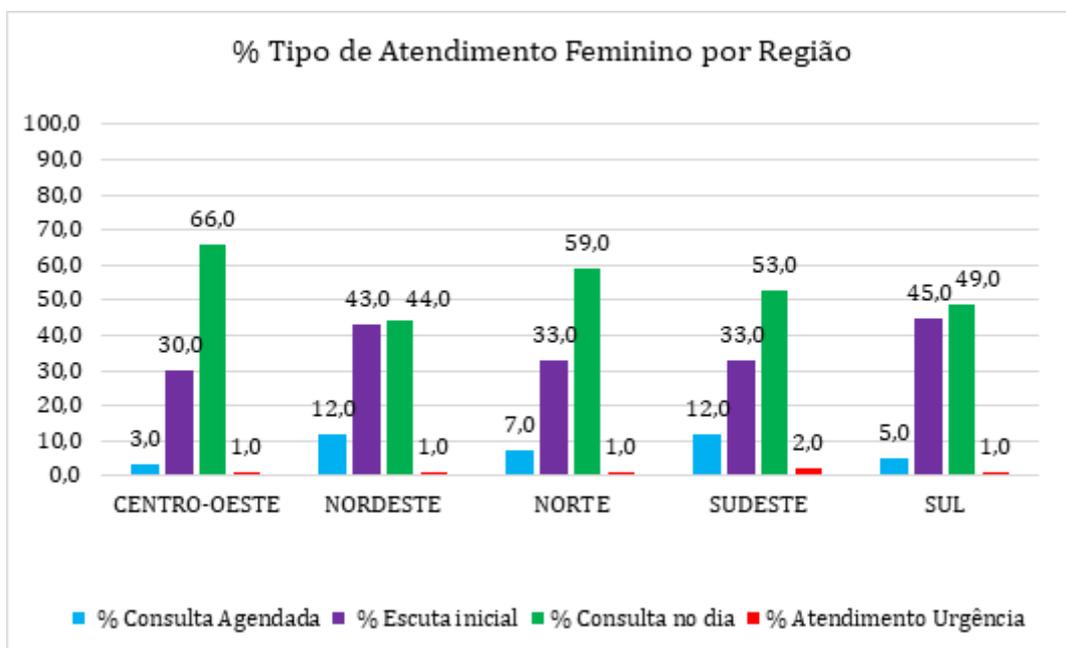
A consulta agendada se refere quando a mulher tem uma demanda, mas não há urgência para ser atendida no mesmo dia ou imediatamente, podendo ser realizada tanto em uma outra oportunidade na rua quanto na própria UBS ou em outro serviço de referência.

O atendimento no dia é avaliado pelo risco baixo ou pela ausência de risco com vulnerabilidade importante, mas a situação precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe, levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo

poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação, dos protocolos locais e da necessidade do atendimento (71).

As situações de urgência provêm das necessidades distintas, em que a avaliação/estratificação de risco como ferramenta possibilita melhor estratégia de garantia de acesso com equidade em tempo oportuno, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas priorizações do atendimento dessas mulheres. O Gráfico 3 demonstra estes atendimentos.

**Gráfico 3.** Percentual de tipo de atendimento feminino por região.



Fonte: SISAB, 2019.

No tocante ao tipo de atendimento feminino por região, podemos observar no gráfico 3 que a consulta no dia é a maior prática realizada pelas eCR, seguindo para a escuta inicial. Em terceiro lugar destacam-se os atendimentos agendados, o que se repete em todas as regiões. Como hipótese, o número baixo de atendimentos agendados pode representar a capacidade das eCR de tentar resolver a maior parte das demandas de forma imediata, porém por outro lado pode estar demonstrando uma baixa capacidade dessas eCR em construir vínculos com essas

mulheres ao ponto de não conseguir ofertar uma demanda programada em um outro momento na UBS, possibilitando a garantia da continuidade das ações. Cabe aqui uma reflexão de que as eCR devem realizar ofertas de atendimentos contínuos não apenas se apresentando para essas mulheres como fonte de acesso a um atendimento momentâneo, que se esgota naquele momento. Intensificar na organização do processo de trabalho, possibilitando agendamentos e inserções dessas mulheres na demanda programada também pode ser considerada uma estratégia de priorização e visibilidade para essa mulher, pois reforça que ela tem tanto direito quanto às demais mulheres de ter um atendimento priorizado, que está reservado para ela, e quando este atendimento se agendado em uma UBS, ela irá perceber que o serviço está lhe aguardando enquanto uma cidadã de direitos ao acesso aquele estabelecimento de saúde.

Com relação ao atendimento de urgência, o mesmo é baixo em todas as regiões, somente a região Sudeste chegou a 2%, em contraposição a 1% nas demais regiões do Brasil. Desta forma, percebemos que as eCR tendem a acolher as demandas de baixa complexidade e as emergências são direcionadas às Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e aos hospitais.

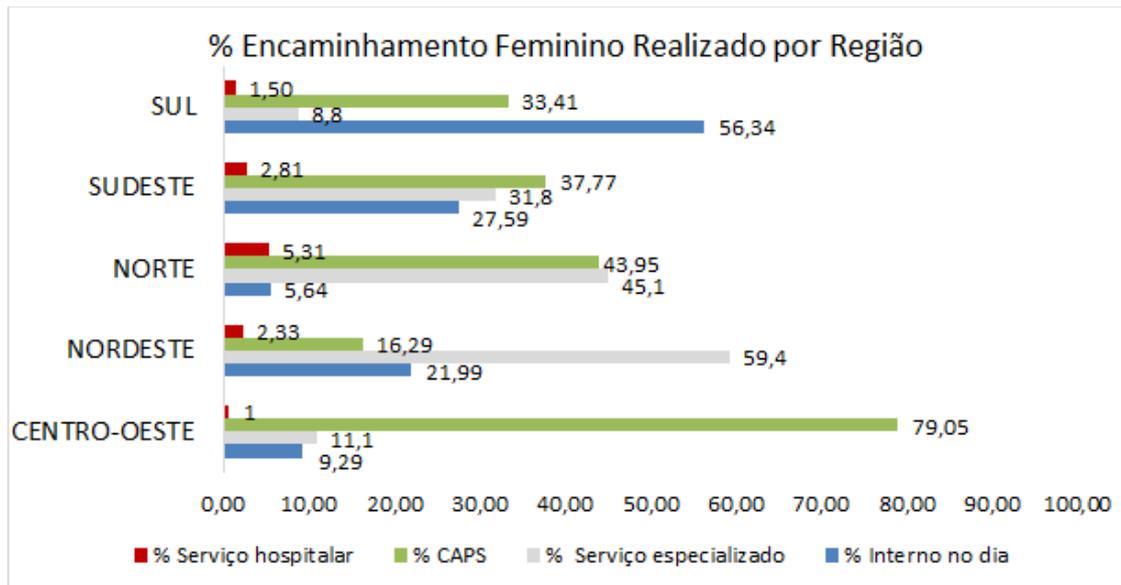
O acolhimento e a escuta atenta e qualificada, que consideram as demandas trazidas pelas mulheres, fazem com que as eCR direcionem as ofertas de cuidado, estabelecendo critérios que definam as necessidades de encaminhamento da mulher em situação de rua para outro ponto da rede de atenção à saúde. As fichas do e-SUS AB contém os campos com os tipos de serviços que ajudam os profissionais a orientar o fluxo do encaminhamento, interno dentro da própria UBS, ou entre os próprios profissionais das eCR.

A escuta inicial auxilia a ordenar a demanda e direcionar a mulher em situação de rua para o serviço necessário. Os campos a serem preenchidos são os atendimentos dentro da própria equipe, denominados “interno no dia”. Os outros encaminhamentos são para os serviços especializados dentro da rede de saúde do município, sendo estes regulados muitas das vezes pelo sistema de regulação local, de acordo com o nível de classificação de risco sinalizado pelo

profissional que realizou o atendimento. Para o atendimento hospitalar, a mulher é encaminhada quando todas as possibilidades de atendimento foram esgotadas pelos profissionais da atenção primária ou quando a classificação de risco indica a necessidade imediata desse serviço.

O profissional também tem a opção de encaminhar ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço especializado no cuidado de pessoas com sofrimento mental grave e persistente, quando a demanda da mulher for identificada com a necessidade de apoio desse serviço. O Gráfico 4 demonstra o percentual de encaminhamentos femininos realizados, por macrorregião brasileira.

**Gráfico 4.** Percentual de encaminhamentos femininos realizados, por região.



Fonte: SISAB, 2019.

Quanto ao tipo de encaminhamento para outros serviços, o CAPS é o principal serviço que as eCR encaminham às mulheres. As regiões Centro Oeste e Sudeste têm essa prática de encaminhamento em maior percentual. O transtorno mental comum é mais elevado nas mulheres do que nos homens (72) e questões como a gestação, o parto puerpério, a vulnerabilidade social, o sofrimento individual ou do grupo familiar e a ansiedade são fatores

que acometem mais as mulheres (73). Porém, observamos que na região Centro Oeste que 79,05% dos encaminhamentos das mulheres são para o CAPS. Esse percentual nos faz questionar se o olhar da equipe está mais focado para questões de álcool, outras drogas e transtorno mental ou se realmente as mulheres da região Centro Oeste têm mais necessidade do CAPS do que as demais regiões do Brasil.

Em segundo lugar, o serviço especializado é o local mais referenciado para o encaminhamento das mulheres. A região com maior número de encaminhamento para os serviços especializados é a região Nordeste 59,04%. A região Sul destaca-se com o maior número de encaminhamentos interno no dia 56,34%, o que pode significar uma maior resolutividade pelas eCR nesta região do país. A região Sudeste se apresentou com um maior equilíbrio entre os encaminhamentos para a escuta inicial, o atendimento no dia e o CAPS.

A detecção precoce visa estimular a conscientização dos sinais precoces de problemas de saúde e identificar mulheres sob risco, de modo a rastrear um problema de saúde em sua fase inicial, traz mais benefícios do que prejuízos quando diagnosticado o mais cedo possível. Alguns exemplos são os tipos de câncer, as doenças cardiovasculares, entre outras doenças (74). As eCR têm um papel fundamental neste processo.

Na ficha de procedimentos do e-SUS AB, o profissional da eCR pode registrar a intervenção/procedimento ofertado. O registro da intervenção consiste no plano de ação proposto de acordo com o motivo da consulta e a avaliação realizada pelo profissional. Após fazer a classificação de risco/vulnerabilidade poderá encaminhar a mulher para atendimento no dia onde os procedimentos são realizados (75).

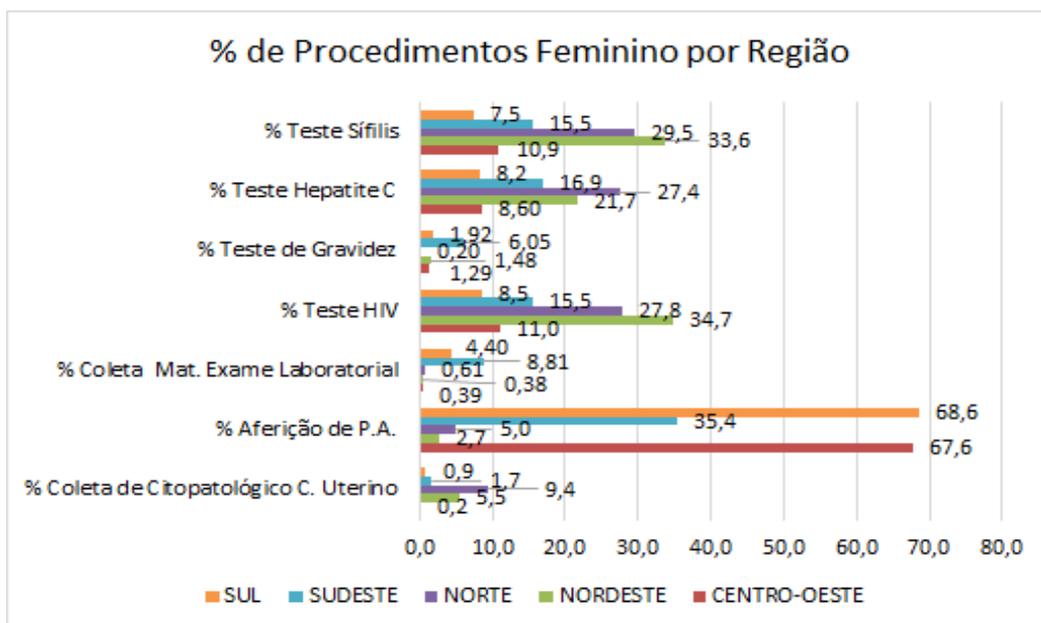
O rastreamento e os exames ou testes são aplicados na garantia de benefícios relevantes frente aos riscos e danos previsíveis e imprevisíveis da intervenção, podendo usar vários métodos e exames (por exemplo, aparelhos portáteis para medir marcadores sanguíneos, como a glicose, colesterol, controle da pressão arterial, exames de laboratório, testagem rápida).

É necessário depois de um rastreamento positivo, a investigação para que se possa estabelecer um diagnóstico definitivo (74). No Gráfico 5 elencamos os principais procedimentos realizados pelas eCR em mulheres de 15 a 69 anos, preenchidos na ficha de procedimentos.

De acordo com o MS, os testes rápidos são aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em, no máximo, 30 minutos. São de fácil execução e não necessitam de estrutura laboratorial para se obter o resultado. Os testes podem ser executados pelos profissionais das eCR no momento da abordagem ou consulta da mulher em situação de rua através de amostra de sangue total obtida por punção venosa ou da polpa digital ou com amostras de fluido oral (76), sendo estes, sífilis, gravidez, Hepatite C e HIV.

A coleta de material para exame laboratorial consiste em coletar amostras de sangue para testes sorológicos e outras análises, amostras de escarros, fezes, urina e outros tipos materiais para análise. A coleta de citopatológico de câncer do colo uterino é um rastreamento com finalidade de diagnóstico precoce. A aferição de pressão arterial é verificada através do esfigmomanômetro ou aparelho digital.

**Gráfico 5.** Percentual de procedimentos femininos, por região.



Fonte: SISAB, 2019.

Observamos que o procedimento mais registrado para a mulher em situação de rua nas Centro Oeste e Sudeste foi a aferição de pressão arterial. Este procedimento em maior registro pode-se levar em consideração a prática do esfigmomanômetro ser um aparelho já inserido no “*kit de visita*” da rotina dos profissionais das eCR.

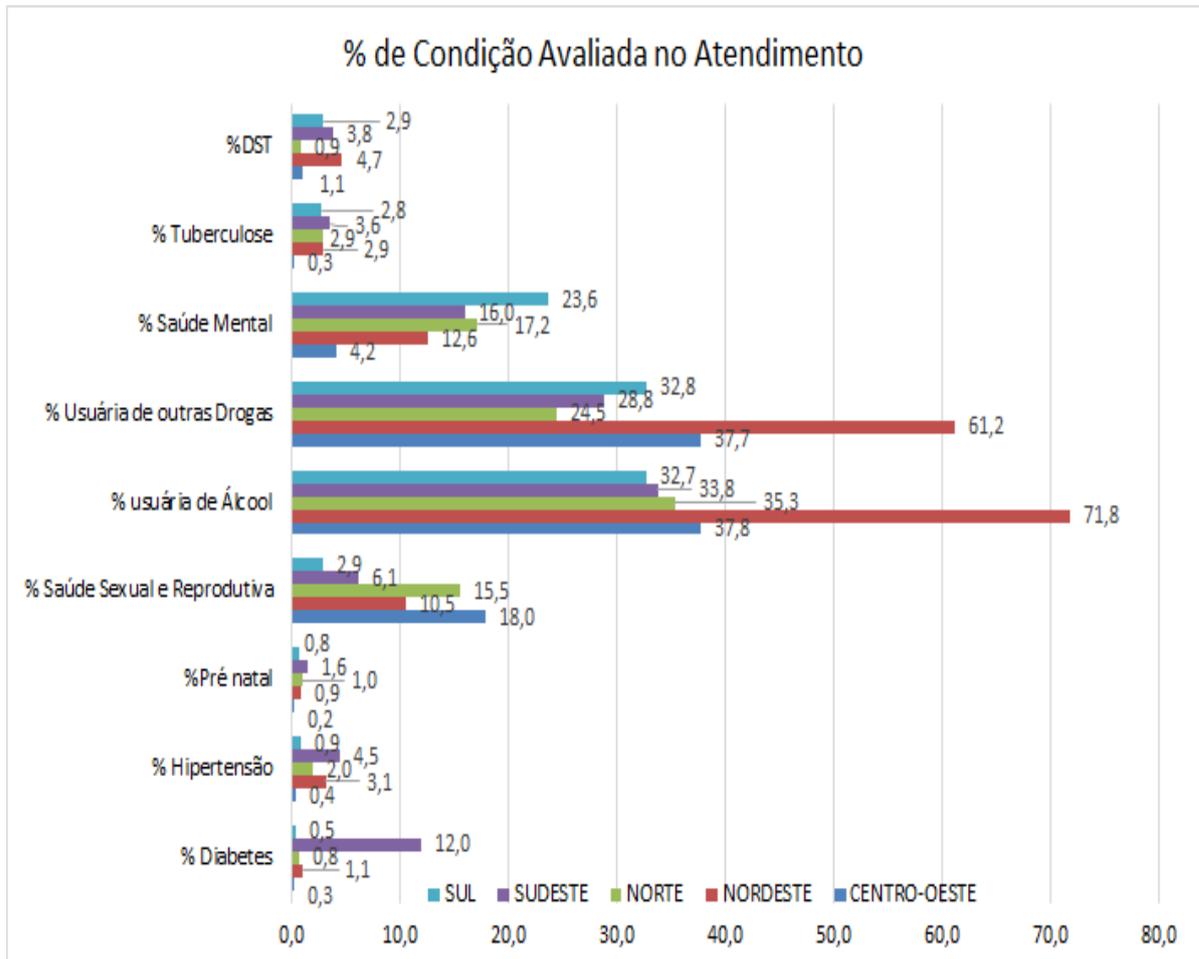
O segundo maior percentual de registro de procedimento foi as ofertas de testagem rápida de HIV, sífilis e Hepatite C, com o avanço da Rede Cegonha, medidas de testagem rápida foram cada vez mais se ampliando dentro do escopo da atenção primária, fazendo, assim, a testagem sair dos Centros de Testagem e Aconselhamento para fazer parte do cotidiano das eCR. Chama a atenção que o registro da coleta de material laboratorial é baixo em todos os estados, o que pode estar associado à ausência de documentos dessas mulheres, o que dificulta a burocracia de entrada das amostras de material nos laboratórios para análise. No entanto, pode também ser um reflexo da dificuldade das equipes em localizar estas mulheres para entregar o resultado de exame em um momento posterior, ou até mesmo a hipótese das eCR não reconhecerem a necessidade destas mulheres a fazerem exames para controle de doenças cardiovasculares e diabetes, por exemplo.

Nas mulheres a necessidade de realizar exame de rastreamento citopatológico do câncer de colo uterino é de extrema importância para a faixa etária entre 25 a 64 anos (faixa etária de cobertura do exame de citologia oncótica uterina preconizada pelo MS), sendo exatamente a faixa etária com o maior número de mulheres em situação de rua registradas no e-SUS AB. Em relação a esse procedimento, chama a atenção para o número reduzido de registros, que não chega a 10% em todas as regiões. Segundo estudo da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, 52% das mulheres brasileiras não fazem exame ginecológico preventivo de câncer (77). A realização e a oferta do exame são importantes por ser um exame capaz de reduzir em até 80% a incidência do câncer de colo de útero, devido à detecção precoce.

No que diz respeito à realização da mamografia, a faixa etária recomendada pelo MS é de 50 a 69 anos. Justificamos que o número de registros foi abaixo do percentual de 1% em todas regiões, desta maneira não entrou no gráfico 5, mas consideramos essa ausência como um registro importante. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil estima-se 16.590 novos casos, com um risco estimado de 12,6 casos a cada 100 mil mulheres (78). Desta forma, intensificarmos o olhar das eCR para que a oferta dos procedimentos de rastreamento para câncer de colo de útero e mama para mulheres em situação de rua torna-se relevante.

Outra informação que podemos obter são as condições de saúde avaliadas, quando o profissional registra a avaliação no campo onde deverá registrar o código do problema e/ou condição detectada e avaliada durante o atendimento. O preenchimento desse campo é obrigatório, sendo necessário informar pelo menos um código: Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2) ou Código Internacional de Doenças (CID10) (79). Elencamos os principais problemas/condições avaliadas registradas no atendimento à mulher em situação de rua sendo: saúde mental, usuário de outras drogas, usuário de álcool, saúde sexual e reprodutiva, pré-natal, hipertensão e diabetes, Doença Sexualmente Transmissível (DST), atualmente denominada Infecção Sexualmente Transmissível (IST), e tuberculose, conforme o Gráfico 6.

**Gráfico 6.** Percentual de condição avaliada no atendimento, por Região.



Fonte: SISAB, 2019.

No que se refere à condição avaliada no atendimento, podemos observar que as condições de usuária de álcool e usuária de outras drogas são as principais condições registradas em todas as regiões brasileiras. Um indicativo para esse número expressivo de registros quanto às condições de usuária de álcool e usuária de outras drogas, bem como o relacionado ao registro de saúde mental, pode ser que a atenção das eCR estão demasiadamente voltadas para essa questão, seguindo a lógica inicial das equipes de Consultório de Rua, que se atentaram preferencialmente para a saúde mental e para a redução de danos, tendo em vista a discrepância para as questões do campo da saúde da mulher, como o câncer de colo de útero e o de mama, o pré-natal, entre outros. Além das demais condições de saúde listadas, a hipertensão 4,5% e a diabetes 12% na região Sudeste foram os maiores percentuais de registros destas condições,

destacando-se das demais regiões. Estudo de revisão sistemática com publicações de 35 países mostrou uma prevalência global de hipertensão sendo 32,1% para o sexo feminino (80). Os dados relativos ao ano de 2018 da pesquisa VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) mostraram a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes em 27 capitais brasileiras estudadas, sendo 27% para hipertensão, e 8,1%, diabetes em mulheres adultas (81). Neste sentido, consideramos importante olhar para as condições crônicas de hipertensão e diabetes das mulheres em situação de rua.

Dentre os cuidados da saúde da mulher estão as ações do pré-natal, o que é um desafio para os profissionais de saúde, pois o “estar na rua gestante” enquadra a mulher em uma condição de maior vulnerabilidade social, tornando a classificação desta gestação como de alto risco. As eCR têm o dever de acompanhar o pré-natal desta mulher, mas um grande desafio é convencê-la a realizar o mínimo de 6 consultas preconizadas pelo MS durante a gestação. A gestante enfrenta preconceitos no acolhimento e no vínculo estabelecido com profissionais (82) e o medo de perder a guarda do bebê após o parto é um dos principais motivos alegados por essas mulheres para não querer realizar a consulta de pré-natal. Desta forma, dialogando com o baixo número de registros de condições de saúde avaliadas, a região Sudeste apresentou 1,6%, sendo o maior registro de consulta de pré-natal em todas as regiões, o que nos faz refletirmos sobre a necessidade de aumentar o vínculo das eCR com essas mulheres para que elas se sintam seguras e acolhidas para realizarem as consultas de pré-natal.

Uma boa adesão ao pré-natal proporciona a realização de ações educativas, além das assistenciais, no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico puerperal (83), a mulher aumenta a possibilidade de vivenciar o parto de melhor forma, terá mais condições de estar atenta para possíveis complicações no puerpério e, também, pode contribuir para auxiliar na preparação desta mulher para o processo de aleitamento materno. Desta forma entendemos que

as eCR devem intensificar na captação desta mulher enquanto gestante e fortalecer seus vínculos com a equipe visando ampliar a assistência e acesso ao pré-natal.

As infecções sexualmente transmissíveis apresentaram maior registro 3,8% na região Sudeste, embora no Gráfico 5 há o registro de que a região Nordeste oferta o maior percentual de procedimentos de testagem. Essa divergência nos faz questionar se todos os atendimentos realizados são devidamente registrados em todos os campos específicos de informação.

Quanto à condição saúde sexual e saúde reprodutiva, este registro traz questões caras para a mulher em situação de rua, como o direito de exercer sua sexualidade, a apropriação do seu corpo, o autocuidado, o enfrentamento contra as violências, as escolhas por utilização de métodos contraceptivos, as informações sobre prevenção contra IST, a escolha pela maternidade, puerpério, climatério e a menopausa. No contexto da saúde da mulher, esta é uma das principais condições que envolve muitos aspectos da vida da mulher. As regiões Centro Oeste 18% e Nordeste 15,5% apresentaram os maiores percentuais de registros desta condição avaliada. O diálogo com essas mulheres, na maioria das vezes, perpassa a comunicação dialógica, o acolhimento, a empatia, o respeito e o desenvolvimento da confiança, a ética, a cultura como determinante de saúde, a resolução de problemas, a igualdade e o sigilo profissional (84). Identificamos que o percentual de registros tem condições de serem aprimorados no que se reflete o trabalho das eCR.

A tuberculose também é um grande problema que afeta a população em situação de rua, demonstra relação direta com a pobreza e está associada à exclusão social e à marginalização de parte da população submetida a más condições de vida, como a moradia precária, a desnutrição e a dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos (85). É considerada a segunda maior causa de mortalidade por doenças infectocontagiosas e aparece entre as cinco primeiras causas de morte em mulheres com idade entre 15 a 44 anos (86). Com

relação à população em situação de rua, estudos apontam a prevalência do risco de adoecimento por tuberculose ser considerado 67 vezes maior na população em situação de rua (87). A região Sudeste apresentou 3,6% das condições avaliadas, sendo o maior registro dentre as macrorregiões.

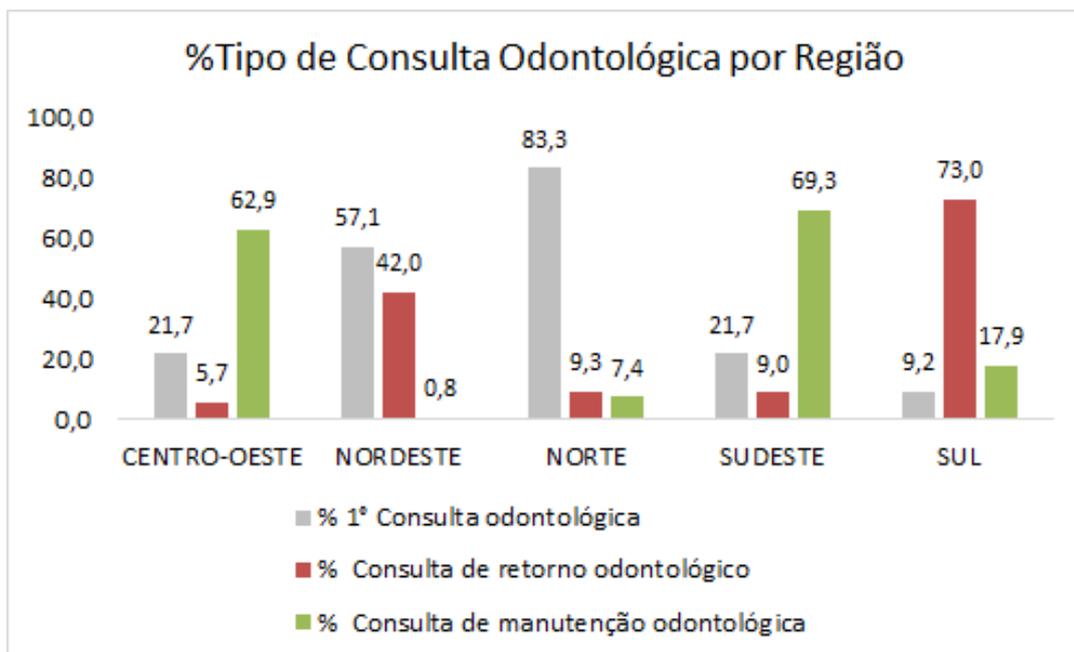
Chamamos atenção para a ausência de registro de procedimentos de prevenção do câncer uterino e mama que não chegou a 1% em todas as regiões do país, e que por este motivo não entrou no critério de inclusão no gráfico 5. Todavia, como são os principais procedimentos quando se trata de saúde da mulher não poderíamos deixar de citá-los. Destaca-se que as informações como a consulta puerperal até 42 dias e o rastreamento do câncer de mama e câncer de colo de útero que também poderiam ser interessantes para este estudo foram descartadas da inclusão no gráfico 5, pois não foi possível compararmos em todas as regiões, devido à ausência de registros.

A saúde bucal apresenta um impacto significativo na vida das pessoas, as mulheres são muitas vezes vaidosas, mesmo estando em situação de rua, não deixando de abrir um sorriso. A odontologia exerce um importante papel na eCR. Olhar para essas mulheres de forma integral inclui garantir o acesso ao tratamento odontológico e às ações de educação em saúde direcionadas para a saúde bucal. O e-SUS AB possibilita o registro dos problemas ou condições detectadas/avaliadas na consulta odontológica. Neste sentido, destacamos no Gráfico 7 o tipo de consulta a que estas mulheres tiveram acesso. De acordo com o manual do e-SUS AB (88), a primeira consulta define a avaliação das condições gerais de saúde e a realização de exame clínico odontológico com a finalidade de diagnóstico e, necessariamente, a elaboração de plano preventivo-terapêutico.

Uma primeira consulta odontológica programática só poderá ser registrada novamente para a mesma pessoa 12 meses após a conclusão do plano preventivo-terapêutico e, caso o paciente abandone o tratamento, seis meses após a última consulta. Não devem ser considerados como primeira consulta odontológica programática os atendimentos eventuais, por exemplo, os de urgência/emergência/consulta dia, que não têm elaboração de plano preventivo-terapêutico e seguimento previsto (88).

A consulta de retorno consiste na continuidade subsequente da mulher ao tratamento iniciado e programado por meio da primeira consulta odontológica programática. Já a consulta de manutenção consiste no retorno da mulher para a manutenção, o acompanhamento ou os reparos clínicos após ter concluído um tratamento, conforme previsto no plano preventivo-terapêutico, em geral, definido na primeira consulta odontológica. Uma consulta de manutenção ocorre quando o retorno da mulher se dá em um período inferior a 12 meses da conclusão do tratamento, não caracterizando um novo tratamento (88).

**Gráfico 7.** Percentual de tipo de consulta odontológica, por região.



Fonte: SISAB, 2019.

A distribuição do tipo de consulta odontológica é diferente nas cinco regiões do país. Quanto à primeira consulta odontológica, mais mulheres em situação de rua têm acesso nas regiões Norte 83,3% e Nordeste 57,1%; à consulta de retorno, a região Sul apresenta 73% das consultas para essas mulheres e o Nordeste 42%; e à consulta de manutenção, a região Sudeste apresenta 69,3% das consultas para essas mulheres e o Centro-Oeste 62,9%.

Referente à orientação em saúde bucal, 83% dos atendimentos registraram essa informação, ou seja, os profissionais de saúde bucal aproveitam a abordagem da mulher em situação de rua para realizarem orientações sobre higiene e cuidados. A eCR deve exercer o papel de olhar para o cuidado integral desta mulher, ressaltando a importância da boca saudável para evitar infecções e doenças oportunistas, bem como auxiliar na promoção de uma gestação saudável.

Após analisarmos os dados do eSUS AB através de um conjunto de práticas registradas pelas eCR no SISAB, evidenciamos que importantes informações na área de saúde da mulher, como o exame de mamografia e a consulta de puerpério não se fizeram presentes nos dados levantados, porém a área da saúde mental (transtornos psíquicos e questões na relação com álcool e outras drogas) tiveram uma presença significativa nas demandas das eCR.

A questão da garantia de direitos dessas mulheres também ficou em evidência, tendo em vista o número de mulheres sem CNS, assim como as mulheres que conseguem ser atendidas nas UBS. Não podemos deixar de lado a questão do preenchimento do SISAB, pois embora o sistema seja obrigatório desde a competência de junho de 2015, em que as informações deverão ser enviadas obrigatoriamente para a base de dados do SISAB, conforme a Portaria nº 1.976, de 12 de junho de 2014, levantamos a hipótese que algumas equipes realizem as ações, mas não as inserem no sistema de informações.

A ausência de informação gera dúvidas se realmente estas mulheres em situação de rua não são atendidas ou se tiveram acesso, mas por falta de registro do procedimento não apareceu nos relatórios gerados. Embora o SISAB permita gerar diversos relatórios sobre os atendimentos, a ausência ou o registro em menor quantidade nos faz questionar se realmente as eCR incorporaram a lógica de deixar de registrar em papéis para utilizar um sistema informatizado no seu processo de trabalho.

Após analisarmos algumas práticas de cuidado realizadas pelas eCR, este estudo propôs entrevistar mulheres em situação de rua no DF, para compreender a percepção dessas mulheres sobre seu processo saúde e doença e, também, sobre sua relação com os cuidados à sua saúde no contexto das ruas.

### 5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

Realizamos entrevistas com mulheres em situação de rua no Distrito Federal com objetivo de compreender a percepção do processo de saúde e doença e os cuidados que as mulheres em situação de rua têm acesso para sua saúde, conforme a metodologia descrita anteriormente.

Como primeira categoria elencamos os dados sociodemográficos, observamos que a média de idade das mulheres entrevistadas foi de 45 anos. No que se refere à raça/cor: nenhuma mulher se autodeclarou branca, uma se autodeclararam negras; duas morena-claras; e cinco pardas. Tais informações não coadunam com os dados da PNPSR, que afirma que, dentre as mulheres que vivem nas ruas, 35,94% se autodeclararam pardas; 32,11%, brancas, e 27,26%, pretas (2). Esta divergência pode estar relacionada às características da população do DF. No entanto, como trata-se de um estudo de natureza qualitativa, seria necessária uma amostra maior para verificarmos tal informação.

A PNPSR trouxe, ainda, dados de que 21,76% das mulheres em situação de rua estão na faixa etária entre 36 a 45 anos; e 12,29%, entre 46 a 55 anos (89), corroborando com o perfil de mulheres do estudo. Corrobora também com o estudo de Villa et al, que afirma que 45% das mulheres em situação de rua pertenciam à faixa etária de 31 a 50 anos (90).

No tocante à escolaridade das entrevistadas, quatro responderam ter o ensino fundamental incompleto; uma, ensino fundamental completo; e três, o ensino médio completo. Nenhuma das mulheres respondeu ser analfabeta, inclusive, durante as entrevistas, duas delas

expressaram o sonho de cursar uma faculdade ou o desejo de terminar o ensino fundamental e seguir no ensino médio.

M1. [...] não desisto, quando me perguntarem, quero falar que sou estudante de agronomia, pecuária, engenharia agrícola ainda.

M3. [...] parei, mas preciso voltar para realizar meu sonho de ser advogada.

M4. [...] vai ter de novo o Enseja eu vou passar eu vou chegar lá porque o meu motivo é alcançar meus objetivos que eu quero me formar na minha área de radiologia [...]

Embora nas entrevistas nenhuma mulher em situação de rua tenha se declarado analfabeta, a PNPSR apontou que as mulheres em situação de rua são menos alfabetizadas do que os homens, o que pode representar maior vulnerabilidade delas nessa situação (9). Isto porque pode aumentar a situação de dependência por não saber ler e escrever.

Ademais, destacamos a perspectiva de futuro expressa por duas das entrevistadas, que manifestaram ter “sonhos”, mesmo em situação de grande vulnerabilidade. Ao se colocar como portadora de desejos que a conectem com algo além daquela situação, as mulheres podem ter uma motivação significativa para futuras propostas de cuidado em saúde.

Nas entrevistas, conversamos sobre o tema trabalho e renda. Assim, a segunda categoria buscou identificarmos os meios financeiros que se pode ter vivendo nas ruas. Quando questionadas sobre trabalho, seis mulheres em situação de rua relataram não ter trabalho e as que responderam que tinham se referiram à Revista Traços como um trabalho.

M1. [...] eu estava praticamente excluída pela sociedade, mas a revista Traços me acolheu, com geração de renda, com teto de revistas mensais que me dá condições de me sustentar, uma vida digna, humana [...].

M3. [...] trabalho como porta voz da cultura, a única oportunidade que tive até hoje foi ser porta voz da cultura, eu já fiquei em lugar assim para fazer alguma coisa, fazer limpeza, já lavei banheiro para ganhar dinheiro para comer, já vigiei carro, já engraxei sapato, já entreguei panfleto, já fiz isso tudo, mas a minha oportunidade melhor que consegui mesmo foi trabalhar como porta voz da cultura [...].

M4. [...] trabalho na Traços sou porta voz da cultura né, vendo as revistas meu ponto de vendas é no Sudoeste, sou bem conhecida lá, e foi lá que eu fui resgatada das ruas né, fiquei um ano e três meses lá jogada com o meu problema de depressão.

A Revista Traços é uma iniciativa de emancipação e construção de autonomia no campo do trabalho e renda, do Distrito Federal, que atua desde 2015 e que no período 2015/2020 oportunizou acesso ao trabalho para, aproximadamente, 500 pessoas em situação de rua. Os relatos apresentam o trabalho de porta voz da cultura como uma experiência de reconhecimento (pelo outro e de si mesmo) significativa, além de uma estratégia de inserção no campo do trabalho e renda mais viável, sobretudo na transição da vida nas ruas para um trabalho “formal”, que exigirá um compromisso com horários, rotinas, documentações e demais questões que precisam ser trabalhadas ao longo do tempo e que a lógica de inserção da Revista torna mais fácil o acesso.

Os registros das falas mostraram que no percurso de vida, as mulheres em situação de rua entrevistadas já realizaram pequenas atividades de trabalho no mercado informal, predominando as ocupações de vendedora de revistas, catadora de recicláveis, faxineira, tomadora de conta de carro e entregadora de panfletos. Esta informação é confirmada pelos estudos como a PNPSR e autores como Villa et al (90), que apontam as mesmas atividades no mercado informal como sendo as principais realizadas pelas mulheres em situação de rua.

Em relação ao questionamento sobre ter alguma renda mensal, embora seis das mulheres em situação de rua relatarem não ter trabalho, duas responderam não ter nenhuma renda. Quanto às fontes de renda, os relatos foram: três, Revista Traços; uma, Bolsa Família; uma, pensão; e uma vendendo cigarros. É importante destacar que, apesar de receber alguma renda com a venda de cigarros, a mulher que indicou o referido serviço não reconhece como trabalho. Das mulheres que relataram não ter nenhuma renda, uma indicou estar aguardando para receber o benefício social do governo. Observamos também que as mulheres citaram o projeto social da Revista Traços como um meio de obter renda, mas torna-se interessante notar que entre elas não está claro o entendimento quanto ao projeto ser um trabalho ou não.

M5. [...] eu tenho, eu não vou mentir, eu tenho uma renda de 900 real agora deve estar em 982 de pensão.

M8. [...] não, também estou aguardando os benefícios sociais.

A PNPSR apresentou que 34,2% das mulheres recebiam benefícios sociais e 21,5%, aposentadoria (2).

A terceira categoria de entrevistas foi denominada “vida nas ruas”. O viver nas ruas requer habilidades para se manter, seja no seu dia a dia para sobrevivência, seja no lidar com questões familiares, e quanto maior o tempo de permanência na rua maior é a demonstração de resiliência, por meio do permanente desenvolvimento de habilidades para buscar estratégias para a sobrevivência.

Em relação ao questionamento de quanto ao tempo de vida nas ruas, seis mulheres vivem entre 1 a 3 anos; duas entre 5 a 6 anos; e uma relatou estar nas ruas há quase 35 anos.

M3. [...] quase 35 anos nas ruas, [...] me perdi da minha mãe com 8 anos de idade, fiquei semanas perdida até minha mãe me encontrar, as condições da minha mãe era muito difícil, para ter o alimento que eu precisava, eu fugia da minha mãe, eu fugia pra rua para pedir para comer, eu nunca tirei nada de ninguém. Conheci umas amigas minhas nas ruas que falaram que eu ganhar dinheiro mais fácil e me ensinaram a se prostituir. Com 17 anos me ensinaram a prostituir. [...] já sofri muitas violências nas ruas principalmente nesta vida de prostituição.

Monteiro (91), em seu estudo sobre mulheres em situação de rua, destaca que os aspectos inerentes às histórias de vida estão ligados à perda de seus vínculos e à saída de suas casas para a rua, ou seja, “ligados à história de vida de cada indivíduo, rupturas dos vínculos familiares, doenças mentais, consumo frequente de álcool e outras drogas, infortúnios pessoais”, o que pode ser observado no depoimento de M3.

A perda de moradia e os problemas familiares são as principais razões apontadas pelas mulheres para ir para as ruas. Para Varanda e Adorno (92), o processo de vulnerabilização ocorre antes mesmo da ida para as ruas, no universo das redes de relações das classes populares.

Percebemos nos relatos que a rua se apresenta como uma porta de fuga para os sofrimentos e as violências vivenciadas por estas mulheres. Sair do contexto familiar e ir para a rua se apresentou como a melhor possibilidade para continuidade da vida.

No que se refere ao número de filhos, todas as mulheres responderam ter pelo menos um filho(a); três mulheres, um filho; três mulheres, quatro filhos; e duas mulheres, dois filhos. Nenhuma mulher relatou estar com o filho(a) vivendo nas ruas; seis mulheres referiram ter filhos já adultos; duas mulheres filhos menores de idade; e uma mulher tem netos(as).

M3. [...] tenho 4 filhos pequeno, um de cada pai, meus filhos ficam com minha mãe.

M7. [...] tenho um filho, falo com ele direto, hoje mesmo já falei com ele, ele tem cinco anos, está com minha mãe [...].

M6. [...] tenho quatro filhos, três meninas e um rapaz vou ser vovó pela terceira vez [...].

Na PNPSR, 20% das mulheres em situação de rua declararam ser responsáveis por alguma criança ou adolescente (2), o que difere das mulheres deste estudo, pois nenhuma das entrevistadas se colocou responsável pelos filhos(as) na situação que se encontram nas ruas.

O tema “relação com a família” também foi tratado durante as entrevistas. Quanto ao tempo de contato com os familiares, houve variações significativas nos relatos: três das mulheres relataram terem se comunicado com algum familiar no dia da entrevista; duas mulheres, o tempo foi de 6 meses a 1 ano; e três mulheres não se comunicavam com a família a mais de 1 ano.

O suporte familiar pode ser uma importante estratégia para as relações de cuidado e merece destaque que duas das mulheres não tenham esse recurso a no mínimo, 1 ano. O meio de comunicação mais utilizado para as que mantêm contato mais frequente é o telefone. Nos relatos, a doença foi tida como um fator que promoveu o distanciamento e não ter muito contato com os familiares. Uma das entrevistadas relatou que foi para as ruas ao descobrir que estava com HIV e ficou com medo da rejeição dos familiares e devido a isso se distanciou e não teve mais contato com a família.

M5. [...] tem mais de cinco anos que eu não tenho contato com eles, tem uns cinco seis anos a mais velha, os outros tentei contato para saber como é que tá né, a mais velha é adevogada, pra você ver ela é adevogada, eu não tive essa chance de me formar, nem de professora, nem de nada, mas o que é deles é deles...eu sei que eles não vão me entender...o HIV...a mais velha sabe...acho

que todos os outros sabem...porque eu entrei em contato quando eu estava internada, antes de vim para cá, eu fiquei no CAPS [...].

Outro ponto que discutimos nas entrevistas foi a relação com um companheiro(a) no contexto das ruas e seis mulheres responderam que possuem alguém. Pelos relatos das mulheres entrevistadas, abaixo descritos, nota-se que há histórico de violência com os companheiros anteriores.

M3. [...] uma vez eu tava grávida eu tinha acabado de perder minha filha, o próprio pai matou, eu tava de 4 meses aí ele matou dando bicudo na minha barriga, aí eu cheguei no Hospital lá os policiais que tinham me levaram, me limpavam [...].

M5. [...] mas eu morei com um companheiro que invés dele tá me ajudando, ele tava me atrasando, ele me dava porrada, ele me xingava [...] eu não conseguia agir, então se ele não me matar eu ia matar ele, então eu disse essa vida não é para mim, então eu decidi, ou lei maria da penha ou morta porque já estava tendo muitas agressões [...].

Os relatos trazem a agressão e violência sofrida por estas mulheres pelos seus parceiros. O interessante é que aparece na fala de M5 a Lei Maria da Penha como uma alternativa de proteção mesmo estando no contexto da rua. Neste sentido percebemos que a mulher reconhece que a lei pode ser aplicada mesmo não estando vivendo em um contexto domiciliar, independente da classe social.

M6. [...] eu tava ficando com um aí, mas nem sei se ia dar em nada... Esse que eu tô namorando ele é confuso, termina e depois volta não sei o que vai dar [...] olha quando ele fica com raiva ele muda de fisionomia, mas eu também às vezes provoco. Mas eu também sei me proteger, a pessoa mesmo se protege. Mas me agredir nunca me agrediu não...nunca [...] quando eu tô de TPM eu fico nervosa né, todo mundo fica, tem umas coisas que me irrita, aí ele fala que eu sou bipolar.

Chamamos a atenção para o relato da M6 que a concepção de violência está atrelada à agressão física, não reconhecendo os outros tipos de violência.

M8. [...] mais ou menos, nós não estamos mais juntos. Antes de vir para ruas eu tava levando uma vida normal aí eu, eu morava em Samambaia, sofri uma violência pelo meu ex marido, fui presa por ele, fui penalizada, ele ateou fogo em mim na cama viva, aí eu consegui revidar dei duas facadas nele, mas ele não morreu, eu fui detida por 3 meses e depois disso ele pegou, não foi preso e não foi penalizado, ele faleceu depois disso.

A violência contra a mulher é considerada uma questão complexa, sendo um dos principais fatores que ocasionam a ida das mulheres para as ruas como observado na fala de M8. No estudo “Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua”, Biscotto (93) cita que a situação de rua reflete a violência pregressa vivenciada por mulheres desde a infância, como o abuso físico e emocional, os maus-tratos, a exploração financeira, a intimidação sexual, o estresse ambiental, a exposição ao crime e a subjugação sistemática.

Para as demais perguntas que nortearam a entrevista, estabelecemos a quarta categoria intitulada “Percepção de mulheres sobre saúde nas ruas”.

Com relação à pergunta “quando você pensa em saúde o que vem à sua cabeça?” percebemos que cada mulher entende a saúde de uma forma, desde a ausência de doença até não morrer sozinha. Para outras, é reduzir danos, ter os membros (braços e pernas) e condições de andar; não estar “sentindo nada”, nenhuma dor; ter acompanhamento em um serviço de saúde; não ser discriminada por morar na rua ao chegar em algum serviço de saúde; e ser respeitada como cidadã, mesmo não estando morando entre “quatro paredes” de uma casa.

M2. [...] Deus me perdoe, medo de morrer sozinha ninguém do meu lado, porque no hospital não tem médico [...].

M4. [...] mas saúde é assim muito difícil...a saúde ...é tá bém né, a saúde é muito importante, ter acompanhamento [...].

M7. [...] não estar sentindo nada.

M6. Olha o sistema não atende o morador de rua adequadamente, ele não vê o morador de rua como um cidadão, é difícil colocar na cabeça das pessoas que a gente tem que ser reconhecido só porque mora dentro de quatro paredes, porque a parede que diz que você tem uma casa, uma residência, um CPF e um cep é difícil, é difícil...o atendimento para o morador de rua. Na rua a disputa é diária, uma garrafinha de água que você toma e joga fora aqui a gente usa para colocar água pra gente tomar. Tudo é dividido na rua [...].

M8. [...] vou falar o que eu disse no debate outro dia, há uma discriminação quando a gente fala que mora em situação de rua.

As mulheres trazem em suas falas a necessidade de garantia de acesso e de reconhecimento quanto cidadã de direito à saúde. O acesso aos serviços de saúde, através da

atenção primária é uma necessidade que deve ser sustentada pela universalidade garantida pelo SUS. A discriminação também aparece na fala de M8.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades. Os significados de saúde e doença para as pessoas em situação de rua são diversificados: não há conceitos maiores ou menores, e, sim, conceitos que fazem sentido a partir do que os indivíduos estão vivenciando. Algumas fazem associação de saúde com ausência de doença. Outras remetem a saúde, ao bem-estar, à felicidade, à prevenção da dependência química ou a um lugar de abrigo (94).

Quando questionamos se tinham algum problema de saúde, seis mulheres responderam ter problemas de saúde, duas mulheres relataram não ter, muito embora apresentassem tosse no momento da entrevista, mas em suas falas não reconheceram aquele sintoma como um problema de saúde. Novamente, as falas evidenciaram que a percepção de saúde se articula com a complexidade da vida nas ruas, o acesso aos serviços de saúde e aos profissionais e o uso de medicamentos.

M3. [...] Então eu tava tomando remédio controlado pra cabeça, porque minha cabeça fica perto de explodir de dor e o médico falou que eu ia passar por isso...[...] Então eu comecei a tomar remédio controlado e aí depois quando as dor vem diminuindo, quando não tá doendo forte ai eu não tô tomando remédio controlado mais, eu não fui mais atrás do remédio controlado né, e aí tava tomando esse remédio também por causa de estresse, tava muito estressada agitada, qualquer coisa um exemplo eu explode e...e...aumento a minha voz ai começo mesmo entendeu? [...]

M4. [...] ter um bom acompanhamento para mim, não ter uma crise depressiva, porque o depressivo, se sabe, se acontecer algo assim pior, o que ele pode fazer ele até se suicidá, é muita pressão ele não aguenta então para mim é tá indo num psicólogo, conversando com ele, aqui eu não vou me abalar [...].

M8. [...] Eu tomo remédio também, tomo medicação controlada para compulsão, fluoxetina, antidepressivo, igual eu te falei eu sou dependente química, então essa medicação me ajuda a controlar um pouquinho o vício nas ruas [...].

As questões de saúde mental se destacaram nas falas das mulheres ao citarem que utilizam medicamentos para o estresse, o nervosismo e o controle da abstinência ao uso de

drogas. Das entrevistadas, três relataram ter depressão. Os problemas de saúde mental podem ser frequentes em função das situações de tensão e violência relatadas por elas em outras perguntas deste estudo. Corroborar também com o estudo de Prates, Abreu e Cezimbra (31), realizado em Porto Alegre com mulheres em situação de rua, por meio do qual identificaram uma maior fragilidade das mulheres em termos de saúde mental.

A PNPSR trouxe a informação de que 35,54% das mulheres informaram ter problemas de saúde: 9% dos problemas são de ordem psiquiátrica, sendo que 21,4% relataram ter passado por um hospital psiquiátrico; 5,1%, problemas de visão e cegueira; 5,1%, Aids; 8,3%, hipertensão; e 8,3%, diabetes (2, 9). As respostas das mulheres entrevistadas dialogam com os dados da PNPSR pois, além de relatarem HIV e problemas de saúde mental, conforme relatado anteriormente, também indicaram problemas oftalmológicos, decorrentes de situações de violência.

M6. Eu tenho problema de miopia, eu sei que de uns tempos para cá o Tenente [...] (se referindo o serviço de segurança próximo ao local que vive), com a equipe dele espirrou spray de pimenta em mim, a pimenta ela causa cegueira quando aplicada em algum lugar que não pode, e ela causa queimadura na pele, então eu senti que minha visão do olho esquerdo está mais prejudicada do que antes.

M8. A gente fica doente nas ruas, para medicação é muito pior igual eu agora sofri uma violência fiquei com o problema no olho, quem comprou a medicação para mim foi aqueles pessoal que vem dum negócio e vem nos ajudar, é muito difícil.

M7. Agente até cria imunidade e nem adocece.

Assim, a violência é recebida nas ruas como um fator agravante e complicador para os problemas de saúde, desde a violência causada pelos próprios colegas da rua, até a provocada nos serviços de saúde e de segurança pública. O relato de M3 aponta para a questão da violência institucional e do próprio estado.

M3. [...] neste quarto do Hospital só estava eu de paciente, aí tava de madrugada aí tinha um médico lá que tava cuidando da gente, e esse médico e pegou e mexeu comigo, ele usou o meu corpo, ele fez relação comigo, ele usou e não tinha como pedir socorro só tinha ele de médico lá, e as dotoras num sei onde elas estava, tentei pedir socorro tentei conversar com alguma assistente social, quando fui tentar conversar com a assistente social que eu conhecia ela num tava lá [...].

Quanto à pergunta: “como você percebe que tem um problema de saúde?” observamos que as mulheres prestam mais atenção nos sintomas físicos do seu corpo. Todas as mulheres relataram que a primeira observação é os sintomas físicos que sentem no corpo, como o cansaço, a sonolência, a dor de cabeça, a perda de peso, a diarreia, a pressão alta ou algum tipo de dor.

M2. [...] mole, muito cansada muito sono, a primeira coisa que me ataca é o sono, só essa tosse, minha garganta mesmo [...].

M3. [...] Esses dias tô me sentindo meio magrinha, não tô me alimentando bem, vou no médico saber por que... porque eles dizem que às vezes a abstinência dá isso.

M4. [...] Hoje...pelo meno eu num tô bem...tô conversando com você aqui né, mais hoje não tô bem, mas tive onti uma crise né com dor de cabeça, porque me atormentaram muito e eu fiquei desequilibrada [...].

M6. [...] Se eu não tiver com diarreia, gripada, dor de cabeça e pressão alta eu sei que minha saúde tá bem, se eu tiver desregulada eu sei que vou sentir algo, minha cabeça vai doer, a pressão vai aumentar entendeu? Eu vou sentir pressão aí eu sei que não tô legal [...].

Nos relatos, os sintomas aparentes foram evidenciados pelas mulheres, o que dificultou a identificação dos problemas de saúde que apresentavam. Também não foram relatados problemas de saúde da mulher, como por exemplo câncer de mama ou de colo uterino e doenças crônicas. No entanto, a realização de exames foi uma preocupação sinalizada por elas.

Por fim, a quinta e última categoria foi “percepção de mulheres sobre cuidado nas ruas”, descrita a partir da pergunta: “o que vem à cabeça quando a questão é o cuidado”. Duas mulheres responderam que o cuidado está relacionado ao cuidar da própria saúde se alimentando, duas mulheres refere o cuidado fazendo exames, três mulheres, realizando um tratamento e realizando estratégias de prevenção foi citado por uma mulher.

M2. [...] fazer exame né, nem tem médico para fazer, tudo depende do dinheiro né, fazer uma mamografia, uma ultrassom vaginal, eu fiz no tempo da carreta, depois desses dois deputados aí não consegui fazer nenhum exame. Isso tem uns três a quatro anos que não faço.

M4. [...] Cuidado é tá li né a pessoa tem que tá ali cuidando tá ali tratando indo no hospital se tratando.

M5. [...] eu cuido... como eu sei cuidar, eu tomo um banho, tomo um remédio, se eu tô com febre eu sei qual remédio que eu tomo...paracetamol, se eu tô com uma infecção eu vo lá procuro...já sei gravado o nome dos remédio.

Notamos que cada mulher interpreta o cuidado como uma forma diferente, sendo entendido como cuidado: banho, realização de exames, consumo de remédio e realização de tratamento. No entanto, as descrições feitas por elas vieram acompanhadas de informações que evidenciam a baixa qualidade de acesso, como por exemplo as dificuldades enfrentadas para a realização de exames e tratamento.

Assim, mesmo com as indicações dos cuidados possíveis, elas contextualizaram a dura realidade que enfrentam para ter acesso aos mesmos. Quando questionadas de como elas cuidam da sua saúde vivendo nas ruas, três mulheres consideraram cuidar da saúde quando tomam algum tipo de remédio; duas indo à farmácia; uma, indo ao médico; uma, indo ao dentista; e uma mulher citou a fé quando se refere que é Deus quem cuida.

M7. [...] Eu lá sei como considero...é Deus é quem cuida de mim... Quando tenho febre e dor de cabeça a galera aqui ô me ajuda é eles é quem cuida de mim. Meu marido que tava comigo que me ajudava, ele que comprava remédio pra mim, eles tudo ajuda.

Koopmans et al, referem como cuidado emancipador, remetendo ao reconhecimento da diversidade e à autonomia dos sujeitos, permitindo sua participação no processo do cuidado, também denominado como um ato político do cuidado (96). O cuidado pode ser compreendido na dimensão ontológica, ou seja, o ser humano cuida do outro por zelo, por desvelo, por prazer - cuida porque é humano (97).

Com relação aos lugares que as mulheres em situação de rua costumam procurar quando percebem que têm algum problema de saúde: sete mulheres declararam procurar primeiro a unidade hospitalar; e, em segundo lugar, a UBS (três mulheres). O Consultório na Rua apareceu em um dos relatos como um recurso para atenção à saúde. Observamos que, apesar do Consultório na Rua existir como referência de cuidado desde 2012, ainda é pouco

referenciado por elas, que adotam o caminho mais tradicional de busca por uma unidade hospitalar. Este dado corrobora novamente com o que foi sinalizado pela PNPSR que apresentou nos casos de atendimento, os hospitais/emergências, foram apontados como o primeiro lugar de procura para o atendimento e, em segundo lugar, as UBS (2).

Ademais, chamamos a atenção que mesmo no local no qual existia cobertura de eCR, este serviço não foi citado por todas as mulheres como um serviço de acesso para atendimento.

As entrevistas revelaram que as necessidades das mulheres são diversas e complexas, bem como tiveram o intuito demonstrar um pequeno recorte desta realidade. Buscar fortalecer o serviço da APS através das eCR e fazer com que esse dispositivo chegue cada vez mais nessas mulheres, permitindo um maior acesso aos serviços de saúde, é uma necessidade e um desafio.

#### 5.4 PROPOSIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE APRIMORAMENTO PARA FORTALECER A IMPLEMENTAÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIOS NA RUA NO ÂMBITO DOS CUIDADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

O trabalho das eCR podem ser considerados uma das principais portas de acesso para as mulheres em situação de rua aos serviços de saúde. Porém, identificamos que há necessidades de aprimoramento nas estratégias de processo de trabalho das equipes para ampliar a visibilidade e o cuidado à saúde dessas mulheres.

Inicialmente, observamos que há possibilidade de ampliação de eCR por parte do MS de acordo os dados do CNES; por outro lado, para que essa ampliação seja concretizada é necessária decisão política do gestor municipal para implantar ou expandir o serviço.

Quanto aos serviços já existentes cobertos pelas equipes em funcionamento em diversos estados do país, verificamos que há necessidade de mapear e conhecer a população do

território, sendo este um fator primordial para se pensar em organização e ofertas de cuidado e assistência para essas mulheres.

Utilizar o e-SUS AB como ferramenta de cadastro para auxiliar o processo de trabalho das equipes possibilita reconhecer qual é a faixa etária dessas mulheres que se encontram em situação de rua no território da eCR, para assim, organizar as ofertas direcionadas, de acordo com as suas necessidades em consonância com as políticas para mulheres existentes.

Sabemos que a dificuldade de ter a documentação para o cadastro é um fator que perpassa o campo da saúde, mas a articulação com os outros serviços da rede local, como os serviços assistenciais, é uma forma de traçar o caminho para que esta mulher que não possui a documentação consiga acesso para adquiri-la com maior facilidade. Algumas das estratégias locais para o cadastramento destas mulheres são resolvidas, muitas vezes, pelos próprios profissionais das equipes, e estas estratégias dialogam desde o município e as eCR terem autonomia para gerarem o número do CNS para esse mulher, podendo ser este, talvez, o único documento da mulher em situação de rua e passa a se tornar o seu “passaporte de circulação” para a rede de serviços de saúde.

A sensibilização da equipe em registrar os procedimentos realizados é um fator de extrema importância no que tange à ampliação do olhar para esta população. Manter um cadastro atualizado e um sistema de informação alimentado diariamente pelos profissionais nos permite fazer levantamentos tanto epidemiológicos quanto diagnósticos de ofertas para mulheres em situação de rua. A ausência de dados registrados gera lacunas nos relatórios e nos traz questionamentos, quais sejam: se os procedimentos para as mulheres em situação de rua estão sendo realmente ofertados e não estão sendo registrados; ou se há uma ausência de ofertas de serviços para mulheres conforme necessidades das faixas etárias.

Estratégias de aproximação dos gestores federal, estaduais e municipais junto à eCR para induzir o cadastro, o registro e a discussão das necessidades destas mulheres e a organização de ofertas de saúde são fundamentais para o aprimoramento da definição das ações prioritárias a serem realizadas pelas eCR.

Ainda dentro dos compromissos da gestão, sugerimos reforçar o papel da eCR e a articulação, com as equipes de APS ou equipe de Saúde da Família na UBS, a qual a eCR está vinculada no CNES. Assim, podemos reconhecer a atuação conjunta da eCR se configurando como uma importante estratégia para se chegar até às mulheres em situação de rua, podendo inseri-las dentro das ações ofertadas também na UBS, sendo esta, mais uma possibilidade de acesso e acolhimento dessas mulheres para que as eCR não se sintam, sozinhas, buscando esgotar todas as possibilidades de cuidado de forma isolada.

Uma outra estratégia que pode ser aprimorada é a capacitação dos profissionais para lidar com as questões específicas das mulheres, o que inclui desde um maior conhecimento das políticas públicas já existentes e que são direcionadas para a saúde das mulheres, buscando garantir o princípio da universalidade da atenção, da equidade e da integralidade do cuidado, preconizados pelo SUS.

A articulação com outros serviços da rede é importante no sentido de atender as questões para além da saúde, como a violência sofrida por estas mulheres. Este tema apareceu de modo transversal durante as entrevistas, o que denota o seu caráter sistêmico e complexo, denotando a gravidade da situação. Nesse sentido, sugerimos atenção especial ao tema, com possibilidades de construção de ações intersetoriais para viabilizar acolhimentos com mais celeridade e qualidade, buscando garantir não só o acompanhamento das situações ocorridas por meio das notificações como também construção das ações de prevenção, no sentido de fazer com que elas se sintam mais amparadas e menos constrangidas de procurar os aparelhos

públicos em busca do apoio necessário. Também é importante a articulação intersetorial para garantir o acesso a vagas em albergues e abrigos e o próprio direito de exercer a maternidade.

Outro ponto que há necessidade de discussão é o limite do que cabe fazer/executar/realizar na rua. Existem procedimentos que necessitam ser ofertados para as mulheres em situação de rua que não são possíveis de serem executados in loco, pois esbarram em fatores tanto de estrutura logística e física quanto questões éticas das próprias categorias profissionais. Cabe a organização do processo de trabalho da equipe para garantir a realização de exames, procedimentos como rastreamento do câncer de colo uterino, mamografia, consulta de pré-natal, consulta puerperal, consulta odontológica acompanhamento de doenças crônicas, que são direito dessas mulheres, podendo ser ofertados de acordo a organização e articulação local que garanta condições adequadas de realização.

Por fim, propomos a criação de espaços de escuta para essas mulheres buscando identificar suas necessidades e ouvir suas queixas, romper preconceitos e as barreiras de acesso com intuito de aprimorar as estratégias de cuidado, se atentando para as questões de gênero e garantindo a preservação, privacidade durante os atendimentos nas ruas. O cuidado também deve estender-se aos companheiros das mulheres que, por vezes, não apresentam a compreensão das especificidades dos cuidados que são direcionados a elas, necessitando assim de serem orientados de forma geral e também focando para saúde sexual e saúde reprodutiva.

Faz-se necessário avançarmos no cuidado à saúde das mulheres em situação de rua, contribuindo na redução da invisibilidade social, a qual estas mulheres estão acometidas por serem em menor número quando comparado ao número de homens vivendo em situação de rua.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo trouxemos o recorte da análise das principais políticas públicas direcionadas às mulheres, tendo como propósito buscar em seus textos, de forma clara, um reconhecimento para as mulheres em situação de rua que, frequentemente, são consideradas como invisíveis nas ruas. O estudo se propôs a olhar para a mulher em situação de rua, identificando se nas políticas públicas para mulheres havia algum destaque, em especial, para as condições vivenciadas no contexto da rua. Foi possível identificarmos que as políticas públicas com recorte de gênero para mulheres apresentam em seus textos uma escrita mais genérica, não direcionando a grupos específicos, como a população em situação de rua. Por direito, a mulher em situação de rua deveria ser contemplada nas políticas públicas de forma mais abrangente, todavia, na prática do cotidiano, frequentemente, é esquecida como cidadã de direito e invisibilizada.

Na análise das políticas públicas para o enfrentamento às vulnerabilidades das mulheres, observamos em seus conteúdos um olhar voltado, principalmente, para as necessidades das mulheres que vivem num contexto domiciliar. A rua como um fator de vulnerabilidade socioeconômica, exposição à violência e precariedade para as condições de saúde das mulheres em situação de rua é pouco fomentada pelas políticas públicas existentes. A maioria das políticas específicas para as mulheres aborda a violência como um fator a ser superado. Medidas como a proteção no âmbito da justiça, as denúncias, as notificações e os registros são fomentadas nas políticas públicas como formas de proteção às mulheres. Nas entrevistas, observamos que o acesso e a garantia de direitos deveriam ser mais efetivos com intuito de romper as barreiras vivenciadas por estas mulheres para conseguir acesso aos serviços de saúde.

Embora existam iniciativas de políticas públicas nas áreas de saúde e assistência social para o atendimento à mulher em situação de rua, ainda é um desafio que as políticas possam ser construídas, incluindo a visibilidade da mulher nessa situação.

Quando aprofundamos no olhar para essa mulher em situação de rua dentro dos serviços da APS, identificamos que as eCR são os serviços mais direcionados para essas mulheres. Após analisarmos os dados registrados pelos profissionais das eCR, podemos perceber que há ainda uma grande lacuna entre o atendimento realizado e o atendimento registrado ou uma necessidade de ampliar essa oferta de serviços. A ausência de informação gera dúvidas se realmente estas mulheres não são assistidas ou se elas tiveram acesso aos serviços de saúde.

Embora a própria nota técnica do MS reforçar a importância do direito sexual e reprodutivo da mulher, do acesso, da busca ativa, da abordagem inicial, da realização de exames e do encaminhamento para outros pontos de atenção dentro da rede de serviços de saúde, observamos que, ainda, há lacunas a serem preenchidas para dar uma maior visibilidade aos registros do processo de trabalho das eCR e o acesso a estas mulheres. O olhar para as questões de saúde mental, álcool e outras drogas muitas vezes pode deixar passar despercebido questões importantes quanto ao autocuidado, à prevenção e ao rastreamento de doenças, como o câncer do colo uterino e o da mama. O discreto registro de informações sobre o pré-natal e a consulta puerperal é um indício de que é preciso avançar no processo de trabalho alusivo ao registro das informações do cotidiano das eCR.

Após analisarmos os registros dos profissionais das eCR, as entrevistas trouxeram as percepções das mulheres sobre os seus processos saúde e doença e os cuidados à sua saúde vivendo em situação de rua. Os seus relatos mostraram o quanto ainda é preciso avançar para atender às suas necessidades.

Percebemos que as mulheres em situação de rua reconhecem as políticas públicas, como a Lei Maria da Penha, para a garantia dos seus direitos no contexto da proteção contra a violência, e os benefícios sociais, como o Programa Bolsa Família.

No contexto da saúde, as entrevistadas consideram que saúde é ter acesso à alimentação, sono, realizar exames e tomar medicamentos e, ainda, reconhecem que estão doentes quando têm sintomas físicos, sendo o serviço hospitalar a primeira opção para conseguir o atendimento necessário à resolução dos sintomas. A UBS é a segunda opção de serviços para o acesso. Embora o critério de entrevistas tenha incluído mulheres que permaneciam em locais com abrangência de eCR e sem equipes, não foi possível identificar nos relatos das mulheres um maior reconhecimento de cuidado pelas eCR. Neste caso, uma hipótese a ser considerada é de que, de igual forma às mulheres em situação de rua são invisíveis, a eCR podem também estar invisíveis aos olhos destas mulheres. Como limitação do estudo, consideramos a ausência de contato com as eCR do território para equiparar as informações obtidas por meio dos relatos das mulheres.

Reforçamos a necessidade de que mesmo a eCR estando presente em determinado local, há que se ter um olhar específico para as mulheres em situação de rua, também reiteramos a necessidade de outros estudos com mapeamentos mais específicos entre o relato das equipes e das mulheres.

Traçarmos estratégias de aprimoramento para o processo de trabalho das eCR faz-se necessário para avançarmos no cuidado à saúde das mulheres em situação de rua. Assim, é possível contribuirmos para ampliar a visibilidade das necessidades destas mulheres, na perspectiva de mudar o reconhecimento do cuidado e construir práticas de saúde mais eficazes que garantam também dignidade e sustentação dos direitos.

## REFERÊNCIAS

1. Mendigo. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Wikimedia [Internet]. 2018. [Acesso em 22 jul. 2018]. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Mendigo>.
2. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. *Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua*. 2008. p. 1-16.
3. Brasil. Presidência da República. 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 União [da] República Federativa do Brasil. (24 dez 2009); Seção 1, 16.
4. Prates SJC, Prates FC, Machado S. Populações em situação de rua: Os processos de exclusão e inclusão precária vivenciada por esse segmento. *Temporalis*, [Internet]. 2012 [Acesso em 31 mar. 2019], 11(22): 191-216. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1387>
5. Adorno RCF, Varanda W. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 2004, 13(1): 56-69.
6. Bauman Z. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Zahar; 2012.
7. Dias ALF, Alves AO, Cunha BEB, Castro BP, Campos JA, Carvalho MCA, et. al. Mulheres em Situação de rua: Trajetórias de Invisibilidade e Exclusão na Construção de Identidades. *Unep*, [Internet]. 2015. [Acesso em 14 jan 2018], (7): 1-15. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/en131.pdf>.
8. Organização das Nações Unidas. Comissão das Nações Unidas para Direitos Humanos. *Relatora da ONU pede solução para pessoas sem teto*. [Internet]. 2016. [Acesso em 24 abr. 2019]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/relatora-da-onu-pede-solucao-para-pessoas-sem-teto/>
9. Cunha JQ, Quiroga J, Novo MP. Elas da Rua: População em Situação de Rua e a Questão de Gênero. In: Cunha JVQ, Rodrigues M, organizadores. *Rua: Aprendendo a Contar*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009, p. 157-67.
10. Minayo MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 72 p.
11. \_\_\_\_\_. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 93 p.
12. Sasse C, Oliveira N. *Invisível nas estatísticas, população de rua demanda políticas públicas integradas*. Agência Senado [Internet]. 2018. [Acesso em 16 fev. 2020]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especial-cidadania-populacao-em-situacao-de-rua>
13. Conselho Nacional do Ministério Público. *Guia de Atuação Ministerial: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua*. Brasília: CNMP; 2015. p. 9.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (21 set. 2017); Seção 1, 48-55.
15. Gomes JDG. *Relatório de pesquisa: Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo*. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2017.

16. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface*, 2004, 8(14): 73-92.
17. Fraga Filho W. *Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX*. São Paulo: Hucitec; Salvador: EDUFBA; 1996.
18. Stoffels MG. *Os Mendigos na Cidade de São Paulo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
19. Escorel S. *Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro. Fiocruz; 1999. 276 p.
20. Natalino MAC. *Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil*. Brasília: IPEA; 2016. p. 1-36.
21. Brasil. *Constituição 1988*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
22. Machado MPM. *As práticas de cuidado produzidas pelas equipes de Consultório na Rua no Distrito Federal: características e desafios*. [Dissertação]. Brasília: Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2017.
23. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (20 set. 1990); Seção 1, 18055.
24. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad. Saúde Pública*, 2014, 30(4): 805-14.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. *Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (5 jun. 2009); Seção 1, 128.
26. Andrade T. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, 2011, 16(12): 4665-74.
27. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Consultório de Rua do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
28. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. *Define as diretrizes e funcionamento das equipes de Consultório na Rua*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (26 jan. 2012); Seção 1, 46.
29. \_\_\_\_\_. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. *Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (26 jan. 2012); Seção 1, 48.
30. Cezimbra L. *Mulheres em situação de rua*. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2001.
31. Prates JC, Prates FC, Machado S. Populações em situação de rua: Os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Temporalis*, 2012, 11(22): 191-216.
32. Dias ALF, Alves AO, Cunha BEB, Castro BP, Campos JA, Carvalho MCA, *et. al.* Mulheres em Situação de rua: Trajetórias de Invisibilidade e Exclusão na Construção de Identidades. *Unep*, [Internet]. 2015. [Acesso em 14 jan. 2018], (7): 1-15. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/en131.pdf>.
33. Rosa AS, Bretas ACP. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface*, 2015, 19(53): 275-85.

34. Brasil. Ministério da Saúde. *Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
35. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
36. Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1995.
37. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 2009, 1(1):1-15.
38. Gil A. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas; 1987.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 76, de 22 janeiro de 2016. *Institui os prazos para o envio da produção da Atenção Básica para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referente às competências de janeiro a dezembro de 2016*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (25 jan. 2016); Seção 1, 35.
40. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5 ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
41. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
42. Nogueira MM, Cezira F, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde soc.*, 2004, 13(3): 44-57.
43. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes; 2003.
44. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 64.
45. Aguilar JM, Ander EGG. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. Petrópolis: Vozes; 1994.
46. Viana ALA, Baptista TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
47. Marks JS. Epidemiology, public health and public policy. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2009. [Acesso em 20 fev. 2020], 6(4): A134. Disponível em: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/oct/09\\_0110.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/oct/09_0110.htm).
48. Secretaria de Políticas para as Mulheres Presidência da República (BR). *Balanco semestral Ligue 180: janeiro a junho/2012*. [Internet]. 2012. [Acesso em 5 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2012/balanco-semestral-ligue-180-2012/view>.
49. \_\_\_\_\_. *Ligue 180*. [Internet]. 2012. [Acesso em 5 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/ligue-180>.
50. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). *Balanco anual: Ligue 180 recebe mais de 92 mil denúncias de violações contra mulheres*. [Internet]. 2018. [Acesso em 5 nov. 2019]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/agosto/balanco-anual-ligue-180-recebe-mais-de-92-mil-denuncias-de-violacoes-contra-mulheres>.
51. Waiselfisz JJ. *Mapa de Violência Contra Mulheres*. [Internet]. 2015. [Acesso em 20 dez. 2018]. Disponível em: [http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/pesquisas-e-publicacoes/mapaviolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/pesquisas-e-publicacoes/mapaviolencia_2015_mulheres.pdf).

52. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. *Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.* Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (8 ago. 2006); Seção 1, 1.
53. \_\_\_\_\_. Código penal, processo penal e Constituição Federal. 4. ed. São Paulo: Saraiva; 2008.
54. Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). *Para ONU, Lei Maria da Penha é uma das mais avançadas do mundo.* [Internet]. 2010. [Acesso em 16 fev. 2020]. Disponível em: <https://ibdfam.jusbrasil.com.br/noticias/2110644/para-onu-lei-maria-da-penha-e-uma-das-mais-avancadas-do-mundo..>
55. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (BR). *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.* Brasília: Presidência da República; 2018.
56. \_\_\_\_\_. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres.* Brasília, SPM; 2011.
57. \_\_\_\_\_. *Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.* [Internet]. 2011. [Acesso em 16 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/pacto/pacto-nacional-lancamento.pdf/view>
58. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013. *Institui o Programa Mulher Segura e Protegida.* Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (30 ago. 2013); Edição Extra, 1.
59. \_\_\_\_\_. Decreto nº 10.112, de 12 de novembro de 2019. *Altera o decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013, para dispor sobre o Programa Mulher Segura e Protegida.* Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (13 nov. 2019); Seção 1, 6.
60. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (BR). *Ouvidoria da Mulher – SPM/PR.* [Internet]. 2018. [Acesso em 16 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/ouvidoria-da-mulher/ouvidoria-da-mulher-spm-pr>
61. \_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 9.980, de 20 de agosto de 2019. *Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança da Secretaria de Governo da Presidência da República e remaneja cargos em comissão e funções de confiança.* Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (21 ago. 2019); Seção 1, 8.
62. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (BR). *Relatório final da IV Conferência Nacional de Políticas Públicas para Mulheres.* [Internet]. 2017. [Acesso em 16 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/4cnpm/assuntos/Documentos/regulamento-interno-caderno-de-propostas-4a-cnpm.pdf>
63. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (BR). *Igualdade no Campo, na Floresta e nas Águas.* [Internet]. 2019. [Acesso em 25 mar. 2019]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/mulheres-do-campo-e-da-floresta>.

64. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
65. Freeman RE. *Strategic management: a stakeholder approach*. Boston: Pitman; 1984.
66. Lopes LE, organizador. *Caderno de atividades- tutor: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de Consultórios na Rua*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014.
67. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR), Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 001/2016. 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. [Internet]. Brasília, 2016. [Acesso em 20 fev. 2020]. Disponível em:  
[http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa\\_familia/nota\\_tecnica/nt\\_conjunta\\_01\\_MDS\\_msaude.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf)
68. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Saúde da População em Situação de Rua*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
69. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. *e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. p. 107.
70. \_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 290 p. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. II).
71. \_\_\_\_\_. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 56 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. I).
72. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel, V, *et al*. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*, 2014; 43(2):476-93.
73. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [Acesso 13 maio 2020], 23(8): 2543-54. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1590/141381232018238.13652016>.
74. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
75. \_\_\_\_\_. *e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. p. 187.
76. \_\_\_\_\_. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Testes Rápidos*. [Internet]. [data desconhecida]. [Acesso em 24 fev. 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/testes-rapidos>.
77. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (BR). SBOC divulga que 52% não fazem exame ginecológico preventivo de câncer. [Internet]. 2018. [Acesso em 24 fev. 2020]. Disponível em: <https://sboc.org.br/noticias/item/1151-sboc-divulga-que-52-nao-fazem-exame-ginecologico-preventivo-de-cancer>.

78. Instituto Nacional de Câncer (BR). *Conceito e Magnitude*. [Internet]. 2020. [Acesso em 12 abr 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/conceito-e-magnitude>
79. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
80. Pereira M, Lunet. N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens.*, 2009, 27(5):963-75.
81. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.132 p.
82. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
83. Araújo AS, Santos AAP, Lúcio IML, Tavares CM, Fidélis EPB. *O Contexto da Gestante na Situação de Rua e Vulnerabilidade: Seu Olhar Sobre o Pré Natal*. *Rev enferm UFPE on line*, 2017, 11(Supl. 10):4103-10.
84. Vieira TS, Rigatto, WR. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 [Acesso 17 maio 2020 May 17], 23 (11): 3481-90. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232018001103481&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018001103481&lng=en).
85. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Tuberculose e Programa Bolsa Família no Brasil, 325–340.
86. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2015*. 20th ed. Geneva: World Health Organization; 2015.
87. Piller RVB. Epidemiologia da tuberculose. *Pulmão*, 2012, 21(1):4-9.
88. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
89. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. *Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua*. 2008. p. 1-16.
90. Villa EA, Pereira MO, Reinaldo MAS, Neves NAP, Viana SMN. Perfil Sociodemográfico de Mulheres em Situação de Rua e a Vulnerabilidade para o Uso de Substâncias Psicoativas. *Rev. Enfermagem*, 2017, 11(Supl. 5):2122-31.
91. Monteiro FKV, Almeida LP. A Exclusão Social de Mulheres Moradoras de Rua: Questões de Gênero e Políticas Sociais. In: Silva PC, organizador. *Territorio(s), género, trabajo y políticas públicas en América Latina*. São Paulo: Provocare, 2017. p. 117-29.
92. Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 2004, 13(1):56-69.

93. Biscotto PR et al. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. *Rev. esc. enferm. USP*, [Internet]. 2016. [Acesso em 24 abr 2020], 50(5): 749-55. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342016000500749&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000500749&lng=pt&nrm=iso).
94. Aristides JL, Lima JVC. Processo Saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e adoecer. *Revista Espaço para a Saúde* [Internet]. 2009. [Acesso 02 out. 2019], 10(2): [cerca de 10p]. Disponível em: [www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo 7.pdf](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo%207.pdf)
95. Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2005, 13(4):576-82.
96. Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, Sabóia VM, Ribeiro CRB, Silva CSSL. Living on the streets: An integrative review about the care for homeless people. *Rev Bras Enferm.*, 2018, 72(1):211-20.
97. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano - Compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes; 1999.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
PARA AS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA**

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, do estudo/pesquisa de mestrado intitulada “Práticas de Cuidado das Equipes de Consultório na Rua para Mulheres que Vivem em Situação de Rua”, conduzida por Márcia Helena Leal, mestranda do Curso de Políticas Públicas em Saúde, orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Fabiana Damásio, e Co orientada por Prof. Mestre Marcelo Pedra Martins Machado na FIOCRUZ/DF.

Este estudo tem por objetivos analisar as práticas das eCR para o cuidado em saúde das mulheres que vivem em situação de rua. Você foi selecionada, por ser mulher, maior que 18 anos, vivendo em situação de rua no Distrito Federal no período da pesquisa, sendo identificada com informante chave desta população.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação não é remunerada nem implicará gastos de qualquer natureza. Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista individual sobre a percepção da mulher em situação de rua sobre saúde e doença.

As questões da entrevista foram elaboradas pela pesquisadora Márcia Helena Leal, que fará também a análise e sistematização das suas respostas para responder à pergunta da pesquisa.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos (ou instituições) participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora.

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável: Márcia Helena Leal. Endereço eletrônico: [mhl\\_ju@hotmail.com](mailto:mhl_ju@hotmail.com) Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília: Endereço Avenida L3 Norte, s/n, Campus Darcy Ribeiro, Gleba A. CEP: 70910-900 – Brasília/DF. Telefone: (61) 3329 4500.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_.

**APÊNDICE B - INSTRUMENTO ORIENTADOR PARA AS ENTREVISTAS COM AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NO DISTRITO FEDERAL**

Entrevistada número:

Local e Data:

1. Qual é sua idade?
2. Qual é sua Raça/ Cor?
3. Qual é a sua escolaridade?
4. Tem algum trabalho?
5. Tem alguma renda mensal?
6. Quanto tempo está vivendo na rua?
7. Tem filhos? Se sim, onde moram?
8. Tem namorado (a) ou companheiro (a)?
9. Quando foi seu último contato com familiares?
10. O que significa saúde para você?
11. Você tem algum problema de saúde? Se sim, qual?
12. Como você percebe que tem um problema de saúde?
13. O que significa cuidado para você?
14. Como você cuida da sua saúde vivendo nas ruas?
15. Qual lugar você procura quando percebe que tem um problema de saúde?