Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva
ISSN: 2675-7591

RELATO DE EXPERIÊNCIA

DESAFIOS NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CHALLENGES IN THE ORGANIZATION OF CARE FOR WOMEN ON THE STREETS: AN EXPERIENCE REPORT

Camila Silva Souza [1]
Thamirys Regina Marinho Sousa [2]

Manuscrito recebido em: 26 de abril de 2022.
Aprovado em: 15 de outubro de 2024.
Publicado em: 24 de abril de 2025.

Resumo
Introdução: As mulheres em situação de rua são minorias entre as pessoas em situação de rua. Ser mulher e morar na rua amplifica estigmas sociais e acentua a violência de gênero, constituindo a rua um ambiente violador para as mulheres. **Objetivo:** refletir sobre os desafios e potencialidades na organização do cuidado à saúde da mulher em situação de rua sob a perspectiva de uma residente de medicina de família e comunidade inserida numa equipe de Consultório na Rua. **Conclusão:** O processo de construção do cuidado em saúde para as mulheres em situação de rua é desafiador para profissionais de saúde e usuárias, quer seja pela falta de políticas públicas que pensem em formas de ofertar e garantir cuidado de qualidade a essa parcela invisibilizada da população, ou pela falta de articulação da rede para promoção de saúde a essas mulheres, ou ainda pelo despreparo de instituições e profissionais de saúde na oferta de cuidado a essas mulheres. Nesse contexto, as equipes de consultório na rua são verdadeiras potências no cuidado a população em situação de rua atuando como porta de entrada para o acesso a ações e serviços públicos essenciais, porém são necessárias ações intersetoriais para resolução das demandas da população em situação de rua, especialmente considerando as questões de gênero que repercutem em inequidades.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua; Saúde da mulher; Assistência integral a saúde.

Abstract
Introduction: Homeless women are a minority among homeless people. Being a woman and living on the street amplifies social stigmas and accentuates gender violence, making the street a violating environment for women. **Objective:** to reflect on the challenges and potential in the organization of health care for homeless women from the perspective of a family and community medicine resident inserted in a team of clinic street. **Conclusion:** The process of building health care for homeless women is challenging for health professionals and users, either because of the lack of public policies that think about ways to offer and guarantee quality care to this invisible portion of the population, or by the lack of articulation of the network for health promotion to these women, or even by the unpreparedness of health institutions and professionals in the provision of care to these women. In this context, the teams of street clinics are true powers in serving the homeless population, acting as a gateway to essential public actions and services, but intersectoral actions are necessary to solve the demands of the homeless population, especially considering gender issues that result in inequities.

Keywords: Homeless Persons; Women's health; Comprehensive health care.

[1] Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Fundação Estatal Saúde da Família. Médica na Fundação Zerrenner.
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0682-0627 E-mail: tarsila_viana@hotmail.com
[2] Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Professora na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7192-2000 E-mail: thamirysrmarinho@gmail.com

INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) é definida como um grupo populacional heterogêneo cujos elementos em comum são a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Além disso, essas pessoas utilizam 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[1].

Em 2009, por meio do decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, foi instituída no Brasil a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, cujos princípios são: igualdade e equidade; respeito à dignidade da pessoa humana; direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e à cidadania; atendimento humanizado e universalizado e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência[2].

Segundo dados da pesquisa nacional sobre a PSR no Brasil, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em 2008, a população em situação de rua é predominantemente masculina (82%); 39,1% das pessoas se declararam pardas e 27,9% se declararam pretas. No que diz respeito à renda, 52,6% recebem entre R$20,00 e R$80,00 semanais[3].

A ausência de um conhecimento sistematizado - quantitativo e qualitativo - sobre a vida de quem vive nas ruas, agregado à cultura do assistencialismo, à invisibilidade, à intolerância, ao preconceito contra o diferente e ao desinteresse estatal, manteve o escopo das ações governamentais apenas no âmbito reativo aos problemas imediatos: albergue, comida e roupa[4].

Para Nardes e Giongo[5], (2021), trabalhar na perspectiva de garantia de direitos sociais ainda é um desafio para os governos e suas redes de atenção. Na maioria das vezes são oferecidos programas marcados pela institucionalização de práticas que visam à retirada dessas pessoas das ruas, oferecendo, entretanto, poucas possibilidades de uma reestruturação de suas vidas.

As Equipes de Consultório na Rua (eCR) surgem na tentativa de romper essa cultura assistencialista, e tiveram suas diretrizes de organização e funcionamento definidas pela portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011[6]. Já os Consultórios na Rua (CnaR) são serviços de saúde instituídos no âmbito da Atenção Básica, cujo cuidado às pessoas em situação de rua tem foco maior na construção da cidadania do que no uso, ou não, de drogas. Como política de saúde, os CnaR expressam uma modificação em relação ao modelo e às práticas centradas no proibicionismo, em que o uso de drogas é entendido como doença, falha moral ou crime.

Ao organizar suas ações tendo a intersetorialidade como diretriz, os CnaR assumem que o setor de saúde por si só é incapaz de lidar com a complexidade do cuidado à PSR que faz ou não uso de drogas, ao mesmo tempo em que se configuram como um dispositivo de gestão e redução de danos e vulnerabilidades no contexto da rua e/ou do uso de drogas. Assim, o papel das eCR quase sempre representa para a PSR a porta de entrada para o acesso a ações e serviços públicos. Ademais, possibilitam construir vínculo, o que se configura elemento essencial para o exercício da cidadania e mitigação das vulnerabilidades sociais. Nisso residem as potencialidades dessas equipes, a saber, o cuidado focado nas singularidades do sujeito, com respeito aos seus direitos, preservando sua dignidade e fortalecendo sua autonomia, tudo isso de forma gratuita, humanizada e com compromisso ético-político.

As PSR em sua maioria pertencem ao sexo masculino, contudo, existe uma parcela crescente constituída por mulheres que, por sua condição de gênero, vivencia a rua de forma muito mais vulnerável. Elas estão expostas a outros tipos de violência, o que aumenta os riscos sociais e acentua as desigualdades e sua invisibilidade[7].

Em um estudo realizado por Leal *et al.*[7], os autores problematizam que as mulheres em situação de rua necessitam de políticas que garantam seus direitos nas suas especificidades e necessidades. Buscou-se reconhecer as políticas públicas que contemplam esse recorte das mulheres em situação de rua por meio de revisão bibliográfica e análise documental das políticas públicas para mulheres instituídas pela Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM-PR), atualmente parte do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Leal *et al*[7] evidenciaram que os conteúdos das políticas públicas para mulheres estão voltados, principalmente, para as necessidades das mulheres que vivem num contexto domiciliar. A autora conclui dizendo: “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 dar visibilidade e reconhecer os direitos básicos destas mulheres até mesmo em políticas específicas para mulheres em situação de vulnerabilidade social”[7].

Bastos e Bertoni[8] (2014) realizaram um levantamento em 112 municípios brasileiros, de portes variados, incluindo todas as capitais, no qual traçou-se o perfil de usuários de crack e similares em cenas de uso no Brasil. As análises indicaram que as mulheres em situação de rua estão inseridas em contextos de maior vulnerabilidade; baixa escolaridade; histórico de violência sexual; uso concomitante e intenso de substâncias psicoativas (SPAs); uso infrequente de preservativos; troca de sexo por dinheiro e/ou drogas, entre outros elementos de vulnerabilidade individual e social.

Em 2017, foi realizado um estudo transversal, na modalidade estudo de caso, no qual foram analisados dados documentais de mulheres pertencentes a uma residência de acolhimento transitório para mulheres em situação de rua, situada na cidade de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil) no período de 2000 a 2012. Além disso, o estudo incluiu entrevistas com 38 mulheres. De acordo com o trabalho, cerca de 45% das mulheres pertenciam à faixa etária de 31 a 50 anos; 57,6% eram solteiras; 61,3% tinham filhos e 64% foram consideradas analfabetas ou tinham somente ensino fundamental incompleto. Verificou-se que 40,2% das mulheres faziam uso de drogas e 67% tinham alguma doença. Destas, 58,0% estavam vivenciando sofrimento mental e 13,1% eram portadoras do vírus HIV. Em relação às razões da saída de casa, 62,7% informaram problemas familiares, enquanto para 34,8% a motivação foram questões econômicas[9].

Morar na rua sendo uma mulher amplia estigmas que são socialmente compartilhados: é a transversalidade de gênero reforçando outras exclusões[4]. As mulheres e adolescentes em situação de rua, comumente, encontram inúmeras barreiras para acessar ações e serviços públicos[10]. É dever do Estado garantir o cuidado à saúde dessas mulheres.

Diante disso, o presente relato de experiência tem como objetivo refletir sobre os desafios e potencialidades na organização do cuidado à saúde da mulher em situação de rua vivenciados pela equipe de Consultório na Rua, a partir da experiência de uma médica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma Residência em Medicina de Família e Comunidade.

RELATO

Este artigo do tipo relato de experiência foi produzido a partir das atividades desenvolvidas durante o período de um mês em uma equipe de Consultório na Rua com a finalidade de estágio eletivo para formação da residência em medicina de família e comunidade. Cabe salientar que, por se tratar de um relato de experiência e não uma pesquisa com seres humanos, não foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, embora tenha se mantido o compromisso ético com os participantes do relato em relação ao sigilo, à autonomia, à beneficência, à não maleficência.

O relato de experiência pode ser descrito como expressão escrita de vivências, capaz de contribuir para a produção de conhecimentos das mais variadas temáticas. Esse gênero textual é um tipo de produção de conhecimento que trata de uma vivência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares da formação universitária (ensino, pesquisa ou extensão)[11].

O campo de atuação deste relato é a Residência Integrada em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família orientada pela Fundação Estatal em Saúde da Família (FESF-SUS), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), implantada em março de 2015. A pós-graduação médica e em área profissional na modalidade residência vem sendo uma aposta importante, não só para qualificar profissionais, mas também os próprios serviços do Sistema Único de Saúde de todo o Brasil, resultando em um grande potencial de indução de mudanças no modelo de atenção à saúde por meio da transformação das práticas de acordo com a realidade dos serviços onde os residentes estão inseridos[12].

A equipe do CnaR do bairro de Itapuã (Salvador, Bahia), a partir de onde se insere a minha atuação, é uma equipe multiprofissional, criada durante a pandemia da Covid-19, para garantir o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde de forma permanente.

Foram implementados novos manejos de cuidado contra a Covid-19, tais como: investigação de síndrome gripal, teste rápido e monitoramento da doença nas pessoas em situação de rua, matriciamento com as Unidades de Acolhimento, ações de

educação em saúde para prevenção contra o coronavírus, campanha de vacinação na rua contra a gripe de influenza H1N1, distribuição de insumos como máscaras e álcool em gel. A equipe é formada pelos seguintes profissionais: 01 motorista; 02 psicólogos; 01 terapeuta ocupacional; 02 redutores de danos; 01 assistente social; 01 professor de educação física; 01 médico; 01 enfermeiro; e 01 auxiliar administrativo, que são aptos a ofertar escuta qualificada e orientação voltada para todas as áreas de interesse do usuário.

O trabalho da eCR é realizado de forma itinerante, pela abrangência do território do distrito sanitário de Itapuã, e as ações ocorrem em pontos que concentram um maior número de PSR. A escolha dos locais para desenvolver as ações passa por um processo de territorialização que se modifica constantemente, tendo apoio de lideranças comunitárias e dos próprios usuários que auxiliam informando sobre as mudanças na dinâmica do território e sinalizando usuários e/ou locais de maior vulnerabilidade. Além disso, a equipe conta com uma base na Unidade de Saúde da Família (USF) Itapuã para realizar atividades de educação permanente, atendimento de saúde e psicossocial, reuniões de equipe, procedimentos (preventivo, aplicação de vacinas, curativos) e atendimento odontológico (realizado pelos profissionais da USF).

A semana padrão da eCR Itapuã dispõe de 12 turnos de trabalho, sendo 02 turnos destinados a atividades de campo no período noturno. Dentro do processo de trabalho da equipe há sempre um encontro semanal para desenvolvimento de atividades de educação permanente que podem ser: reunião de alinhamento com os demais CnaR do município de Salvador, discussão de casos clínicos, treinamentos/capacitações. São descritas como atividades de campo as visitas para acompanhar usuários no território e nos serviços públicos para solução de demandas como: atendimento médico e psicossocial; encaminhamento para a rede especializada na saúde e na assistência social; visita domiciliar; busca ativa; distribuição de insumos (água, preservativos, máscaras, álcool em gel); investigação, acompanhamento e tratamento de doenças infectocontagiosas; acompanhamento de pré-natal e planejamento sexual e reprodutivo, além da regularização do calendário vacinal, administração de medicamentos e curativos.

Durante o período de vivência na equipe CnaR de Itapuã, realizei em conjunto com os profissionais diversos acompanhamentos, tais como: 1. Acompanhamento pré-natal; 2. Planejamento sexual e reprodutivo; 3. Atendimento médico a usuários

com doenças crônicas; 4. Acompanhamento de usuários para acesso a documentação; 5. Encaminhamentos a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); 6. Acompanhamento de saúde da criança; 7. Promoção de estratégias para redução de danos. As atividades foram sistematizadas em diários de campo que serviram de base para sistematização desse relato de experiência.

Cabe ressaltar que, no período em que tive essa experiência, a equipe CnaR Itapuã estava com déficit de profissionais (não havia profissional médico, de enfermagem, e contava apenas com um redutor de danos), o que inviabilizou a realização dos campos noturnos. Realizava-se também, nesse período, uma pesquisa de campo, na modalidade de inquérito populacional com intuito de avaliar as condições de saúde mais prevalentes na PSR, seu perfil epidemiológico e qualidade do seu acesso a serviços públicos (os Centros de Referência em Assistência Social – CRAS, os Centros de Referência Especializados em Assistência Social – CREAS, Centro Pop, Programa Corra pro Abraço, Defensoria Pública do Estado da Bahia – DPE/BA, a Defensoria Pública da União na Bahia, Núcleo de Ações Articuladas para População em Situação de Rua – NUAR, Unidades de Acolhimento, Ministério Público, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Unidade de Pronto Atendimento – UPA, USFs), por meio de entrevistas estruturadas e coleta de material biológico (sangue, escarro e urina para realização de teste de gravidez).

Vivenciar essa experiência sem a presença de um profissional médico de referência me proporcionou estreitar laços com a equipe, assumindo em diversos momentos o papel de médica de referência da equipe, participando ativamente do cuidado aos usuários. A seguir, discutiremos mais detalhadamente algumas das ações realizadas em conjunto com a equipe do CnaR Itapuã no cuidado às mulheres em situação de rua.

- O vínculo como condição essencial para o cuidado

O cuidado à PSR, em especial às mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade, é frequentemente visto como difícil no campo da saúde por ser “complexo”, isto é, por ter como objeto usuárias carentes de tecnologias de cuidado

que nem sempre são habituais nas rotinas de profissionais de saúde e que em sua maioria não se adequam às condutas mais protocolizadas, tornando-se, frequentemente, fontes de frustração para profissionais e equipes de saúde. Estas, não raro, podem relatar uma sensação de fracasso ao conduzir suas ações em cenários adversos, levando, por vezes, ao abandono do caso ou à tomada de medidas puramente prescritivas, reduzindo, assim, as possibilidades de estabelecimento de vínculo e a oferta de cuidado centrado na pessoa[4].

O encontro entre mulheres em situação de rua e/ou usuárias de drogas e profissionais de saúde é desterritorializante para ambos[4]. Todavia, para que haja produção de cuidado em saúde é necessário respeitar, acolher e atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social. O foco deve ser na qualidade da assistência e na resolutividade de seus problemas. Pode-se ainda entender o cuidado em saúde como fruto de uma ação integral que gera efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo[13].

As mulheres em situação de rua nas diferentes etapas do seu ciclo de vida, geralmente, encontram inúmeras barreiras para acessar ações e serviços públicos de saúde. A relação da PSR com os serviços de saúde é sintomática de sua exclusão social. Existe um despreparo profissional e institucional generalizado para lidar com as limitações de autocuidado e auto-organização da vida na rua. Relata-se frequentemente discriminação social por parte de profissionais para com as pessoas que procuram serviços espontaneamente[14].

No âmbito do SUS, gestores e profissionais de saúde precisam estar atentos a essas especificidades, atuando na eliminação dessas barreiras e garantindo o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde[10].

Durante as atividades em campo, foi possível notar que a aproximação das mulheres se dava de forma mais lenta, sempre com muita cautela. Segundo a literatura, não é incomum as mulheres apresentarem algumas estratégias de sobrevivência para fugir das situações de violência, tais como manter relacionamentos como forma de segurança e de amparo, para evitar agressões que poderiam ocorrer mais facilmente se elas estivessem sozinhas e, portanto, mais vulneráveis; vestir-se de forma “masculinizada”, entre outras[14,15]. Ser mulher e estar nas ruas impõe a essas

usuárias a condição de lidarem todos os dias com diversas lutas que envolvem sua saúde mental e a integridade de seus próprios corpos, por serem mulheres e por estarem marginalizadas na sociedade[15]. Essas situações devem ser acompanhadas com muito cuidado pela equipe, que muitas vezes encontra dificuldade de aproximação com essas mulheres por se apresentarem frequentemente apreensivas e com uma atitude de distanciamento.

Sendo assim, as práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe do CnaR devem ter como eixo fundamental a criação de vínculo, por meio do desenvolvimento de atividades pautadas no cuidar de forma empática e no reconhecimento da realidade desse público. A partir da formação do vínculo, deve-se criar espaços onde essa mulher torne-se sujeito de seu próprio cuidado e não mero objeto de intervenção, buscando atender as suas diferentes demandas no sentido de promover um envolvimento efetivo entre profissionais e usuários, na perspectiva de resolução de problemas, com intuito de gerar na usuária o desejo de ser cuidada.[16]

- Ser mulher e viver em situação de rua

A rua em si mostra-se quase sempre como um ambiente violador para as mulheres. Porém, para a população feminina que vive em situação de rua, em algum momento de suas vidas, ela se torna o caminho quando ocorrem situações de violência doméstica aliadas à fragilidade dos vínculos afetivos familiares, que culminam na fuga dessas mulheres para as ruas.

A evasão do domicílio para as ruas não ocorre de forma abrupta, mas geralmente de forma gradativa. São, a princípio, traumas emocionais, seja por um abuso físico ou psicológico na infância ou no decorrer da vida, maus tratos por algum familiar ou pessoa próxima, exploração financeira, intimidação sexual, uso de drogas, condições socioeconômicas extremas, até que não haja outra opção a não ser morar na rua para garantir sua sobrevivência.

As histórias das usuárias assistidas pela equipe CnaR Itapuã sobre o contexto de ida para as ruas eram atravessadas por fragilidade de vínculos familiares, uso de SPAs, e violência doméstica. É imprescindível entender que as causas ou situações que levam as mulheres às ruas são parte de um construto social amplo e desumano, denunciando a ineficiência do Estado e a falta de solidariedade da sociedade[5].

Uma problemática associada ao ser mulher em situação de rua é a dependência de drogas, que é uma condição com consequências severas, pois costuma ser acompanhada de outras problemáticas: a prostituição como única forma de trabalho, o risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o abuso sexual. Diante da vulnerabilidade e do vício, muitas dessas mulheres permitem o abuso de seus corpos em troca de SPAs. Ainda assim, eventual consentimento não deve ser visto como manifestação livre da vontade de realizar o ato, uma vez que a mulher viciada pode não ter condições para tomar decisões racionais[9].

No território assistido pela equipe CnaR Itapuã, havia muitas mulheres em situações semelhantes, com isso havia um investimento em ações que promoviam a redução de danos, como distribuição de preservativos e água nas cenas de uso, buscando aproximar-se dessas mulheres para oferecer cuidados. Por exemplo, realizar testes rápidos, coleta de citopatológico e tratamentos de condições de saúde.

- Gestar em situação de rua

Durante a minha permanência na equipe CnaR Itapuã, havia três gestantes em acompanhamento, que foram por mim assistidas, e serão aqui identificadas com nomes fictícios, para melhor compreensão dos relatos e preservação do sigilo. Dandara tinha uma gestação gemelar, estava em unidade de acolhimento institucional e aceitava realizar o cuidado na USF, bem como os exames da rotina pré-natal.

Maria Lúcia, também com gestação gemelar, tinha diagnóstico de tuberculose pulmonar e uso de SPAs, possuía residência custeada por programas sociais e estava dentro da área de abrangência da USF Itapuã, mas por questão de vínculo mantinha o acompanhamento com a eCR. Ela não aderia às orientações do pré-natal, trabalhava como recicladora e dizia não ter tempo para o cuidado ofertado ainda que na modalidade de visita domiciliar.

Conceição, fazia uso de SPAs, mais frequentemente crack, a princípio não aceitava os cuidados da equipe, mantinha-se distante, sempre em efeito da substância. Somente após forte investimento para criação de vínculo como a comemoração de seu aniversário pela equipe CnaR dentro da cena de uso, a gestante 3 aceitou o cuidado, porém os atendimentos eram realizados em cenas de uso, pois ela mostrava desconforto em permanecer em serviços de saúde.

Para Santos et al[17] (2021), a situação dessas mulheres e de seus bebês denuncia um mal-estar social ancorado nas históricas e desiguais relações de gênero, classe e raça que incidem sobre corpos específicos: mulheres, em sua grande maioria pretas e pobres, cuja história de vida é marcada por violências estruturais e institucionais. Trata-se de mulheres que vivem em um profundo contexto de desamparo e desproteção social, desafiando normas instituídas sobre o que é ser mulher e mãe, provocando respostas do Estado.

Há, ainda, a questão delicada da perda ou a fragilização dos vínculos familiares, especialmente com os filhos. Em muitos casos, essas mulheres precisam se afastar dos filhos ou entregá-los para que outras pessoas os criem, sofrendo a cobrança pelo abandono, tanto por parte da sociedade, quanto por si próprias.[15] No acompanhamento pré-natal, todas as gestantes acompanhadas pela equipe CnaR Itapuã verbalizaram o receio de perder a guarda de seus bebês.

Um outro aspecto delicado no acompanhamento das gestantes em situação de rua é a dificuldade de acesso a exames pré-natal, em especial as ultrassonografias obstétricas pouco disponíveis na rede, com marcações extremamente burocráticas, em horários que não atendem às realidades das gestantes em situação de rua, distantes do território e com medidas punitivas em caso de falta. Devido a essas especificidades, muitas gestantes acabam parindo sem acesso a esse exame complementar, o que dificulta, por exemplo, a datação correta da gestação nas gestantes que não se recordam o dia da última menstruação.

CONCLUSÃO

Construir cuidado em saúde para as mulheres em situação de rua é desafiador, seja pela falta de políticas públicas que pensem em formas de ofertar e garantir cuidado de qualidade a essa parcela invisibilizada da população, ou pela falta de articulação da rede para promover saúde a essas mulheres. Ademais, falta preparo a profissionais e instituições do Estado para lidar com as complexidades do ser mulher em situação de rua.

As mulheres em situação de rua são expostas diariamente aos mais diversos tipos de violências, nas dimensões psíquica e física. É preciso pensar políticas públicas que sejam capazes de modificar a trajetória dessas mulheres na rua, dando amparo social, e possibilidade de construção de suas vidas fora do contexto da rua.

As equipes do CnaR precisam pensar formas de organização do cuidado a saúde das mulheres nessa situação de forma a mitigar os riscos de saúde inerentes ao morar na rua, atuando na prevenção de doenças e na promoção da saúde delas nas diferentes fases do ciclo de vida. É necessário pensar estratégias para fortalecer o planejamento sexual e reprodutivo, ainda incipiente dentro das eCR, dando a essas mulheres mais autonomia sobre seus corpos.

Faz-se necessário uma maior articulação com os demais pontos da rede para ofertar cuidado com qualidade às gestantes em situação de rua, pensando em suas particularidades. O Estado deve ofertar oportunidades reais para que essas mães assumam os cuidados com seus filhos, por meio da garantia do acesso aos direitos básicos do binômio.

Por fim, vale salientar que as eCR são verdadeiras potências no cuidado à PSR, uma vez que atuam como porta de entrada para o acesso a ações e serviços públicos essenciais, a saber, saúde, assistência social e justiça. Entretanto, são necessárias ações intersetoriais para resolver demandas da PSR, especialmente considerando as questões de gênero que repercutem em inequidades.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020. Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos/Conselho Nacional dos Direitos Humanos, 2020.

2. Brasil. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009.Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: v, 2009.

3. Brasil. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua. Brasília: Ministério do desenvolvimento e Combate à fome 2009.

4. Rios AG, Seixas CT, Cruz KT, Slomp Junior H, Merhy EE, Santiago SM. A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: uma cartografia com mulheres em situação de rua. Ciênc. saúde coletiva, 2021; 26(8):3077-3086.

5. Nardes S, Giongo CR. Mulheres em situação de rua: memórias, cotidiano e acesso às políticas públicas. Revista Estudos Feministas, 2021; 29(1): e66011.

6. Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011.Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

7. Leal MH, Damásio F, Machado MPM, Gomes GAP, Rodrigues RB. Mulheres em situação de rua: uma análise das políticas públicas para as mulheres. In: Anais do 14 Congresso Internacional da Rede Unida, 2020 Niterói. Niterói: Rede Unida, 2020.

8. Bastos IPM, Bertoni N (Org.) Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT, 2014.

9. Villa EA, Pereira MO, Reinaldo AMS, Neves NAP, Viana SMN. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de uso de substâncias psicoativas. Rev enferm UFPE on line, 2017; 11(Supl. 5):2122-2131.

10. Brasil. Nota Técnica conjunta MDS/MSaúde N° 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. Brasília: Ministério do desenvolvimento e Combate à fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, 2016.

11. Mussi RFF, Flores FF, Almeida, CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento. Práx educ. 2021; 17(48):60-77.

12. Brasil. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

13. Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004.

14. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. 2 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2018.

15. Silva THC, Jordão LR, Ferreira PL. A Invisibilidade das mulheres em situação de rua e a relativização dos seus direitos. Atâtôt. 2020; 1(2):118-139.

16. Rocha APM, Freitas MYGS, Carvalho DO, Almeida VRS, Nascimento DC, Moura JCV, Silva JMS, Farias RV, Oliveira DR, Dias JS. Processo de trabalho no cuidado em saúde às mulheres em situação de rua. Braz. J. Develop. 2021;7(1):8314-8324.

17. Santos GC, Baptista TWF, Constantino P. “De quem é esse bebê?”: desafios para o direito à maternidade de mulheres em situação de rua. Cad. Saúde Pública. 2021; 37(5):e00269320.