



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO

**A INTERSECIONALIDADE DE GÊNERO E CLASSE NA ATENÇÃO
À SAÚDE: DISCURSO DE PROFISSIONAIS E MULHERES EM
SITUAÇÃO DE RUA**

SÃO CARLOS

2024

DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO

**A INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO E CLASSE NA ATENÇÃO À SAÚDE:
DISCURSO DE PROFISSIONAIS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Trabalho e gestão em saúde em enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Simone Teresinha Protti-Zanatta

SÃO CARLOS

2024

Araújo, Débora Cherchiglia de Moraes

A interseccionalidade de gênero e classe na Atenção à Saúde: Discurso de profissionais e mulheres em situação de rua

129p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos/UFSCar. Área de Concentração: Cuidado e trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Simone Teresinha Protti-Zanatta

1. Pessoas em Situação de Rua; 2. Saúde da Mulher; 3. Interseccionalidade; 4. Análise de Discurso; 5. Atenção à Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Débora Cherchiglia de Moraes Araújo, realizada em 27/02/2024

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Simone Teresinha Protti- Zanatta (UFSCar)

Profa. Dra. Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterero (USP)

Profa. Dra. Giselle Lima de Freitas (UFMG)

Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto (UFSCar)

Dra. Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim (PMS)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem

DEDICATÓRIA

Ao meu grande amor, meu esposo, **Rafael Ferreira Araújo**, que sempre acreditou nos meus sonhos e conquistas, sendo minha maior fonte de força, amor, cuidado e carinho em todos os dias dessa jornada; sempre com uma palavra animadora e a segurança que tudo daria certo! E que nunca mediu esforços para me ajudar em todas as empreitadas da vida com sua serenidade e amor.

À minha amada mãe, **Loange Cherchiglia de Moraes**, que sempre me incentivou a estudar e ir em busca dos meus sonhos. Uma mulher que tenho muito orgulho de ter como mãe, que sempre esteve presente, mesmo que distante fisicamente, com suas palavras de carinho, conforto e resiliência, me apoiando em todas as minhas decisões em todas as fases da minha vida. Obrigada por tudo, mãe!

Ao meu amado pai (*in memoriam*), **Benildo Barbosa de Moraes**, que sempre esteve comigo me incentivando a conquistar meus objetivos, sempre alegre, tornava meus dias mais felizes com seus constantes telefonemas. Sei que onde o senhor estiver, estará muito feliz com essa conquista, pois ela é nossa! E como o senhor sempre falava para todos: “Minha filha vai ser doutora”, agora essa fala orgulhosa se concretiza, meu querido pai!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, fonte de amor e sabedoria, que esteve comigo em todos os momentos iluminado minha existência no decorrer dessa jornada auxiliou e iluminou no decorrer deste caminho

Ao meu grande amor **Rafael Ferreira Araújo**, por sempre me incentivar com carinho, respeito e amor, e por acreditar no meu potencial.

Ao meu amado pai **Benildo Barbosa de Moras** (*in memoriam*), e minha amada mãe **Loange Cherchiglia de Moraes**, pelo amor incondicional e por serem meu refúgio e fortaleza.

Ao meu querido avô (*in memoriam*), **Antônio Moraes**, que transmitiu sua inteligência e valores honradamente, e que sempre se alegrava em saber dos meus passos no doutorado e na vida, e comemorava todas as minhas conquistas.

Aos meus amados sobrinhos, **Elisa, Matheus, Giovana e Henrique**, que sempre me trouxeram alegria nessa jornada, mesmo sem entenderem ao certo o processo, mesmo que por vídeo a maior parte desse trabalho, principalmente com as ligações diária da caçulinha. Amo muito vocês!

As minhas queridas irmãs **Lillian e Lídia**, que sempre me incentivaram com palavras amigas, de conforto e amor. Os passeios, as viagens e uma simples visita tornaram essa jornada mais fácil.

Aos meus **tios e tias, primos e primas, sogros e cunhados** que sempre torceram por mim durante essa caminhada, apoiando o meu propósito.

À professora **Dr^a Simone Teresinha Protti- Zanata**, mais que uma orientadora, tornou-se uma grande amiga pela qual tenho uma imensa admiração, tanto como uma excelente docente e pesquisadora, mas também como uma pessoa incrível que tive o prazer de compartilhar esses anos de estudo, que acreditou no meu propósito e me incentivou na busca dos meus objetivos.

Aos professores membros das bancas do exame de qualificação e da defesa, obrigada pelas importantes contribuições neste trabalho.

A todas as mulheres em situação de rua e profissionais que participaram da pesquisa desenvolvida, agradeço imensamente pela oportunidade oferecida.

À Universidade Federal de São Carlos, pela possibilidade de desenvolvimento dessa pesquisa.

RESUMO

ARAÚJO, D. C. M. **A interseccionalidade de gênero e classe na atenção à saúde: discurso de profissionais e mulheres em situação de rua.** 2024, 129f. Tese de Doutorado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, SP- UFSCar, São Carlos, 2024.

Introdução: O viver em situação de rua representa um grave problema de saúde pública mundial. Ao analisar a problemática de gênero, estudos evidenciam que a mulher em vivência na rua se depara com diversos desafios, entre eles a baixa cobertura de cuidados de saúde, e a escassez de políticas com ênfase na atenção à saúde. **Objetivo:** Analisar os sentidos produzidos por mulheres em situação de rua e profissionais acerca da atenção à saúde desta população. **Método:** Estudo qualitativo; referencial teórico: Interseccionalidade; metodológico: Análise de Discurso de matriz francesa. Foi desenvolvido no Centro Pop e Casa de Acolhimento do município de Araraquara/SP, no período de outubro a dezembro de 2022. Participaram 15 sujeitos, 08 mulheres em situação de rua com pelo menos seis meses de vivência na rua, e 07 profissionais atuantes na rede de atenção às mulheres em situação de rua do município, com pelo menos 6 meses de experiência no cargo; responderam as questões de um roteiro semiestruturado que foram áudio-gravadas, transcritas na íntegra e analisadas com o auxílio do *software* Atlas.Ti versão 23.2.1. **Resultados:** Emergiram três blocos discursivos, “Estar nas ruas não é uma fatalidade, mas sim um processo”, “Desvelando os marcadores: Gênero e Pobreza nos aspectos da saúde”, “Dualidade entre frustração e empatia: o cotidiano dos profissionais na atenção às mulheres em situação de rua”. No primeiro bloco, são apresentados os discursos produzidos pelas mulheres em situação de rua, destaca-se que o viver na rua remete a escuridão, ambiente carregado de sofrimento; além de ser considerado um local de privações de alimentos, sono e repouso, higiene e água, que ocasiona maior suscetibilidade para doenças. Além disso, o interdiscurso da violência e o gênero atravessa a construção ideológica dessas mulheres, sendo mais suscetíveis às Infecções Sexualmente Transmissíveis e outras patologias com maior ênfase nos transtornos mentais. No segundo bloco, são apresentados os sentidos produzidos pelas mulheres em situação de rua acerca intersecção gênero e classe na perspectiva da saúde, o qual é apontado a necessidade de uma olhar mais abrangente essas mulheres na íntegra de suas necessidades, visto a baixa coberturas de exames preventivos de câncer de colo de útero e de mama; a associação de cuidados apenas no ciclo gravídico- puerperal, além do interdiscurso do uso de drogas interpelado pelas doenças mentais. No terceiro bloco, é evidenciado os sentidos produzidos pelos profissionais,

evidenciam que o trabalho direcionado às mulheres em situação de rua é desafiador, mas ao mesmo tempo interessante. Apesar das ações direcionadas à saúde da mulher serem de cunho imediatista, os profissionais se preocupam com a saúde dessas mulheres, e enfatizam a necessidade de melhorias na articulação entre os serviços de saúde e de assistência social, além de ressaltarem que a implantação das Equipes de Consultório na Rua é necessária.

Conclusão: Diante do exposto, salientamos a ampliação do olhar dos gestores federais, estaduais e municipais às mulheres em situação de rua, pois apesar de serem em menor quantitativo, apresentam diversas necessidades de saúde que necessitam ser vistas na íntegra de suas necessidades.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Saúde da Mulher; Interseccionalidade; Análise de Discurso; Atenção à Saúde.

ABSTRACT

ARAÚJO, D. C. M. **The intersectionality of gender and class in health care: discourse of professionals and homeless women.** 2024, 129f. PhD Dissertation – Graduate Program in Nursing. Federal University of São Carlos, SP, UFSCar, São Carlos, 2024.

Introduction: Homelessness represents a serious global public health problem. When analyzing gender issues, studies show that women living on the streets are faced with several challenges, including low health care coverage and the scarcity of policies with an emphasis on health care. **Objective:** To analyze the meanings produced by homeless women and professionals regarding health care for this population. **Methods:** Qualitative study; theoretical framework: Intersectionality; methodology: French-based Discourse Analysis. It was developed at the Centro Pop and Casa de Acolhimento in the municipality of Arararaquara, São Paulo, from October to December 2022. 15 subjects participated, 08 women living on the streets for at least six months; and 07 professionals working in the care network for homeless women in the municipality, with at least 6 months of experience in the position answered the questions in a semi-structured script that were audio-recorded, transcribed in full and analyzed with the help of the Atlas.Ti software version 23.2.1. **Results:** Three discursive blocks emerged, “Being on the streets is not a fatality, but a process”, “Unveiling the markers: Gender and Poverty in health aspects”, “Duality between frustration and empathy: the daily life of professionals in caring for homeless women”. In the first block, the discourses produced by homeless women are presented, highlighting that living on the streets refers to darkness, an environment full of suffering; in addition to being considered a place of deprivation of food, sleep and rest, hygiene and water, which causes greater susceptibility to diseases. Furthermore, the interdiscourse of violence and gender permeates the ideological construction of these women, being more susceptible to Sexually Transmitted Infections and other pathologies with greater emphasis on mental disorders. In the second block, the meanings produced by homeless women about the intersection of gender and class from a health perspective are presented, highlight the need for a more comprehensive look at these women in full of their needs, given the low coverage of preventive exams for cervical and breast cancer; the association of care only being given during the pregnancy-puerperal cycle, in addition to the interdiscourse of drug use interpellated by mental illnesses. In the third block, the meanings produced by professionals

are presented, showing that the work aimed at homeless women is challenging but at the same time interesting. Despite the actions aimed at women's health being of an immediate nature, professionals are concerned about the health of these women, and emphasize the need for improvements in the coordination between health and social assistance services, in addition to highlighting that the The implementation of Street Clinic Teams is necessary. **Conclusion:** In view of the above, we highlight the need of expanding the perspective of federal, state and municipal managers towards homeless women, as, despite being fewer in number, they have different health needs that need to be seen in full.

Key words: Homeless Persons; Women's Health; Intersectionality; Discourse Analysis; Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados sociodemográficos das entrevistas com mulheres em situação de rua	46
Quadro 2 - Dados sociodemográficos das entrevistas com os profissionais das equipes	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção básica

ACS - Agentes comunitários de saúde

AD - Análise do Discurso

ASM- Ambulatório de atenção integral à mulher

CA - Câncer

CADÚNICO - Cadastro único

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS/AD - Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas

CATRUUA - Centros de Apoio ao Trabalhador em Situação de Rua

CENTROS POP – Centros de referência especializada para a população em situação de rua

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CER - Centro de Reabilitação

CCU - Câncer de Colo de Útero

CMS - Centro Municipal de Saúde

CMRA - Centro Municipal de Reabilitação Do Autismo

CNAB - Coordenação Nacional de Atenção Básica

CNAR - Consultório na rua

CRASMA- A- Centro de Referência de Saúde Mental do Adulto de Araraquara

CRIA - Centro de Referência do Idoso de Araraquara

CRM - Centro de Referência da Mulher

COVID-19 - Coronavírus 2019

DOC – Documento de word

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DCT - Doenças Crônicas Transmissíveis

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRS - Departamento Regional de Saúde

ECM - Exame Clínico das Mamas

ECNRA - Equipes de Consultório na Rua

ESF - Estratégia Saúde da Família

ETHOS - European Typology of Homelessness and Housing Exclusion

EUA - Estados Unidos da América

FF - Ficha Família

FS - Formações Discursivas

HEARTH - Homeless Emergency Assistance and Rapid Transition to Housing

HPV - Papiloma Vírus Humano

HUDU-EUA - Departamento de Habitação e Desenvolvimento Urbano dos Estados Unidos da América

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HU - Unidades Hermenêuticas

INCA - Instituto Nacional de Câncer

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ISTS - Infecções Sexualmente Transmissíveis

MDHC - Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania

MMG - Mamografia

ONU - Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PIIS - Programa de Incentivo à Inclusão Social

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PNPSR - Política Nacional para a População em Situação de Rua

PRS - População em Situação de Rua

PNTCOPRUA - Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua

PSE - Proteção Especial Social

RAPS - Redes de Atenção Psicossocial

SESA- Serviço Especial de Saúde de Araraquara

SMAD - Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TAB - Transtorno Afetivo Bipolar

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica De Saúde

UE - União Europeia

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

UFSCAR - Universidade Federal De São Carlos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA..	17
1.2 A MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 A INTERSECCIONALIDADE	26
2.2 INTERSECÇÃO GÊNERO, CLASSE E SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	29
3 JUSTIFICATIVA	32
4 OBJETIVOS	34
4.1 OBJETIVO GERAL	34
5 PERCURSO METODOLÓGICO	35
5.1 TIPO DE ESTUDO	35
5.2 LOCAL DO ESTUDO	37
5.2.1 A Rede de Assistência à Saúde de Araraquara/SP	37
5.2.2 Rede de Assistência à População em Situação de Rua de Araraquara/SP	38
5.3 SUJEITO DO ESTUDO	41
5.4 PROCEDIMENTOS PARA GERAÇÃO DE DADOS	41
5.4.1 Coleta e análise dos dados	41
5.4.2 Tratamento dos dados: utilização do Software Atlas. ti 2.3.	42
5.4.3 Organização e apresentação dos dados	43
5.4.4 Dispositivos Analíticos	44
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	44
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	46
6.2 CONDIÇÕES GERAIS DE PRODUÇÃO	49
6.2.1 Condições de Produção Restritas- Mulheres em situação de rua	51
6.3 DA CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS À ANÁLISE DOS FRAGMENTOS DISCURSIVOS	54
6.3.1 Bloco Discursivo 1: “Estar nas ruas não é uma fatalidade, mas sim um processo”	54
6.3.2 Bloco Discursivo 2: Desvelando os marcadores: Gênero e Pobreza nos aspectos da saúde	70

6.3.3 Bloco Discursivo 3: A dualidade entre frustração e empatia: o cotidiano dos profissionais na atenção às mulheres em situação de rua.....	86
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICES.....	115
APÊNDICE A- Roteiro de Entrevistas Disparadoras.....	115
APÊNDICE B- Termo de Constimento Livre e Esclarecido.....	117
ANEXOS.....	115
ANEXO A- Comitê de Ética e Pesquisa UFSCar.....	124
ANEXO B - Carta de Anuência da Secretaria de Assistência Social.....	128
ANEXO C- Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde.....	129

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O viver em situação de rua representa um grave problema de saúde pública mundial devido à exposição a vários fatores socioeconômicos e de saúde (Paiva; Guimarães, 2016; van Donegan et al, 2019).

Segundo o Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, a População em Situação de Rua (PSR) é representada por um grupo de pessoas de diferentes raças/cor, etnias, gêneros, faixas etárias, apresentam em comum a pobreza extrema, vínculos familiares comprometidos ou já interrompidos e a falta de uma moradia digna, encontrando nas ruas um espaço como moradia, sobrevivência e subsistência, seja de maneira definitiva ou de maneira temporária por meio da utilização dos equipamentos de acolhimento de proteção social (Brasil, 2009a).

As terminologias para classificar as pessoas que vivem na rua são diversificadas e podem ser denominadas como *clochard*, *homeless*, sem-abrigo, sem-teto, sem-domicílio fixo, morador de rua, pessoa em situação de rua (Schuch et al., 2008). O nome utilizado pode variar de acordo com o país e contexto sócio-histórico do processo de rualização (van Dongen, et al.; 2019).

Segundo as diretrizes da Organização das Nações Unidas (ONU), a palavra “homelessness”, em inglês, faz referência a indivíduos que não possuem uma moradia, indivíduos excluídos da sociedade em relação à apropriação de bens financeiros e sociais, ou seja, não pertencimento a lugar algum. Já no idioma francês, a PSR é classificada como, “*domicile fixe*” ou “*sans-abrisme*”, ou seja, indivíduo sem abrigo fixo ou em transitoriedade; enquanto no idioma espanhol são utilizadas as expressões “*sin hogar*”, “*sin techo*”, “*en situación de calle*” ou “*poblaciones callejeras*”, para definir esse grupo (ONU, 2015a).

A definição “homelessness” foi adotada por muitos países desenvolvidos como, por exemplo, na União Europeia (UE) que caracterizam a PSR de uma maneira diferente, pois apesar de reconhecer que estas são as pessoas que vivem na rua, utilizam a nomenclatura de European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS) e caracterizam-nas de formas distintas; diferenciando-as em quatro categorias: (1) sem-teto (pessoas que vivem na rua), (2) sem-abrigo (caracterizadas as pessoas que vivem em alojamentos sociais); (3) moradia precária (pessoas que residem temporariamente com familiares/amigos, vivendo sob ameaça de violência); e (4) moradia inadequada (pessoas que vivem em extrema superlotação,

moradia inadequada) abrigo (Feantsa, 2012).

Salienta-se que independente da classificação adquirida pelos países, historicamente, a presença da pobreza, da mendicância e da marginalização já se configuravam desde as sociedades pré-industriais dos séculos XIV e XV, na Europa Ocidental, por uma parcela da população excluída da sociedade, originária dos desfechos do capitalismo; ocasionando assim, o aumento de pessoas desempregadas e consequente aumento da mendicância. Esse contexto culminou na formação de novas classes econômicas e sociais e os indivíduos excluídos da sociedade encontraram na rua um espaço para sua subsistência (Costa, 1989; Castell, 1997).

No Brasil, o processo de rualização iniciou-se no período colonial, no qual as pessoas libertas no final da escravatura encontraram obstáculos e impedimentos para se inserirem na sociedade. Diante disso, a busca pela sobrevivência e subsistência se deu por meio da mendicância e marginalização em meio a um sistema opressor viabilizando as iniquidades sociais (Costa, 1989).

Destaca-se que, nesse contexto, a Corte Portuguesa, no século XIX, construiu políticas de sanitização e higienização da cidade do Rio de Janeiro, na época, a principal cidade comercializadora e geradora de empregos. A estratégia do Estado moderno de higienização das cidades defendeu a construção do indivíduo burguês, enquanto as demais populações classificadas como inferiores – como os escravos libertos, os mendigos, os loucos, dentre outros – foram excluídos das políticas médico-higienistas, e, a partir desse momento, a população de rua se tornou um problema de saúde pública no Brasil (Costa, 1989).

Cabe ressaltar que na última década houve um aumento significativo da PSR. Este crescimento pode estar relacionado ao avanço tecnológico, à globalização, além da Pandemia do novo coronavírus 2019 (COVID-19), os quais contribuíram com as divergências sociais e econômicas, levando ao maior número de pessoas desempregadas e em condições de vulnerabilidade (Casallas-Murilo, 2017; Nunes; Sousa, 2020). Apesar da alta concentração de pessoas em vivência nas ruas nos grandes centros urbanos, há dificuldade em quantificá-las, tanto no Brasil, quanto em escala mundial (ONU, 2015a). Segundo levantamento realizado nos EUA, estima-se que 2,3 a 3,5 milhões de pessoas se toram moradores de rua anualmente, de acordo com um levantamento realizado nos últimos dez dias do mês de janeiro. No Brasil, dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) apontam um crescimento de 211% entre 2012 a 2022 em uma década. Isso significa que a população de rua cresceu mais do que a população em geral, cujo crescimento foi de 11% entre os anos de 2011 a 2021. O instituto ainda destaca que o crescimento foi mais expressivo entre os anos de 2019 a 2022, ultrapassando 281 mil pessoas nessa situação após a pandemia de Covid-19 (IPEA, 2023;

SÃO PAULO, 2021; USA, 2023).

O relatório anual do Departamento de Habitação e Desenvolvimento Urbano dos EUA (HUDU- EUA) apontou que aproximadamente 665.000 pessoas vivem em situação de rua nos Estados Unidos, apresentando um aumento de 12% entre os anos de 2022 a 2023, sendo estimado que seis entre 10 pessoas nessa situação pernoitam em equipamentos de proteção social. As mulheres representam aproximadamente 40% da população sem-abrigo (USA, 2023).

No Brasil, um levantamento realizado pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) apontou que, em 2023, havia 221.113 pessoas em situação de rua inscritas no Cadastro Único (CadÚnico) para Programas Sociais. Isso significa uma pessoa em condição de rua para cada 1.000 habitantes, com maior prevalência na região Sudeste do país, destaque para o estado de São Paulo com 95.195 pessoas vivendo na rua, representando 40% das PSR do país (Brasil, 2023a).

O estudo apontou ainda que a maioria é representada por pessoas pardas (50,48%), seguidas por brancas (31,09 %), pretas (17,74%), amarelas (0,46%) e indígenas (0,2%), sendo (87,51%) representadas predominantemente pelo sexo masculino, além da maior proporção de PSR serem alfabetizados (Brasil, 2023a).

Destaca-se que, apesar da predominância do sexo masculino na PSR, é crescente o número de mulheres que vivenciam esta realidade, sendo estimado que 12,49% da PSR em âmbito nacional, é composta pelo sexo feminino (Brasil, 2023). Além disso, as pesquisas acerca da atenção à saúde da mulher em situação de rua são escassas, pois os estudos direcionados à PSR englobam esse grupo como todo, com sua heterogeneidade, com pouca ênfase na atenção ao sexo feminino, fato que tem ocasionado um retrato oculto do contexto da vivência e cuidados direcionados a essas mulheres (Andermann et al., 2021; Nardes; Giongo, 2021; Rodrigues- Moreno et al., 2021).

Na vertente da saúde, estudos revelam que as pessoas em condição de rua são mais afetadas por doenças psicofisiológicas, doenças decorrentes do uso de substâncias e doenças crônicas em escala desproporcional as populações que possuem residência fixa (Lewer et al., 2019; van Donegan et al, 2019).

Na tentativa de reverter esse cenário, o Brasil tem avançado no sentido de incentivar a implementação de políticas públicas e programas direcionados aos indivíduos em situação de rua em consonância com as diretrizes da Atenção Básica (AB) (Brasil, 2011).

Em 2005, foi instituída a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que propiciou benefícios e serviços direcionados ao enfrentamento da exclusão social das pessoas

em situação de vulnerabilidade, com ênfase principal de atuação em pessoas vulnerabilizadas pela situação de pobreza e estigmatizadas pela sociedade. Além disso, essa política direciona a proteção social especial à PSR, por meio da oferta dos serviços de abrigo aos indivíduos, entre outras atribuições (Brasil, 2005).

Diante das preocupações em combater a pobreza e as iniquidades sociais, em 2009, o governo federal promulgou o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), o qual enfatiza o atendimento humanizado, seguindo os princípios da igualdade, equidade e universalidade, e atendimento nos Centros de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centros Pop), Equipe de Consultório na Rua (eCnRa) e Casas de abrigo (Brasil, 2009a).

Para que a PNPR fosse executada no âmbito da assistência em saúde, foi criado o Consultório na Rua (CnR), uma modalidade de cuidado vinculada à Coordenação Nacional de Saúde Mental, baseada no Plano Nacional de Combate ao Crack. No entanto, a promulgação da Portaria nº 122, de janeiro de 2011, definiu as diretrizes de organização e funcionamento das eCnRa. Esse modelo se torna uma modalidade vinculada à Coordenação Nacional de Atenção Básica (CNAB), com objetivo de abordar as diferentes demandas e necessidades de saúde decorrentes da PSR (Brasil, 2011).

Vale destacar que as eCnR caracterizam-se como uma ampliação de acesso às pessoas vivendo na rua, ao ofertar *in locu* a atenção integral por meio de atividades de forma itinerante e se necessário a utilização de outros espaços de atendimento a exemplo das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O CnR é composto por uma equipe multiprofissional, que desempenham um cuidado compartilhado e integrado com a AB, promovendo a articulação da rede de assistência, atuando como um elo entre a PSR e os diversos serviços sociais e de saúde (Brasil, 2011).

Já as eCnR são classificadas em modalidades I, II e III, conforme a categoria dos profissionais atuantes. A modalidade I é constituída por uma equipe de, pelo menos, quatro profissionais, entre os quais devem ser obrigatoriamente formada por dois profissionais entre enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; e dois profissionais dentre agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação.

Na modalidade II a equipe deve conter no mínimo seis profissionais, dos quais três deverão ser obrigatoriamente profissionais enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; e os outros três por profissionais entre agente social, técnico ou

auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação, enquanto que a modalidade III apresenta a mesma composição da modalidade II acrescida do profissional médico.

As eCnaR podem atuar em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana, tendo como parâmetro uma equipe de Consultório na Rua para cada oitenta a mil pessoas em situação de rua. Além disso, essas equipes poderão ser formadas pelos seguintes profissionais: assistente social, psicólogo; terapeuta ocupacional, enfermeiro; técnico ou auxiliar de enfermagem; cirurgião-dentista; técnico ou auxiliar em saúde bucal; médico; profissional/professor de educação física; profissional com formação em arte e educação; agente social e agentes comunitários de saúde (Brasil, 2011).

Cabe destacar que muitos municípios brasileiros não possuem equipes de consultório na rua implementadas, mesmo que apresentem a todos os requisitos mínimos para a formação das eCnaR no intuito de melhorar o acesso, a adesão e o tratamento da PSR em relação aos serviços de saúde, visto que o CnaR funciona como um elo de comunicação com as equipes de saúde (Vale, 2019; Viegas et al., 2021).

1.2 A MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA

As mulheres em situação de rua são caracterizadas como frágeis, com vínculos familiares fragilizados e/ou interrompidos e dependem de auxílio social para sustento, higiene e repouso, sem comprometimento com seus direitos e deveres como cidadãs (Nardes; Giongo, 2021).

Estudos evidenciam que os principais motivos que levam as mulheres a viverem em situação de rua são os conflitos familiares, seguidos do uso abusivo de álcool e drogadição, questões econômicas, adoecimento, com destaque para as doenças mentais (Brasil, 2023; Villa et. al., 2017).

Quando analisada a problemática de gênero, nota-se que a mulher em situação de rua se depara com diversos desafios e sofrimentos mais intensos que o sexo masculino, principalmente devido às variadas vertentes de violência que sofrem diariamente, tais como situações de assédio moral, físico, psicológico, sendo em maior proporção o abuso sexual que acarreta uma exposição a doenças infectocontagiosas e gravidez (Biscotto et al, 2016; Souza et al., 2016).

O estudo realizado por Richwin e Zanello (2023) com nove mulheres em situação de rua em uma capital brasileira não revelada apontou que a violência foi a mais relatada entre as

participantes e esta foi vivenciada, na maioria das vezes, desde a infância. Soma-se a isto 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, que subsiste na realidade social das ruas.

Em consonância, Biscotto et al. (2016) apontaram em pesquisa realizada com as mulheres em situação de rua na capital paulista que estas convivem com a violência física e psicológica, com a drogas ilícitas e lícitas, apresentam vontade de ter uma moradia e poder cuidar dignamente de seus filhos, além de enfatizar que o profissional da enfermagem e demais profissionais da saúde têm um papel fundamental no auxílio destes indivíduos, no que diz respeito à saúde.

Nesse contexto, grande parcela dessas mulheres vivencia variados tipos de violência e a maioria não recorre aos serviços de proteção à mulher vítima de violência, mesmo quando orientadas pelos profissionais de saúde e de assistência social acerca das leis existentes para sua proteção como, por exemplo, a Lei nº 11.340, de agosto de 2006, denominada Lei Maria da Penha, lei precursora que possibilitou a criação de mecanismos para coibir a violência contra a mulher ao se tornar crime e sentenciar as maneiras de evitar e punir o agressor (Brasil, 2006).

Cabe mencionar que a Lei nº 15.550, promulgada em abril de 2023, propiciou alterações na Lei Maria da Penha com o intuito de proferir o caráter mais protetivo à mulher vítima de violência ao enfatizar a proteção contra todas as formas de violência no contexto das relações domésticas, familiares e sexuais. Estas devem ser reconhecidas como violências de gênero, ou seja, ações direcionadas ao gênero feminino, além de não possibilitar mais a frequente invocação dos agressores que, muitas vezes, utilizavam da distorção da violência de gênero não comprovada por concreto (Brasil 2023b).

O sentimento de medo das mulheres que vivem na rua é constante, pois além do cuidado e proteção do próprio corpo contra o abuso sexual (Richwin; Zanello, 2023) há também a preocupação no cuidado dos filhos, revelando que a maternidade as obriga a enfrentarem desafios diários (Tiene, 2004). Diante disso, muitas se tornam profissionais do sexo, utilizando a prática sexual como meio de subsistência e ao mesmo tempo de sobrevivência, pois na maioria das vezes, para se sentirem seguras, realizam troca de favores sexuais no intuito de obter proteção de seus parceiros (Biscotto, et al.; 2016; Riley et al., 2020; Rosa; Bretas, 2015).

Além da prostituição, as mulheres em situação de rua desenvolvem outras atividades para obtenção de renda, a maioria informal com destaque para coleta de materiais recicláveis,

flanelinhas e vigias de carros. Já as que desempenham atividades com carteira assinada são exceção, sendo a profissão de doméstica a mais habitual. Para estas mulheres, o trabalho configura-se como a construção ou reconstrução da própria identidade, a possibilidade de melhorar as condições de vida e recuperar a autoestima (Nardes; Giongo, 2021).

Outro fator que atinge a saúde das mulheres em situação de rua é a dificuldade de autocuidado, o que pode acarretar a perda da autoestima, tendo como agravantes a escassez de privacidade e de condições básicas para higienização na rua (Nardes; Giongo, 2021; Nunes; Souza, 2020).

Além disso, estudos evidenciam a baixa procura por cuidados de saúde, além da falta de adesão a tratamentos de diferentes doenças que são acometidas por viverem em um ambiente de exposição e vulnerabilidade (Brito; Silva, 2022).

Na intenção de reverter esse cenário, a luta pelos direitos femininos no Brasil iniciou-se com os movimentos feministas no século XX. Assim, a partir da busca por reconhecimento, não só para as diferenças entre gêneros, as mulheres reivindicaram principalmente os direitos à saúde e combate à violência contra a mulher, e com esse intuito muitos programas e políticas públicas foram implementadas para melhorar os determinantes sociais e de saúde direcionados ao sexo feminino (Brasil, 2004; Crenshaw, 2004; Davis, 2016).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, foi considerado um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil, com o objetivo de garantir a todas as mulheres, em todas as fases do ciclo vital feminino, o acesso à saúde nos diversos níveis de assistência (Brasil, 1984). Cabe lembrar que antes da implementação desse programa, os cuidados à saúde da mulher eram direcionados ao pré-natal e nascimento.

Diante desse contexto, apesar da criação do PAISM, ainda havia muita desigualdade nos atendimentos referente à integralidade dos cuidados desenvolvidos, além de não abranger determinados grupos de mulheres como as mulheres em situação de vulnerabilidade, ainda desprovidas de muitos direitos. Nesse sentido, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com o objetivo de ampliar as necessidades às mulheres em diferentes fases do ciclo vital, abrangendo mulheres negras, com deficiência, indígenas, privadas de liberdade, trabalhadoras rurais e urbanas e de diferentes orientações sexuais, contemplando questões ligadas às relações de gênero (Brasil, 2004).

Chama atenção o fato de que as mulheres em situação de rua não foram incluídas nestes grupos prioritários na atenção à saúde, pois ainda faltam ações sociopolíticas e de saúde efetivas que sejam direcionadas a esta parcela populacional para que suas necessidades sejam acolhidas integralmente.

Diante disso, é importante ressaltar que os cuidados devem ser realizados de forma universal e igualitária, seguindo os princípios do SUS, incluindo as mulheres em situação de rua, em todos os serviços de saúde com ênfase na AB, com destaque para a atuação dos profissionais das eCnaR nos municípios que tiverem essa modalidade, especificamente a que compõem o profissional médico e enfermeiro, profissionais esse que têm entre suas atribuições direcionadas ao cuidado à saúde da mulher, o acompanhamento e realização de busca ativa das gestante em situação de rua, os cuidados as gestantes portadoras de sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV), portadoras de tuberculose, diabetes, hipertensão, transtornos mentais e os cuidados as usuárias de drogas lícitas e ilícitas, com ênfase nas estratégias de prevenção e tratamento (Brasil, 2009b).

É importante destacar que o acesso ao atendimento humanizado e aos serviços de saúde, devem abordar diversos aspectos que perpassam a questão da saúde da PSR. Nesse sentido, há grandes obstáculos para minimizar essa problemática, visto que o tratamento dos pacientes nessa situação de vulnerabilidade é mais complexo e com maior custo financeiro, pois demanda de maiores ações de cuidado, de apoio de profissionais qualificados e de instituições de saúde estruturadas, em comparação à população em geral (Lewer et al., 2019; van Donegan et al, 2019).

No entanto, estudos revelam a importância de compreender a análise interseccional entre o gênero e classe social na atenção à saúde das mulheres em situação de rua, além de enfatizar a necessidade dos profissionais de saúde a implementarem ações estratégicas objetivando a redução de danos e melhorias nas condições de saúde da PSR. Diante do contexto apresentado, a vertente do gênero deve ser considerada um importante fator a ser estudado, dado a escassez de estudos relacionados à temática (Biscotto et al, 2016; Nardes; Giongo, 2021).

Sabe-se que as mulheres em situação de rua necessitam de cuidados de saúde específicos, com uma rede de serviços articulados, somada ao preparo dos profissionais de saúde para garantir a assistência adequada às necessidades desta população buscando o fortalecimento do vínculo, do acolhimento e do cuidado humanizado (Nardes; Giongo, 2021).

Os estudos realizados envolvendo esta temática enfatizam a necessidade de novas investigações, pois trata-se de uma população invisível, que sofre discriminação e vive em situação de vulnerabilidade. Além de evidenciarem a escassez de políticas e programas com ênfase nos cuidados de saúde, também revelam pouco enfoque nos direitos reconhecidos e assegurados das mulheres em situação de rua (Biscotto, et al; 2016; Nardes; Giongo, 2021).

Diante disso, é preciso pensar que cada um/a de nós é atravessado/a por inúmeros

marcadores sociais, raça, classe, geração, identidade de gênero, sexualidade, entre outros, que nos colocam em diferentes posições sociais e orientam nossas reivindicações diante do que acreditamos ser necessário em uma sociedade.

Nesse sentido, atravessada por diversos sentimentos e impulsionada por leituras e vivência com mulheres em situação de rua, veio a motivação para realizar este estudo. Acreditamos que dar o espaço de fala e escuta tanto para as mulheres em situação de rua, quanto para os profissionais que atuam diretamente no cuidado a essas mulheres possa ser o ponto de partida para o reconhecimento das prioridades no planejamento das ações governamentais, em todas as esferas, bem como descortinar uma realidade pouco falada, pouco discutida e refletida pelos gestores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta investigação, nos amparamos no referencial teórico da Interseccionalidade proposto por Kimberlé Crenshaw. A interseccionalidade nasceu no final da década de 1980, a partir do movimento realizado pelas mulheres às opressões de gênero, raça e classe que vivenciavam por meio de suas organizações enquanto feministas negras.

A pesquisa interseccional tem como principal desafio a produção de saberes que, ao discutirem as lógicas de opressão, gênero, classe e raça, buscam contribuir na luta contra essas opressões (Collins, Sirma; 2021; Davis, 2016; Henning, 2015).

Assim, entendemos que o referencial teórico proposto vem ao encontro do objeto de estudo em questão e amparou a análise teórica dos dados.

2.1 A INTERSECCIONALIDADE

A construção histórica do feminismo por meio da luta das mulheres em busca de seus direitos sociopolítico e ideológicos, ao longo dos séculos XX e XXI, contribuiu para a difusão do conceito de interseccionalidade, principalmente ao denunciar os sistemas de opressão racial e desigualdades dentro das próprias correntes feministas (Henning, 2015).

Destaca-se que nas décadas de 1960 a 1970, havia discrepantes problemas nos Estados Unidos da América (EUA) em relação aos contextos sócio, histórico e estrutural. Diante disso, a interseccionalidade ganhou espaço e ativistas iniciaram os questionamentos acerca do “lugar” das mulheres negras na sociedade. Desta forma, ativistas negras estadunidenses, buscaram a mudança de paradigmas relacionados ao trabalho, à educação, ao emprego e à saúde, visto que as lutas sociais e os movimentos feministas antirracistas privilegiavam determinada categoria analítica em detrimento de outra, por exemplo, o gênero foi elencado como categoria importante dos movimentos feministas (Collins, Sirma; 2021. p.22; Crenshaw, 2002, p.178, Davis, 2016; Henning, 2015).

O termo interseccionalidade passou a ser amplamente difundido após ser pronunciado pela primeira vez pela jurista norte-americana Kimberlé Crenshaw, em 1989, ao lutar contra a política discriminatória contra mulheres negras de uma empresa norte-americana. Este movimento contribuiu para a criação de leis antidiscriminatórias e teorias antirracistas (Collins, Sirma; 2021. p.18-19; Crenshaw; 2004).

No entanto, o conceito de interseccionalidade não é novo, pois foi mencionado em

outros momentos históricos, como na Convenção das Mulheres em Akron, Ohio nos Estados Unidos, no qual Sojourner Truth, escrava liberta, discursou sobre os desafios enfrentados pelas mulheres negras, referenciando a intersecção entre gênero e etnia/raça em 1851 e Savitribai Phule (1831-1897) que apesar de não receber essa denominação, a interseccionalidade foi abordada por este ativista social como ferramenta na luta pela ideologia anticastas e os direitos das mulheres indianas, neste caso, seu ativismo político social estava atrelado à categoria da divisão social, casta, gênero, religião e classes (Sarma, 2015).

Já Crenshaw traz o conceito de interseccionalidade ao evidenciar as consequências da interação entre duas ou mais categorias de subordinação, na tentativa de apontar que ações no contexto sociopolítico podem ocasionar opressões e subordinações e aumentar assim, as divergências entre as vertentes de gênero, raça/cor e desigualdades sociais (Crenshaw, 2002).

Nesse sentido, a jurista norte-americana ampliou o conceito de interseccionalidade para além das análises dos sistemas de opressão e críticas dos movimentos intelectuais e jurídicos, a interseccionalidade passou a ser aplicada como uma ferramenta analítica para além da realidade das mulheres negras. Desta forma, a autora chama atenção ao fato de que a interseccionalidade perpassa o racismo e o sexismo e ao trazer a interseccionalidade na análise, não podemos abordar de forma particular a subordinação das mulheres negras (Crenshaw, 2002).

A autora salienta que a interseccionalidade é um arranjo no qual o racismo, o patriarcalismo e a opressão de classe se inter-relacionam e criam complexas situações de opressão e vulnerabilidade. Podemos entender a intersecção como sendo vários eixos de poder, sendo que raça, etnia, gênero e classe constituem “as avenidas” que estruturam os terrenos sociais, econômicos e políticos (Crenshaw, 2002).

Nesse sentido, a interseccionalidade representa um cruzamento entre as experiências individuais que correspondem ao gênero, raça/cor e que interferem em vários sistemas de forma ampla, tais como a orientação sexual, racismo e sexismo e, assim evidencia um sistema interligado de privilégios e opressão no contexto sócio, histórico e estrutural (Crenshaw, 2002).

A partir desse momento, o termo interseccionalidade passou a ser difundido amplamente por diversas classes, desde acadêmicas, militantes, ativistas e diferentes categorias profissionais em variados contextos, incluindo o das políticas públicas globais e dos movimentos sociais e ideológicos (Collins, Bilge; 2021; Davis; 2016). Collins (2021) afirma que a interseccionalidade representa uma ação contra a política opressora, a partir do conhecimento e pesquisas científicas elaboradas nas universidades.

Diante desse contexto, Collins e Bilge (2021) elencaram seis marcadores “macro” como desigualdade social, relações de poder, contexto social, justiça social, complexidade e racionalidade, sendo estes, englobados nas categorias analíticas raça, classe, gênero, sexualidade, nacionalidade, entre outras, que se associam e se convergem mutuamente. Além disso, para as autoras a interseccionalidade pode ser observada tanto na vertente teórica, quanto na vertente prática, ou seja, o conceito interseccional transpassa as aplicações no meio acadêmico com as ações das ativistas negras/pretas americanas e em outros contextos de opressão.

Segundo Piscitelli (2008), a discriminação ocorre pela associação de variadas categorias. Além das desigualdades sociais que culminam na vertente da pobreza, a categoria gênero é enfatizado como uma ferramenta de análise importante no sistema opressor, configurando-se assim uma análise interseccional diante do sistema opressor (Piscitelli, 2008). Nesse sentido, a correlação mencionada por Piscitelli (2008) converge com a vertente elaborada por Crenshaw (2002), ao evidenciar que a articulação do gênero e pobreza contribuem para a perda de autonomia e poderes das mulheres diante do sistema patriarcal e opressor, além de contribuir para o fortalecimento dos processos de marginalização e exclusão

A pobreza e as desigualdades sociais entre as classes são apontadas por Moutinho (2014) ao relatar que a interseccionalidade traz, além das lutas feministas e antirracistas, a análise interseccional dos marcadores sociais da diferença que, para a autora, corresponde a visualização da exclusão, no qual os marcadores gênero, raça e classe são percebidos na vivência da PSR em diversas situações contribuindo para as iniquidades sociais.

Para Knapp (2005), a interseccionalidade pode ser uma abordagem fundamental para estudar as ações discriminatórias e antirraciais no âmbito das políticas públicas. Para o autor, o conceito de interseccionalidade transpassa os aspectos de raça, gênero e classe, configura-se como um conceito multifacetado que se relaciona aos sistemas de opressão, divisão de classes e poderes institucionais.

Nesse contexto, alguns marcadores como gênero, classe e raça são considerados de extrema importância na análise do cotidiano de vida do ser humano, permitindo assim, a compreensão das iniquidades sociais (Crenshaw, 2002).

Diante do exposto, tem-se na interseccionalidade uma importante ferramenta analítica, principalmente na intersecção entre gênero e classe, no aspecto da atenção à saúde, direcionado às mulheres em situação de rua, na tentativa de promover novos debates e melhorias na adesão e acesso aos serviços de saúde, proteção social e cidadania destas mulheres.

2.2 INTERSECÇÃO GÊNERO, CLASSE E SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O conceito de gênero teve sua origem com o psicólogo norte-americano John Money em 1952. Money apropriou-se deste conceito para diferenciar peças anatômicas do sexo masculino e feminino, ou seja, a distinção do sexo biológico promovendo a identificação sexual (Money, 1955).

No Brasil, o conceito de gênero veio com o movimento feminista em 1970, impulsionado pela luta dos direitos das mulheres diante dos aspectos sócio-políticos. Assim, as primeiras obras acerca do gênero no país foram elaboradas por Heleith Saffioti. Para Saffioti (2015), o gênero é a inter-relação dos aspectos sociais e das representações individuais do ser humano. Portanto, a autora aponta que o gênero não pode ser limitado, pois representa a chave centralizadora da desigualdade social imposta pelo patriarcado, cuja figura masculina domina seus subordinados reforçando o gênero como um fator sociocultural.

É importante salientar que em 1980, MacComack impulsiona a ampliação do conceito de gênero além dos aspectos socioculturais, mas também como uma análise transcultural. Assim, o gênero passa a ser visto como uma vertente de caráter analítico que sofre influências dos processos relacionais e dinâmicos da sociedade e, enfatiza que há semelhanças entre os sexos, propondo a necessidade de reavaliar o conceito de dominação do homem imposto ao longo dos anos.

Ao longo dos anos, novos estudos acerca da contextualização de gênero surgiram, como a de Joan Scott, Judith Butler em meados de 1990. Scott, definiu gênero, a partir da influência de Michel Foucault, como elemento baseado nas diferenças entre os sexos que constitui as relações sociais, existindo a relação inseparável entre saber e poder. Dessa forma, Scott constata que a partir do momento em que as diferenças existentes entre os corpos sexuados são hierarquizadas, é necessário investigar e entender a forma de construção dos significados culturais de tais diferenças (Scott, 2019).

Já Butler (2017) problematizou a conceituação de gênero no ano de 1990, a partir da abordagem de que o gênero não é apenas a significação cultural que foi atribuída a um sexo, mas também deve indicar o aparato de produção pelo qual os sexos são estabelecidos, ou seja, todos os corpos são percebidos como sexuados, atribuídos de gênero e racializados por meio da repetição de discursos. Para a autora, gênero deve ser compreendido inicialmente como ato

de fazer e não o ato de ser de cada indivíduo. Butler (2017) ressalta que tal ato é intencional e performático, não sendo, portanto, o sexo biológico suficiente por si.

Desse modo, a construção histórica do gênero impulsionou mudanças nas relações sociais e de poder. Assim, o enfrentamento das divergências de gênero se tornou crucial para o enfrentamento da posição de submissão da mulher diante do cenário opressor sociopolítico carregado de divergências sociais.

Para Brah (2006), o gênero é constituído e representado de maneira diferente segundo nossa localização nas relações globais de poder. Nossa inserção nessas relações globais de poder se realiza através de uma miríade de processos econômicos, políticos e ideológicos. Dentro dessas estruturas de relações sociais não existimos simplesmente como mulheres, mas como categorias diferenciadas, tais como “mulheres da classe trabalhadora”, “mulheres camponesas” ou “mulheres imigrantes”. Nesse sentido, destaca-se que as relações de poder entre homens e mulheres são vistas como a principal dinâmica da opressão das mulheres levando, às vezes, à exclusão de outros determinantes como classe e racismo.

Já autores como Strey (2012) e Roso (2007) evidenciam o impacto na vivência da mulher em relação aos cuidados de saúde quando submetidas as relações de opressão relacionadas ao gênero, ao elucidar que a singularidade de cada sujeito é interpelada por diferentes aspectos sócio- econômicos e culturais.

Nesse sentido, ressalta-se que a pobreza e as trajetórias de vulnerabilidade surgem, como evidência concreta das desigualdades sociais (Guzzo, 2016), portanto, deve ser entendida como produto de um determinado tempo histórico e de contingências políticas e econômicas. Exatamente por ser uma condição histórica, não se deve perder de vista seu enfrentamento estrutural, que pressupõe a socialização da riqueza produzida.

A situação de rua aliada ao gênero traz consigo os mais variados fatores promotores de estigmas e preconceitos. Os estereótipos que recaem sobre as pessoas que vivem nas ruas nos levam a pensar sobre a questão da discriminação e do preconceito que as cercam. Mattos e Ferreira (2004) clarificam essa questão quando relatam sobre o estigma que tais pessoas vivenciam na sociedade.

Os autores mencionam a existência de representações sociais pejorativas em relação à população em situação de rua, as quais se materializam nas relações sociais. Vagabundo, preguiçoso, bêbado, sujo, perigoso, coitado, mendigo são designações comuns dirigidas às pessoas em situação de rua (Mattos; Ferreira, 2004, p. 47).

Nesse ínterim, o fato de ser mulher se une ao fato da situação de rua, o que as torna alvo de um tipo de opressão ainda maior, podendo surgir outros fatores como gravidez,

doenças, uso de drogas e a violência (Costa et al., 2015; Souza, et al., 2016). Nesse sentido a marginalização ganha um terreno amplo para se desenvolver. As mulheres, por estarem no âmbito da pobreza, podem sofrer abusos e tais abusos serem justificados pelo contexto em que estão inseridas.

Desta forma, é fundamental compreender que pobreza e diferença entre as classes sociais geram sofrimentos específicos em uma sociedade de consumo, valorização da acumulação e tem consequências evidentes, a população em situação de rua (Ximenes, 2016).

Para as mulheres em situação de rua esse contexto é intensificado devido as violações de seus direitos enquanto mulher e cidadã diante de uma sociedade excludente e opressora, tanto nas relações com a própria PSR, quanto com os próprios equipamentos de proteção social e da saúde que negligenciam os cuidados, principalmente no âmbito do processo saúde e doença que devem ser direcionados a esse grupo (Roso, 2007).

Cabe destacar que debruçar-se em uma temática tão sensível e oportuna foi desafiador, olhar/ouvir estas mulheres em situação de rua e os profissionais envolvidos na atenção a esta população também exigiu vínculo, desprendimento e empatia. Porém, revelar como se dá a atenção à saúde dessas mulheres poderá reverberar mudanças e suscitar discussões na busca de estratégias por melhores condições de vida, pelo direito de serem respeitadas e ouvidas e pela implementação de políticas públicas efetivas e de inclusão destas mulheres na sociedade.

3 JUSTIFICATIVA

No que se refere as mulheres em situação de rua, são poucos os estudos nacionais e internacionais sobre a temática na área da saúde, além de serem publicados em revistas de baixo impacto, demonstra a incipiência de investigações sobre as peculiaridades dessa população (NUNES; SOUSA, 2020; ROSA; BRETAS, 2015).

Destaca-se que, os estudos existentes, enfatizam à importância de analisar essa população já discriminizada por viverem em situação de vulnerabilidade, pois além de evidenciarem a baixa cobertura de cuidados de saúde direcionados a PSR, e a escassez de políticas e programas com ênfase nos cuidados de saúde, também revelam pouco enfoque nos direitos reconhecidos e assegurados das mulheres em situação de rua (BRASIL, 2011; BISCOTTO, et al; 2016; NARDES; GIONGO, 2021).

Embora a importância do feminismo como movimento social seja inegável para luta por igualdade das mulheres, é preciso pensar que cada um/a de nós é atravessado/a por inúmeros marcadores sociais (raça, classe, geração, identidade de gênero, sexualidade, entre outros); que nos colocam em diferentes posições sociais e orientam nossas reivindicações daquilo que acreditamos ser necessário em uma sociedade

Nesse sentido, acreditamos que dar voz, tanto para às mulheres em situação de rua, para compreender suas vivências e necessidades de saúde; quanto para os profissionais das equipes que atuam diretamente no cuidado a esse público, pode ser o ponto de partida para o reconhecimento das prioridades no planejamento das ações governamentais voltadas a esse público.

Além disso, o momento para as discussões das práticas do cuidado em saúde a população em situação de rua é favorável, visto que o município de Araraquara, local onde foi realizado o estudo, foi aprovada em julho de 2021, a Lei Nº 10.245, que institui a Política Municipal para a População em Situação de Rua e normatiza o Programa Municipal “Novos Caminhos - a Rua e outras Possibilidades”, tendo entre suas metas, a implantação do CnaR no município; a capacitação dos demais serviços de saúde do SUS para atendimento a PSR; além da criação do protocolo de atendimento as mulheres em situação de rua vítimas de violência, metas que ainda não estão em vigor no município (ARARAQUARA, 2021a).

Desta forma, acreditamos que compreender a temática da intersecção gênero, classe no âmbito da saúde poderá auxiliar na resolutividade dos serviços de saúde na compreensão da dinâmica das PSR, fornecendo subsídios para melhorar a adesão e acesso dessa população no

âmbito da atenção a saúde; além de auxiliar os gestores na implantação das políticas e programas voltadas para os extratos mais pobres da sociedade visando a construção de um atendimento igualitário e integral e ênfase na atenção a mulher em situação de rua.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os sentidos produzidos por mulheres em situação de rua e profissionais acerca da atenção à saúde desta população.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma investigação descritiva, exploratória e de cunho qualitativo, com fundamentação metodológica na Análise de Discurso (AD) de matriz francesa (Orlandi, 2015).

A AD fundamenta-se em três pilares de conhecimento, a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise, e busca compreender os sentidos produzidos pelos discursos além do já-dito, busca pistas e vestígios que permitam apreender a opacidade da língua, a produção de sentidos e a constituição dos discursos por meio de suas posições inconscientes e ideológicas. Analisar discursivamente é compreender que os gestos interpretativos não são fechados que podem ter outros sentidos de acordo com a posição que o sujeito ocupa discursivamente (Orlandi, 2015).

Idealizada pelo filósofo Michel Pêcheux em 1960 na França, ao fundar a Escola Francesa de Análise do Discurso, a AD surgiu na mesma época em que as referências históricas e políticas se encontravam em volta do estruturalismo filosófico, questões ideológicas e leituras dos discursos políticos (Orlandi, 2015).

Em 1964, o Brasil estava passando pelo regime ditatorial e na luta pelo direito da palavra se tornava um marco social. Nesse período buscava-se intensamente trabalhar no silêncio a significação do que não podia ser dito, evidenciando o início da AD em território nacional, tendo como principal notoriedade Eni P. Orlandi (Orlandi, 2015).

Diante dos processos históricos da humanidade, a AD perpassou três diferentes fases. A primeira fase, a AD mencionava que o sujeito tinha controle diante dos seus pensamentos, sendo essa concepção que a AD é produzida a partir de um corpus que era fixo; fechado, sendo destacado nesta fase a grande influência da linguística (Orlandi, 2015; Pêcheux, 2009).

Já na segunda fase, foi colocado em pauta o fixismo ampliando o olhar e entendimento que os sentidos produzidos nas Formações Discursiva (FDs) não estão fechados, e que pode sofrer influência de fatores externos é perpassado por elementos de outras FDs; enquanto que na terceira fase, a AD enfatiza o componente produzido pelos discursos não fixo, deixando exacerbado que na AD ocorre a inter-relação da linguagem transpassada pelo contexto histórico, social e político (Pêcheux, 2009).

É importante salientar que, para se fazer as análises deve-se conhecer as condições de produção que, na AD, é constituído pelo relacionamento entre o sujeito e o contexto histórico, sua autoimagem e o local de onde fala, observando-as em seus sentidos estrito e amplo (Brandão, 2012; Orlandi, 2015).

Diante do contexto apresentado, cabe ressaltar que a AD francesa, também conhecida como AD pêcheuxtiana, fundamenta-se em três pilares: Linguísticas; Marxismo e Psicanálise.

A Linguística, caracteriza-se na fundamentação da não transparência da língua, pois tem seu próprio objeto e ordem, procura mostrar que a relação entre o pensamento, a linguagem e a vivência externa (mundo), e essa interligação não é feita de maneira direta de um para o outro pois cada elemento tem suas próprias nuances e identidade.

Já o Marxismo, tem sua vertente enraizada no materialismo histórico, no qual o homem é o principal responsável na construção de sua própria história, assim, a história nem sempre é inatingível/ transparente, onde a realidade é afetada pelos aspectos simbólicos, sendo evidenciados que os acontecimentos requerem sentidos.

E por último a Psicanálise, ermite a investigação da do inconsciente, por meio do discurso livre em um ambiente analítico, organiza-se na relação do simbólico na história estudando o modo como o inconsciente e a ideologia afetam o sujeito, o deslocamento da noção do homem para o sujeito.

Além dos três pilares, destaca-se dois conceitos basilares de grande importância na AD, a Ideologia e as Formações Discursiva.

A ideologia é caracterizada por um conjunto de ideias, que tem a intenção de ocultar a própria origem de determinados interesses de grupos sociais diante das imposições sociais. Para Pêcheux, o sujeito e a linguagem coexistem, não havendo sujeito sem ideologia.

As FD aquilo que está estabelecido em uma dada composição ideológica, ou seja, a partir de uma conjuntura sócio-histórica estabelecida, é determinado o que pode e o que deve ser dito. A formação discursiva (FD) é a matriz de sentido que regula o que o sujeito pode ou não expressar por meio da fala, o que pode ou não ser dito, ou seja, elas representam o modo próprio de dizer no discursos, como as regularidades que regulam e controlam os dizeres (Brandão, 2012; Orlandi, 2015).

Diante do exposto, evidencia-se que diante dos dispositivos e procedimentos de análises da AD, é possível enfatizar que os conceitos apresentados se interligam, vinculando-se entre si, não havendo como compreendê-los de maneira fragmentada. Deste modo, na AD, a história se destaca na linguagem e por meio da expressão das palavras é possível analisar os sentidos produzidos nos discursos que já aconteceram ou que possam acontecer, e até mesmo

no imaginário, possibilitando que os dizeres e os sujeitos possam ser outros em contínuo movimento da simbologia e história (Orlandi, 2015).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

5.2.1 A Rede de Assistência à Saúde de Araraquara/SP

O estudo foi desenvolvido no município de Araraquara, localizado na região central do estado de São Paulo. O município apresenta uma população estimada de 241 mil habitantes em uma área de 1.003,625 km², sendo considerada a 7^a melhor cidade do estado de São Paulo para se morar segundo estudo do "Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil" (IPEA, 2013; IBGE, 2021).

A Região de Saúde Central do Departamento Regional de Saúde (DRS) de Araraquara – DRS III Araraquara, está situada na Região Administrativa de Governo denominada, Central. A Região Central do DRS III de Araraquara é composta pelos municípios de Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Gavião Peixoto, Motuca, Rincão, Santa Lúcia e Trabiju.

A agropecuária avançada e a vanguarda científica são marcas da Região. A agropecuária se destaca com a produção de cana-de-açúcar, laranja, carne bovina e de frango. Situam-se em Araraquara a maior empresa de sucos cítricos do Brasil e importantes usinas sucroalcooleiras localizadas na região. Araraquara e seu contorno possuem ainda indústrias relevantes nas áreas metalomecânica, metalúrgica, aeronáutica, têxtil e de alimentos e bebidas.

A rede municipal de saúde é composta por três Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), denominadas: UPA Central “Amélia Bernardino Cutrale”; UPA Vila Xavier "Doutor Antônio Alonso Martinez"; UPA VALLE VERDE “Nefália de Oliveira Lauer”; um Serviço Especial de Saúde de Araraquara (SESA) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara (SMS), abrange os serviços de atendimento clínico ambulatorial, um centro de vacinação e sendo referência no atendimento de doenças infecto- contagiosas.

A rede também é composta por 24 unidades Estratégia Saúde da Família (ESF), 10 Centros Municipais de Saúde (CMS), um Ambulatório de Atenção à Saúde Integral da Mulher (ASM), três Centros de Saúde Mental, sendo composto pelo Centro de Atenção Psicossocial

(CAPs); Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPs-AD); e Centro de Referência de Saúde Mental do Adulto de Araraquara (CRASMA-A). Abrange também, o Centro de Referência do Idoso de Araraquara (CRIA), Centro Especializado em Reabilitação (CER), e o Centro Municipal de Referência do Autismo (CMRA).

5.2.2 Rede de Assistência à População em Situação de Rua de Araraquara/SP

A rede de atenção à PSR, a qual inclui a assistência às mulheres em situação de rua, é composta por um Centro Pop, duas casas de Acolhida (Casa de Acolhida “Assad Kan” e Casa de Acolhimento São Pio) e uma unidade de saúde de ESF. Destaca-se que, em Araraquara, o último levantamento do número de pessoas em situação de rua foi realizado em 2016 pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), o qual apresentou 94 pessoas vivendo em situação de rua no município (Malandrino, 2016).

O atendimento direcionado à assistência à população em situação de rua do município do estudo engloba o Centro Pop, a Casa de Acolhimento e os serviços públicos de saúde com ênfase em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família considerada como referência para o atendimento às pessoas em situação de rua da cidade. Cabe ressaltar que até o momento o município não conta com Equipe de Consultório na Rua.

O Centro Pop foi inaugurado em 2012 e desde então oferece acompanhamento psicológico e social a pessoas em condição de rua, localizado na região central da cidade, ao lado do restaurante popular. Os atendimentos são realizados de segunda às sextas-feiras das 08h às 16h, sendo fornecido almoço nesses dias. O local também fornece vestimentas, kits de higiene, além de orientações acerca de documentos e renda e atendimento psicológico. A equipe é composta por uma assistente social, uma psicóloga e dois escrivães, sendo sede também da equipe de apoio a PSR.

Destaca-se que a equipe de apoio foi criada durante a pandemia do Covid-19 em 2020, no qual profissionais foram realocados de seus postos de serviços para atuarem na “frente” de atendimento às pessoas em condição de rua, visto que o município não tem o equipamento de Consultório na Rua. A equipe de apoio é composta por um motorista, uma enfermeira e uma psicóloga que trabalham *in locu* no atendimento a essa população duas vezes na semana por meio período, devido à demanda da enfermeira que divide sua carga horária de trabalho semanal entre a equipe de apoio e como responsável por uma unidade da ESF do município,

responsável pelos cuidados voltados para administração de medicamentos, vacinação, curativos, avaliação física e psicológica no geral, além de agendamento de consultas como, por exemplo, para coleta de exame preventivo do Câncer do Colo de Útero (CCU) para realização na ESF escolhida pela SMS para atendimento a esses indivíduos. Para esses atendimentos a equipe possui um veículo Kombi fornecido pela SMS para transporte de pacientes e insumos entre os serviços, e nos dias de mencionados é fornecido para a equipe de apoio a PSR.

Na Casa de Acolhida “Assad Kan” o atendimento é direcionado a pessoas com vivência de rua e de pessoas itinerantes por 24 horas por dia, localizado na região Oeste do município. A equipe é constituída por uma assistente social, dois técnicos administrativos, uma psicóloga e duas agentes sociais. No local são fornecidas as refeições terceirizadas pela prefeitura municipal como café da manhã, almoço e jantar diariamente. A entrada para pernoite dos usuários é permitida até às 18h.

O vínculo empregatício de todos os profissionais mencionados ocorre por meio de processos seletivos e concursos públicos efetivados pela Prefeitura Municipal de Araraquara. Após a aprovação, os profissionais foram direcionados aos seus locais de serviços de acordo com a necessidade de demanda profissional, sendo baixa a rotatividade de profissionais entre os serviços.

Quanto aos cadastros dos usuários, todos são inseridos no CadÚnico para auxiliar nas tramitações de repasse de auxílios mensais, *tickets* alimentação e transporte intermunicipal. Além disso, ambos os equipamentos apresentam um cadastramento interno de cunho municipal de todas as pessoas que utilizam os serviços.

Já a equipe da ESF é composta por uma enfermeira, um médico com residência em Saúde da Família, duas técnicas de enfermagem, escriturária e cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Os usuários são cadastrados para atendimento por pertencerem a área de abrangência da unidade nos denominados Prontuário da Família composto pela Ficha Família (FF) com o prontuário individual de cada usuário da família. Nessa unidade, o atendimento é direcionado a pessoas em situação de rua que necessitam de acompanhamento médico e de enfermagem. Vale destacar que apesar da ESF trabalhar com a busca ativa dos usuários na área de abrangência, isso não ocorre com as pessoas em condição de rua que usam o serviço apenas quando encaminhadas pelos equipamentos sociais de atendimento a PSR.

Devido a não disponibilidade do CnaR para realizar a intermediação entre os serviços, a comunicação entre os equipamentos de proteção social e de saúde ocorre de acordo com a demanda de necessidades das pessoas em condição de rua que recorrem a esses locais. Desta

forma, o atendimento de saúde ocorre pela solicitação dos gestores do Centro Pop e da Casa de Acolhida diretamente com a enfermeira responsável pela ESF e os retornos da equipe da ESF são eficazes para a continuidade do acompanhamento das pessoas que pernoitam na Casa de Acolhida.

Na Saúde, em 2011, por meio da Portaria nº 122, se instituiu o CnaR, serviço que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no nível de AB. Este serviço é composto por equipes multiprofissionais, apresenta funcionamento itinerante e tem como proposta a ampliação do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e oferta de atenção integral à saúde da população em situação de rua em todo o país (Brasil, 2012). No campo da Assistência Social, tem-se o Centro Pop, previsto no Decreto nº 7.053/2009 e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Trata-se de um serviço que integra a rede de Proteção Social Especial (PSE), de média complexidade, configurando-se como um espaço essencial para a oferta de atenção especializada no Sistema Único da Assistência Social (SUAS) às pessoas em situação de rua (Brasil, 2011).

Apesar das dificuldades de manutenção dos cuidados de saúde a PSR, as equipes tanto de assistência social quanto da saúde se empenham para desenvolverem cuidados efetivos a esse grupo. Além dos esforços e empenho dos profissionais, o município criou a Lei nº 10.245, de 1º de julho de 2021 que institui a Política Municipal para a População em Situação de Rua e normatiza o Programa Municipal “Novos Caminhos— a Rua e outras Possibilidades”, e dá outras providências, sendo as principais ações voltadas à saúde da PSR descritas nos incisos:

- VI — proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;
- VII — criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde, no âmbito do Município, para qualificar a oferta de serviços;
- VII — implementar ações de segurança alimentar e nutricional para proporcionar à população em situação de rua acesso permanente à alimentação de qualidade; e
- IX — disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho (Araraquara, ano, p.).

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Fizeram parte do estudo oito mulheres em situação de rua, cadastradas no Centro Pop e/ou que pernoitavam nas Casas de Acolhimento do município de Araraquara, no período da coleta dos dados, com pelo menos seis meses de vivência na rua; e sete profissionais de saúde e/ou assistência social, membros das equipes que atuam na rede de atenção às mulheres em situação de rua do município com, pelo menos, 6 meses de experiência no cargo. Neste caso, o tempo e a experiência no cargo foram considerados por entenderem que o profissional possui maior conhecimento acerca da trajetória e vínculo com as mulheres assistidas.

Salienta-se que a escolha de entrevistar os profissionais de nível superior está relacionada ao fato que no município os demais profissionais atuantes no Centro Pop e Casas de Acolhimento desenvolvem mais atividades laborais de cunho administrativo, enquanto os profissionais atuantes na ESF referênciam para atendimento a PSR do município não realizam busca ativa e acompanhamento desse grupo, apenas os profissionais médicos e enfermeiros atuantes na unidade realizam consulta desta população.

Utilizamos como critérios de exclusão os profissionais que se encontravam em licença médica, e/ou licença maternidade e/ou em afastamento do cargo por qualquer motivo; Profissionais que não realizaram o agendamento da entrevista após quatro tentativas; Mulher em situação de rua que, no momento da entrevista, tenham feito uso abusivo de álcool ou substâncias psicoativas.

5.4 PROCEDIMENTOS PARA GERAÇÃO DE DADOS

5.4.1 Coleta e análise dos dados

A investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e às Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social de Araraquara. Concomitantemente a este processo, foi realizado o levantamento do número de profissionais que trabalhavam nas Casas de Acolhimento, Centro Pop e na unidade de ESF, bem como das mulheres em situação de rua cadastradas nestes serviços.

Na sequência, após contato telefônico com as gerências dos serviços, foi agendado

reuniões com coordenadores das equipes e profissionais para apresentação do estudo a ser realizado. Cabe ressaltar que todos se mostraram receptivos e dispostos a colaborar para a realização do estudo. Tal atitude facilitou a inserção da pesquisadora no campo para coleta de dados.

A coleta dos dados foi realizada após a aprovação do estudo pelo CEP no período de outubro a dezembro de 2022, por meio de entrevistas semiestruturadas e áudio-gravadas, as quais ocorreram em horário e local pré-estabelecidos pelos profissionais que optaram por ser em seus locais de trabalho. Já as entrevistas com as mulheres ocorreram no momento em que estas estavam presentes no horário de funcionamento desses serviços. Cabe destacar que a pesquisadora realizou várias imersões no Centro Pop e Casa de Acolhimento a fim de entrevistar as mulheres participantes desse estudo. Houve dificuldade para a realização das entrevistas com as mulheres em situação de rua, muitas com pressa em passar pelo serviço do Centro Pop.

Cabe ressaltar que a direção da entrevista pode ocorrer de forma fluida, na qual o entrevistador pode permitir que, em alguns momentos, o entrevistado assuma o comando, respeitando assim uma construção mais adequada das ideias expostas (Turato, 2011).

Para a realização das entrevistas foram elaboradas questões norteadoras/disparadoras que atendessem ao objeto do estudo (APÊNDICE A). A duração das entrevistas foi de 25 minutos a 55 minutos e a identidade dos sujeitos do estudo foi preservada, no intuito de garantir o anonimato.

5.4.2 Tratamento dos dados: utilização do Software Atlas. ti 2.3.

Em relação à organização, os dados foram organizados com o auxílio do *software* Atlas.Ti versão 23.2.1 (Atlas.ti, 2023), ferramenta que facilita a organização dos dados qualitativos, auxilia o pesquisador a gerenciar as informações por meio da homogeneização das entrevistas transcritas, denominadas unidades hermenêuticas (HU) por meio da construção de códigos realizando a codificação dos dados da pesquisa promovendo a categorização (Meyer; Vosgerau, 2023).

Primeiramente, o pesquisador realizou a inserção das entrevistas transcritas no *software* em formato *DOC* (Documento do Word). Em seguida, foram realizadas as quotations, ou seja, seleção pelo pesquisador dos trechos significativos relacionados ao objetivo do estudo. Posteriormente, foi realizada a criação dos “*codes*”, que são os códigos

criados a partir das falas dos entrevistados e o agrupamento em “famílias” (Family), que auxiliaram na construção dos blocos discursivos da pesquisa.

Assim, o pesquisador identificou as “falas” dos entrevistados e as selecionou por meio da criação de *link* para posterior inserção dos códigos, fato que demonstra que a escolha dos recortes é feita pelo pesquisador com o auxílio do software que realizada a organização sistematizada dos dados.

5.4.3 Organização e apresentação dos dados

Foi realizada a leitura sucessivas do material produzido das entrevistas semiestruturadas transcritas em sua forma bruta, após a escuta e análise dos registros áudio gravados. As entrevistas foram então categorizadas por meio da construção dos “*codes*” seguindo os objetivos da pesquisa, o que permitiu a produção de recortes que propiciaram a construção dos fragmentos discursivos seguindo o referencial metodológico da AD. Segundo Foucault (2008, p. 36), a recorrência de palavras e/ou citações de um mesmo código corresponde a determinação dos FDs resultantes da análise das entrevistas. Assim, a enunciação em seus diferentes aspectos e formatos dispersos formam um conjunto que se referem ao mesmo objeto a ser analisado, que em seguida compõem a categorização dos FDs.

A partir da leitura minuciosa e reflexiva dos recortes codificados selecionados foram gerados 15 códigos que permitiram a emersão das formações discursivas representadas pelos menos, possibilitando a junção desses códigos em redes de sentidos representadas pelas famílias (*family*), que permitiram a construção dos blocos discursivos do referido estudo.

Destaca-se que os 15 códigos gerados foram: a invisibilidade da mulher na rua, os desafios de ser mulher na rua, o vínculo e sua desconstrução, conflitos familiares, os estigmas e preconceitos, a rua como moradia, as ruínas das drogas, as nuances da violência, a oferta e procura de atendimento, o uso dos equipamentos de saúde, a proteção social, práticas de atenção à saúde da mulher na rua, facilidades e barreiras, o suporte, o adoecer na rua.

5.4.4 Dispositivos Analíticos

Após transcrição das entrevistas, organizou-se um corpus de pesquisa composto pelos recortes de sequências discursivas do material empírico bruto e pelas análises das condições de produção do discurso dos entrevistados. Esse movimento inicial de delineamento e constituição do corpus abriu precedentes para que pudéssemos prosseguir com os procedimentos de análise da AD de Linha Francesa, descritos por Orlandi (2015), como sendo um percurso em três etapas:

A primeira etapa é representada pela passagem da superfície linguística para o objeto discursivo. Nessa etapa, foi realizada uma análise inicial e superficial do material na tentativa de se aproximar e trabalhar com a materialidade linguística, e com o aspecto ilusório do rompimento do esquecimento. Já a segunda etapa é representada pela formação discursiva, sendo evidenciado a as formações parafrásticas, por meio da associação das famílias parafrásticas, como por exemplo a análise do “dito”, “o não dito” nas formações discursivas e a interpretação dos sentidos produzidos que irão influenciar na construção do significado e significância nos discursos. Enquanto que a terceira etapa, é representada pela formação da ideologia, busca identificar os sentidos e relações nas formações discursivas diante dos dispositivos de interpretação e análise utilizados na AD francesa (Orlandi, 2015).

Nesse sentido, pode-se dizer que a metáfora, a paráfrase, a polissemia, a hesitação, o silenciamento, foram alguns dentre outros dispositivos teórico-analíticos que mobilizamos em nosso percurso interpretativo relacionado ao discurso dos profissionais e mulheres em situação de rua entrevistadas.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento dessa pesquisa foram respeitados os preceitos éticos conforme recomendações contidas na resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2013b). A coleta de dados foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) sob o

parecer 5.627.730 (ANEXO A), no ano de 2022, e pelas Secretarias de Assistência e Desenvolvimento Social de Araraquara, SP (ANEXO B) e Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara, SP (ANEXO C). Os participantes realizaram a leitura, aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) previamente ao início das entrevistas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 15 sujeitos, sendo oito mulheres em situação de rua – destas, três foram entrevistadas nas instalações do Centro Pop e cinco em uma sala na Casa de Acolhimento; e sete profissionais da saúde e/ou assistência social – sendo três profissionais entrevistados no Centro Pop, dois na Casa de Acolhida, um na ESF em que atuava – e o gestor na sede da SMAD. Salienta-se que as profissões dos profissionais entrevistados variaram entre enfermeiros, psicólogos, assistente social, sendo dois com cargo de coordenação e um cargo de gestor.

Para a apresentação dos dados sociodemográficos, optamos por discorrer primeiramente acerca das mulheres em situação de rua e, em seguida, dos profissionais. Salientamos que para garantir o anonimato dos sujeitos, foram utilizadas a letra M (mulher) para referenciar as mulheres em situação de rua e a letra P (profissionais) para os profissionais entrevistados. Todos os participantes tiveram cada letra acompanhada do número correspondente à entrevista realizada de forma sequencial.

No quadro 1, apresentamos os dados sociodemográficos das mulheres em situação de rua entrevistadas.

Quadro 1. Dados sociodemográficos das entrevistas com mulheres em situação de rua

Identificação	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Profissão	Escolaridade	Tempo/rua
M1	27	Branca	Solteira	Desempregada	Fundamental incompleto	2 anos
M2	35	Parda	Solteira	Desempregada	Fundamental incompleto	15 anos
M3	44	Negra	Amasiada	Desempregada	Fundamental incompleto	11 anos
M4	34	Parda	Solteira	Desempregada	Médio Incompleto	7 meses

M5	35	Branca	Solteira	Auxiliar de Estocagem	Fundamental Completo	7 meses
M6	43	Parda	Solteira	Desempregada	Fundamental Completo	10 anos
M7	52	Branca	Solteira	Desempregada	Básico Completo	16 anos
M8	46	Parda	Solteira	Desempregada	Básico Incompleto	1 ano

Fonte: Próprio autor

A média de idade das mulheres entrevistadas foi de 39,5 anos. A maioria se declarou parda e solteira. No entanto, cinco das oito mulheres estavam com um companheiro aguardando enquanto acontecia a entrevista. Quatro eram provenientes da cidade de Araraquara-SP e as demais eram provenientes de outras cidades, São Paulo/SP, Guaíra/ MG, Salvador/BA e Caxambu/MG.

Com relação à ocupação, apenas uma estava trabalhando com carteira assinada, em uma empresa conveniada à Prefeitura Municipal de Araraquara por meio de um Programa de Benefícios a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade, denominado Programa de Incentivo à Inclusão Social - Frentes da Cidadania (PIIS). As demais relataram estar em situação de desemprego, porém recebiam algum auxílio financeiro municipal ou de esfera governamental, denominado Auxílio Brasil. Dentre as sete que estavam desempregadas, duas mencionaram trabalhar informalmente vendendo doces e balas nos semáforos e como “flanelinha”, maneiras encontradas para aumento da fonte de renda.

Em relação aos benefícios citados, destaca-se que PIIS foi criado em 2018, tem como objetivo promover a inclusão social, oferecendo uma bolsa auxílio no valor mensal de um salário mínimo pelo período de um ano para pessoas em situação de vulnerabilidade se insiram em cursos profissionalizantes e na educação básica, para que exerçam práticas profissionais nas áreas em que estejam se qualificando, sendo analisado a frequência e participação do beneficiário nos cursos de qualificação para recebimento e manutenção no programa (Araraquara, 2021a).

Já o Auxílio Brasil, corresponde a um programa de transferência de renda para população em situação de extrema pobreza, situação de pobreza, e/ou vulnerabilidade social. Criado em outubro de 2021 em meio à crise da pandemia da Covid-19 substituindo o antigo programa Bolsa Família, outro programa de repasse de verba criado no governo anterior a

realização da pesquisa, sendo prioritário o transpasse de verba a famílias e/ou pessoas cadastradas no CadÚnico que estão em situação de maior vulnerabilidade, como integrantes em situação de trabalho infantil, integrantes libertos de situação próxima à de trabalho escravo, quilombolas, indígenas, catadores de materiais recicláveis, entre outros (Brasil, 2021b).

Quanto aos dados obstétricos, a maioria referiu ser mãe de um filho, com exceção de três entrevistadas, destas uma teve oito filhos, outra teve quatro filhos e a terceira não teve filhos. O aborto espontâneo foi evidenciado por uma entrevistada. No que diz respeito à escolaridade, a maioria cursou até o ensino fundamental incompleto. O tempo médio de vivência na rua, relatados pelas mulheres, variou entre sete meses a 16 anos.

No quadro 2, apresentamos os dados sociodemográficos dos profissionais entrevistados

Quadro 2. Dados sociodemográficos das entrevistas com os profissionais das equipes

Identificação	Sexo	Idade	Raça/ Cor	Estado Civil	Função	Tempo de Atuação PSR
P1	Feminino	50	Branca	Divorciada	Assistente Social	4 anos
P2	Feminino	25	Branca	Solteira	Psicóloga	1 ano e 7 meses
P3	Feminino	41	Branca	Casada	Enfermeira	5 anos
P4	Feminino	40	Branca	Casada	Psicóloga	3 anos
P5	Feminino	47	Parda	Casada	Enfermeira	2 anos
P6	Feminino	35	Branca	Casada	Assistente Social	10 anos
P7	Masculino	41	Branca	Amasiado	Gestor Proteção Social	1 ano

Fonte: Próprio autor

A média de idade dos profissionais entrevistados foi de 39,8 anos. A maioria se caracterizou na raça/cor branca e estado civil casado. O tempo médio de atuação na rede municipal variou entre dois a 16 anos, enquanto o tempo médio de atuação na atenção à PSR

variou de um a 10 anos.

Em relação à escolaridade, seis tinham concluído pós-graduação *lato sensu*, e apenas um profissional relatou ter cursado apenas ensino superior completo, enquanto outros dois profissionais referiram estar em andamento curso de pós-graduação *lato sensu*.

É possível observar por meio dos participantes desse estudo que a categoria interseccional raça e classe também é apresentada como um fator de iniquidades sociais, visto que a partir da análise da raça/cor das mulheres em situação de rua entrevistadas, a maioria se autodeclara pardas, seguidas de brancas e negras, enquanto os profissionais participantes, a maioria se declarou branco, sendo apenas um da raça/cor parda. Tal fato pode permitir a análise que as classes mais vulneráveis se apresentam em etnias diferentes das classes mais favorecidas, majoritariamente representada pela raça branca.

Nesse sentido, faz-se refletir que um contexto obsoleto perpetuado pela ativista Angela Davis, que já trazia em seus estudos interseccionais a ênfase no combate não só nos aspectos raciais, mas também das práticas que ocasionaram a assimetria das desigualdades entre gênero, raça e classe (Davis, 2016), ainda permanece escancarados nas iniquidades sociais nos dias atuais.

6.2 CONDIÇÕES GERAIS DE PRODUÇÃO

As condições gerais de produção estão inseridas no processo sócio-histórico e ideológico de uma sociedade (Orlandi, 2015). Nesse estudo, trata-se das condições gerais da assistência à mulher em situação de rua.

Nas entrevistas com as mulheres em situação de rua, os espaços fornecidos para as entrevistas eram salas pertencentes ao ambiente de trabalho dos profissionais, tanto do Centro Pop como na Casa de Acolhimento. Houve uma boa receptividade por parte dos profissionais desses serviços que além de fornecerem seus espaços de trabalho para a realização das entrevistas com as mulheres em situação de rua, também facilitaram o acesso a políticas e programas municipais ofertados a essa população.

Já em relação às mulheres, a maioria demonstrou estar sendo ouvida a partir das entrevistas e relataram terem se sentido acolhidas por poderem expressar seus sentimentos e percepções. No entanto, algumas mulheres apresentaram resistência à participação do estudo e duas não aceitaram realizar as entrevistas.

Em relação à estrutura física dos estabelecimentos onde as entrevistas aconteceram,

cabe mencionar que a sala no Centro Pop era antiga, porém ampla e arejada, vinculado a um banheiro de uso dos funcionários, composta por uma mesa central arredondada com oito cadeiras, além de um armário grande com portas fechadas, um armário pequeno com prateleiras, um ventilador de teto lateralizado na parede da sala, com uma boa iluminação solar proveniente de uma janela ampla. Sob a mesa, dispunha de uma porta caneta com duas canetas azuis e um lápis preto. Apesar dessa sala, o local apresenta-se antigo com necessidades de reformas estruturais, tanto que a coordenadora estava em busca de alugar um novo espaço.

Já a Casa de Acolhimento apresentava uma estrutura insalubre, com paredes descascadas, composta por dois quartos, sendo um amplo, mas com pouca ventilação e iluminação para os usuários do sexo masculino, e o outro com um espaço menor com pouca iluminação e ventilação com oito camas dispersas para usuárias do sexo feminino. Os quartos eram separados pelo corredor de entrada no estabelecimento que apresentava um balcão onde ficava o desodorante e hidratantes para uso geral e por trás do balcão, para uso dos funcionários, uma mesa, computador e um telefone. Um corredor interligava o quarto masculino a essa entrada, sendo que neste corredor ficava um armário com roupas provenientes de doações, e também dava acesso a uma cozinha que interligava uma outra casa anexada à casa de acolhimento que é já foi utilizada para trabalhos artesanais com os usuários, e que atualmente é utilizada na estação inverno com a adaptação de leitões, período de maior utilização dos serviços pela PSR. Saindo da cozinha em direção a saída, virando à direita, fica um corredor de acesso ao quarto feminino e ao lado deste, as duas salas onde as entrevistas foram realizadas que são de uso dos profissionais.

As entrevistas aconteceram em duas salas, ambas abafadas, com pouca ventilação e iluminação. A primeira era composta por três mesas pequenas sendo duas com computadores e materiais como canetas, um telefone e uma impressora em uma das mesas. Havia uma janela pequena que dava acesso para a rua o que ocasionou ruídos, mas que não comprometeram o andamento de duas entrevistas que aconteceram nesse espaço. Já a outra sala, onde a maioria das entrevistas ocorreram, era composta por três mesas pequenas com cadeiras em ambos os lados, o qual um computador estava disposto sob uma das mesas, além de um porta canetas, prateleiras dos usuários e um telefone. Havia também um ventilador lateralizado na parede que mantinha a ventilação do ambiente e uma porta com saída para um pátio, que permitia o acesso à rua principal do estabelecimento. Esse último espaço estava em processo de espera de licitação para a realização de reformas, fato que está em andamento atualmente, um ano após a realização das entrevistas.

Os estudos sobre o tema abordam a atenção à saúde da PSR, especificamente no nível básico de atenção ESF e CnaR, ressaltando perfis sociodemográficos, necessidades sociais e de saúde, manutenção de práticas de intolerância e violência contra esta população, bem como a violação de seus direitos sociais e políticos. Pontuaram ainda a urgência das políticas de saúde incorporarem práticas de cuidados específicas para esses sujeitos, transversais a todos os níveis de atenção, acompanhado da reorientação dos processos de trabalho, com foco na atenção integral, contínua e longitudinal, inclusive intersetorial, como ponto de partida para a organização da assistência (Barata; Carneiro Jr; Ribeiro, 2015; Haeffner et. al, 2023).

6.2.1 Condições de Produção Restritas- Mulheres em situação de rua

Segundo Orlandi (2015), as condições de produção restritas são caracterizadas no contexto imediato das entrevistas. Por se tratar de dados gerados em três ambientes diferentes que compõem a Rede de Atenção a PSR do município estudado, optamos por apresentar as condições de produção de cada sujeito entrevistado.

Na intenção de “dar voz” a essas mulheres optamos por destrinchar os aspectos das entrevistas de cada uma delas.

M1- Solteira, 27 anos, branca, natural de São Paulo. Tem duas filhas recolhidas pelo Conselho Tutelar. Afirma estar em situação de rua há dois anos e que está desempregada desde a ida para as ruas. A entrevista iniciou-se em uma sala ampla que apresentava apenas uma mesa e duas cadeiras, local utilizado pelos funcionários para cadastramento da PSR, mas no decorrer da interlocução foi necessária a mudança de ambiente devido às constantes interrupções por ruídos de conversas entre outras pessoas em situação de rua atendidas no equipamento de proteção social. No entanto, não houve comprometimento da continuidade da entrevista. A interlocução iniciou-se calmamente com boa aceitação da entrevistada que demonstrou tristeza em suas falas, mas ao mesmo tempo se sentiu à vontade para se expressar. Ela apresentava-se emagrecida, em uso de roupas provenientes de doação, com dentes apodrecidos e em pequena quantidade, mãos trêmulas semelhantes da abstinência do uso de substâncias e com sujidade pelo uso abusivo de drogas com maior possibilidade do uso de crack. Apresentava um olhar sofrido e uma postura mais franzina, unhas com esmaltes desgastados nos pés e nas mãos, além de lesões e escoriações semelhantes a arranhaduras nas mãos e nos braços. Estava acompanhada de seu parceiro que a esperou do lado de fora durante

a entrevista que teve duração de 40 minutos e 20 segundos.

M2- Solteira, 35 anos, natural de Salvador, Bahia. Se autodeclarou em relação a raça/cor parda, apresentava uma postura masculinizada, usava shorts e camiseta, referiu ser bissexual. Estava sozinha e havia acabado de realizar higiene corporal. Apresentava cicatrizes pelos braços e pernas referindo ser de quedas da própria altura e até mesmo atropelamentos, suas mãos apresentavam-se secas e unhas roídas com sujidade semelhante ao uso de crack. Referiu ter uma filha de 13 anos, mas que sua gestação ocorreu em um período de alta ingestão diária de álcool e drogas, e intercalava períodos na casa de sua avó e na rua durante a gestação. Apesar da instabilidade de viver em condição de rua, a mesma referiu ter realizado todas as consultas pré-natal em uma unidade de saúde. Relatou recorrer aos serviços diariamente para alimentação e higiene pessoal. A interlocução iniciou-se com boa aceitação da entrevistada que demonstrou interesse em ser ouvida mesmo apresentando-se agitada e eufórica. A entrevista teve duração de 44 minutos e 54 segundos.

M3- Amasiada, 44 anos, natural da capital paulista. Se autodeclarou negra, apresentava-se com uma postura mais imponente e com um olhar ativo, ao mesmo tempo transmitia plenitude durante a entrevista. Estava acompanhada de seu parceiro que a esperou em outro local. Demonstrava ser inteligente e perspicaz com um bom repertório de conhecimento em variados aspectos, a interlocução que ocorreu tranquila em uma sala que no momento se apresentava com menos ruídos e sem interrupções. Apresentava uma estrutura corporal forte e robusta, ao mesmo transmitia uma força em seus discursos de alguém que já vivenciou variados processos na condição de rua. Apresentava-se comunicativa e com bons hábitos de higiene, com unhas esmaltadas e higiene corporal realizada. Referiu ter tido quatro filhos, mas sem nenhum contato com os mesmos desde sua ida definitiva para as ruas devido a drogadição. A entrevista teve duração de 46 minutos e 92 segundos, sendo vista como positivo esse tipo de pesquisa, referindo ter se sentido ouvida, por ter seu lugar de fala.

M4- Solteira, 34 anos, emagrecida, cor/ raça parda, natural de Araraquara, São Paulo. A interlocução ocorreu tranquilamente sem nenhum tipo de interferência. Apresentava-se com um olhar desconfiado no início da interlocução mas no decorrer apresentou-se relaxada e transmitindo confiança em contar sobre sua vida na rua. Referiu ter um filho de 3 anos, mas que está sob os cuidados de sua mãe por não ter condições de cuidar de seu filho devido ao uso abusivo de álcool e drogas. Apresentava-se entristecida com recorrente discurso que iria sair da condição de rua, com as unhas descascadas de esmalte e com sujidades em pequena proporção nas unhas das mãos e dos pés. Referiu estar iniciando um processo de cuidados para receber os incentivos municipais e que pensa em retomar os estudos. A interlocução não teve

interrupções, e a entrevistada se sentiu à vontade para questionar sobre assuntos relacionados a saúde da mulher. A entrevista teve duração de 50 minutos e 35 segundos.

M5- Solteira, 35 anos, natural de Araraquara/ SP referiu ter sido amasiada por quatro anos e que iniciou o processo de rualização devido a problemas mentais e abandono de seu companheiro. Apresentava um olhar penetrante e letárgico, com aparência sofrida, mantinha-se atenta a todas as perguntas e demorava a responder como se estivesse escolhendo as palavras a serem ditas. Em seus braços apresentava cicatriz em seus pulsos e marcas semelhantes a cortes por toda região do antebraço direito e esquerdo. Estava com roupas mais novas e limpas, havia realizado higiene corporal a pouco tempo no equipamento de saúde; e referiu estar recebendo auxílios financeiros para sua manutenção. A interlocução foi interpelada pelos ruídos de motocicletas que transitavam próximo aos local da entrevista, no entanto, não interferiu gravemente no decorrer da entrevista sendo possível entender com clareza a entrevistada. A entrevista teve duração de 37 minutos e 21 segundos.

M6- Solteira, 35 anos, parda, natural de Araraquara, SP. Referiu ter iniciado o processo de rualização devido ao uso abusivo de álcool e drogas. Referiu recorrer ao serviço ao sofrer violência verbal pelo seu parceiro de rua. Apresentava-se emagrecida, com uma postura franzina, cabelos embaraçados e desarrumados, e apresentava cicatrizes nos braços e pernas sem mencionar o motivo das mesmas. Apresentava- se com um olhar desconfiado a princípio, mantinha as mãos entrelaçadas incialmente, mas no decorrer da entrevista referiu estar à vontade para discursar acerca de sua vida inciando uma postura mais aberta com gesticulação das mãos. A entrevista ocorreu em uma sala de uso dos profissionais, ficamos frente a frente separadas apenas por uma pequena escrivaninha, e teve duas interferências de uma profissional, sendo necessária uma pause de 3 minutos, mas que não comprometeu o curso da mesma que foi retomada em seguida. Referiu ter tido oito filhos, mas que todos foram encaminhados ao Conselho Tutelar. A entrevista teve duração de 44 minutos e 39 segundos.

M7- Solteira, 52 anos, branca, natural de Guaíra, São Paulo. Referiu ter tido três filhas mas que hoje o mais novo já está com 29 anos de idade. Apresentava-se entusiasmada com a entrevista e a espera para poder participar. Havia acabado de se alimentar no equipamento de proteção social, e já havia realizado higiene corporal, utilizava roupas provenientes de doação com alguns rasgos na bermuda. Apresentava-se comunicativa, com dentes apodrecidos e cabelos lisos e grisalhos na altura da mandíbula, unhas roídas e com sujidades semelhante a falta de higiene. A perna esquerda estava enfaixada e referiu ser uma ferida que tem há alguns meses, não sendo possível avaliar devido o curativo. Relatou fazer uso de álcool e que no

momento não está em uso de drogas ilícitas, e que vive em companhia de um amigo também em condição de rua. A interlocução ocorreu de forma clara e tranquila, sem interrupções mesmo tendo ocorrido na sala de trabalho dos profissionais. A entrevista teve duração de 1 hora e 5 minutos.

M8- Solteira, 46 anos, parda, natural de Araraquara, São Paulo. Apresentava-se inquieta e com tremores nas mãos característicos de abstinência de álcool e drogas, os cabelos curtos, grisalhos e crespos, em uso de roupas limpas porém desgastadas. No início da interlocução apresentava um olhar de desconfiança, entrelaçando as mãos e olhando para o lados como se tivesse mais uma pessoa junto a nós durante a entrevista, e a todo momento relatava que não iria sair da rua. Referiu ter sido tido uma infância difícil e que após a morte da avó que a criou, foi abusada sexualmente por um parente a partir daquele momento iniciou o processo de ida para as ruas há 15 anos. A interlocução teve apenas uma rápida interferência da própria participante que questionou uma funcionária acerca do andamento do serviço, não comprometendo a interlocução e a mesma foi retomada. Referiu não ter tido filhos e que atualmente tem um parceiro que pernoita junto quando dorme na rua. A entrevista teve duração de 49 minutos e 36 segundos.

6.3 DA CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS À ANÁLISE DOS FRAGMENTOS DISCURSIVOS

O corpus, obtido por meio das entrevistas com mulheres em situação de rua e profissionais atuantes no cuidado a PSR, nos forneceu dados importantes para a organização dos recortes e construção dos blocos discursivos, os quais aprofundaremos a seguir.

6.3.1 Bloco Discursivo 1: “Estar nas ruas não é uma fatalidade, mas sim um processo”

No Brasil, ainda é incipiente uma abordagem específica das peculiaridades das mulheres que vivem em situação de rua, há uma escassez de estudos/publicações a respeito do tema (Richwin; Zanello, 2023; Rosa; Bretas, 2015).

A prevalência da PSR é cada vez mais expressiva nos espaços urbanos. Apesar da heterogeneidade ser uma das principais características dessa população (Brasil, 2009a), as

mulheres em situação de rua sofrem com a invisibilidade dos poderes públicos, visto a falta de políticas direcionadas ao cuidado à saúde da mulher na rua (Coldibeli; Paiva; Batista, 2021; Souza JR, 2017).

As dificuldades vivenciadas pelas mulheres em situação de rua são maiores e mais desafiadoras em comparação à população masculina. Esse contexto remete à construção das especificidades históricas da vertente do gênero. Esse grupo minoritário de mulheres luta pela sua visibilidade enquanto mulher, mãe, esposa e cidadã perante a sociedade patriarcal (Pereira; Magalhães; Lopes, 2021).

Desta forma, assim como na sociedade patriarcal, essas mulheres vivem na busca constante de algo, além dos espaços físicos, buscam pela sobrevivência diante de um sistema de desigualdades e autoritarismo opressor ao gênero feminino, tanto no contexto sócio-histórico quanto dos homens que também vivenciam o processo de rualização (Biscotto et al., 2016; Coldibeli; Paiva; Batista, 2021).

As questões associadas ao gênero são complexas. Brah (2006) afirma que o gênero feminino apresenta sua própria identidade com detalhes específicos constituídos pelas influências do contexto histórico da sociedade. A autora menciona que diferentes trajetórias e vivências representam diferentes tipos de “feminilidade”, aspectos com nuances das experiências individuais da mulher diante do contexto sócio-histórico e cultural.

Nesse sentido, os achados desta investigação corroboram com o estudo de Souza et al. (2016), no qual elenca que o preconceito e discriminação já enraizado na sociedade e a problemática de viver na rua tornam-se, apenas, mais um agravante para a violência cometida contra essas mulheres marginalizadas e vistas como não merecedoras de seus direitos enquanto cidadãs.

Os fragmentos abaixo remetem aos efeitos de sentido de que para a mulher a rua é um local que concerne à escuridão, não sendo um lugar digno para qualquer ser humano viver, além dos estigmas já enraizados de estar nessa condição.

Recorte nº 1 “...*Como é ser mulher na rua? É humilhante! Na rua pra mulher é humilhante! Sou mulher, não sou bagaço, não sou lixo!”*

Recorte nº 2: “*É humilhante você ter que passar por um papel desse.”*

Os fragmentos discursivos acima são referentes ao discurso de uma entrevistada, mulher negra, vivendo em situação de rua há 11 anos, que apresentava uma postura imponente

durante a entrevista, demonstrando propriedade em seus discursos, com bom aspecto de cuidados de higiene, havia tomado banho no equipamento de proteção social onde a entrevista foi realizada. Em seu rosto, um semblante de muito sofrimento diante das dificuldades enfrentadas na rua.

As cicatrizes em seus braços referentes à violência doméstica, expressam a imposição da mulher na busca de se afirmar como um ser humano com sentimentos, direitos e deveres que merecem ser vistos e respeitados. Nesse sentido, a metáfora “não sou bagaço, não sou lixo”, ilustra o significado de que a mulher não quer ser jogada fora. Assim como as feministas negras americanas Crenshaw (2002) e Davis (2016), a interlocutora apresenta necessidades a serem reconhecidas enquanto seu papel como mulher, mãe e cidadã diante de uma sociedade discriminatória e violenta, em meio repleto de desigualdades entre o gênero, classe e raça, refletidas também na humilhação vivenciada apontada repetidas vezes em seu discurso.

Tal reflexão é reforçada no recorte discursivo 2, o qual a palavra “papel” implica o seu sentido figurado, ou seja, de estar sujeito a algo e/ou situação que não gostaria de ser submetido. Ao mesmo tempo remete a ideia da rua como um “espaço” sem opção de escolha, no qual a mulher, assim como no sistema patriarcal apresenta dificuldade de se impor e reivindicar seus direitos, ficando assim, submissa às diversas imposições enfrentadas na rua.

Recorte nº 3: *“Ah, eu acho horrível, né! Uma situação horrível, não tem nem o que falar!”*

Recorte nº 4: *“Ah, não é vida, né? Não tem o que falar.”* [longa pausa]

Os recortes acima remetem a rua como um local avesso à moradia, além de revelar o quão difícil é para a mulher viver nessa condição. A expressão “não tem o que falar”, duplicada nas falas de dois diferentes sujeitos, aponta a rua como um local de muito sofrimento, dores e dificuldades para as mulheres. O silêncio, seguido de uma longa pausa expressa significados implícitos no interior dessas mulheres, elucida a experiência negativa de reviver o sofrimento oculto das ruas.

Nem tudo é revelado na linguagem, no discurso, os sentidos também são revelados, a expressão. “O não dito” faz referência ao conteúdo implícito e representa as fissuras inerentes na AD. Desta forma, a expressão “não tem o que falar” apresenta muita significância em seus dizeres, sugere o sentido de um ambiente e vivência de muitas dificuldades que não

necessitam ser mencionadas, transparece na imersão dos sentidos (Orlandi, 2015; Pêcheux, 2009).

Dando seguimento a análise, a expressão “não é vida” no recorte 4, posto ao fragmento discursivo, revela o pensamento que viver nessas condições não é digno da condição humana. O substantivo “rua” refuta esse espaço público como moradia, enquanto o substantivo feminino “vida” remete a algo bom, que já foi experienciado ao longo de sua trajetória, transparece que elas queriam experienciar outros caminhos já vivenciados de maneira positiva anteriormente.

Observa-se ainda que seus interlocutores ocupam posições ideológicas semelhantes, no mesmo espaço discursivo, representando uma regularidade da formação discursiva.

Segundo estudo realizado por Teixeira et al. (2019), com 34 profissionais das eCnRua do Rio de Janeiro, evidenciou que há discriminação dos demais profissionais da saúde com esta população, o que compromete o acolhimento, o vínculo e a assistência dessa população nos serviços de saúde, contribuindo para a exclusão e dificuldade de acesso na AB.

Referente a essa temática, o interdiscurso da pobreza e exclusão social é analisado nos próximos recortes que expressam os sentidos de ser mulher na rua.

Recorte nº 5: *“É um pouco difícil, porque a gente tem que esperar pela boa vontade das pessoas, fazer uma amiga. Não é verdade? Tem que esperar pela boa vontade deles, não carece ficar avexada, não carece ter pressa.”*

Recorte nº 6: *“Assim[], eu peço resto de comida em restaurante, eu peço resto de fruta. Pedido de morador de rua, porque eu sou pobre, eu não tenho nada!”*

Recorte nº 7: *“Falta, às vezes, um alimento. Você vai numa casa pedir um copo d'água, o povo te nega. É humilhante!”*

Os discursos exprimem a dinâmica da sobrevivência das mulheres nas ruas marcada pela mendicância, pobreza e instabilidade, ficam à mercê da caridade para que possam suprir uma das necessidades básicas, a alimentação.

No recorte 5, observa-se que no fragmento discursivo “tem que esperar pela boa

vontade das pessoas” revela que o verbo “esperar” está associado a algo corriqueiro, acontecimento comum para estas mulheres. Enquanto na sequência discursiva “fazer uma amiga”, a palavra “amizade” está associada à “barganha” para conseguir algo em um local com pouca disponibilidade de insumos para as necessidades humanas básicas e, a “boa vontade” faz referência ao sentimento de caridade das pessoas, mostrando o dia a dia dessas pessoas nas ruas.

Ainda no recorte 5, o fragmento discursivo “não carece ter pressa” remete ao sentido que a vida na rua tem seu próprio tempo, uma contagem do tempo sem associação com o relógio biológico, tampouco com os horários convencionais, no qual as necessidades humanas básicas necessitam de uma pausa forçada e silenciada.

O fragmento de discurso 6 inicia sua enunciação com o emprego do “Assim []”, seguido de uma longa pausa. A busca pela reorganização do pensamento, da fala pelo sujeito na análise de discurso, faz-se necessária para este sujeito organizar suas ideias, a forma de se colocar (Brandão 2012; Orlandi, 2015).

Contrapondo-se à espera do tempo do outro, para suprimento próprio, o emprego repetitivo do pronome “eu”, no recorte 6, demonstra o sentimento de solidão e individualidade em relação à construção de vínculos na rua, ou seja, a busca constante pela sobrevivência depende de si mesma, não havendo ciclo familiar e nem mesmo um suposto vínculo social e produz o sentido que na rua não existe o coletivo, é um espaço solitário, da vivência do “eu”.

Ainda no recorte 6, no fragmento “pedido de morador de rua, porque eu sou pobre, eu não tenho nada”, o próprio interlocutor percebe-se assujeitado. Para estes indivíduos, a exclusão social está intimamente ligada à vivência na rua e à pobreza, levando-os a se sentirem não merecedores e sempre à espera da vontade do outro.

No recorte 7, o pedido de água e alimento aponta o sentido de inferioridade da classe perante o sujeito, considerado fornecedor, assim a palavra alimento em seu sentido figurado, no fragmento discursivo, remete a ideia do dominante e o dominado na sociedade capitalista.

Nesse sentido, Brito e Silva (2022) apontam que o estigma, assim como o preconceito e a discriminação são processos sociais vinculados a estruturas mais amplas de poder e dominação, que reproduzem e conservam as desigualdades sociais.

Percebe-se que o sofrimento social está presente no cotidiano dessas mulheres. A escassa visibilidade social faz com que vivenciem e experienciem diretamente a humilhação, falta de reconhecimento e vergonha (Brito; Silva, 2022; Nardes; Giongo, 2021).

Os recortes 5 e 6 apontam o ser pobre inerente à população em situação de rua. Tal associação, é histórica no Brasil, vem desde o processo escravocrata, nos séculos XVI e XIX,

cujas, após o fim da escravidão, a pobreza extrema e a falta de moradia levaram a população negra a locais precários, periféricos e até mesmo ao relento (Costa, 1989; Oliveira; Martins, 2022). Este processo contribuiu para o aumento do número de pessoas vivendo nas ruas, não por vontade própria, mas devido às circunstâncias socioeconômicas (Oliveira; Martins, 2022). Diante disso, as mudanças na economia global corroboraram para o aumento das desigualdades sociais e, conseqüentemente, o aumento da população em situação de miséria, incluindo as PSR (Antunes, 2018).

Nesse sentido, vale destacar que a PNPSR, criada em 2009, traz em um de seus objetivos a necessidade de conceder acesso à alimentação, promovendo ações direcionadas à segurança alimentar e nutricional da PSR (Brasil, 2009a). Tal estratégia é de extrema importância e necessária visto que, em 2010, o direito à alimentação foi inserido como um direito social na Emenda Constitucional 64/2010 (Brasil, 2010).

O contexto de miséria e desigualdades vivenciado na rua é reverberado na dificuldade de conseguir alimento, mesmo por meio de doações, o acesso à água potável e a banheiros públicos com chuveiros, impossibilita os hábitos mínimos de higienização (Rosa, Bretas; 2015, Valle, Farah, Carneiro Junior; 2020).

Recorte nº 8: *Horrível! Porque é assim, você, pra você ir no banheiro, mulher é difícil. Ai, você tem que ficar batendo nas casas pra você ganhar um prato de comida. Pra tomar um banho é difícil. Não é fácil ficar na rua não! Muito difícil, difícil, difícil! Pra mulher, é mais difícil que pra homem eu acho. Sei lá, né. Porque o homem sabe se virar, mas mulher não. Mulher pra ela fazer um xixi, ela tem que abaixar, tem que sentar... Ai, não é fácil não.*

Recorte nº 9: *É ruim! Porque ó, falta banho tem dia, não é direto que tem. Entendeu? Na rua pra mulher é humilhante, pra homem já é mais fácil, pra mulher é mais, porque às vezes você vai pedir um negócio para um cara e, "Oh... mas vamos ali, qualquer coisa, aí eu te arrumo"! É humilhante você ter que passar por um papel desse.*

O interdiscurso sexista transpassa o efeito de sentido da opressão de gênero e classe diante do contexto das ruas, pois escancara a fragilidade dos corpos femininos aprisionados na falta de acesso a banheiros públicos e à proteção contra abusos referentes ao sexo oposto.

Uma das principais formas de diferenciação entre homens e mulheres em situação de rua se dá quanto ao direito à intimidade concerne às necessidades fisiológicas e à saúde

íntima. Enquanto para o homem é mais socialmente aceitável conseguir executá-las nos ambientes das ruas, para a mulher é necessária uma busca por um lugar um pouco mais apropriado para que não fique tão exposta (Rosa; Bretas, 2015).

Nesse contexto, o presente estudo aponta as dificuldades encontradas por essas mulheres em relação às necessidades humanas básicas, dentre elas, a manutenção dos hábitos de higiene íntima e corporal e a realização das necessidades fisiológicas. Em consonância, Nardes e Giongo (2021) revelaram, no estudo realizado com mulheres em situação de rua em duas cidades da região do Vale dos Sinos no Rio Grande do Sul, que os principais desafios para higiene pessoal das entrevistadas ocorreram principalmente devido à falta de privacidade nas ruas, o que contribuiu para as baixas condições de higiene dessas mulheres e, conseqüentemente, a perda da autoestima.

Outro fator preponderante relacionado aos hábitos de higiene pessoal foi apresentado em um estudo realizado com 20 pessoas em situação de rua em um município da Zona da Mata mineira, o qual identificou que a indisponibilidade de banheiros públicos externos aos equipamentos de proteção social dificulta os hábitos de higiene da PSR, acarretando prejuízos a saúde como: infestação de piolhos, doenças dermatológicas e infecciosas, além do aumento do preconceito e discriminação a essa população considerada “imunda” e “fedida”(Valle; Farah; Carneiro Junior, 2020).

Em consonância com a pesquisa supracitada, o município em que a presente pesquisa foi realizada também não apresenta disponibilidade de locais públicos para hábitos de higiene corporal e íntima. Assim, as entrevistadas relatam que se não conseguirem recorrer ao Centro Pop ou Casa de Acolhimento para essa finalidade, buscam estratégias rápidas como uso de torneiras para higiene íntima. Muitas vezes, ficam, até mesmo, um mês sem realizar a higiene corporal, fato prejudicial à saúde conforme já mencionado. Isso se reflete no cansaço da busca pela sobrevivência na rua.

Apesar das dificuldades mencionadas, os fragmentos discursivos abaixo apontam a versatilidade e a agilidade das mesmas durante o período menstrual para manutenção da higiene íntima.

Recorte nº 10: *Geralmente me lavo, tenho absorvente, se não tenho, peço no Centro Pop, se o Centro Pop não tiver, eu vou e compro.*

Recorte nº 11: *Não, isso aí, e também, conforme a farmácia, eu falava que não tinha dinheiro, me davam. Eu falei: "Gente, eu não tenho condições e tal." Eu ganhava dois daquele pacotinho. Conforme o lugar, a gente é boa demais, graças ao bom Deus eu tinha muita sorte nesse ponto, sabe?*

Recorte nº 12: *Eu tenho meus absorventes. Eu compro. Tem que comprar né, porque é difícil uma pessoa dar.*

A conceituação de pobreza menstrual é complexa, abrange não só as vertentes do conhecimento e capacidade de cuidados, do acesso às condições educacionais e de saúde, mas também a vertente do gênero e da classe.

A não garantia à dignidade menstrual atinge meninas e/ou mulheres; meninos e/ou homens trans (nasceu mulher, mas se identifica com o gênero masculino; e pessoas não binárias (pessoas que não se identificam nem 100% com o gênero masculino e nem 100% com o gênero feminino) em situação de pobreza, privadas de saneamento básico, recursos financeiros e acesso à conhecimento e recursos para higiene. Essa situação é agravada pela falta de incentivo financeiro e pela falta de políticas públicas direcionadas à pobreza menstrual, visto que não só as mulheres em situação de rua, mas todas as mulheres em situação de vulnerabilidade são prejudicadas, diante do não oferecimento gratuita pelos governantes de absorventes a adolescentes e mulheres em situação de vulnerabilidade, ocasiona uma das principais causas de abstenção de adolescentes em escolas das redes públicas do Brasil (UNICEF, 2021).

Diante disso, em março de 2021 foi promulgada a Lei 14.214/2021 que criou o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual para combater a pobreza menstrual por meio do fornecimento gratuito de absorventes para higiene pessoal a mulheres de baixa renda, incluindo estudantes dos ensinos fundamental e médio, mulheres em privação de liberdade e mulheres em situação de vulnerabilidade, abrangendo nessa última categoria, as mulheres em situação de rua. A lei determina a implantação desse programa de forma integral entre todos os entes federados (Brasil, 2021).

Porém, em outubro de 2021, o presidente da república em exercício vetou os artigos 1º e 3º do projeto, os quais asseguravam a distribuição gratuita de absorventes higiênicos femininos e similares em relação aos cuidados fundamentais na menstruação para estudantes

carentes, mulheres em situação de vulnerabilidade e privadas de liberdade. Essa conduta exacerba a invisibilidade das mulheres em situação de vulnerabilidade pelos poderes públicos.

No entanto, a partir do relatório *A Pobreza Menstrual Vivenciada Pelas Meninas Brasileiras*, da ONU ainda em 2021, o qual caracterizou a precariedade menstrual como uma violação dos direitos humanos e consequente problema de saúde pública, novamente foram promulgados todos os artigos da Lei 14.214/2021 em território nacional (BRASIL, 2021).

Os recortes acima mostram a perspicácia das mulheres para conseguir os produtos de higiene íntima e corporal, seja por meio dos serviços especializados no município, por doações ou, até mesmo, pela compra com a renda do auxílio que recebem ou dos trabalhos informais. A busca por espaços com banheiros, chuveiros e oferta de água potável é constante, mostrando a necessidade de migração para vários pontos da cidade para atender às necessidades.

Além das dificuldades acima mencionadas, estar em condição de rua representa uma condição discriminatória a uma população estigmatizada por sua aparência e hábitos de vida e, conseqüentemente, com dificuldade de acesso aos diferentes setores da sociedade como a inserção ao mercado de trabalho, a serviços públicos e particulares em geral e até mesmo aos serviços de saúde. Nesse sentido, a discriminação prejudica o avanço das políticas públicas em defesa dessa população, com ênfase no reconhecimento dos seus direitos enquanto cidadãos (Brito, Silva; 2022).

O indivíduo em situação de rua representa um ser invisível perante a sociedade e jurisdição, porém visíveis diante do processo vexatório, marcado pelos estigmas sociais e o preconceito social (Brito, Silva; 2022; Teixeira et al., 2019).

Nesse sentido, os recortes abaixo mostram a percepção das mulheres em relação a si mesmas, sentimentos que ficam velados, escondidos no caos das ruas.

Recorte nº 13: *“Então, ontem eu me arrumei, eu falei... porque... eu fiquei olhando no espelho: Nossa, eu ainda sou gente!”*

Recorte nº 14: *“Nossa! Antes eu nem olhava no espelho. Não gostava nem de olhar no espelho. Aí, eu saía na rua, os outros falava assim... os homens passava, mexia, aí eu falava assim: Gente, esses homens tá ficando doido? Eles tão fumando pedra? Tá usando droga estragada? Porque tô feia, tô tão ridícula e eles tão me chamando de linda. Tinha uns que eu falava na cara. Eu falava: Vem cá, você tem problema de vista? Vai procurar um oculista! Aí, eles: "Por quê?" Eu falei assim: "Nossa, tô seca, feia."”*

Recorte nº 15: *“Ai, eu perdi o encanto da vida, perdi a autoestima total. Tanto que o médico também perguntou isso pra mim lá do CAPS. Eu falei pra ele que eu não tinha mais autoestima nenhuma, não tinha mais ânimo, mas agora eu me arrumando assim aqui, tô bem! Tá me ajudando também!”*

O processo depreciativo apresentado no recorte 13 entrelaça-se no enredo da despersonificação de si, desvela que a rua reflete a própria estigmatização dessas mulheres em relação a sua aparência e autoestima. Em consonância com esses achados, Teixeira et al (2019) apontou em estudo que as pessoas em situação de rua sofrem estigmatização em diferentes aspectos, dentre eles o físico relacionado à aparência, além disso os autores afirmam que o estigma muitas das vezes é internalizado pelas próprias pessoas em situação de rua.

Esse contexto é reforçado no recorte nº 14, no qual, o não dito, revela a insatisfação desta mulher com sua aparência física. A entrevistada, na repetição das sequências discursivas interrogativas reforça seu descontentamento acerca de si, expressa o sentimento de surpresa por estar sendo galanteada.

Seguindo a análise dos recortes 13 e 14, observa-se que o objeto “espelho” produzido na enunciação apresenta um sentido mais abrangente que sua significação. Segundo o dicionário Aurélio, a palavra espelho é caracterizada como uma superfície lisa e muito polida, capaz de refletir a luz e as imagens de objetos e pessoas.

Nesse contexto os fragmentos discursivos “Nossa, antes eu nem olhava no espelho. Não gostava nem de olhar no espelho”, apontam que a dificuldade em se olhar no espelho representa a percepção de sua imagem. Além disso, desvela a metáfora da realidade o qual a verdade por trás de sua aparência física é refletida no medo em se olhar no espelho e enxergar o que se tornou ao longo de sua trajetória, repleta de dores, emoções, alegrias e tristezas ao longo de sua jornada.

Por outro lado, no recorte 15 o não dito é revelado pelo resgate da autoestima, por meio do vínculo com os profissionais dos serviços especializados no atendimento à PSR, uma rede de apoio diante da cegueira imputada a essa população.

A ida para as ruas provoca a ruptura com as vertentes sociais e econômicas importantes para a subsistência. Assim, a inserção no mercado de trabalho mantém o empregado ativo diante do contexto social e econômico que está envolvido, propiciando assim condições básicas de moradia, alimentação e demais necessidades humanas básicas.

Nesse sentido, o viver na rua é romper com o seu estilo de vida, com as atividades laborais, o que não significa a eliminação total do trabalho ou o impedimento à subsistência, mas o desenvolvimento de novos códigos, de formas específicas e garantia da sobrevivência (Brasil, 2008).

Recorte nº 16: *“Constrangedor! Constrangedor demais pra mim. Então, por isso, moça, eu prefiro ir para o farol vender minha balinha e mesmo vendendo balinha tem sempre que passa um e outro... de gracinha. Mas eu seguro. Agradeço a Deus, porque se você vai falar, às vezes, na madrugada você é agredida. Passa e te taca fogo e você não sabe. Te pega, te sequestra, como eu já vi muito acontecer com muitas meninas, que nunca mais voltaram.”*

O interdiscurso da autonomia transpassa o sentido que o trabalho além de monetizar, permite que a mulher em situação de rua não sobreviva às custas da intimidação do gênero como forma de proteção da mulher vulnerável nas ruas.

Para Saffiotti (2015), a violência se insere em um contexto sócio-histórico de relações constituídas por divergências de classes e luta pelo poder, na prevalência da opressão do sexo feminino pelos homens detentores do domínio e da exploração das mulheres no sistema patriarcal.

A violência permeia o universo das ruas. Desta maneira a PSR apresenta maior suscetibilidade à violência do que a população em geral. Isso ocorre devido aos aspectos relacionados à vulnerabilidade, de estarem sem proteção física e moradia, o que facilita as agressões e abusos, além de ter seus direitos inviabilizados perante a sociedade (Biscotto, 2016; Scheper-Hugues; Bourgois, 2017).

O médico e antropólogo Paul Farmer, após analisar o contexto de miséria e violência em vários países, desde desenvolvidos e subdesenvolvidos, evidencia que a associação do modo político e econômico de governar juntamente com as forças sociais determinam a estrutura institucional da diferenciação de classes. Muitos sujeitos sofrem as consequências de um sistema opressor diante do poder perpetuado a outros, apesar dos avanços da ciência e globalização cujo resultado culmina também nas disparidades sociais, na falta de oportunidades das populações oprimidas e vulneráveis. Nesse sentido, o autor aponta que a vertente da violência tem relação com os processos históricos, sociais, decorrentes da pobreza, racismo e vulnerabilidade. Essa vertente é individualizada, permeada por processos históricos que determinam as pessoas a serem protegidas das iniquidades sociais e agressões, além de

apontar os sujeitos privilegiados de escolhas no meio categorizado racista, sexista, vulnerável e politicamente violento (Farmer, 1997).

Diante desse contexto é retratada a vertente da violência denominada por Farmer (1997) como estrutural, violência essa que atinge pessoas em situação de vulnerabilidade, incluindo a PSR, caracterizada pela restrição do acesso aos direitos básicos decorrente da estrutura dos sistemas econômico, social e político. Cabe destacar que, esse tipo de violência configurou-se no Brasil no processo histórico da colonização, o qual a população escravizada vivenciou a exclusão social com conseqüente marginalização diante do contexto do racismo, violência e discriminação (Costa, 1989; Nascimento, 2016).

Diante desse contexto, a presente investigação mostrou que a violência foi uma das causas do processo de rualização para a algumas das entrevistadas. Além disso, todas mulheres referiram sofrer situações frequentes de violência verbal e/ou psicológica, enquanto cinco relataram agressões físicas na rua, e destas, duas mencionaram ter sofrido abuso sexual.

Recorte nº 17: *“Moça, eu sou... tem vários tipos de ser mulher na rua. Tem umas que gostam de ser mulher na rua sofrendo e apanhando dos maridos. Tem outras que gostam de ser mulher na rua fazendo programa, se vendendo pra droga. Eu sou mulher essa aqui que você vê! Que eu tô conversando com você.”*

Recorte nº 18: *“Eu já vi tanta violência, moça. Já vi homem arrancar a cabeça da mulher assim. A cabeça ainda caiu no meu pé. Lá em São Paulo. Por isso que eu não fiquei em São Paulo. Aquela Praça da Sé. Moça, eu tenho um trauma que só Deus sabe. Naquela hora que eu vou fechar a cabeça assim, deitar pra dormir, você vê aquelas imagens tudo que passou do passado. Retrospectiva de natal, vamos dizer assim... da chegada do ano novo... que faz no Brasil, faz na cabeça da gente. É triste demais, moça, mas Deus ainda vai dar um jeito.”*

O interdiscurso da violência e gênero atravessa a construção ideológica do sujeito, assim, a mulher em situação de rua se priva da liberdade pelo medo da violência no universo das ruas.

No fragmento discursivo 17, observa-se uma percepção negativa em relação ao modo de viver das mulheres em situação de rua. O uso repetitivo do verbo gostar no presente do indicativo gosta, denota que a mulher escolhe uma posição diante dos variados contextos de submissão e meios de subsistência na condição de rua.

O sujeito na sequência discursiva do recorte 17 “*Eu sou mulher, essa aqui que você vê!*” se coloca em uma posição, na qual o enunciador se refere ao corpo como um objeto físico. No entanto, para Foucault (2008), o sujeito é repleto de ideologia e significância, podendo ter várias interpretações diante das condições sócio-históricas vivenciadas e, não apenas a imagem que espera transmitir, cabendo ao pesquisador a análise profunda (Foucault, 2008).

O recorte 18 expõe a violência da rua. A entrevistada revela o medo, o sentimento de fuga, fuga da realidade experienciada que resultou em traumas, problemas de insônia e de saúde mental, expresso pelos dizeres ocultos, “Naquela hora que eu vou fechar a cabeça assim, ó, deitar pra dormir, você vê aquelas imagens tudo que passou do passado”. A sequência discursiva “Por isso que eu não fiquei em São Paulo. Aquela “Praça da Sé”, famosa praça situada na região central da capital paulista, a qual concentra grande quantidade de pessoas em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas, revela a transitoriedade dessa população e a busca por um local mais seguro, de acordo com sua percepção.

Corroborando com esses achados, um estudo realizado por Rosa e Bretas (2015) com mulheres em condição de rua na capital paulista evidenciou o sistema de opressão de gênero, do tráfico de drogas e do descaso dos governantes, principalmente pelas ações higienistas do município e a falta de proteção diante da violência a essas mulheres.

É possível refletir acerca do interdiscurso religioso exposto no recorte 18, no qual há a busca pela sobrevivência, “É triste demais, moça, mas Deus ainda vai dar um jeito”. Mesmo diante das dificuldades, violência e insegurança que estas mulheres vivenciam cotidianamente, elas encontram força por meio da fé, algo que não podem ver, nem tocar, mas caracteriza-se como um refúgio nos momentos difíceis.

O discurso abaixo refere-se a outros tipos de violência que não seja física ou sexual. Para Pêcheux (2006) a “posição- sujeito” se caracteriza pela identificação entre o sujeito que enuncia e o sujeito do saber.

Recorte nº 19: “*Não, essas coisas não. Só... é... é... é uma conversa assim, sabe? Verbal. A boca dói mais do que um tapa na cara, entendeu? Então, fica xingando eu de biscate, vagabunda, um monte de coisa. Eu não... eu não... quero ficar escutando isso daí na minha cabeça mais.*”

Recorte nº 20: “*Ah, ele quer... ele bebe e começa a me xingar, começa a falar isso, fazer aquilo, põe eu pra baixo, sabe? Então, falei: "Não! Essa vida não é pra mim não! Pode*

parar." Eu também tenho sentimento. Sou ser humano."

O interdiscurso sexista de cunho machista atravessa a condição de vulnerabilidade das mulheres em situação de rua, interpelando a violação dos direitos humanos e as leis precursoras desses direitos. As palavras “muitas vezes” que se repetem reforçam a frequência dos momentos de violência que estas mulheres são submetidas, reforçando que estar nas ruas não é uma fatalidade, mas sim um processo.

A enunciação de um sujeito do discurso se dá no encontro entre interdiscurso e intradiscurso. É o local onde a memória, história e a atualidade se encontram, portanto, é o lugar do acontecimento, a repetição do enunciado permite que ele seja atualizado, rememorado ou ressignificado.

Nesse sentido, os dois recortes acima apontam que a repetição do advérbio de negação “não” apresenta o rompimento da submissão da mulher perante a dominação do sexo masculino, elucida a mudança do padrão considerado habitual no contexto rua. Assim, o interlocutor revela o poder da mulher na desigualdade entre os gêneros.

Estudos evidenciam ser comum encontrar mulheres em situação de rua aprisionadas em relacionamentos tóxicos por insegurança e medo de viverem sozinhas na rua, vão em busca de um parceiro para suprir esses sentimentos (Nardes; Giongo, 2021; Rosa; Bretas, 2015; Silva; Jordão; Ferreira, 2020).

A paráfrase encontrada na sequência discursiva "Não! Essa vida não é pra mim não! Pode parar." Eu também tenho sentimento”, imprime a ideia da despersonalização da mulher enquanto ser humano, visto o alto índice de discriminação e preconceito que são submetidas. Evidencia-se a própria estigmatização da mulher diante do sofrimento e dificuldades impostas nas ruas, mas que por outro lado, revela o fortalecimento e reconhecimento de sua identidade na colocação “pode parar” deixando claro a busca pelo respeito e visibilidade de seus direitos sociais.

O cotidiano destas mulheres é permeado pela intersecção de gênero e violência. A violência atravessa a condição de gênero, transfigura-se na submissão da mulher perante seu parceiro, assim, além das situações de violência verbal relatadas, outros tipos de violência também foram mencionados pelas participantes como a física e patrimonial, violências negligenciadas pelas próprias participantes do estudo,

Recorte nº 21: *“Eu apanhava dia e noite se eu não tratasse dele. Eu tinha que gambiar (ir em*

busca de alimento e dinheiro)24 horas, descobri que ele fumava droga... Falei: "Oh, Jesus, era o meu irmão e agora esse cara também! Minha vida é sina mesmo." E ele fazia eu gambiar 24 horas e me ameaçava se eu largasse dele."

Recorte nº 22: *"Não, ele não era de bater, não. Um bom tempo. Depois de um certo tempo, que eu estava desgostando dele já, que ele tava bebendo demais... Eu entrei um tempo na bebida com ele. Só que depois que eu vi que ele tava bebendo e querendo me estuprar, que ele me estuprou, eu peguei e parei. Aí, em vez de eu beber, eu fingia que bebia e deixava ele encher a cara pra dormir bêbado pra não... deixar eu quietinha e não me estuprar."*

Estudos nacionais e internacionais apontam que a trajetória de violência para essas mulheres é marcada desde a infância, sendo inserida no contexto familiar. O abuso sexual e a violência doméstica são as principais causas do processo de rualização da mulher (Biscotto et al., 2016; Rosa; Bretas, 2015; Sanchotene; Antoni; Munhós, 2019; Scheper-Hugues; Bourgois,2017; Richwi; Zanello, 2023)

Corroborando com esses estudos, os fragmentos discursivos apontam que algumas das entrevistadas já sofreram em seus próprios lares algum tipo de violência, fato que facilitou a ida para as ruas.

Recorte nº 23: *"Eu meu pai, também quando eu era pequenininha, mexeu comigo. Ele não chegou a estuprar eu, mas ele brincou comigo, sabe!Ah, eu era bem pequena."*

O fragmento discursivo acima é de uma mulher branca, que cresceu em um ambiente de violência doméstica, obrigada a se prostituir desde a adolescência para auxiliar no sustento de sua família. Assim, ao ir para as ruas se deparou com os mais variados tipos de violência, o que pode estar relacionado ao seu olhar que transpassa desconfiança, mas no decorrer da entrevista demonstrou segurança em suas falas e acolhimento por estar sendo ouvida.

O ambiente familiar disfuncional ocasiona marcas e maior probabilidade a violência de gênero (Richwi; Zanello, 2023), violência essa intrínseca enraizada nos corpos e mentes das mulheres que repercutem em seu modo de vida futuro, visto que a participante referiu sofrer violência física e verbal do seu ex-parceiro.

Salienta-se que a violência sexual, além das sequelas físicas, pode ocasionar várias

doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Desta forma, a gravidez, quando ocorre na rua, acarreta desafios para a saúde da mãe e do bebê, o acesso e a adesão das mulheres em situação de rua nos serviços de saúde para realização do pré-natal é uma das principais dificuldades mencionadas em estudos (Araújo et al., 2017; Costa et. al, 2015; Nardes; Giongo, 2021).

Grotton e Radey (2017) e Richwi e Zanello (2023), evidenciaram um grande processo de rualização de mulheres devido à violência no ambiente doméstico. Em consonância, os autores revelaram em seus estudos que o abuso sexual era prevalente entre irmãos, pais e/ou familiares próximos da vítima.

Apesar dos discursos de violência, não é comum a procura por serviços especializados de defesa da mulher. Nesse sentido, um estudo americano evidenciou a baixa procura pelos serviços de atendimento a urgências, decorrente de violências sofridas. Essa informação gera preocupação devido ao risco de gravidez, acometimento por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), em caso de violência sexual e agressões físicas (Riley et al.; 2020).

Um estudo realizado em São Francisco, Califórnia (EUA), evidenciou que as mulheres em situação de rua e/ou mulheres em situação habitacional instável sofreram variados tipos de violência nos últimos seis meses da realização das entrevistas, sendo: violência psicológica (87%), violência física sem arma (48%), violência física com arma (18%) e violência sexual (18%). Os achados apontam que apesar da recorrente violência vivenciada por essas mulheres, não houve procura pelos serviços especializados à mulher vítima de violência. Diante do exposto, os autores elucidam a necessidade de melhorias no acesso aos serviços de saúde de emergência, bem como aos serviços de abordagem e CnaR direcionados às mulheres em situação de rua (Riley et al.; 2020).

Destaca-se que todas as entrevistadas apesar de revelarem sofrer situações de variados tipos de violência mantêm-se em relacionamentos amorosos na maioria das vezes, visualizando a figura masculina como forma de proteção na obscuridão da rua.

Recorte nº 24: *“Também não! Esse era o meu maior medo de estar na rua, é o que eu te falei: começa a ficar a cabreira. Muito tempo sem dormir, e ele fica sempre do meu lado, não me deixa sozinha. E ele também não fica sozinho que ele também tem medo. Medo e ciúmes né, ciúme doentio.”*

O “medo de estar na rua” e sofrer alguma agressão e/ou abuso sexual por outros homens em situação de rua faz com que algumas mulheres recorram a relacionamentos

amorosos como forma de se sentirem protegidas.

Para Foucault (2008), as relações matrimoniais apresentam resquícios de jogos agonísticos entre os envolvidos. Movimentos de disputas de poder em forma de reciprocidade ou de igualdade versus o desejo de manifestar a superioridade sobre o outro. Isso é visto no recorte 24, no qual a mulher visualiza o homem como proteção, mas por outro lado, a mulher também é uma fonte de “proteção” ao homem na rua, seja por parceria ou por amparo.

Nesse sentido, Nardes e Giongo (2021) abordaram em sua investigação a necessidade da vinculação de mulheres com um parceiro, por proteção, mas também movidas pela atração física, objetivos de vida e hábitos semelhantes. Assim, por estarem em minoria, a troca de parceiros é frequente, mas, muitas vezes, sofrem retaliação de seus ex-parceiros e, até mesmo atentado contra suas vidas.

A construção deste bloco discursivo permitiu refletir acerca da problemática vivência dessas mulheres na rua. Os achados revelam a luta diária deste grupo em busca de condições melhores de sobrevivência e subsistência perante a sociedade patriarcal e classista. Além disso, é enfatizado a necessidade de implementação de estratégias para reduzir a violência vivenciada pelas mulheres em situação de rua, e também um olhar holístico dos governantes acerca da defesa e reconhecimento dos direitos e igualdade entre gênero nas diferentes classes sociais, sendo importante a implementação de ações de promoção, proteção e igualdade social, tanto no contexto de seguridade social quanto no contexto da saúde

É importante salientar que as divergências entre gênero e classe aumentam o distanciamento da PSR em relação à população geral, o que acarreta maiores ações depreciativas como hostilidade, desrespeito e preconceito contra essa minoria. Desta forma, esse contexto depreciativo proporciona a ênfase nos processos discriminatórios e redução dos direitos das mulheres em situação de rua pela sociedade (Guzzo, 2016).

6.3.2 Bloco Discursivo 2: Desvelando os marcadores: Gênero e Pobreza nos aspectos da saúde

Os recortes em análise neste bloco se inscrevem nas FDs de experiências e percepções de mulheres em situação de rua em relação ao acesso aos serviços de saúde, atenção à saúde e consequentes danos à integridade física, mental e social das mesmas. Neste contexto, salienta-se a importância de se estudar a atenção de saúde da PSR diante dos aspectos de

vulnerabilidade desse grupo intensificado pelas condições insalubres da rua.

Um estudo realizado com pessoas vulneráveis em regiões periféricas e com PSR, em Londres e Birmingham, na Inglaterra, evidenciou que a PSR apresenta três vezes mais chances de desenvolverem Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em relação à população em geral, com predominância dos casos de Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doenças cardiovasculares e epilepsia (Lewer et al., 2019).

Em relação à vertente de gênero, Aldridge et al. (2018) apontou que a taxa de mortalidade da PSR é aproximadamente oito vezes maior no sexo masculino em condição de rua em comparação com população em geral, enquanto para as mulheres nas mesmas condições, a taxa de mortalidade é mais expressiva, 12 vezes maior, condições estas diretamente relacionadas as iniquidades sociais, econômicas e assistenciais

Os dados mencionados fornecem um panorama preocupante do contexto de saúde deste grupo. Para Silva e colaboradores (2021), a falta de rede de apoio familiar, juntamente com as circunstâncias da rua, como a violência, o estigma e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde repercutiram nas condições de saúde física e mental da PSR.

Acrescido a isso, Vale e Vecchia (2020) investigaram por meio de uma revisão de literatura as ações de cuidado à saúde direcionadas a PSR, elucidando que faltam estratégias de educação em saúde direcionadas a esse grupo, ocasionando assim, o aumento de acometimentos por doenças e complicações de saúde.

Nesse sentido, a violação dos direitos das mulheres ocorre devido à omissão social, governamental, e até mesmo a omissão das próprias mulheres diante das estratégias de atenção à saúde. Assim, as mulheres em situação de rua são submissas a um sistema de coerções, preconceito e desigualdades, intensificados pela violação de seus direitos enquanto cidadãs (Coldibeli; Paiva; Batista, 2021; Sanchotene; Antoni; Munhós, 2019; Tiene, 2004).

Essas violações impostas pela sociedade capitalista e patriarcal atingem com maior intensidade as camadas mais pobres da sociedade como, por exemplo, a PSR, invalidez e inviabilizada na sociedade capitalista (Castel, 1997; Nunes, Souza; 2020).

Essas constatações vêm de encontro com a corrente filosófica da feminista e ativista Angela Davis, ao evidenciar a articulação do movimento antirracista com os marcadores interseccionais classe e gênero, visto que estes marcadores apresentam vertentes individuais de dominância e opressão. A autora expressa o pensamento que se o gênero é considerado uma categoria relacional e não diz respeito só às mulheres, a raça também pode ser considerada como uma categoria relacional, mas em seu sentido amplo e não apenas as pessoas de raça/cor negra, mas a todos os grupos étnicos (Davis, 2016).

Nesse sentido, pode-se pensar que a avaliação do panorama, percepção e atenção direcionada à saúde das mulheres em situação de rua possa trazer subsídios para um olhar holístico na íntegra das necessidades de saúde da PSR em geral.

Em relação à saúde da mulher, alguns exames são considerados de rotina para prevenção de câncer, e no Brasil seguem as determinações e protocolos estabelecidos por organizações competentes, como exemplo o Ministério da Saúde (MS). Deste modo, os exames Papanicolau, o Exame Clínico das Mamas (ECM) e Mamografia (MMG) são considerados exames preventivos e ou de rastreamento do Câncer Colo de Útero (CCU) e de Mama respectivamente, e devem ser solicitados conforme faixa etária, fatores de risco a todas as mulheres, independente da raça, classe e gênero (Brasil, 2015; Brasil, 2016).

Os discursos, a seguir, evidenciam a realização ou não dos exames mencionados. Os recortes acima se referem à realização do exame preventivo do CCU e de detecção precoce das mamas.

Recorte nº 25: *“Não, nunca fiz!”*

Recorte nº 26: *“Tem agora uns dois anos ou três, no postinho. Eu tava com uma dor, infecção de urina e fiz o papanicolau.”*

Recorte nº 27: *“Esse ano, o papa, mas a mama eu nunca fiz isso não.”*

Os fragmentos discursivos 25 e 27 produzem um sentido de ambiguidades relacionadas à atenção à saúde, visto que os dizeres ocultam os atores responsáveis pela não realização tanto do exame Papanicolau, quanto o das mamas (ECM e MMG) respectivamente. Cabe destacar que essa ambiguidade está relacionada à baixa adesão dessas mulheres aos serviços de saúde, como também remete a ideia dos obstáculos de acesso dos serviços de saúde.

Apesar dos obstáculos encontrados na atenção à saúde dessas mulheres, duas entrevistadas informaram ter realizado o exame preventivo do CCU nos últimos dois a três anos, enquanto uma das mulheres entrevistadas procurou o serviço de saúde para atendimento de rotina e a outra revelou que foi encaminhada pelos profissionais da Casa de Acolhimento à unidade de saúde devido a possível infecção urinária, e assim teve seus exames atualizados.

A adesão aos exames pelas mulheres, bem como o seguimento dos protocolos pelos

profissionais da saúde, reduz o risco de detecção de doenças em estágio avançado, como por exemplo a patologia CCU.

O CCU é uma neoplasia de evolução lenta com bom prognóstico, se detectado precocemente. Sabe-se que o exame de rastreamento, denominado popularmente como Papanicolau, é de baixo custo para os sistemas de saúde e apresenta alto índice de confiabilidade e eficácia com alto impacto na redução de morbimortalidade pela doença (Brasil, 2016). Destaca-se que o CCU é o quarto tipo de CA mais frequente e é a quarta causa principal de morte por câncer nas mulheres, assim, diante dessas circunstâncias torna-se primordial a implementação de estratégias e ações para a prevenção e detecção precoce da doença em todas as raças e classes de mulheres (WHO, 2023).

A prevenção do CCU ocorre por meio da vacinação contra o vírus Papiloma Vírus Humano (HPV), enquanto as estratégias de rastreamento ocorrem por meio da realização do exame Papanicolau. No Brasil, esse exame deve ser realizado a partir dos 25 anos em todas as mulheres que já iniciaram atividade sexual, até os 64 anos de idade, o exame é anual e após dois resultados consecutivos sem alterações passa a ser trienal (Brasil 2016).

Um estudo realizado em Sidney, na Austrália, com o objetivo de avaliar o rastreamento do CCU em mulheres em situação de rua, revelou que estas apresentaram baixo conhecimento acerca do termo rastreamento cervical e, apesar da maioria ter informado realizar o exame de Papanicolau, os dados dos sistemas de informação da capital evidenciaram que 69% estavam em atrasos. Dessa forma, apesar dos incentivos e estratégias dos profissionais dos serviços direcionados a PSR, fazem-se necessárias ações mais efetivas para aumentar a cobertura e o acesso das mulheres a este exame (Lovell et al., 2020).

Já em relação à atenção à saúde das mulheres direcionados ao CA de mama, os discursos revelam o desconhecimento e a negação. Cabe destacar que esses exames mencionados foram explicados previamente pela pesquisadora, para facilitar a compreensão no momento da entrevista.

Recorte nº 28: *“Não, mas eu não sinto nada não. Nenhuma dorzinha, não sinto.”*

Recorte nº 29: *“Não. Porque agora que eu tenho 42 anos, né. Aí, não fazia na época que eu era mais nova. É a partir de 40, né, acho.”*

Nos recortes acima, a posição das mulheres sinaliza um discurso contraditório que

remete ao intradiscurso da educação/conhecimento. Segundo Pêcheux (2009), o interdiscurso é caracterizado pelos dizeres do discurso em relação a si mesmo, algo que o interlocutor pode dizer por meio da linguagem, algo que foi relatado anteriormente e ao que dirá em sequência, desta forma, um discurso se refere a outro.

Nesse contexto, o fragmento discursivo “*Não, mas eu não sinto nada não*”, demonstra a busca pelos serviços de saúde apenas pelo aparecimento de sintomas, evidenciando o discurso centrado na sintomatologia. Em contrapartida, no recorte 29 revela o conhecimento das ações de rastreamento do CA de mama, em um discurso preventivo “*É a partir de 40, né, acho*”.

De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o CA de mama é a primeira causa de morte no sexo feminino. Dessa forma, medidas efetivas de detecção precoce por meio do ECM e, principalmente pelo rastreamento através da MMA, são estratégias eficazes detecção precoce e rastreamento da doença (INCA, 2022).

É importante destacar que o processo saúde-doença para as pessoas em condição de rua é multifacetado. Desta forma, há indivíduos que associam a saúde com a ausência de doenças e com a perspectiva de estar vivo em condição de rua, devido aos desafios enfrentados na rua, outros associam a falta de saúde devido à incapacidade de trabalhar por estarem acometidos por alguma doença (Paiva et al., 2016).

A exclusão social dos pobres e oprimidos repercute na atenção à saúde. Artigos revelam o preconceito e discriminação a PSR realizada por profissionais de saúde sendo agravado na análise interseccional raça, classe e gênero.

Assim, observamos na presente pesquisa que a busca pelos serviços de saúde ocorreu, com maior frequência, apenas no período da gestação. Dentre as oito participantes do estudo, apenas uma referiu não ter filhos e nem histórico de aborto.

Recorte nº 30: “*Eu ia. Ia para saber como é que o bebê tava sentindo.*”

Recorte nº 31: *Com frequência. Todo mês, que tinha a consulta do pré-natal tava lá. Até que eu tinha problema de pressão, eu tinha que fazer, senão podia eu ou a criança morrer. Que as minhas gravidez eram todas de risco.*

Apesar de ambos os recortes revelarem preocupação com a saúde, os recortes discursivos 30 e 31 se contrapõem no sentido da objetivação dos cuidados no pré-natal que

visa os cuidados ao binômio mãe e filho.

No recorte 30 percebe-se o “*não dito*”, desvela a ideia de sentido de que a atenção ao pré-natal é direcionado apenas para a criança “*la para saber como é que o bebê tava sentindo*”, enquanto o recorte 31 remete a ideia de conhecimento e a preocupação desta mulher com o bebê e também com ela mesma, visto que o enunciador expressa a importância da realização mensal das consultas de pré-natal “*senão podia eu ou a criança morrer*”. Assim, na análise da sequência discursiva do recorte 31, a apropriação do conhecimento é enfatizada pela repetição da marca “*eu tinha que fazer*” reforçando a responsabilidade da mãe frente ao processo de atenção à saúde durante o processo gestacional.

Salienta-se que, um estudo de revisão sistemática acerca das experiências de gestantes em situação de rua, a fim de identificar os posicionamentos biopsicossociais e jurídicos referentes à temática, evidenciou que os estudos revelam que entendimento da maternidade para as mulheres em situação de rua acerca dos riscos gestacionais para mãe e bebê são discutidos em maior ênfase em estudos internacionais, enquanto a atenção acerca do pré-natal são abordadas tanto em estudos internacionais e nacionais que abordam que o uso de tecnologias de cuidado em saúde facilita o controle dos fatores de riscos de complicações e eventos adversos à gestação da mulher em situação de rua. Esses estudos voltam o olhar para as questões jurídicas que são de cunho punitivo e de desconfiança o que favorece a não adesão dessas mulheres à manutenção do pré-natal e cuidados de atenção à saúde (Santos; Baptista; Constantino, 2021)

Segundo dados da ONU, o pré-natal efetiva os cuidados, o apoio e a comunicação entre as gestantes, famílias e serviços de saúde. As ações educativas oportunizam orientações às gestantes acerca dos aspectos fisiológicos, biopsicocultural, além de evidenciar que os cuidados relativos ao binômio mãe e filho reduz as taxas de morbi-mortalidade no processo de parto e nascimento (WHO, 2016).

O atendimento às mulheres grávidas em situação de rua do município é realizado na ESF direcionada pela SMS para atendimento pré-natal e também apresentam acompanhamento da equipe de abordagem com visitas contínuas *in locu* para avaliar a adesão ao cuidado pré-natal, ou seja, avalia se a mulher está fazendo uso de vitaminas e medicamentos prescritos pelo (a) enfermeiro (a) e/ou médico da ESF durante a consulta pré-natal, além de identificar possíveis complicações da saúde em geral permitindo uma avaliação imediatista das necessidades dessa mãe, e se necessário a equipe de abordagem realiza o encaminhamento dessa mulher aos serviços de saúde.

Apesar das estratégias de atenção à saúde realizadas pelos equipamentos de proteção

social e de saúde municipal, o presente estudo evidencia que algumas das mulheres em situação de rua entrevistadas passaram pelo abandono de si mesmas e do binômio mãe e filho, ocasionado principalmente pelo uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas durante o período gestacional.

Recorte nº 32: *“A minha filha mais velha eu usei crack do primeiro mês aos nono mês de nascimento. O meu segundo filho, eu fumei maconha do primeiro ao nono. E o terceiro filho eu fumei tudo o que você pode imaginar, fora a bebida.”*

Recorte nº 33: *“Eu não morava na rua ainda, nem conhecia a rua, fui conhecer a rua depois disso. Aí eu voltei e ela tinha 5 dias de vida, e quando ela ia fazer 20 dias de vida, passou o Conselho Tutelar em casa para levar ela. Aí levou ela, levou um monte de coisa, que a gente não tinha feito pré-natal, que a gente não tinha feito nada, falou que tudo que a gente fazia era errado e a gente provava que era mentira e eles iam lá e já vinham com outra coisa. Sabe, ganhando tempo bem pra poder ela não ir pra adoção mesmo!”*

A oportunização da atenção à saúde durante o pré-natal é interpelada pelo discurso autoritário revelado pelas marcas discursivas no recorte 32 “*eu usei*”, “*eu fumei*”, e no recorte 33 “*a gente*” repetidamente. Essas marcas revelam o processo de “abandono” gradual das orientações acerca dos cuidados de pré-natal e de seus próprios corpos e filhos para o “mundo das drogas”, drogas essas que têm escancarado um problema grave de saúde da PSR que merece maior visibilidade pelos poderes públicos, assistenciais e sociais, visto ao grande comprometimento dessas mulheres nos aspectos biopsicossociais no contexto de rua que estão inseridas.

Em concordância, Araújo et al. (2017) identificaram em pesquisa realizada com nove gestantes atendidas pelas eCnaR em Maceió, Alagoas, que a maioria das gestantes em situação de rua em acompanhamento não retorna às consultas de pré-natal devido à distância dos serviços de saúde dos locais a que costumam permanecer na rua.

Dando sequência a análise, o fragmento discursivo “*a gente provava que era mentira e eles iam lá e já vinham com outra coisa*” no recorte 33, refere-se ao esquecimento número 2. Para Orlandi (2015), o esquecimento é caracterizado pela interpelação do sujeito pelas condições sócio-históricas, o qual a memória está associada à ideologia, o qual a história atravessa o discurso dos sujeitos em sua materialidade e efeitos, não permitindo ao sujeito a

imposição de seus desejos, pois ele não tem domínio dos seus dizeres, pois, as palavras emitidas não são do enunciador, essas são repletas de conceitos e significados atravessados pela história e pela linguagem. Nesse sentido o esquecimento número 2 refere-se ao interdiscurso, caracterizado pelo discurso emitido pelo enunciador, é reflexo dos dizeres que foram ditos e esquecidos, ou seja, o interdiscurso determina o materialmente o efeito de articulação e encadeamento dos dizeres que de tal modo que aparecem como já ditos interpelado pelos processos históricos.

Nesse sentido, a noção do cuidado é ilusória, apontada pela marca discursiva repetidamente “a gente”, elucida o um esforço único e pessoal da mãe e do pai no cuidado ao bebê recém-nascido, um cuidado que na realidade não existia, visto a imersão dos mesmo no uso abusivo de álcool e drogas, revelando que “os não dizeres” emergem a falta de cuidados necessários da mulher durante a gravidez, contribuindo assim, no aumento dos riscos de vida para a mãe e para o bebê, devido a possíveis complicações obstétricas além dos riscos de acometimento de doenças que podem ser transmitidas ao bebê por via vertical.

As mulheres em situação de rua sofrem constantes retaliações de seus direitos, porém ao mesmo tempo não conseguem ter condições mínimas de subsistência para a criação de seus filhos em vários aspectos de saúde, como o social, físico e emocional. Desta forma, é comum a atuação dos poderes jurídicos por meio dos Conselhos Tutelares (Santos; Baptista; Constantino, 2021).

Essas dificuldades de criação de seus filhos são interpretadas segundo a lógica do pensamento de Bauman (2012), que não existem determinismos na vida social, ou seja, os sujeitos sociais precisam superar os obstáculos vivenciados em seu cotidiano para possibilitar a ampliação das relações e vínculos com outros sujeitos. Mas, para que isso ocorra, os sujeitos necessitam realizar reflexões profundas e contínuas, submersas em suas próprias atitudes diante dos acontecimentos, o que dificilmente poderá ser realizado se esta população não tiver maior incentivo por parte dos governantes para a efetivação do cuidado integral visando a redução das iniquidades sociais e de saúde.

A vivência num contexto de opressão marca o que cada pessoa é e como lida com essa realidade. Embora componha um público reduzido comparativamente aos homens, as mulheres que vivem em situação de rua estão submetidas, em geral, às dificuldades enfrentadas por toda população em situação de rua, porém, ao vivenciarem a rua sendo mulher, o gênero se constitui em agravante que potencializa riscos inerentes a esse espaço.

Outro aspecto importante a ser analisado na atenção à saúde da mulher em situação de rua é a vertente de gênero na maternidade. Essa vertente é proveniente do processo histórico

da mulher procriadora, visto que as políticas voltadas à saúde da mulher eram voltadas ao ciclo gravídico puerperal e, no Brasil, apenas em 1984, o cuidado à saúde da mulher passou a ser realizado na íntegra de suas necessidades (Brasil, 1984).

No entanto, ser mulher no cenário da rua evoca relações de poder inseridas no conceito de gênero, considerado enquanto construção social e calcado em relações patriarcais. Estar nas ruas é estar exposta e ser alvo de ações discriminatórias que passam pela invisibilidade perante as políticas públicas, tanto que não houve inclusão de premissas às mulheres em situação de rua e nem houve as mudanças e melhorias nas políticas direcionadas à saúde da mulher.

Essa exclusão cabe ser destacada, pois a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, e que permeia nos dias atuais as considerações de grupos específicos que mulheres na íntegra de suas necessidades, representa um marco na história das políticas públicas de saúde para as mulheres, sobretudo, pelo seu significado social e que engloba as mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, homossexuais, com deficiências entre outras (Brasil, 2004).

Esse contexto elucidado que a relação entre visibilidade e invisibilidade na vida das mulheres em situação de rua é mediada pelos interesses dos poderes públicos, ora sendo evidenciada sua presença pela estranheza com o uso de políticas de cunho higienista, ora ocultada, mas incluída no quesito da menos valia na PNAISM sem uma premissa específica de cuidado a essas mulheres, sendo evidenciada de maneira generalista na PNPSR.

Diante do exposto, dando sequência a análise discursiva, o intercurso de vulnerabilidade atravessa os desfechos do processo gestacional de mulheres em situação de rua. Os discursos abaixo revelam ações extremas dessas mulheres diante do diagnóstico de gravidez.

Recorte nº 34: *“Uma coisa que eu tentei dos 18 aos 25, tem três laudos que eu não podia ter filho, né. Aí, do nada, ele veio. Justo na pior hora, ele veio. Aí, eu surtei, pirei. Aí, comecei a usar, usar, usar pra ver se eu tirava ele, mas nada. Bebia também, coisa que eu não sou muito de beber. Bebi, bebi, bebi, bebi, usei, usei, usei, mas, graças a Deus, o menino veio perfeito. Até os meus médicos do pré-natal falou... já tava esperando, né, ele vir com alguma deficiência.”*

Recorte nº 35: *“Porque eu tentei tirar ele, que eu não aceitava, porque eu tava com depressão, que eu tinha perdido minha avó. Foi quando eu me afundei na cocaína, foi quando eu entrei em depressão porque minha vó faleceu. Fui criada com ela, né.”*

A discriminação social das mulheres em situação de rua emerge nas invisibilidades das suas necessidades de atenção de saúde, visto que a maioria das mulheres em condição de rua sofrem abortos espontâneos e até mesmo abortos provocados pela falta de percepção das mesmas diante dos riscos que a perda gestacional possa ocasionar em sua saúde física e mental.

Diante desse contexto, Rosa e Bretas (2015) refletem que o contexto do aborto atravessa os aspectos da violência no que tange à questão dos direitos da mulher em situação de rua, de responsabilidade também dos poderes governamentais. As divergências entre as classes são um fator preponderante que amplia as condições de atenção à saúde diante do abortamento legal e ilegal das mulheres de classes economicamente e socialmente desfavorecidas.

Além do enfoque na saúde reprodutiva, as mulheres em situação de rua apresentam outras necessidades de atenção à saúde. As participantes referiram diagnósticos de DCNT sendo as mais citadas a Asma, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e epilepsia, e em relação às Doenças Crônicas Transmissíveis (DCT). Elas revelaram não ter e/ou não saber sobre o diagnóstico positivo referente a DCT, mas relataram já ter necessitado de cuidados ginecológicos principalmente relacionados a vulvovaginites.

Recorte nº 36: *“Losartana e o Aerolin, que é de asma, a bombinha. Até que eu tenho que fazer um dinheiro pra mim comprar que eu tô sem e eu não posso, que é de asma. Se me dá ataque.”*

Recorte nº 37: *“Não, é que, eu só tenho... eu já tive esse, é assim, é coisa, é gripe, essas coisas, falta de ar, essas coisa assim, mas não é nada grave, assim de HIV, essas coisas.”*

O interdiscurso da sabedoria atravessa os dizeres do recorte 41 e denota que a entrevistada tem conhecimento das medicações em uso atual e percebe-se a importância delas para a sua saúde. No entanto, um fato que chama atenção em seu discurso, é que a mesma

refere a necessidade de ter uma “*fonte de renda*” para comprar determinada medicação, e para essa e outras finalidades, a renda permeia o sentido de conseguir dinheiro, seja por esmolas ou trabalhos informais, seja por meio da venda de balas nos semáforos, ou por meio de “guardar”/“cuidar” de carros/flanelinhas nos logradouros públicos.

Cabe destacar que esses medicamentos de uso contínuo mencionado pelas entrevistas são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), visto que a Portaria nº 184 de 3 de fevereiro de 2011 (BRASIL, 2011b) regulamenta o Programa de Farmácia Popular em âmbito nacional, que disponibiliza uma rede próprias de farmácias populares em parceria com a tríade municipal, estadual e federal. Entre as mediações oferecidas gratuitamente pelo programa estão os anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, destacando que para a asma também são ofertadas medicações gratuitamente pelo SUS e as medicações psicotrópicas pelas Farmácias de Alto Custo.

Dando sequência a análise do fragmento, as “marcas” presentes nos fragmentos discursivos 36 e 37 “*não me deram*”, “*tenho que fazer um dinheiro*”, “*eu tô sem*”, parafraseiam a construção do conceito de invisibilidade da mulher em situação de rua. Perante os poderes públicos, estas precisam se mobilizar para adquirir remédios que são fornecidos pelos SUS. Ainda na análise do recorte 37 evidencia o “não dito” a respeito das DCT como algo que demanda mais atenção de cuidados, disposto no fragmento “*mas não é nada grave, assim de HIV*”, porém as DCNT como as respiratórias são as que mais acometem a população em situação de rua e visualiza as DCT mais importantes e que ocasionam medo as DCNT conforme revelado em “*mas não é nada grave, assim de HIV*”.

Diante dos fragmentos discursivos analisados, cabe destacar que a Constituição Federal de 1990 (BRASIL, 1990) tem como uma de suas premissas, assegurar a saúde como um direito e dever do Estado para com a população tanto na vertente política como na econômica. No entanto, apesar da PSR estar inclusa nos aspectos legais da constituição, apresenta-se invalidada pelos poderes públicos em uma intensa vertente de vulnerabilidade, estigmas e exclusão socioeconômica.

Cabe mencionar, a importância da ampliação das práticas de atenção à saúde por meio da implantação de estratégias de educação em saúde direcionadas a PSR, proporcionando desta maneira, a realização e incentivo de exames direcionados a PSR, incluindo a atenção à saúde da mulher, com vistas às ações de prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação das mulheres em situação de rua.

Nesse sentido, acredita-se que uma rede articulação entre os serviços de saúde e os equipamentos de proteção social possam trazer subsídios para redução de danos e prevenção

de doenças mais prevalentes nessas populações.

Já em relação à saúde mental, Vale e Vecchia (2019) encontraram em um estudo de revisão de literatura que a maioria dos artigos analisados apontou a insegurança dos profissionais de assistência social em relação às pessoas em situação de rua com transtornos mentais e em uso abusivo de álcool e drogas, além de identificarem que também há dificuldades desses profissionais em realizar a articulação com os serviços de saúde. É importante salientar que as doenças mentais acometem em grande proporção a PSR (Vale; Vecchia, 2019). Diante disso, percebe-se ao longo dos discursos analisados fragilidades em relação à atenção à saúde mental das mulheres em situação de rua. Nesse processo, identificamos entre as mulheres uma demanda de atenção e cuidado à saúde mental.

Dentre as doenças mentais, uma mulher, entre as oito entrevistadas, relatou ter o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), enquanto outras duas referiram apresentar quadros de esquizofrenia. Destaca-se que todas as participantes referiram vivenciar ou já ter vivenciado sintomas de depressão, ansiedade e síndrome do pânico, sendo que algumas já trataram essas patologias em algum momento de suas vidas.

O sofrimento psíquico mais graves e crônicas mencionadas pelas entrevistadas foram a esquizofrenia e o TAB, sendo a esquizofrenia caracterizada por um transtorno mental que acarreta sintomas psicóticos como delírios, alucinações, pensamentos e comportamentos análogos à realidade que afetam a cognição, enquanto o TAB está associado à mudança de humor extrema, com episódios maníacos em alternância com episódios de hipomania e normalidade (Santana; Rosa, 2016).

O contexto da desordem mental, apontado nos fragmentos discursivos 38 e 39, reforça a ideia de sofrimento psíquico destas mulheres expresso pelas marcas “*síndrome do pânico*”; “*escuto vozes e vejo vultos*”; “*me sinto...depressiva*”

Recorte nº 38: “*Ele falou que eu posso estar com síndrome, começo de Síndrome de Pânico e, aí ele falou um nome lá, porque eu escuto vozes e vejo vultos.*”

Recorte nº 39: “*Ah, me sinto... depressiva, sei lá. Mas eu tenho que tomar, porque eu tenho bipolar, né. Síndrome do pânico também que eu já tive, depressão, tudo.*”

Na sequência discursiva enunciada no recorte 38 “eu escuto vozes e vejo vultos”, é desvelado o efeito de sentido no “não dito” que essa mulher apresenta o diagnóstico de um

grave sofrimento psíquico, esquizofrenia que requer acompanhamento psiquiátrico e psicológico, e tratamento contínuo. Vale destacar que a participante referiu estar em uso irregular de antipsicóticos, que dificilmente recorre ao tratamento mental ofertado pelo município por meio do CAPS- AD mas que este é intermitente não aderindo adequadamente o tratamento.

A maioria dos profissionais referiram empecilhos impostos pelos CAPs do município em relação ao atendimento a PSR, revelando assim as fragilidades do acesso ao serviço de saúde mental. As doenças mentais atravessam a ideologia do sujeito e requerem tratamento eficaz e de acompanhamento contínuo. Tal reflexão vai de encontro a relatos de atentado contra a própria vida, sendo mencionado por duas participantes.

Recorte nº 40: *“Eu tentei. É... entrar em overdose, né, usei além do limite e tentei cortar minhas pernas, assim, né, a virilha, assim com a gilete. Mas, toda vez que eu tentava, a gilete entortava. Parece que Deus colocava as mãos, graças a Deus”*

Recorte nº 41: *“Eu fui, dormi e... eu tava chapada de calmante porquê... eu tomei dez Diazepam. Queria morrer!”*

A temática requer maior atenção tanto dos profissionais atuantes com a PSR quanto pelos poderes públicos. De acordo com dados levantados pelo Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2023a), foram registrados mais de 400 mil atendimentos a pessoas com transtornos mentais e por uso abusivo de substâncias lícitas e ilícitas em 2021 pelo SUS. Nesse contexto, existem evidências científicas da correlação entre o uso de substâncias lícitas e ilícitas como desencadeadoras de transtornos mentais.

Cabe destacar, no presente estudo que, todas as mulheres em situação de rua mencionaram estar em uso de drogas lícitas como álcool, cachaça e/ou cerveja no período da coleta dos dados. Além disso, cinco das oito participantes em situação de rua relataram ter utilizado e/ou estar utilizando algum tipo de droga ilícita, dentre elas crack, maconha, cocaína e thinner. Três participantes relataram não ter experienciado o uso de substâncias ilícitas, porém as mesmas apresentavam sinais físicos condizentes com o consumo de tais substâncias, como por exemplo, duas participantes apresentavam mãos e unhas escurecidas condizentes as marcas de uma pessoa usuária de crack. Além disso, os profissionais dos equipamentos de proteção social mencionaram que apenas uma das entrevistas não faz uso de substância ilícita.

A condição de ser mulher, moradora de rua, usuária de drogas, personifica a combinação do triplo preconceito entre o gênero, raça e classe social decorrentes dos valores conservadores e sexistas presentes na sociedade em geral, os quais se reproduzem também em quem vive na rua (Araújo et al., 2017; Brito; Silva; 2022).

A interseccionalidade entre gênero e classe também é visualizado na esfera da saúde mental, visto que o uso de substâncias psicoestimulantes acarretam maior dependência destas mulheres a seus parceiros e, também, das ações de cunho intervencionista dos serviços de saúde, e principalmente dos poderes governamentais devido à necessidade de implementação de estratégias eficazes para o tratamento para o uso de drogas.

O recorte abaixo evidencia a preocupação dos profissionais com o uso de drogas e para a maioria dos profissionais entrevistados, a droga é a principal causa de manutenção desse grupo na rua.

Recorte nº 40: *“Porque eles estão doentes! Não é porque eles não querem, é uma doença! Precisam do tratamento entendeu? É uma doença terrível esse crack, é terrível.”*

O interdiscurso da drogadição atravessa o contexto das relações pessoais e aponta como se deu a imersão dessas mulheres no mundo das drogas.

Recorte nº 41: *Aí quando casei com uma pessoa que não fazia parte da minha vida, que eu não gostava. Meus tios, que eu fui morar, me obrigaram a casar. Não deu certo! Um ano eu saí fora dele. Aí, conheci o pai dos meus três filhos. Era usuário de droga! Nessa que ele era usuário, eu acabei me envolvendo com as drogas também.*

O recorte 41 apresenta o interdiscurso sexista, o qual transmite o efeito de sentido da influência do gênero masculino no uso de substâncias ilícitas, além de explicitar a imposição do casamento, como reforçado nos fragmentos discursivos “me obrigaram a casar”, “nessa que ele era usuário, eu acabei me envolvendo com as drogas também”. O discurso corrobora com as lutas históricas das mulheres em busca de igualdade entre os gêneros, o desmembramento do sistema patriarcal, cuja mulher é obrigada a seguir normas e condutas impostas pelo homem.

A polissemia expressa na palavra “provedor” expressa o sentido tanto da pessoa que fornece as drogas, mas também remete o sentido do machismo empregado nas diferenças entre os gêneros configurado pelo patriarcalismo, explícito na submissão da mulher na

diferença entre gênero e historicidade dos casamentos arranjados e a falta de autonomia da mulher perante a família.

Analisando-se o exposto, é possível enfatizar que no fragmento discursivo “*era usuário de drogas*”, deixa implícito que a convivência é um condicionante para mudança de hábitos e comportamentos, inter cruzando com a sequência discursiva “*eu acabei me envolvendo com as drogas também*”.

Em concordância com esses achados, um estudo realizado com mulheres adolescentes em situação de rua em Valência, na Venezuela, evidenciou que o uso de drogas estava associado à ruptura da submissão ao papel de cuidado à família e de opressão imposto à mulher na sociedade. Segundo os autores, a desigualdade entre os gêneros propiciou o uso de drogas, pois na percepção das adolescentes, o uso de drogas remete a ideologia de igualdade, tornando-as em condição igualitária em relação ao sexo oposto, rompendo o paradigma que mulher deveria servir ao homem e a maternidade (Chacón et al., 2011).

A drogadição é algo presente no cotidiano da PSR. Alguns estudos apontam o consumo de drogas como o principal responsável pela situação de rua de mulheres, com consequente rompimento de vínculos familiares, de relacionamentos sociais, educacionais e trabalhistas (Brito; Nascimento, 2022; Rosa; Bretas, 2015).

É importante salientar que para Brito e Nascimento (2022), o uso de drogas está associado à marginalização social e a vulnerabilidade. Além disso, os autores corroboram com os achados da atual pesquisa ao revelarem que o uso de drogas e a prostituição podem repercutir nas desordens psíquicas das pessoas nessas condições.

Segundo estudo brasileiro realizado pelo IPEA (2023), o aumento significativo do uso de drogas na rua tem gerado grande preocupação por caracterizar um problema grave de saúde pública e social. Dentre 101 mil pessoas vivendo nas ruas no país, metade está há mais de 20 anos em uso abusivo de substâncias ilícitas.

Apesar das evidências científicas, o conceito da drogadição para as mulheres em condição de rua é minimizado, transparece a normalidade, além de revelar a perda do senso crítico em relação à atenção à saúde e conscientização dos malefícios que o uso dessas substâncias químicas pode acarretar em suas vidas.

Recorte nº 42: “*Só maconha! Ah, dois cigarros! Porque é o único jeito que eu como, é o único jeito que eu durmo, que eu acho né, porque é só ilusão! Mas é a única coisa com que eu acalmo, que eu durmo, que eu como.*”

Recorte nº 43: *“Me dá convulsão. Aí olha, hoje já bebi, tô normal. Já tomei meu banhozinho”*

O uso de substâncias lícitas e ilícitas, apresentadas nos recortes 43 e 42, apresenta-se como um hábito comum para a manutenção do sentido da vida, que alivia dor e sofrimento. Remete ao efeito de uma medicação anestésica que atua em proporções físicas e mentais, promovem o silenciar das “vozes” que ecoam na mente dessas mulheres.

Em contrapartida, no recorte 42 *“que eu acho né, porque é só ilusão”* remete o sentido que a entrevistada tem consciência que o uso de drogas, ilusoriamente, traz alguma melhora na sua vida.

Nesse sentido, alguns autores apontam que a droga sobrepõe o esquecimento da realidade dos usuários (Brito; Silva, 2022; Halpern et al., 2017; Rosa; Bretas, 2015), porém geram vícios que podem repercutir ao longo de suas vidas (Brito; Silva, 2022).

Os discursos revelaram que a droga também remete ao significado de propriedade dos corpos dessas mulheres que muitas vezes são vistos como mercadorias para a obtenção de substâncias ilícitas.

Recorte nº 44: *“Eu vendia droga pra manter a minha droga.”*

Recorte nº 45: *“Já vendi meu corpo pra usar droga, mas eu mesma quis. Não que eu trabalhasse pra ninguém. Eu trabalhava pra mim mesma manter. Entendeu? Pra não mexer em nada, nunca ninguém... vendia o que era meu, meu corpo.”*

O interdiscurso do trabalho para manutenção do vício, é produzido pelas marcas *“eu vendia para manter”, “já vendi meu corpo”, “eu trabalhava”, “vendia o que era meu”,* remete o sentido da barganha, da troca de drogas por meio da prostituição e até mesmo do tráfico de drogas revelados no “não dito” *“pra não mexer em nada”*.

O uso de drogas e a prostituição podem ocasionar a contaminação por doenças transmissíveis tanto pelo compartilhamento de seringas e cachimbos durante o uso de drogas, como também pelo risco de relações sexuais desprotegidas com vários parceiros, o que pode levar a essas mulheres a contrair ISTs. Além disso, há uma visão moralista e preconceituosa dos usuários de drogas e/ou grupos em situação de vulnerabilidade que propicia maior distanciamento e dificuldade de acesso dessas pessoas aos serviços de saúde (Teixeira et al,

2019).

Partindo do pressuposto que a saúde é um direito fundamental do ser humano, e que são inerentes a ela as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade social o bem-estar físico, mental e social, é relevante o acesso a práticas efetivas na gestão do cuidado à saúde da PSR, além da atenção pautadas na integração vertical e horizontal entre os serviços de saúde e equipamentos sociais e seus respectivos profissionais.

Nesse contexto, acredita-se que são necessárias a colaboração e articulação de ações intersetoriais que permitam abranger as questões sociais, judiciais e/ou qualquer serviço imprescindível, a fim de atender e assegurar a integralidade da atenção à saúde.

No que tange à saúde da mulher em situação de rua do presente estudo, acredita-se que possa ser traçado um panorama das estratégias de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde com vistas na redução das iniquidades vivenciados por esse grupo visto as diferentes necessidades de saúde inerentes ao gênero

6.3.3 Bloco Discursivo 3: A dualidade entre frustração e empatia: o cotidiano dos profissionais na atenção às mulheres em situação de rua.

“Eu sempre falo que é um desafio, né, é um desafio!”

Este bloco traz o discurso dos profissionais que atuam na atenção à saúde das mulheres em situação de rua. O contato com os profissionais para a realização das entrevistas possibilitou a aproximação com os desafios enfrentados ao trabalhar com esta população. Deparar-se com a realidade da vivência na rua e seus infinitos desdobramentos exige persistência e coragem.

Recorte nº 46: *“Eu sempre falo que é um desafio, né, é um desafio. Porque eles chegam assim aqui pra gente, assim, totalmente desestruturados, né, assim...E você tenta, é... fazer com que eles, é... se organizem, se trate, sabe! Pra poder voltar pra sociedade, né! É muito difícil, né! Eu, assim, eu gosto, sabe! ”*

Recorte nº 47: *“Ai! Eu acho assim, um trabalho bem interessante. Eu gosto bastante, tanto que eu tô esse tanto de tempo. Eu gosto! Prefiro mil vezes trabalhar com eles do que outros*

locais, sabe assim?! Eles têm as especificidades deles, mas eu acho que quando você engaja, você entende que é, as expectativas são deles, e que eles não são obrigados a atender a sua expectativa, entendeu? A coisa flui mais fácil. Por mais que seja uma coisa, que seja um trabalho um pouco frustrante, porque eu já tive situações, e eu já passei por várias fases nessa trajetória toda minha, eu já passei por várias fases”.

Os recortes acima remetem ao efeito de sentido de dualidade visto que os discursos produzidos por profissionais acerca da atenção à saúde e assistência social direcionadas a PSR, apontam as fragilidades e potencialidades vivenciadas por esses sujeitos. Nesse contexto, as fragilidades são reveladas nas sequências polissêmicas “*desestruturado*”, “*desorganizado*”, “*difícil*”, enquanto as potencialidades são manifestadas diante das enunciações positivas no exercício de suas funções laborais, tanto no recorte 46 “*Eu assim, eu gosto*”, quanto no recorte 47 “*Eu gosto! Prefiro mil vezes trabalhar com eles do que em outros locais, sabe assim*”.

Ao mesmo tempo, os discursos dos profissionais remetem ao efeito de sentido da transformação, que atravessa o contexto dos desafios e fragilidades enfrentados frente à atenção de assistência social e de saúde direcionadas a PSR.

Neste sentido, ainda na análise do fragmento discursivo no recorte 47 “*um trabalho um pouco frustrante, porque eu já tive situações é, eu já passei por várias fases nessa trajetória toda minha, eu já passei por várias fases*”, aponta em seus dizeres que os obstáculos acerca do cuidado são superados no momento em que se aproximam da dinâmica do trabalho com essa população. Além disso, a sequência da análise discursiva desvela que “o não dito”, perpetuado pelo sentimento negativo de “*frustração*”, pode ser compreendido pelo sentimento de incapacidade dos profissionais frente às limitações da atuação dos mesmo diante das iniquidades no contexto social, político e na saúde.

Para Cazarin (2010), os saberes são conceitos obtidos a partir das experiências vivenciadas ao longo da vida, como o aprendizado e os saberes já evidenciados em outros momentos da história. Nesse sentido, as experiências de trabalho refletem na ênfase das melhorias da assistência à PSR.

Outra importante estratégia apontada pelos profissionais acerca da atenção à saúde da PSR é a construção de vínculos. Os vínculos afetivos mobilizam os profissionais a debruçaram maior atenção a esse grupo por meio de ações de acolhimento, escuta, compreensão e do reconhecimento das fragilidades para possíveis intervenções na dinâmica do cuidado.

Cabe destacar que os profissionais entrevistados no presente estudo se desdobram no intuito de atingirem melhorias na atenção direcionada à PSR, visto que nos discursos são reveladas ações de cunho assistencial fora do horário de trabalho ou sustentadas por recursos próprios.

Recorte nº 48: *“É, eu descobri. É, a partir do momento que eu ingressei na (pausa) na gerência é que é um trabalho muito sério e baseado em vínculos, e aqui tem muitos desafios porque que muitas vezes o espaço da rua, é... não favorece a criação de vínculos[...]”*

Recorte nº 49: *“Então a gente trabalha assim, na minha parte que trabalha na abordagem social, nosso trabalho é sempre tentar criar vínculo com eles, tentar assim aproximar deles né? Que é um pouco assim... tem umas questões que tipo, um pouco mais complicada (risos), então tem uns que é bem tranquilo, sabe? Mas tem uns que é um pouquinho difícil, aí você tem que tentar aproximar!”*

Os sentidos polissêmicos no recorte 48 “*tem muitos desafios*”, “*não favorece a criação de vínculos*”, e no recorte 49 “*um pouco mais complicada*”; “*têm uns, um pouquinho difícil*” revelam a dificuldade dos profissionais em interagir com a PSR, ou seja, remete o sentido que a rua, muitas vezes, torna-se uma barreira sobreposta entre os profissionais e essa população.

Salienta-se que essa constatação é reforçada pela sequência discursiva “*você tem que tentar aproximar*”, *envolve um emaranhado de significados e significância*, pois o “não dito” presente nesse fragmento remete ao sentido de ser comum ações não exitosas no atendimento à PSR, o que demanda de estratégias mais diretas e dinâmicas envoltas de esforços, sensibilidade e conhecimento dos mesmos para a criação de vínculo e conseqüentemente obtenção de desfechos favoráveis.

Cabe destacar que as populações mais vulneráveis vivenciam diariamente o contexto da exclusão social. Este fato exige dos profissionais ações e estratégias mais equânimes e eficazes voltadas à PSR, pois quanto mais afastados e estigmatizados pela sociedade o sujeito em situação de rua estiver, menor será a procura e acesso aos serviços de saúde e equipamentos sociais e, conseqüentemente, maiores problemas futuros com o acometimento e agravamento de doenças.

A dinâmica da atenção à saúde da mulher em situação de rua revela que o processo de atenção à saúde direcionado às mulheres em situação de rua ocorre primeiramente por meio

dos serviços de abordagem e da ESF, e se necessário, encaminham para os serviços da Rede de Atenção à Saúde do município.

Recorte nº 50: *“Então eu saio com uma sacola que as meninas falam que aqui tem de tudo (risos). Então tem antibiótico, tem Benzetacil, tem anticoncepcional, tem pomada, tem remédio para dor, o que você imagina tem nessa sacola [...]”*

Recorte nº 51: *“A gente faz vacina até hoje! Eu ando com a vacina ai (risos). A gente faz vacina, a vacina saiu em junho de 2021 né? Saiu em junho então a gente começou a fazer a Janssen. Eu ando com a vacina, e na época a gente tinha um impresso que aí a gente colocava, o nome da mãe, o nome dele e a data de nascimento.”*

Os recortes acima revelam a preocupação e responsabilidade dos profissionais acerca da saúde das PSR. Os fragmentos discursivos no recorte 50 “*tem antibiótico, tem Benzetacil, tem anticoncepcional, tem pomada, tem remédio para dor*” apontam a aproximação com a população assistida por ele.

Outro processo de atenção à saúde revelado nos discursos está relacionado à cobertura vacinal contra a Covid-19. À dinâmica da prevenção e promoção da saúde direcionada não só às mulheres, mas a PSR em geral, é revelada pela preocupação dos poderes públicos em ofertar a vacinação contra o vírus da Covid-19 por meio da vacinação de dose única, no intuito de atingir a maior cobertura vacinal de um grupo itinerante que apresenta mais suscetibilidade para o acometimento de doenças.

Salienta-se que a vacinação da PSR no município da presente pesquisa foi realizada pelo serviço de abordagem, o qual é composto por um enfermeiro, um psicólogo e um médico, já que o profissional motorista dessa equipe é fornecido pela SMS e é rodizado de acordo com as necessidades da mesma. É importante salientar que esses profissionais atuantes no serviço de abordagem já fazem parte do quadro de funcionários de outros estabelecimentos de saúde do município, com exceção do profissional psicólogo que atua na equipe do Centro Pop. Já os profissionais médico e enfermeiro, atuam em suas respectivas equipes nas unidades de saúde do município, o qual são designados a intercalar essa atividade de cobertura no serviço de abordagem por não ter uma equipe de eCnRa consolidado no município.

Os discursos produzidos neste bloco revelam que a atenção à saúde é atravessada também pela ideologia de gênero. Os discursos abaixo apresentam o movimento dos significados que se aproximam e se contrapõem diante dessa ideologia, desvelada pela maior

preocupação dos profissionais entrevistados com a saúde das mulheres em situação de rua, principalmente relacionadas à violência recorrente a que são submetidas.

Segundo Pêcheux (2009), entre distintas formações discursivas podem ser estabelecidas relações tanto de conflito quanto de aliança, dependendo da contingência do sentido. Assim, as formações discursivas estão em constante movimento, podem ser abertas e fechadas, se determinando mutuamente.

Recorte nº 52: *“Ah, eu tenho muita preocupação com elas! Com as mulheres eu tenho preocupação assim, extra. Porque tem a questão que elas são vítimas de violência, tem a questão da prostituição né, que tem muito forte, nisso tem ... E a gente tem assim, elas são mais vulneráveis.”*

Recorte nº 53: *“Eu acho que o desafio com as mulheres é sempre ouvi-las, acatar as demandas, só que especificamente pra mim mulher tem que ter prioridade dentro da Política, então, a gente tem que saber onde elas estão tendo vínculo com elas, ouvi-las. Nota eventuais coisas que elas estejam expostas e especialmente a violência porque nós vivemos numa sociedade machista que agride muito e violenta as mulheres então não só os companheiros, mas a própria sociedade é violenta com mulheres e penso que as mulheres em situação de rua tão naquele lugar de maior exposição.”*

O interdiscurso da vulnerabilidade transpassa a vertente do gênero inferindo sentidos polissêmicos da fragilidade e da resistência para os profissionais entrevistados.

O conceito fragilidade aparece nos discursos e reforça a premissa de que o sexo feminino é realmente o sexo frágil, desprotegido, que necessita maior atenção, conforme as marcas discursivas presentes no recorte 52 “*eu tenho muita preocupação com elas*”, “*elas são vítimas de violência*”, “*elas são mais vulneráveis*” e, também, no recorte 53.

A paráfrase no recorte 53 “*mulher tem que ter prioridade dentro da política*” remete ao significado de que as mulheres apresentam mais demandas relacionadas à saúde e à assistência social do que outros gêneros.

Ainda no mesmo recorte, a análise das marcas discursivas “*especialmente a violência porque nós vivemos numa sociedade machista*”, “*a própria sociedade é violenta com mulheres*”, o profissional aponta a ideologia machista, na qual a mulher busca sua posição e direitos perante a sociedade.

Já o conceito da resistência da mulher em situação de rua é revelado nos fragmentos

do recorte 54.

Recorte nº 54: “*É, o público feminino é mais difícil de lidar. [risos]”. É mais difícil. Elas são bem complicadas. É, elas são difíceis! Elas são complicadas! Elas... O público, por exemplo, masculino, quase a gente não... quase eles não brigam com a gente. Elas já brigam bastante com a gente, sabe! Xingar, elas xingam mesmo. Qualquer coisinha já... pra elas já vira um... o masculino já é mais tranquilo.*”

No recorte acima, percebe-se a intensidade do discurso produzido pelos profissionais acerca dos comportamentos e atitudes das mulheres em situação de rua em relação ao sexo masculino que vivencia a mesma condição de rua.

O uso de palavras pejorativas/xingamentos pelas mulheres em situação de rua pode ser uma forma de enfrentamento, de resistência, mas também de revolta. Além disso, o profissional desvela a ideia que viver em condição de rua propicia a brutalização dessas mulheres como forma de sobrevivência nas ruas. Evidenciado no “não dito”: “*Qualquer coisinha já... pra elas já vira um*”, este fragmento transpassa a ideia de que as mulheres em situação de rua se tornam parecidas como uma “fera”, diante da violência e exclusão sociocultural que permeiam suas vivências em sociedade.

Essas vozes que ecoam e se posicionam por meio de xingamentos e gritos lembram metaforicamente a obra de arte “o Grito” elaborada por Edvard Munch em 1983, pintor norueguês que retrata uma pessoa com um olhar aterrorizador direcionado ao apreciador do quadro, o qual as cores e nuances expressas na tela evidenciam a face oculta da dor e da angústia vivenciada pelo ser humano, sendo possível associar as condições de vivência das mulheres em situação de rua que exteriorizam suas dores e insegurança na intenção de se protegerem até mesmo de indivíduos que as auxiliam e direcionam estratégias de atenção.

A proteção de seus corpos e direitos contra as diferentes formas de violações sócio, política e assistenciais vem de encontro as lutas do feminismo negro norte-americano por reivindicações antirracistas e discriminatórias contra a mulher negra e em situação de vulnerabilidade, diante do patriarcado racista e sexista (Collins, Sirma; 2021; Crenshaw, 2002).

Assim, os discursos produzidos pelos profissionais mostram a busca, destas mulheres, por reconhecimento enquanto mulher, por melhores condições de vida, além da reafirmação de suas identidades por meio de comportamentos.

Segundo Brandão e Alzuguir (2022) as divergências entre as categorias classe, raça,

gênero são denominadas marcadores sociais da diferença. Esses são os mesmos que classificam a exclusão social e dificultam o acesso da população oprimida e vulnerável aos serviços básicos, socioeconômicos e estruturais, incluindo o acesso a condições dignas de saúde.

As demandas de atendimento às mulheres em situação de rua são diversificadas. Os profissionais entrevistados relataram que as principais demandas são para atendimentos de saúde em geral, com ênfase nas situações de violência, gravidez e uso de álcool e drogas, e mencionam que as solicitações sociais são referentes a documentos pessoais e para auxílio financeiro.

Os fragmentos discursivos abaixo apontam que as ações de saúde remetem ao modelo medicalocêntrico, pautadas no cuidado com ênfase na doença e de natureza imediatista. Nesse sentido, percebe-se, por meio dos discursos que os profissionais estão desestimulados, pois a assistência prestada é momentânea, não há um trabalho contínuo e integral que propicie mudança de hábitos e comportamentos.

A Constituição de 1891 atribuía ao Estado a responsabilidade das ações de saúde e saneamento, sem participação popular. As primeiras políticas de saúde, no final da década de 1910, foram marcadas pelo modelo medicalocêntrico, em que apenas intelectuais e a elite podiam intervir. Nesta época, a visão determinista e racista de que negros, indígenas e mestiços eram inferiores pairava na sociedade, inclusive na Ciência. Isso estava associado ao surto de peste bubônica, que assolava os mais pobres, delineando uma imagem de “Brasil doente” (Brasil, 2020; Costa 1989).

Recorte nº 55: *“Você pega na hora e leva, porque tudo o que você deixa pra amanhã, só se a pessoa tiver muito a fim de mudar de vida mesmo. Assim, que ela vai esperar senão eles não ligam, então a hora que você faz a cabeça delas tem que ser o momento.”*

Recorte nº 56: *“Mas é...é uma coisa do momento que consegue fazer, não consegue fazer tudo que precisaria né! A gente não gosta por causa disso! A gente vê que às vezes é desumano até com elas mesmo, ter que vir lá de lonjão, é que é longe mesmo! É subida, tudo mais. A pé, elas têm que vir a pé. Tudo bem, elas andam pra lá e pra cá [risos] né?! Eles têm essa característica, mas acho que no momento de... de doença.”*

A metáfora “faz a cabeça”, no recorte 55, remete o efeito de sentido de orientação e influência dos profissionais acerca das necessidades de saúde da mulher em situação de rua. A expressão “fazer a cabeça”, em muitos momentos, revela para o indivíduo o significado que ele necessita aderir às estratégias de assistência à saúde, seja de uma internação e/ou o encaminhamento para os serviços de abrigamento.

Os discursos produzidos nos fragmentos discursivos acima revelam que a atenção à saúde direcionadas à PSR, incluindo a mulher em condição de rua, tem enfoque voltado para a resolutividade dos problemas de forma imediatista, expressas pelos entrevistados ser a forma mais eficaz de cuidado diante dos obstáculos de acesso e adesão impostos tanto pela PSR, quanto pelos serviços de saúde.

Além disso, o recorte 56 “A gente não gosta por causa disso!”, transpassa o efeito de sentido polissêmicos do “dito” e “não dito”, ou seja; por um lado o profissional remete não gostar de atender esse público referindo não ser eficaz o atendimento imediatista, e por outro lado remete a ideia de preocupação e cuidado com esse grupo por caminharem longas distâncias em busca de atendimento.

Outro fato preponderante revelado nos discursos é referente às estratégias de atenção à saúde direcionadas à prevenção de doenças e promoção da saúde.

Recorte nº 57: “Tem muita vaginose. Então por isso que eu comecei a coletar “papa” delas. Então, por exemplo, tem uma moradora da Casa Transitória, pego levo a máquina e já coleteo lá mesmo, aí a gente faz teste rápido de HIV, Hepatite B e C, Sífilis e aí a gente já marca os atendimentos. Quem deu positivo já faz Benzetacil no caso da Sífilis [...]”

Recorte nº 58: “É... coleta de papa a gente acaba fazendo, é... é...na própria consulta médica, assim quando vê que já faz tempo, que... que não colheu, aí a gente coleta. Isso sim! Vacina também, a gente aproveita pra ver se tem histórico de vacina ou não, se não tem a gente começa o esquema. Tenta orientar para não perder a carteirinha né?”

Os discursos produzidos desvelam a efetividade e resolutividade na assistência à mulher em situação de rua. Nesse contexto, Garcia et al. (2014) afirmam que as ações intersetoriais são efetivas na atenção à saúde da PSR, o compartilhamento de saberes, unido às experiências laborais dos profissionais, contribuem para um atendimento integral e resolutivo.

No fragmento discursivo do recorte 57 “*Tem muita vaginose*” “*Então, por isso que eu*

comecei a coletar papa delas”, as ações de coleta do exame preventivo do CCU ocorrem devido ao aumento de casos de vaginoses, porém sabe-se que este exame deve ser realizado em todas as mulheres entre 25 a 64 anos ou que já iniciaram a atividade sexual, conforme o protocolo do MS (Brasil, 2016). Assim, mesmo com a preocupação dos profissionais em atender às necessidades imediatas das mulheres, fica evidente a dificuldade de acesso e adesão aos tratamentos de saúde.

O acesso da PSR aos serviços de saúde se torna de extrema relevância por se tratar de um grupo vulnerável no contexto político, econômico e biopsicossocial. Nesse sentido, as condições da rua interferem nas condições de saúde, diante da escassez de alimentos, exposição às mudanças climáticas o que torna imprescindível o acesso aos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade (Rosa; Bretas, 2015).

No entanto, um estudo realizado por Teixeira et al. (2019) mostra que a dificuldade de acesso da PSR aos serviços de saúde existe e é mais evidente nos serviços de maior complexidade. Os autores destacam ainda que nestes serviços os profissionais da saúde costumam ser ríspidos, discriminatórios e preconceituosos diante do atendimento a essa população estigmatizada, o que ocasiona um reflexo oculto das divergências de classes também no âmbito da saúde.

Apesar da baixa adesão desse grupo aos serviços de saúde, os profissionais entrevistados na presente pesquisa apontam que a preocupação com a saúde da mulher em situação de rua é ampliada diante do período gravídico-puerperal. Assim, os recortes abaixo elucidam a preocupação dos profissionais em relação à assistência pré-natal e período puerperal é revelada nos recortes abaixo.

Recorte nº 59: *“a única coisa que chega de gravidez né? De gestação a gente tem né? Inclusive recebi uma essa semana, de uma pessoa que está em situação de rua, veio da saúde a demanda. A pessoa não está fazendo pré-natal, então, assim é normalmente eles nos acionam porque é mais fácil elas passarem pelo Centro Pop e SESA do que ir na saúde ou ir até o Conselho Tutelar. Este é acionado também, e consegue encontrar essa mãe pra ela fazer o pré-natal. Então né? Essa é uma demanda que está sempre presente, o desafio são os transtornos mentais que acometem os homens, mas também acometem mulheres, então esse é um desafio no que tange à saúde da mulher.”*

Recorte nº 60: *“[...] elas têm a questão da gestação, e aí a gente vai atrás delas onde quer que elas estejam. Aí, tem a questão que muitas perdem os filhos, ou então tem a gestação... aí*

a gente vai atrás, vai atrás do pré-natal, usa o serviço de abordagem social pra isso né... e vai atrás do pré-natal e corre aqui e corre ali e vira uma correria, e aí junta a gente, Conselho Tutelar, é... vai todo mundo, tudo junto atrás dessa mulherada, e a gente passa um bocado com elas, sabe!”

Os discursos apontam que os profissionais se apresentam mais ativos e em maior articulação entre os serviços de saúde e proteção social diante de uma mulher no período gestacional. Nesse contexto, torna-se relevante analisar as posições dos sujeitos nos enunciados, pois atesta-se o linguístico presente na historicidade da construção dos serviços de saúde. O profissional interpelado pela ideologia dos cuidados históricos da saúde da mulher, identifica-se a posturas contraditórias acerca das estratégias de busca ativa frente à importância do cuidado pré-natal na gravidez. Em meados dos anos no Brasil, os cuidados direcionados à saúde da mulher permeiam o ciclo gravídico-puerperal.

A mulher ganhou espaços na saúde e deixou de ser vista apenas no ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 1984; Brasil, 2004), e sua visibilidade passou a ser de forma integral nos aspectos de saúde. No entanto, há muitas divergências de cuidado entre as classes sociais, em um sistema racista e patriarcal, cujas mulheres são tratadas de formas desiguais em diferentes contextos.

Um estudo realizado em Maceió com mulheres em situação de rua evidenciou que a maneira como os profissionais realizam a assistência à saúde interfere diretamente no sucesso da gestação, o qual depende dos cuidados realizados pela mãe, somado as estratégias de cuidados realizadas de forma articulada entre os serviços (Araújo et al., 2017).

Outro aspecto importante apontado pelos profissionais da presente investigação é a referência do uso de álcool e drogas e as doenças mentais como as principais demandas da atenção à saúde da PSR. Além disso, os fragmentos discursivos abaixo apontam as limitações vivenciadas pelos profissionais frente suas percepções acerca do uso de álcool e drogas pelas mulheres em situação de rua.

Recorte nº 61: *“Então né? Essa é uma demanda que está sempre presente, o desafio são os transtornos mentais que acometem os homens, mas também acometem mulheres, então esse é um desafio no que tange a saúde da mulher.”*

Recorte nº 62: *“Então, o que dá pra fazer pra essas mulheres que não querem tratamento mesmo, é só ofertar aqui o serviço mesmo e elas ficando aqui, assim. E a gente... igual eu te*

falei, a gente leva num posto... assim, não... não tem, assim... a gente orienta sobre os, por exemplo, esses programas sociais que elas têm direito e só, assim, né. Pra falar a verdade, assim, pra você, não tem muito o que fazer, né, quando não se quer tratar, não se quer sair dessa vida.”

Recorte nº 63: *“Hoje, eu vejo que não tem muito mais o que fazer. Entendeu? Na marra, assim, na força, não tem como pegar, como fazer com que ela se trata. Ela não tem familiar, já perdeu o vínculo com tudo, né. Então, não é o básico mesmo que a gente agora procura fazer por elas.”*

Face ao exposto, observa-se que, por um lado, os discursos sinalizam as limitações na atuação dos profissionais diante do uso de álcool e drogas, evidenciado por: “o que dá pra fazer”, “elas ficando aqui”, “a gente orienta”, por outro, a falta de adesão ao tratamento, “quando não se quer tratar”, “não se quer sair dessa vida”, demonstra as adversidades enfrentadas pelas mulheres e pelos serviços de assistência à PSR frente aos diferentes contextos de exclusão social.

O discurso produzido no recorte 63 reverbera o conceito de vínculo enquanto mediador de adesão e tratamento, a quebra do vínculo familiar é uma das principais causas do processo de rualização, e conseqüentemente do uso de substâncias. Os fragmentos discursivos “Ela não tem familiar” e “perdeu o vínculo com tudo, né”, escancaram uma realidade vivenciada diariamente por estas mulheres, homens, seres humanos que perambulam pelas ruas em busca de alimento, de teto, de si mesmos.

Nesse sentido, a intersetorialidade torna-se uma prática fundamental na atenção à saúde das PSR, pois busca promover o cuidado articulado, na tentativa de ampliar a adesão, prevenção de doenças, promoção da saúde e tratamento de doenças direcionados a esse público (Garcia et. al, 2014).

O recorte discursivo abaixo aponta que o cuidado atravessa a condição de violência de gênero, aponta para o enfrentamento da violência por meio da articulação da rede de assistência à mulher em situação de rua vítimas de violência.

Vale destacar que a Casa de Acolhida Associação São Pio configura-se como um sistema socioassistencial de administração pública e privada que presta serviços a pessoas e/ou famílias em situação de vulnerabilidade por uso abusivo de álcool e drogas de caráter terapêutico e proteção temporária, não necessariamente apenas PSR, enquanto que o Centro de Referência da Mulher (CRM) corresponde a um serviço público municipal de atendimento

a mulheres vítimas de violência, que oferta atendimento psicológico, social e encaminhamento jurídico a todas as mulheres que recorrem a esse serviço (Araraquara, 2024).

Recorte nº 64: *“Depende. Depende da demanda. Porque assim, a gente tem alguns percalços com a rede sócio né, então aí realmente depende, se é uma pessoa que a gente sabe que tá na rua, mas tem família, a gente faz um contato pra ver se algum parente acolhe pra ficar longe do agressor. Se é uma pessoa que quer internação é mais fácil conseguir para a mulher, a gente já vai e entra em contato com o pessoal do São Pio, por exemplo, pra ver se consegue internar né, e a gente vai fazendo esse tipo de...de articulação né, ou então... porque assim, aí se ela topa fazer um boletim de ocorrência contra o agressor e etc. e tal, aí a gente manda para o Centro de Referência da Mulher, mas aí é mais difícil, elas nunca querem fazer.”*

A população em situação de rua apresenta maior necessidade de atenção à saúde, fazendo-se necessário serviços mais articulados em suas práticas, para garantir a atenção integral e equânime a essas pessoas. É necessário compreender sem julgar, respeitar e estabelecer limites. Nesse sentido, é fundamental o trabalho em equipe e a avaliação permanente do processo de trabalho (Santos, Almeida, 2021).

O estudo revelou que as PSR recebem auxílios de cunho federal para suprir o mínimo de suas necessidades e, no momento da coleta dos dados, o repasse de verba era denominado Auxílio Brasil. Este é um programa de transferência de renda para população em situação de extrema pobreza, situação de pobreza, e/ ou vulnerabilidade social, criado em outubro de 2021 em meio a pandemia da Covid-19 para substituir o programa Bolsa Família. O Bolsa Família era prioritário o repasse de verba a famílias e/ou pessoas cadastradas no CadÚnico que estão em situação de maior vulnerabilidade, como integrantes em situação de trabalho infantil; integrantes libertos de situação próxima à de trabalho escravo; quilombolas; indígenas; catadores de materiais recicláveis; entre outros (Brasil, 2021).

Recorte nº 65: *“E geralmente sempre vai no nome Aluguel Social, assim... essas casinhas que a prefeitura dá, dão sempre prioridade para a mulher. É... pra mulher é... é chefe da casa, sempre vai ficar com as crianças, então tem isso também né! Eles dão sempre prioridade pra dá, pra colocar sempre no nome da mulher! Ai tem esses programas assim que eu tô*

Recorte nº 66: *“É o Programa de Incentivo e Inclusão Social. Eles recebem mais ou menos um salário-mínimo. Teve uma época que a gente inseriu vários deles. Teve vezes de inserir,*

tipo, seis. Eles vão aqui no espaço Kaparaó, lá, eles têm várias atividades. Eles recebem esse... esse dinheiro, mas seria mais pra eles fazer esse curso, é... tentar... arrumar um emprego fixo, né, tentar se organizar.. Seria isso, esse curso. Só que o que que eles fazem? Eles recebem esse benefício e eles não se organizam. Eles acabam... ou então, eles saem daqui, vão pra um outro lugar. Eles participam do curso, porque tem que ter uma frequência pra receber aquele valor, senão... Eles participam, mas eles saem daqui, e aí, eles não se organizam. Então, quer dizer... Teve uma época, que eu até falei com a minha gerente. Eu falei: "Eu não vejo benefício nenhum nesse programa pra eles, aqui, não. No momento, não, né." Então, aí, a gente não inseriu mais ninguém."

Recorte nº 67: *Eles não conseguem seguir essas regras né? E o CAPS é denunciado e enquadrado por isso. Então assim, como que eu vou incluir sendo que eu preciso de uma, uma contraparte aí da saúde. Eles vão pegar 1200 reais e jogar no crack e aí não vão continuar o curso, porque o PIIS é um curso. Eles não conseguem dar continuidade! Porque eles estão doentes! Num é porque eles não querem, é uma doença! Precisa do tratamento, entendeu? É uma doença terrível esse crack, é terrível! Pra colocar eles num programa, quem tá na rua que eu vou dar 1200 reais na mão deles hoje, não dá! Não dá! Não consigo, não vou fazer isso! Eles vão pegar os 1200 reais e baixar lá no Casarão lá perto da.. dá, do semáforo lá e vão fazer a alegria do traficante e eu não vou ver eles.*

Os sentidos produzidos pelos profissionais revelam iniciativas, por meio da inserção em programas de qualificação. No entanto, os discursos apontam o desgaste e a perda da credibilidade dos profissionais diante da falta de comprometimento das pessoas em situação de rua, levando a não inserção de novos membros nesses programas municipais.

É importante salientar que o Governo Federal promulgou a recente Lei nº 14.821, em 16 de janeiro de 2024, que instituiu a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC Pop Rua), com o intuito de promover direitos PSR relacionados à inserção no mercado de trabalho, subsídios de renda, qualificação profissional e acesso ao ensino para ampliar a escolaridade dessa população, que será implantada entre o governo federal, estados e municípios de forma descentralizada de acordo com as demandas e atribuições a serem discutidas, além de instituir a rede de Centros de Apoio ao Trabalhador em Situação de Rua (CatRua) para proteção e orientações aos trabalhadores em situação de rua.

Dentre os desafios de trabalhar com mulheres em situação de rua, os discursos produzidos revelam entraves, principalmente relacionados aos equipamentos de saúde mental para o cuidado e continuidade de tratamento. Os discursos apresentados neste estudo mostram que estas mulheres sofreram de algum transtorno mental ao longo de suas vidas. Os entraves em relação ao tratamento ocorrem devido à baixa adesão das mulheres ao tratamento, mas também pela falta de oferta de serviços/profissionais da área de saúde mental no município. Tais sentidos são produzidos nos discursos abaixo:

Recorte nº 68: “ É a gente tem entraves que são na saúde mental eu não posso dizer que não, os entraves existem a gente vai batalhando pra tentar construí ,mas é bastante complicado nos dois Caps ,Caps 2 e no Caps AD a gente tem bastante dificuldade pra conversar pra assim é, olha precisa ser aquele atendimento de emergência então a pessoa precisou levar a pessoa atendida ,então só pra dar um exemplo de dificuldade clara que a gente tem, então se você vai agendar daqui a quinze dias pra uma pessoa de situação de rua, esqueci daqui a quinze dias ela não vai estar no mesmo lugar, daqui quinze dias a pessoa não tem predisposição ela voltou a usar ,mudou ela trocou de companheiro enfim tem mil e uma situações que acontece que tem que ser na hora ,então acho que a saúde mental tem que repensar um pouco os conceitos deles principalmente, a Pop Rua.”

Além dessas limitações, o aspecto financeiro é evidenciado nos discursos, diante do curto repasse de verba dos governos para os equipamentos de cuidado a PSR.

Recorte nº 69: “É por exemplo, eu tenho, eu acho que permeia toda nossa dificuldade é a questão financeira é hoje a gente não tem um financiamento robusto por parte das outras esferas, no que tange a Política de Pop Rua né? Então é com orçamento limitado tentar fazer e executar serviços de qualidade, acho que é o maior desafio que a gente enfrenta.”

Recorte nº 70: “Então, é assim que a gente trabalha, é assim que eu trabalho sabe?! Antes eu tinha aquela questão, “...meu Deus tanta gente na rua!...” E agora o Centro Pop a gente tá sem atividade hoje né, a gente tem sérios problemas no telhado daqui né, veio a questão da pandemia. Eu tenho medo por conta desse telhado na parte que a gente fazia artesanato, tem problema de queda e tal, de estrutural.”

Além disso, os profissionais evidenciam em seus discursos a necessidade de implementação das eCnRa no município, na intenção de ampliar e implementar ações efetivas de cuidados em saúde e melhorias na articulação entre os serviços de saúde visando o atendimento equânime e integral a essa população.

Recorte nº 71: “Da falta do Consultório na Rua! Da falta do Consultório na Rua! A gente precisa do Consultório na Rua, né! A gente tem um Comitê, eu faço parte desse comitê, né? Eu falo, por exemplo, a falta do Consultório na Rua principalmente! A gente precisa desse pessoal ativo mesmo, entendeu?! Não que... para com esse negócio que população de rua é só assistência social.”

Demonstram em seus discursos que há falta de políticas públicas eficazes que sejam colocadas em prática e a implantação da eCnRa será um meio importante para maior integração e articulação dos cuidados de saúde e assistência social.

Cabe mencionar que, em 2011, foi instituída pela PNAB a estratégia Consultório na Rua (CnaR), modelo de atenção à saúde com o intuito de ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, com vistas a estratégias de atenção integral à saúde da PSR, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade extrema, por meio de ações efetivas das eCnRa ao executarem as ações em parceria com as UBS do território de abrangência (Brasil, 2011).

Face ao exposto, é de extrema importância a implementação da eCnRa para que este funcione como um elo na atenção à população e promova maior articulação entre os serviços. Além disso, os discursos remetem que os profissionais entrevistados estão a todo momento “apagando fogo” por não terem um equipamento que possa realizar a interlocução entre atenção à vertente da saúde com a assistência social.

Apesar da importância e necessidade da implantação de uma eCnaR no referido município em que a pesquisa foi realizada, cabe destacar que a Atenção Básica é considerada a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde e a ESF tem entre seus objetivos a busca ativa de seus usuários em seu território. Faz-se pensar que muito pode ser feito a nível primário de atenção como a captação e busca ativa desta população na área de abrangência das unidades de saúde para que seja eficaz o cuidado e não só uma assistência pautada na redução de danos como evidenciado nos resultados deste estudo.

Além disso, destaca-se as condições insalubres de trabalho desses profissionais tanto

nos aspectos estruturais quanto nos aspectos de transpasse de verbas voltado para a PSR. Destaca-se que, nesse contexto, durante o período das entrevistas o Centro Pop estava em busca de um novo local para alugar devido à precariedade das instalações atuais, mas que se esbarrava no preconceito dos locatários de imóveis diante da instalação de serviços direcionados a PSR. Ao mesmo tempo, o outro equipamento de proteção social do município estava aguardando uma reforma em suas instalações já autorizada pelos poderes municipais.

Apesar desses incentivos financeiros para melhorias das instalações que se encontram no momento em condições insalubres tanto de trabalho para os profissionais quanto para uso e pernoite dos usuários, há muito a ser visualizado ao se tratar de pessoas excluídas no aspecto sociopolítico e econômico.

Além disso, faz-se pensar na ampliação de estratégias e capacitação dos profissionais por meio de cursos direcionados ao cuidado a população em situação de vulnerabilidade, além de incentivos financeiros necessários para cobertura das equipes e suprimento de insumos, para que os profissionais atuantes nos equipamentos de proteção a PSR possam ter condições e preparo para realização de ações educativas com implantação de atividades lúdicas e atividades de cunho educativo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir acerca do objetivo geral do estudo “analisar os sentidos produzidos por mulheres em situação de rua e profissionais acerca da atenção à saúde desta população”, evidenciou-se que a atenção à saúde da mulher em situação de rua necessita de maior atenção dos governantes a fim de criação de programas direcionados a saúde desse grupo com enfoque na íntegra das suas necessidades.

Diante do supracitado, pautamos nos postulados do referencial teórico da Interseccionalidade, a fim de identificar as relações entre as categorias gênero e classe no âmbito dos cuidados em saúde. Para maior aprofundamento nos dizeres dos participantes, utilizamos o referencial metodológico Análise de Discurso, de matriz francesa, para postular os efeitos de sentidos produzidos, os dizeres ditos e não ditos dos sujeitos entrevistados, na intenção de atingir os objetivos da pesquisa, por meio da compreensão dos discursos produzidos pelos interlocutores, analisando os significados circulantes, a posição do sujeitos nos discursos, as derivas e as condições de produção dos interlocutores, utilizando como mediador não só a análise de discurso, mas também a ênfase nas categorias interseccionais gênero e classe social para compreender como se dá o cuidado de saúde direcionados às mulheres em situação de rua tanto pela perspectiva da mulher, como pela perspectiva dos profissionais entrevistados.

Ao organizarmos o corpus para análise, emergiram três blocos discursivos, a saber: Estar nas ruas não é uma fatalidade, mas sim um processo; Desvelando os marcadores: Gênero e Pobreza nos aspectos da saúde; Dualidade entre frustração e empatia: o cotidiano dos profissionais na atenção às mulheres em situação de rua.

O primeiro bloco discursivo “Estar nas ruas não é uma fatalidade, mas sim um processo”, o viver na rua remete à escuridão, ambiente carregado de sofrimento e dores. As mulheres trazem a rua como a um universo de privações das necessidades humanas básicas, além disso a realização da higiene corporal torna-se um pesadelo, juntamente com os aspectos da pobreza menstrual que circunda o mundo das mulheres em situação de rua. O interdiscurso da violência e gênero atravessa a construção ideológica dessas mulheres, acompanhadas rotineiramente pelo medo da violência, com maior ênfase na verbal, física e sexual.

O segundo bloco discursivo “Desvelando os marcadores: Gênero e Pobreza nos aspectos da saúde”, os recortes em análise neste bloco, se inscrevem nas FDs de experiências e percepções de mulheres em situação de rua em relação ao acesso aos serviços de saúde,

atenção à saúde e consequentes danos à integridade física, mental e social das mesmas. Neste contexto, salienta-se a importância de se estudar a atenção de saúde da PSR diante dos aspectos de vulnerabilidade desse grupo intensificado pelas condições insalubres da rua.

As mulheres em situação de rua têm dificuldade de acesso para realizar ações de cuidado preventivo, o cuidado em saúde geralmente é realizado apenas durante o período gestacional. A frequente utilização das drogas lícitas e ilícitas é um dos recursos de enfrentamento diante das dificuldades da vida e mesmo estando nas ruas. Essas mulheres sofrem dominação em relação ao sexo masculino.

O último bloco discursivo “Dualidade entre frustração e empatia: o cotidiano dos profissionais na atenção às mulheres em situação de rua” trouxe no discurso dos profissionais, algumas vezes, a frustração com sua atuação em relação à atenção a saúde das mulheres, porém ao mesmo tempo, a empatia, atenção e a importância do vínculo na assistência. Neste bloco, fica evidente a preocupação dos profissionais com sexo feminino na rua, por se tratar das diversidades entre o gênero, na rua, a mulher está mais suscetível à violência e à dificuldade de subsistência na rua.

Os discursos mostram a atenção à saúde prestada de forma imediatista, com ênfase na doença. No entanto, fica evidente nas falas dos profissionais, o cansaço e frustração em não terem retorno de mudança das mulheres em situação de rua acerca de tratamentos e cessação do uso de drogas.

Além disso, os discursos apontam as fragilidades da articulação dos serviços de saúde e de assistência social, com barreiras para continuidade e comunicação entre os serviços. Nesse sentido, torna-se necessária a implantação de estratégias de comunicação efetiva entre os serviços, visando a continuidade dos cuidados direcionados às pessoas em condição de rua.

Os cuidados direcionados à saúde da mulher são pontuais, voltados a exames específicos e previstos pelo MS, além de orientações “*in locu*”. A espera ansiosa por uma equipe de Consultório na Rua está presente nos discursos, na tentativa de ampliar o atendimento para essa população. Diante do exposto, salientamos a ampliação do olhar dos gestores federais, estaduais e municipais às mulheres em situação de rua, pois apesar de serem em menor quantitativo, apresentam diversas necessidades de saúde que necessitam ser vistas na íntegra de suas necessidades.

O estudo mostrou que a vivência da mulher na rua é permeada de desafios, tanto para satisfazer suas necessidades básicas quanto pela sua integridade física. Fica evidente o quanto o gênero e a classe social permanecem vivos, mesmo após séculos de luta pela igualdade. Os profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de rua expressam a preocupação em

relação à segurança física destas e buscam acolhê-las.

Além disso, é de extrema importância a criação de estratégias para o cuidado efetivo da saúde da mulher em todas as etapas do ciclo vital, sendo importante a implementação da equipe de Consultório na Rua para que funcione como um elo de cuidado dessa população e promova a melhora da articulação entre os serviços de saúde e serviços sociais, equipamentos esses com vínculos fragilizados que repercutem negativamente nos cuidados de saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

- ALDRIDGE, R. W. Et. al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 391, n. 10117, p. 241–250, 2018.
- ALECRIM, T. F.A. et al. Experiência de profissionais de saúde no cuidado à população em situação de rua com tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 808-815, set. 2016.
- ALVES, L. M. S. A. Abrigar, educar e instruir: a política higienista e a educação de meninas desvalidas nas instituições de assistência no Pará (1850-1910). **Educar em Revista** [online]. v. 34, n. 70, pp. 137-152, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.58770>.
- AMORE, K. BAKER, M. HOWDEN-CHAPMAN, P. The ETHOS definition and classification of homelessness: An analysis. **European Journal of Homelessness**, v. 5, n. 2, p. 19–37, 2011.
- ANDERMANN, A. Evidence-informed interventions and best practices for supporting women experiencing or at risk of homelessness: a scoping review with gender and equity analysis. **Health Promot Chronic Dis Prev Can**, v. 41, n. 1, p. 1- 13, 2021.
- ANTUNES. Ricardo. A Explosão do novo proletariado de serviços. In. ANTUNES. Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018. pp. 25-64.
- ARARAQUARA. LEI N° 10.245, DE 1° DE JULHO DE 2021. Institui a Política Municipal para a População em Situação de Rua e normatiza o Programa Municipal “Novos Caminhos - a Rua e outras Possibilidades”, e dá outras providências. **Lei Orgânica Municipal**. Araraquara, SP, 2021a.
- _____. **Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Social**. Disponível em: <https://www.araraquara.sp.gov.br/governo/secretarias/assistencia-e-desenvolvimento-social>. Acesso em: 10 ago. 2021b.
- ARAÚJO, M. A. S. et al. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. **Rev Enferm UFPE**, v. 11, n. 10, p. 4103-10, 2017.
- BARATA, R. B.; CARNEIRO JR, N.; RIBEIRO, M. C. S.A; SILVEIRA, C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 219-232, 2015.
- BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos pagu**, n. 26, p. 329-376, jan. 2006.
- BAUMBAN, Z. Confiança e medo na cidade. Edição digital. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2012. 49p.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à Análise do Discurso**. 3. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2012.

BRANDÃO, E. R.; ALZUGUIR, F. C. V. **Gênero e saúde: uma articulação necessária [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

_____. Ministério da Saúde, Centro de Documentação. Textos Básicos. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ações Programáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, DF; 1984.

_____. Lei 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 1990; 20 set.

_____. Ministério da Saúde. 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, DF, 2004. 82 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social- PNAS**. Brasília, 2005. 178 p.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340, de 07 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**, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua**. Brasília: MDS; 2008.

_____. Casa Civil. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009b. 240p.

_____. Congresso Nacional. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União. 5 fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria N° 184, de 3 de fevereiro de 2011. **Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.

_____. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013a. 114 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466**, de 12 de dezembro de 2012.

Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59.

_____. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

_____. Cidadania e Assistência Social. **Governo Federal anuncia o Auxílio Brasil**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2021/10/governo-federal-anuncia-o-auxilio-brasil>. Acesso em: 15 dez. 2022.

_____. Casa Civil. Lei n° 14.214 de outubro de 2021. Institui o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2021.

_____. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**. Diagnóstico com base e informações disponíveis em registros administrativos de sistemas do Governo Federal. AGOSTO, 2023a.

_____. Senado Federal. **Institucional SIS/Saúde**. Agência Senado, Brasília, 03 de março de 2023a. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/noticias-comum/aumenta-o-numero-de-pessoas-com-transtornos-por-uso-de-drogas-e-alcool>. Acesso em: 25 set. 2023a.

_____. Casa Civil. Lei n° 14.550 de 19 de abril de 2023. Altera a Lei n° 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para dispor sobre as medidas protetivas de urgência e estabelecer que a causa ou a motivação dos atos de violência e a condição do ofensor ou da ofendida não excluem a aplicação da Lei. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2023b.

_____. BRASIL, 2024. **LEI N° 14.821, DE 16 DE JANEIRO DE 2024**. Institui a

Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua), Brasília, 2024.

BISCOTTO, P. R. *et. al.* Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 750 – 756, 2016.

BRITO, C.; SILVA, L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 27, n. 1, p. 151 – 160, 2022.

BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 13 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CASALLAS-MURILLO, A. L. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional. **Rev. Cienc. Salud**, v. 15, n.3, p. 397-408, 2017.

CASTEL R. As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. **Cadernos CRH**. Salvador, 26/27, p. 19-40, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9771/ccrh.v10i26.18664>. Acesso em: 31 jan. 2022.

CAZARIN, E. A. Gestos Interpretativos na Configuração Metodológica de Uma FD. **Organon**, Porto Alegre, v. 24, n. 48, 2010.

COLDIBELO, LP; PAIVA, F S P. Baptista. Gênero, pobreza e saúde: revisão sistemática sobre a saúde de mulheres em situação de rua. **TEXTOS & CONTEXTOS (PORTO ALEGRE)**. Textos & Contextos Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 1-14, jan.-dez. 2021. e-ISSN: 1677-9509.

COLLINS, P.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Boitempo, 2021.

COSTA, J. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

COSTA, S. M. *et al.* Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089 - 1102, 2015.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos feministas**, v. 10, n. 1, p. 171- 188, 2002.

CRENSHAW, Kimberlé. **A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero**. In: VV. AA. Cruzamento: raça e gênero. Brasília: Unifem, 2004.

DAVIS, A. **Mulhers, raça e classe**. Sõa Paulo: Ed. Boitempo, 2016.

FARMER, A.; TIEFENTHALER, J. An economic analysis of domestic violence. **Review of Social Economy**, v. 55, n. 3, p. 337-358, 1997.

FEANTSA. EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANOSATIONS WORKING

WITHTHE HOMELESS. *On the way home? FEANTSA monitoring report on homelessness and homeless policies in Europe*. Brussels: 2012.

FOCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. FIOCRUZ. **População em situação de rua aumentou durante a pandemia**. Portal Fiocruz, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/populacao-em-situacao-de-rua-aumentou-durante-pandemia#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20representante,pessoas%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua>. Acesso em: 10 out. 2021.

GARCIA, L. M. T., et al. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde debate**, v. 38, n. 103, p. 966-980, 2014.

GUZZO. **A (des)igualdade social e a Psicologia: uma perspectiva para o debate sobre a pobreza**. Expressão Gráfica e Editora: Fortaleza, p. 149-162.

HAEFFNER, L. S. B. et al. Vulnerabilidade social e de saúde de pessoas em situação de rua. **ESTUDO TEÓRICO • Rev. esc. enferm. USP** 57 (spe), 2023.

HENNING, Carlos Eduardo. Interseccionalidade e pensamento feminista: as contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 20, n. 2, p. 97-128, 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas das populações residentes segundo municípios**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/araraquara/panorama>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acesso em: 16 set. 2022.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. **Atlas do IDM revela evolução Brasil em 20 anos**. Brasília, 2013. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19152:atlas-2013-apresenta-o-novo-indice-de-desenvolvimento-humano-municipal&catid=4:presidencia&directory=1. Acesso: 12 jun. 2021.

_____. INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**. Brasília, DF, 2020, 20p.

_____. INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. **ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL (2012-2022)**. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Disoc_Estimativa_da_Populacao.pdf. Acesso: 12 abr. 2023.

KNAPP, G. A. Race, class, gender: Reclaiming baggage in fast travelling theories.

European Journal of Women's Studies, v. 12, n. 3, p. 249-265, 2005.

LEWER, D et al. Health-related quality of life and prevalence of six chronic diseases in homeless and housed people: a cross-sectional study in London and Birmingham, England, **British Medical Journal Open**, v. 9, n. 4, Apr. 2019.

LOVELL et al., 2020. Promoting cervical screening among women experiencing homelessness and socio-economic disadvantage in Sydney. **Health Promot J Austr**, v. 31, n. 3, p. 357 – 368, set. 2020.

MALANDRINO, C. **Mapeamento mostra que Araraquara, SP**, possui 94 moradores de rua. G1. GLOBO SÃO CARLOS E ARARAQUARA, ARARAQUARA, 26 de agosto de 2016. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2016/10/mapeamento-mostra-que-araraquara-sp-possui-94-moradores-de-rua.html>. Acesso em: 12 fev. 2022.

MATTOS, R.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam 22 que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 47-58, ago. 2004./

MEYER, P.; VOSGERAU, D. S. R. Contribuições do ATLAS.ti para a qualidade de uma pesquisa qualitativa com o método da grounded theory. *Rev. Diálogo Educ.*, Curitiba: Editora PUCPRESS, v. 23, n. 77, p. 929-944, abr./jun. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MONEY, J. Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychological management. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97, p. 284-300, 1955.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. São Paulo: Perspectivas, 2016.

NARDES, S.; GIONGO, C. R. Mulheres em situação de rua: memórias, cotidiano e acesso às políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 29, n. 1, p. 801 – 809, 2021.

NUNES, S. A. Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e Mal-estar. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 101-115, 2011.

NUNES, R. A.; SOUZA, P. C. S. Para ficar em casa é preciso ter casa: desafios para mulheres em situação de rua em tempos de pandemia. **Rev. Augustus**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 51, p. 97 – 112, jul./ out. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. Conselho de Direitos Humanos. **Relatório da Relatora Especial sobre moradia adequada como componente do direito a um padrão de vida adequado e sobre o direito a não discriminação neste contexto**. ONU, 2015a.

_____. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento

Sustentável. (A/RES/70/1). Nova York. ONU 2015b. Disponível em:
<https://sustainabledevelopment.un.org/conte>

_____. Pobreza Menstrual no Brasil, desigualdades e violações de direitos. **POBREZA MENSTRUAL NO BRASIL DESIGUALDADES E VIOLAÇÕES DE DIREITOS**, 2021. Disponível em:
<https://www.unicef.org/brazil/media/14456/file/dignidade-menstrual-relatorio-unicef-unfpa-maio2021.pdf>.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios & procedimentos**. 12. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2015. 98 p.

PAIVA, I. K., S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

PÊCHUE, M.. **Semântica e Discurso: uma crítica a afirmação do obvio**. 4ª ed. Campinas, SP: Unicamp, 2009. p. 153.

PEREIRA, L. O. M; MAGALHÃES, L. C.; LOPES, C. M. D. Gênero e vivências: relação de mulheres em situação de rua com a sexualidade, violência e gravidez. **Conecte-se! Revista Interdisciplinar de Extensão**, v. 5, n. 9, 2021.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e cultura**, v. 11, n. 2, p. 263-274, 2008.

OLIVIERIA, R. B.; MARTINS, V. O recorte racial como traço permanente da população em situação de rua no Brasil. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.22, n.2, p. 403-421, jul. / dez. 2022.

RICHIWIN, I. A.. ZANELLO, V. "Desde casa, desde berço, desde sempre": violência e mulheres em situação de rua. **Rev. Estud. Fem.**, v. 31, n.1, 2023 Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n177926>.

RILEY, E. D., et. al. Violence and Emergency Department Use among Community- Recruited Women Who Experience Homelessness and Housing Instability. **J Urban Health**. v. 97, n. 1, p. 78- 87, feb, 2020.

RODRIGUES- MORENO, S. *et al.* Differences in stressful life events between men experiencing homelessness. **J Community Psychol**, v. 49, n. 2, p. 375 – 389, 2021.

ROSA, A. S.; BRETAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 275 – 285, 2015.

ROSO, A.; DOS SANTOS, V. B. Saúde e relações de gênero: Notas de um diário de campo sobre vivência de rua. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 35 n. 2, p. 283–299, 2017.

ROSO, A. Psicologia social da saúde: tornamo-nos eternamente responsáveis por aqueles que cativamos. **Aletheia**, [S. I.], n. 26, p. 80-94, 2007.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Gênero, Patriarcado e Violência. São Paulo: Expressão Popular, 2015

SANCHOTENE, I.; DE ANTONI, C.; MUNHÓS, A. “Maria, Maria: concepções sobre ser mulher em situação de rua”. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 146-160, 2019.

SANTANA, C. L. A; ROSA, A. S. Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social São Paulo: **Epidaurus Medicina e Arte**, 2016.

SANTOS, G. C.; BAPTISTA, T. W. DE F.; CONSTANTINO, P. “De quem é esse bebê? ”: desafios para o direito à maternidade de mulheres em situação de rua. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 5, 2021.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenação da Assistência e Desenvolvimento Social. **Pesquisa Censitária da População em**

Situação

de Rua. São Paulo, 2021.
Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_socioassistencial/pesquisas/index.php?p=18626. Acesso em: 12 out. 2023.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Atenção Integral à Saúde da Pessoas em Situação de Rua.** São Paulo, 2023, 67 p.
Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=307614. Acesso em: 15 set. 2023.

SARMA, D. “Six Reason Every Indian Feminist Must Remember Savitribai Phuele”, *The ladies Finger*, 5 jan. 2015.

SCHEPER-HUGUES, Nancy; BOURGOIS, Philippe. “Introduction: Making Sense of Violence”. In: SCHEPER-HUGUES, Nancy; BOURGOIS, Philippe (Orgs.). *Violence in war and peace: an anthology*. **Malden: Blackwell Publishing**, 2017. p. 1-31.

SCHUCH, P. et al. “População em situação de rua: conceitos e perspectivas fundamentais”. In: GEHLEN, I.; SILVA, S.R.; BORBA, M. (Orgs.). *Diversidade e Proteção Social: estudos quanti-qualitativos das populações de Porto Alegre – afro-brasileiros; crianças, adolescentes e adultos em situação de rua; coletivos indígenas; remanescentes de quilombos*. Porto Alegre: Century, 2008. p. 13-30.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de [org.]. *Pensamento Feminista – Conceitos Fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

SILVA, André Freire et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados a agravos cardiovasculares na população em situação de rua de São Paulo, **Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 277, p. 5765-5774, jun. 2021.

- SILVA, T. H. C., JORDÃO, L. R., FERREIRA, P. L. **Atâtô**, Anápolis, v. 1, n. 2, p. 118-139, jul./dez., 2020.
- SOUZA, M. R. R. *et al.* Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem so problemático de drogas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 3, set., 2016.
- SOUSA JR, J., G. Conceção e prática do O Direito Achado na Rua: plataforma para um Direito Emancipatório. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. [S.l.], v. 6, n. 2, p. 145-158, 2017.
- STREY, M. Apresentação. In M. Strey (Ed.). **Gênero e ciclos vitais: Desafios, problematização e perspectivas** (Série Gênero e Contemporaneidade, 8), (pp. 7-21). Porto Alegre, RS: Edipurs, 2012.
- TURATO, E. R. **Tratado da Pesquisa Clínico-Qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde humanas. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- TEIXEIRA et. al. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. **Sáude Debate**, Rio de JNEIRO, v. 43, n. 7, p. 92- 101, dez. 2019.
- TIENE, I. **Mulher Moradora na Rua: entre vivências e políticas sociais**. 1. ed. Campinas, SP: Alinea, 2004. 171p.
- UNITED STATES. The U.S. Department of Housing and Urban Development. **The 2020 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) Congress. Part 1: Point-in- time Estimates of Homelessness**. Philadelphia; 2023. Disponível em: <https://www.huduser.gov/portal/sites/default/files/pdf/2023-AHAR-Part-1.pdf>. Acesso em 20 fev. 2024.
- _____. **Homeless emergency assistance and rapid transition to housing act of 2009**. Definition of homelessness. 111th Congress. P.L. 111-22, Sec. 1003.013 May; Disponível em: https://www.onecpd.info/resources/documents/S896_HEARTHAct.pdf
- VALE, A. R.; VECCHIA, M. D. The health care of people living in the streets: possibilities and challenges. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 42-51, 2019.
- VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F.; CARNEIRO JUNIOR, N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **SAÚDE DEBATE**, RIO DE JANEIRO, v. 44, n. 124, p. 182-192, jan./mar., 2020.
- VANDOGEN, *et al.* Self-reported health, healthcare service use and health-related needs: A comparison of older and younger homeless people. **Health Soc Care Community**, v. 27, n. 4, p. 379 – 388, jul. 2019.
- VIEGAS, S. M. F. et al. The routine of the street outreach office team: weaving networks for health promotion. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, , Aug, 2020.
- VILA, E. A. et al. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. **Rev enferm UFPE online**., Recife, v. 11, n. 5,

p. 2122-31, Maio, 2017.

XIMENES. A (des)igualdade social e a Psicologia: uma perspectiva para o debate sobre a Guzzo, R. pobreza. In V. Ximenes, B. Nepomuceno, E. Cidade, & J. Moura (Orgs.), *Implicações Psicossociais da pobreza: diversidades e resistências* (pp. 149-162). Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora.)

WEBER, M. et al. Perception of access to health care by homeless individuals seeking services at a day shelter. **Archives Psychiatric Nursing**, v, 27, n. 4, p. 179 – 184, aug., 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva, 2016.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

ZENNER, D. et al. Active case finding for tuberculosis among high-risk groups in lowincidence countries. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, Paris, v. 17 n. 5, p. 573-582, maio. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista/questões disparadoras

Profissional

Iniciais:

Sexo:

Data de Nascimento:

Estado civil:

Tempo de Formação:

Tempo de atuação no Centro Pop ou Casa de Acolhimento ou unidade Estratégia Saúde da Família:

1. Como ocorre o cuidado/ atenção às mulheres em situação de rua na sua equipe?
2. Como ocorre a distribuição dos benefícios previstos nos programa de distribuição de renda (cestabásica, lanche, vale-transporte, por exemplo)?
3. Como é para você trabalhar com as pessoas em situação de rua?
4. Como é trabalhar especificamente com a mulher em situação?
Quais as principais demandas de atendimento?

Pessoas em situação de rua

Iniciais:

Sexo:

Data de Nascimento:

Naturalidade:

Estado Civil:

Tempo que esta em situação de rua:

1. Como é para você estar em situação de rua?
2. Como é sua vivência na rua?
3. Como é para você ser acompanhado pelas equipes do Centro Pop ou Casas de Acolhimento?
4. Como é para você ser atendido na Estratégia Saúde da Família?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Mulheres em situação de rua)(Resolução CNS 466/2012)

A MULHER NO MUNDO DA RUA: ANÁLISE DISCURSIVA DA VIVÊNCIA DA MULHEREM SITUAÇÃO DE RUA E DAS PRÁTICAS DO CUIDADO EM SAÚDE

A Senhora está sendo convidada para participar da pesquisa “A mulher no mundo da rua: análise discursiva da vivência da mulher em situação de rua e das práticas do cuidado em saúde”.

O objetivo deste estudo é analisar por meio do discurso, a vivência de mulheres em situação de rua, e as práticas do cuidado em saúde direcionadas à essas mulheres em um município do interior paulista. A senhora foi selecionada por ter idade igual ou superior a 18 anos, viver em situação de rua, ser cadastrada no Centro Pop, ou residir ou pernoitar nas Casas de Acolhimento do município de Araraquara, com pelo menos seis meses de vivência na rua. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento a senhora pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A sua participação consiste em responder de forma dialogada às questões de uma entrevista semiestruturada que será áudio gravada, em local e horário que for melhor para o senhora. O conteúdo das perguntas está relacionados à como é para você estar em situação de rua; como é sua vivência na rua; como é para você ser acompanhado pelas equipes do Centro Pop ou Casas de Acolhimento; e como é para você ser atendido na Estratégia Saúde da Família. A entrevista terá duração de aproximadamente 30 minutos.

A entrevista será gravada para facilitar a transcrição integral. As gravações serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha a fidedignidade dos dados coletados. Após a transcrição, as entrevistas serão apresentadas aos respectivos sujeitos da pesquisa para validação das informações. As informações coletadas serão mantidas em segredo sob nossa

guarda e responsabilidade e utilizadas somente para fins científicos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, utilizaremos nomes fictícios e a sua privacidade será assegurada. Os dados provenientes dessa investigação, ficarão em arquivo único de posse da pesquisadora, e poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

As perguntas não serão invasivas à intimidade das participantes, entretanto, esclareço que caso apresente algum desconforto durante a entrevista, poderá desistir a qualquer momento durante e após, pois a sua participação pode gerar estresse e/ou desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações e condições de vida. Assim, durante as entrevistas, serão garantidas pausas, liberdade de não responder as perguntas quando não se sentir confortável, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-la e encaminhá-la para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Os resultados desta investigação não trarão benefícios diretos as participantes neste momento, mas sua participação poderá nos ajudar a analisar os cuidados em saúde vivenciados por mulheres em situação de rua e colaborar para melhorias das políticas públicas para as mulheres vivendo em situação de rua.

A senhora não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

A senhora receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal com quem você poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos

participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró- Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail:cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Débora Cherchiglia de Moraes Araújo

Endereço: Avenida Quinze de Novembro, n. 850, apto. 121, CEP 14801-030 – Araraquara – SP.

Contato

telefônico: (16) 98166 5010 E-mail: deboracherchiglia@hotmail.com

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Teresinha Protti-Zanatta

Endereço: Rod. Washington Luis, km 235 Caixa postal 676, CEP 13565- 905 – São Carlos – SP.

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

Local e data: _____

Débora Cherchiglia de Moraes Araújo

Nome do Pesquisador

Nome do Participante

Débora Cherchiglia de Moraes Araújo

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Profissionais das equipes da rede de atenção a mulher em população de rua)

(Resolução CNS 466/2012)

“A MULHER NO MUNDO DA RUA: ANÁLISE DISCURSIVA DA VIVÊNCIA DA MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA E DAS PRÁTICAS DO CUIDADO EM SAÚDE”.

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “A mulher no mundo da rua: análise discursiva da vivência da mulher em situação de rua e das práticas do cuidado em saúde”.

O objetivo deste estudo é analisar por meio do discurso, a vivência de mulheres em situação de rua, e as práticas do cuidado em saúde direcionadas à essas mulheres em um município do interior paulista.

O (a) senhor(a) foi selecionado (a) por ter idade igual ou superior a 18 anos, e atuar em uma das equipes que compõem a rede de atendimento a mulheres em situação de rua no município de Araraquara; com pelo menos seis meses de experiência no cargo; e estar em atuação regular no trabalho durante o período de coleta de dados. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A sua participação consiste em responder de forma dialogada às questões de uma entrevista semiestruturada que será áudio gravada, em local e horário que for melhor para o senhor (a). O conteúdo das perguntas estão relacionados à como ocorre o cuidado/ atenção à saúde com as mulheres em situação de rua na sua equipe; como ocorre a distribuição dos

benefícios dos órgãos governamentais destinados a população em situação de rua; e como é para você trabalhar com mulheres em situação de rua. O (a) senhor (a) levará aproximadamente 30 minutos para responder as perguntas.

A entrevista será gravada para facilitar a transcrição integral. As gravações serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha fidedignidade dos dados coletados. Após a transcrição, as entrevistas serão apresentadas aos respectivos sujeitos da pesquisa para validação das informações. As informações coletadas serão mantidas em segredo sob nossa guarda e responsabilidade e utilizadas somente para fins científicos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, utilizaremos nomes fictícios e a sua privacidade será assegurada. Os dados provenientes dessa investigação, ficarão em arquivo único de posse da pesquisadora, e poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que caso apresente algum desconforto durante a entrevista, poderá desistir a qualquer momento durante e após, pois a sua participação pode gerar estresse e/ou desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações do cotidiano de trabalho. Assim, durante as entrevistas, serão garantidas pausas, liberdade de não responder as perguntas quando não se sentir confortável, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer.

Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Os resultados desta investigação não trarão benefícios diretos aos participantes neste momento, mas sua participação poderá nos ajudar a analisar os cuidados em saúde vivenciados pelas mulheres em situação de rua e colaborar para melhorias das políticas públicas para as mulheres vivendo em situação de rua.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas pelo

pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Débora Cherchiglia de Moraes Araújo

Endereço: Avenida Quinze de Novembro, n. 850, apto. 121, CEP 14801-030 – Araraquara – SP.

Contato

telefônico: (16) 98166 5010 E-mail: deboracherchiglia@hotmail.com

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Teresinha Protti-Zanatta

Endereço: Rod. Washington Luis, km 235 Caixa postal 676, CEP 13565- 905 – São Carlos – SP.

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

Local e data: _____

Débora Cherchiglia de Moraes Araújo

Nome do Pesquisador

Nome do Participante

Débora Cherchiglia de Moraes Araújo

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
CARLOS



ANEXOS ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A mulher no mundo da rua: análise discursiva da vivência da mulher em situação de rua e das práticas do cuidado em saúde

Pesquisador: DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58016922.1.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.627.730

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1930867.pdf, de 20/07/2022).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar por meio do discurso, a vivência de mulheres em situação de rua, e as prática do cuidado em saúde direcionadas à essas mulheres em um município do interior paulista

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil das mulheres em situação de rua, segundo informações sociodemográficas; sexo; data de nascimento; tempo de moradia na rua; motivos da vivência na rua; local de atendimento social e a saúde;
- Analisar por meio do discurso, os sentidos produzidos pelas mulheres em situação de rua acerca do cuidado prestado nos serviços de saúde e de proteção social;- Compreender as experiências de vida de mulheres que vivem em situação de rua;- Caracterizar o perfil dos profissionais que compões as equipes da rede de atenção a mulheres em situação de rua do município, segundo informações sociodemográficas; sexo; data de nascimento; tempo de formação profissional; tempo de atuação na equipe;- Analisar por meio do discurso, os sentidos produzidos por meio das experiências e percepções dos profissionais que compões

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Telefone: (16) 3351-9685

Município: SAO CARLOS

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.627.730

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
CARLOS



equipes da rede de atenção a mulheres em situação de rua, acerca das práticas do cuidado em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

AS PERGUNTAS NÃO SERÃO INVASIVAS À INTIMIDADE DOS PARTICIPANTES, ENTRETANTO, ESCLAREÇO QUE SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA PODE GERAR ESTRESSE E/ OU DESCONFORTO COMO RESULTADO DA EXPOSIÇÃO DE OPINIÕES PESSOAIS EM RESPONDER PERGUNTAS QUE ENVOLVEM AS PRÓPRIAS AÇÕES, CONDIÇÕES DE VIDA E/ OU COTIDIANO DE TRABALHO. ASSIM, DURANTE AS ENTREVISTAS, SERÃO GARANTIDAS PAUSAS, LIBERDADE DE NÃO RESPONDER AS PERGUNTAS QUANDO NÃO SE SENTIR CONFORTÁVEL, PODENDO INTERROMPER A ENTREVISTA A QUALQUER MOMENTO.

Benefícios:

OS RESULTADOS DESTA INVESTIGAÇÃO NÃO TRARÃO BENEFÍCIOS DIRETOS AOS PARTICIPANTES NESTE MOMENTO, MAS SUA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA PODERÁ NOS AUXILIAR A ANALISAR AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE VIVENCIADAS PELAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA E COLABORAR PARA MELHORIAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES VIVENDO EM SITUAÇÃO DE RUA. No entanto, o participante do estudo, terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apoia-se na metodologia descritiva, exploratória e de cunho qualitativo, com fundamentação teórico-metodológica na Análise de Discurso (AD) de matriz francesa. A AD fundamenta-se em três pilares de conhecimento, a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise, e se propõe a compreender os sentidos produzidos pelos discursos para além do já-dito, na busca de pistas e vestígios que permitam a apreensão da opacidade da língua, a produção de sentidos e a constituição dos discursos por meio de suas posições inconscientes e ideológicas (ORLANDI, 2015). O estudo será desenvolvido no município de Araraquara, localizado na região central do estado de São Paulo (IBGE, 2021).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados adequadamente

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16) 3351- 9685

CEP: 13.565-905

Município: SÃO CARLOS

e-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.627.730

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
CARLOS



Recomendações:

Vide conclusões

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em relação às pendências elencadas na versão anterior, tenho a considerar:

- 1- Pendência 01- Apontar riscos e benefícios para as duas populações participantes - RESOLVIDA
- 2- Pendência 02: Riscos podem ser imediatos ou mediatos, sugiro apontar somente os níveis de risco existentes - RESOLVIDA
- 3- Pendência 03 - Apontar como as pesquisadoras apoiarão as participantes das duas populações diante das possíveis situações de desconforto das mulheres e das profissionais em responder às perguntas - RESOLVIDA
- 4- Pendência 04 - Apontar no método e no TCLE como o material gravado será cuidado - RESOLVIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1930867.pdf	20/07/2022 23:46:32		Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao1.pdf	20/07/2022 23:45:08	DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
CARLOS



Continuação do Parecer: 5.627.730

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	20/07/2022 23:44:10	DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/07/2022 23:43:10	DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MULHERES_EM_SITUACAO_D E_RUA.pdf	20/07/2022 23:42:18	DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS.pdf	20/07/2022 23:40:54	DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	19/04/2022 17:30:52	DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_APRESENTACAO_INSTI TUICOES_SOCIAIS.pdf	19/04/2022 17:28:01	DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_APRESENTACAO_INSTI TUICOES_SAUDE.pdf	19/04/2022 17:27:49	DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO	Aceito
Outros	QUESTOES_DISPARADORAS.pdf	17/04/2022 02:14:06	DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	13/04/2022 19:58:09	DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES ARAÚJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 06 de Setembro de 2022

Assinado por:
Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

ANEXO B

Secretaria Municipal da Assistência e Desenvolvimento Social

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

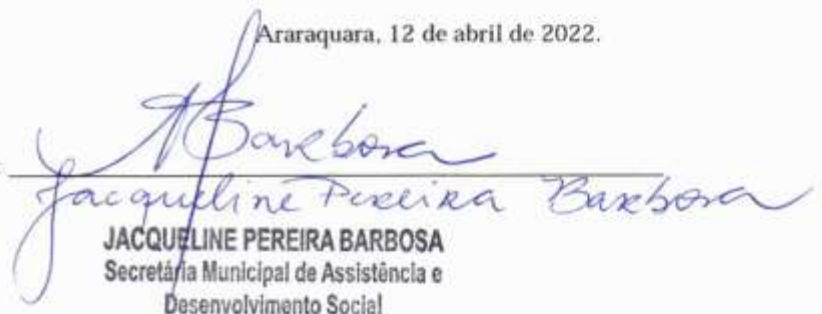
Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar,

Na função de representante legal da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, informo que o projeto de pesquisa intitulado **“A mulher no mundo da rua: análise discursiva da vivência da mulher em situação de rua e das práticas do cuidado em saúde”** apresentado pela pesquisadora, Débora Cherchiglia de Moraes Araújo, que tem como objetivo principal, analisar por meio do discurso, a vivência de mulheres em situação de rua, e as prática do cuidado em saúde direcionadas à essas mulheres em um município do interior paulista, foi analisado e autorizada a coleta de dados da referida pesquisa nas instituições sociais de atendimento à população em situação de rua desse município. A execução da coleta de dados, contudo deverá iniciar após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

“Declaro conhecer a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Araraquara, 12 de abril de 2022.

Assinatura:



JACQUELINE PEREIRA BARBOSA
Secretária Municipal de Assistência e
Desenvolvimento Social

Endereço: Rua Treze de Maio, 1264, Vila Xavier – CEP: 14.801-000
Araraquara/SP
Telefone: (16) 3301-1800
E-mail: sec.assistencia@araraquara.sp.gov.br

ANEXO C



Secretaria Municipal de Saúde



Carta de Autorização

Ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar,

Na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara/SP, informo que o projeto de pesquisa intitulado "A mulher no mundo da rua: análise discursiva da vivência da mulher em situação de rua e das práticas do cuidado em saúde", apresentado pela pesquisadora Débora Cherchiglia de Moraes Araújo, que tem por objetivo principal analisar, por meio do discurso, a vivência de mulheres em situação de rua, e as práticas de cuidado em saúde direcionadas a essas mulheres em um município do interior paulista, foi apresentado à esta Secretaria. Após a análise, informamos que está autorizada a coleta de dados da referida pesquisa nos equipamentos de saúde do município. A execução da coleta de dados, contudo deverá iniciar após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

Declaro que após ler e concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções CNS 466/12 e CNS 580/18. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e do bem estar dos sujeitos de pesquisa nele recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Eliana Ap. Mori Honain
Secretária Municipal de Saúde
Araraquara-SP

Rua Expedicionários do Brasil 3098 – São Geraldo – CEP 14.801-360
Araraquara/SP.
Telefone: (16) 3301-1700

e-mail: edupermanente@araraquara.sp.gov.br