

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Recursos Humanos
Instituto de Saúde

Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

**Mulheres Negras em Situação de Rua: da invisibilidade social a barreiras
de acesso para o cuidado efetivo em saúde**

Raquel Suzan Evangelista Alves

São Paulo

2023

Mulheres Negras em Situação de Rua: da invisibilidade social a barreiras de acesso para o cuidado efetivo em saúde

Raquel Suzan Evangelista Alves

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientador (a): Prof. Dra. Silvia Helena Bastos de Paula

São Paulo

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

A474m

Alves, Raquel Suzan Evangelista

Mulheres negras em situação de rua: da invisibilidade social a barreiras de acesso para o cuidado efetivo em saúde – São Paulo, 2023.

181 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Área de concentração: Gestão e Prática de Saúde

Orientador (a): Profa. Dra. Silvia Helena Bastos de Paula

Bibliotecária: Tania Izabel de Andrade CRB 8/7241

Dedicatória

Aos meus amados Neusa Evangelista (mãe), Miguel Eduardo (filho) Berenice
Juliana (finada tia)

Dedico esta pesquisa a todas as mulheres negras, maioria em situação de rua.

Dedico a todas as mulheres em situação de rua.

Que o feminino na rua se torne visível, não em vulnerabilidade, mas sim em direitos.

E que a rua não seja mais o navio negreiro contemporâneo.

Agradecimentos

Agradeço a minha mãe, Neusa Evangelista, que amo tanto, mulher preta e mãe solo, que sempre me incentivou a estudar e a reconhecer minha potência. Que foi meu suporte nessa jornada do mestrado e é meu alicerce na vida.

Agradeço ao meu filho Miguel Eduardo, que tanto amo, pela paciência e distanciamento e que apesar de tão jovem, é maduro, responsável, compreensivo e gentil.

Agradeço as mulheres pretas (Suelma Deus, Gislaine Santos, Vitória Paiva) que me incentivaram a me inscrever no mestrado, que me impulsionaram, que me corrigiram, que me sustentaram, mesmo a distância nessa jornada.

Agradeço a mulher indígena (Ruby Esther) pela força e encorajamento que chegou até mim da Colômbia.

Agradeço as parceiras de campo (Camila Boaventura, Vera Curado e Gi Santos), sem vocês não teria conseguido realizar as entrevistas, grata pela disponibilidade e por terem reorganizado suas vidas profissionais as sextas-feiras, sábados e domingos para estarem comigo.

Agradeço a Marta Marques, Joel Coradete Junior e Sueli Aparecida dos Santos, pela confiança no meu trabalho e por autorizarem minha pós-graduação no mestrado profissional.

Agradeço aos profissionais, professores e orientadoras do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo pela confiança e ensinamento.

Agradeço a Deus e a meus Anjos da Guarda.

Agradeço a mim, por não desistir.

Aprendemos a duras penas a nos respeitar e reconhecer nossas potências, hoje sou uma mulher preta que reconhece sua potência, sei da minha importância e da minha competência. Felicito-me por conseguir estar nesse lugar hoje, no Mestrado Profissional. Não foi fácil, foi terapêutico, desafiador e transformador.

Finalizar é resistir

Resistir é existir

Existir é transformar

Me transformo e transformo a ti também

Gratidão

Epígrafe

*Deixa eu me apresentar
Que eu acabei de chegar
Depois que me escutar
Você vai lembrar meu nome...*

Amarelo, azul e branco

Canção de Anavitória e Rita Lee

ALVES RSE. **Mulheres Negras em Situação de Rua: da invisibilidade social a barreiras de acesso para o cuidado efetivo em saúde** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023.

RESUMO

Objetivo: Investigar como se dá o direito ao acesso das Mulheres em Situação de rua aos serviços de saúde. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, tendo sua análise baseada no método hermenêutico dialético. Como instrumentos para a coleta de dados, utilizamos a entrevista estruturada e informal, realizadas em várias ambiências da rua, como calçadas, praças, rotatórias, embaixo de viaduto e em frente igrejas. **Resultados:** o perfil sociodemográfico, apresenta um total de 29 mulheres encontradas no território, fato que refuta os argumentos dos profissionais da saúde e assistência social que afirmavam ser difícil localizar e identificar as mulheres em situação de rua do território. A raça/cor predominante é a negra (pretas + pardas), com idade entre 30 a 49 anos. Encontramos dois perfis de mulheres em situação de rua: as que não possuem casa e vivem nas ruas ou centros de acolhida e as que residem em ocupações e territórios vulneráveis, estando em situação de rua por um período com filhos e companheiros, utilizando a rua como recurso para subsistência e sobrevivência. Os vínculos familiares fragilizados correspondem o maior motivo para o afastamento familiar, seguido pela violência, abandono, sofrimento mental e uso de álcool e outras drogas. **Conclusão:** O acesso a saúde recebe um status secundário, pois, estar na rua as coloca em um estado constante de alerta, insegurança física comprometendo a saúde mental. É sobre viver e sobreviver, num ambiente em que o machismo não encontra barreiras e as ações violentas, de submissão e risco da integridade física, sexual, psicológica está instaurada. Apesar de não ter muros, a rua compõe um ambiente hostil, onde é possível sentir quando se cruza uma fronteira determinada por quem está ou não está em situação de rua. O acesso aos serviços de saúde existe e o local de cuidado é a urgência. Identificam as unidades básicas de saúde enquanto espaço de atendimento à saúde da mulher, vacinação e odontologia, porém, não é reconhecido como um serviço de apoio.

Palavras-chave: mulheres em situação de rua; raça/cor; violências; acesso aos serviços de saúde.

ALVES RSE. Black women living on the streets: from social invisibility to access barriers to effective health care [Master's thesis]. Professional Master's Program in Collective Health at the Health Institute, Human Resources Coordination. São Paulo: São Paulo State Health Department; 2023.

ABSTRACT

Objective: To investigate how the right of access to health services for homeless women occurs. **Method:** This is a qualitative, exploratory study whose analysis is based on the dialectical hermeneutic method. We used structured and informal interviews as data collection tools, carried out in various street environments, such as sidewalks, squares, traffic circles, under viaducts and in front of churches. **Results:** the sociodemographic profile shows a total of 29 women found in the area, a fact that refutes the arguments of health and social care professionals who claimed that it was difficult to locate and identify homeless women in the area. The predominant race/color is black (black + brown), aged between 30 and 49. We found two profiles of homeless women: those who don't have a home and live on the streets or in shelters, and those who live in occupations and vulnerable territories, staying on the streets for a period of time with their children and partners, using the streets as a resource for subsistence and survival. Fragile family ties are the biggest reason for family estrangement, followed by violence, abandonment, mental suffering and the use of alcohol and other drugs. **Conclusion:** Access to health is given secondary status, as being on the streets puts them in a constant state of alert, physical insecurity and compromised mental health. It's about living and surviving in an environment where machismo finds no barriers and violent actions of submission and risk to physical, sexual and psychological integrity are established. Despite having no walls, the street is a hostile environment, where you can feel when you cross a boundary determined by who is or isn't homeless. There is access to health services and the place of care is the emergency room. They identify basic health units as a space for women's health care, vaccinations and dentistry, but it is not recognized as a support service.

Keywords: homeless women; race/color; violence; access to health services.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

PARTE 1

INTRODUÇÃO.....21

JUSTIFICATIVA.....30

OBJETIVOS DA PESQUISA: geral e específico.....32

METODOLOGIA33

1.1 Os territórios da entrevista.....35

1.1.2 O campo: coleta de dados.....38

1.1.3 Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da pesquisa.....44

1.1.4 Análise dos dados e categorias de análise.....46

1.1.5 Princípios éticos.....47

PARTE 2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Acesso à saúde: entendendo o que diz as normas existentes.....48

2.1.2 Alguns conceitos sobre acesso.....54

2.1.3 Perfil da População em Situação de Rua em alguns países.....58

2.1.4 Dados da população em situação de rua no Brasil.....61

PARTE 3 – DIMENSÕES VISÍVEIS – Resultados da pesquisa.....66

3.1 Perfil das Mulheres em Situação de Rua entrevistadas (dados sociodemográficos)66

3.1.2 Motivações para os cuidados em saúde - e a difícil arte de olhar para si ou ser vista

.....71

| | |
|--|------------|
| 3.1.3 Serviços de apoio em saúde reconhecidos pelas mulheres..... | 84 |
| 3.1.4 Dificuldades enfrentadas pelas mulheres na busca por cuidado..... | 89 |
| 3.1.5 Problemas de saúde identificados | 91 |
| 3.1.6 Mulheres em situação de rua e a percepção da violência | 99 |
| PARTE 4 - DIMENSÕES INVISÍVEIS..... | 122 |
| 4.1 E você, me enxerga como mulher?..... | 122 |
| 4.1.2 Projetos de vida: podemos sonhar com o futuro?..... | 126 |
| 4.1.3 (In) femininas aos olhos das políticas públicas (por estarem em situação de rua).... | 130 |
| 4.1.4 Machismo: sob a vigília dos homens..... | 132 |
| 4.1.5 O poder uniforme..... | 135 |
| ALGUMAS CONSIDERAÇÕES | 137 |
| PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO: Por uma Saúde Antirracista e a Favor da Saúde do Trabalhador..... | 142 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 162 |
| REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS: da codificação bibliográficas das entrevistadas com mulheres guerreiras africanas..... | 170 |
| APÊNDICE: Resumo executivo | 171 |
| ANEXO 1 - Significado dos nomes das mulheres em situação de rua | 175 |
| ANEXO 2 - Roteiro entrevista semiestruturada | 178 |
| ANEXO 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 181 |
| ANEXO 4 - Termo de Autorização de uso de Imagem e Voz | 182 |
| ANEXO 5 - Termo de dispensa da Carta de Anuência | 183 |
| ANEXO 6 - Parecer consubstanciado do CEPIS | 184 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo no ano de 2021 distribuídas por raça/cor e gênero..... | 64 |
| Tabela 2: Faixa etária das mulheres em situação de rua a partir das entrevistas estruturada e informal..... | 67 |
| Tabela 3: Distribuição das mulheres em situação de rua por raça/cor (entrevistas estruturadas e informais) | 68 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1: Categorização da análise | 47 |
| Quadro 2: Estimativa total de pessoas em situação de rua (sem abrigo) em alguns países..... | 61 |
| Quadro 3: Autodeclaração das mulheres – entrevistadas formais | 69 |
| Quadro 4: Uso de medicação autorreferida pelas entrevistadas | 76 |
| Quadro 5: Número de filhos declarados ou identificados | 82 |
| Quadro 6: Composição familiar das mulheres identificadas na rua | 107 |
| Quadro 7: Demonstrativo detalhado da experiência de abordagem na rua, na região de Santo Amaro de novembro de 2022 a março de 2023..... | 149 |

LISTA DAS SIGLAS UTILIZADAS

| | |
|-----------|--|
| AMA | Assistência Médica Ambulatorial |
| ASR | Agente de Saúde de Rua |
| BOMPAR | Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto |
| CADUNICO | Cadastro Único para Programas Sociais |
| CPF | Cadastro de Pessoas Físicas |
| CAT | Centro de Atendimento ao Trabalhador |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial Adulto, Infantil ou Álcool e outras Drogas |
| CECCO | Centro de Convivência e Cooperativa – Saúde |
| CONDEPHAT | Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico do Estado de São Paulo |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CRATOD | Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas |
| CREAS | Centro de Referência Especializado de Assistência Social |
| eCR | Equipes de Consultório na Rua |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| FAU | Faculdade de Arquitetura e Urbanismo |
| USP | Universidade de São Paulo |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| LABCIDADE | Laboratório Espaço Público e Direito à Cidade |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Panamericana da Saúde |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAS | Política Nacional de Assistência Social |
| PNS | Política Nacional de Saúde |
| PNPSR | Política Nacional para a População em Situação de Rua |
| PNSIPN | Política Nacional de Saúde Integral da População Negra |
| PNAISM | Política nacional de atenção integral à saúde da mulher |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RG | Registro Geral |

| | |
|-------|---|
| SACA | Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro - Cidade Adema |
| SAICA | Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de urgência |
| SAS | Supervisão de Assistência Social |
| SEAS | Serviço Especializado de Abordagem Social |
| SIAT | Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica |
| MSE | Medida Sócio Educativa |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| SUS | Sistema único de Saúde |
| TECLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| USP | Universidade de São Paulo |
| UTI | Unidade de terapia Intensiva |

FOTOS E FIGURA

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Mapa Ilustrativo - Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro/Cidade Ademar 2021 | 37 |
| Figura 2. dos bairros das supervisões técnicas de saúde da Coordenadoria Regional Oeste | 147 |
| Foto 1. Pertences de Dandara, lateral da Biblioteca Municipal Prefeito Prestes Maia, fevereiro de 2023 | 188 |
| Foto 2. Vista da lateral da Biblioteca Prefeito Prestes Maia – fevereiro de 2023..... | 188 |
| Foto 3 – Local de moradia de Makeda, esquina com a Avenida Vicente Rao, janeiro de 2023..... | 189 |
| Foto 4 – Rotatória próximo do local onde fica Amina, esquina com a Avenida Vicente Rao, janeiro 2023 | 189 |

APRESENTAÇÃO

Não é fácil se reconhecer no outro, se ver na possibilidade de que talvez “nós”, mulheres pretas, pesquisadoras, poderíamos ser aquela mulher preta em situação de rua e invisível, pois, a rua desumaniza as mulheres assim como a cor escura desumaniza os negros. Raquel Suzan

Me autodeclaro mulher negra, militante e defensora dos direitos das mulheres principalmente. A construção dessa pesquisa, perpassou pela derrubada de vários obstáculos, erguidos a fim de me fazer duvidar de minha capacidade.

Sou a primeira da família composta por mulheres negras chefes de família a me graduar e estar no Mestrado. Filha de mãe solo e mãe solo também sou.

Estar no Mestrado Profissional é uma conquista, mas, importa dizer a vocês que por anos, não me vi nesse lugar, considerando a pouquíssima representatividade negra nos espaços acadêmicos e na área da saúde, essa afirmação não é mimimi... é constatação. A pouca representatividade, a pouca presença de pesquisadores de pele escura nos faz duvidar sobre a possibilidade de estarmos nesses espaços. Representatividade Importa!!!

Trabalhar na área da saúde também sempre foi um sonho e iniciar com pessoas em situação de rua foi deveras desafiador, impulsionador, gratificante e desolador. A desolação transformei em militância que hoje se apresenta nessa dissertação.

Ser uma mulher preta, falando de mulheres pretas em situação de rua foi gratificante e imensamente dolorido, por constatar que a situação de rua é uma realidade do povo preto, uma senzala a céu aberto, um navio negreiro sem mar... me fazendo pensar a todo momento que, por um golpe de sorte, eu não estava em situação de rua, considerando a minha cor de pele estar ali representada. É uma linha tênue, não se esqueça do racismo estrutural.

Esse trabalho é, portanto, a materialização de uma militância por muitos anos solitária, na discussão acerca do acesso feminino em situação de rua no espaço de cuidado em saúde. Essa militância no Consultório na Rua e na Atenção Básica ainda é incipiente, pouco se aborda sobre o impacto do racismo no fenômeno situação de rua e no processo do acesso à saúde, o desconhecendo como causa de uma desigualdade social e iniquidade em saúde e tendo sempre de desviar das falas que colocam esse tema como mimimi ou coisa de preto raivoso.

Meu percurso profissional em uma equipe de Consultório na Rua se inicia em 2013, quando começo no atendimento às pessoas em situação de rua na saúde e de início, observo a pouca presença das mulheres dentro da unidade básica de saúde. Observo também, a inexpressiva quantidade de mulheres de pele escura dentro dos espaços de proteção social. Interessante observar que as políticas públicas de saúde e assistência social caminham juntas, são pares na garantia de acesso a cidadania dessas mulheres, ou na não garantia.

A cor da pele é de fato passaporte para a entrada, acesso e permanência nos espaços. O contato com as mulheres em situação de rua perpassa em encontros que me colocaram em vários lugares enquanto mulher preta, destaco esse lugar, no qual me apresento a vocês agora, que é sobre abrir as portas para que suas vozes ecoem. É o passaporte, um ticket para que a situação de rua não as defina, para que a rua não seja o fim nelas mesmas e na percepção de vocês.

Entendi que falar de nós, mulheres, é antes falar da dor e depois, apresentar nossa fantasticidade... em algumas de nós, ser mulher dói mais, porém, superadas não sei como, acredito que há definições que expliquem nossas superações e resiliências...

Seres fantásticos somos nós mulheres... superamos muita coisa a um custo alto e pouco somos reconhecidas por isso. Mas, o importante é nos reconhecermos e nesse reconhecimento, reconhecer que sempre poderemos ser o que quisermos... infelizmente há

aquelas que precisam mais do que reconhecimento, porque para se reconhecer é preciso ser vista.

Que esse trabalho, ofereça aos leitores a oportunidade de enxergar as mulheres em situação de rua como potenciais mulheres...

PARTE 1

INTRODUÇÃO

O fenômeno social pessoas em situação de rua não é antigo, porém está em evidência atualmente e com muito destaque na mídia televisiva, eletrônica e nas pesquisas, com aumento significativo nas ruas e centros urbanos. Os movimentos sociais e pesquisadores, motivaram discussão e debate, na intenção de identificar o que motiva essa extrema vulnerabilidade social, que acomete principalmente homens, adultos e negros, FILIPENCO (2023)¹, NATALINO (2016 / 2017)^{2,3}, CENSO (2021)⁴.

Iniciamos nossa discussão trazendo dois eventos significativos que visibilizam a questão da situação de rua, evidenciando a extrema vulnerabilidade e fragilidade dessa população.

A Pandemia da Covid 19^{5,6}, que teve seu ápice entre março 2020 a maio de 2023, quando a Organização Mundial da Saúde decreta o fim do estado de emergência de saúde pública de interesse internacional, escancarou as desigualdades sociais presentes em nossa sociedade e com destaque para a situação de rua, apresentando as dificuldades no acesso a medidas de prevenção como uso de máscaras e lavagem das mãos, acesso a alimentação, água e isolamento social.

A pandemia trouxe como consequência o aumento de famílias nas ruas, que dentre várias implicações sociais e econômicas, teve no desemprego seu maior impacto na vida dos brasileiros, “esse novo perfil é de pessoas pertencentes à classe trabalhadora que não conseguem mais pagar seus aluguéis e contas e estão indo para as ruas em busca de alimento, mas permanecem por não terem mais como se manter”,

(2021)⁷, a reportagem aponta também aumento das pessoas em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro,

De acordo com a pesquisa realizada pela Prefeitura do Rio de Janeiro, 31% das pessoas estão na rua há menos de um ano, sendo 64% por perda de trabalho, moradia ou renda. Destes, 42,8% afirmaram que se tivesse um emprego sairia das ruas. Ele apresentou ainda dados de cadastro de serviços do SUS que mostram que houve um aumento de 35% das mulheres em situação de rua. (2021)⁷

MONTEIRO e CHAGAS (2021)⁸, também assinalam aumento das pessoas em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro, pois, “sem condições de continuar pagando por suas casas, essas pessoas foram para as ruas. Vemos famílias inteiras nas ruas: pais, mães e filhos”.

O segundo evento que destacamos, tem como palco o bairro de Campos Elíseos, situado na região da capital paulista, que foi um dos bairros mais elegantes e sinônimo de riqueza e prosperidade,⁹

O que hoje chamamos de centro-velho já foi palco de diversas transformações, diásporas, movimentos de industrialização e, depois, acentuada gentrificação. A verdade é que o solo entre a Avenida São João e Alameda Cleveland protagoniza a história da cidade de São Paulo, e esboça, invariavelmente, um reflexo, da urbanização paulista. Até o início da década de 30, o fluxo econômico de São Paulo, e até mesmo grande importância das movimentações financeiras nacionais, corriam entre a Santa Cecília e a Catedral da Sé. É justamente com a quebra da bolsa de Nova Iorque, em meados de 1930, que ocorre a debandada empresarial do centro. Empresas, rádios, televisões e bancos, migram da região central, e partem para o logradouro da mais altitude: a Avenida Paulista. (Labigalini, 2022)⁹

A partir da década de 1930⁶, a região de Campos Elíseos passa a sofrer com a desvalorização, como destaca a reportagem sobre o impacto do crack na região, considerando “o processo de decadência do centro da cidade continuava em curso,

continuando paulatinamente a transformá-lo em zona de trânsito de pessoas, tomado pelo comércio ambulante e dominado pela criminalidade”¹⁰.

Em 1990 período em que o bairro foi tombado pelo CONDEPHAAT¹¹, a Cracolândia se instala na região central, com primeiro relato de uso de drogas em julho do mesmo ano⁵. Várias ações ocorreram ao longo dos anos, realizadas pelos governos municipais e estaduais, porém destacamos o ocorrido em 2022, ocasionando o segundo evento, que se deu após a intervenção do Governo Estadual, com a realização de mais uma intervenção na Cracolândia, motivando dispersão das pessoas em situação de rua para outras áreas da região central, sem contudo, resolver a questão do bairro Campos Elíseos e da Cracolândia, que apenas se multiplicou, ocupando vários espaços da região central.

Destacamos esses dois eventos contundentes na história mundial e local, a fim de problematizar a questão da situação de rua, a invisibilidade de suas necessidades e a relevância para a nossa pesquisa, considerando esses eventos como materialidade da violência estrutural (MINAYO, 2013)¹²

Nossa hipótese questiona se a interseccionalidade de violências, gênero, raça e situação de rua aparta as mulheres dos espaços de acolhida e cuidado, tornando-as invisíveis aos serviços de atenção à saúde, consideramos o que a ONU¹³ descreve acerca das intersecções e pessoas em situação de rua,

As intersecções entre várias formas de discriminação da população em situação de rua variam conforme o país. Em alguns, por exemplo, a desigualdade racial está claramente relacionada com a população em situação de rua. No Brasil, os afro-brasileiros constituem somente 7% da população em áreas de alta renda e são maioria nos assentamentos informais. Nos Estados Unidos da América, as famílias negras têm sete vezes mais possibilidades de estar em situação de rua do que as famílias brancas. (2015, p. 10)¹³

A organização das Nações Unidas reconhece a situação de rua como violação dos direitos humanos, sendo, “a situação de rua também definida com referência ao que falta” (2015, p.4)¹³.

Considerando o Art. 196 da Constituição Federal¹⁴, determina a saúde como direitos de todos e dever do Estado, nosso objetivo de pesquisa foi investigar como se dá o direito ao acesso das Mulheres em Situação de rua aos serviços de saúde, observando de que forma esse direito é exercido pelas mulheres e de que forma o Estado oportuniza esse acesso a partir das políticas públicas.

A situação de rua ou Homelessness, é um fenômeno mundial, onde se caracteriza a extrema miséria humana¹³. FILIPENCO (2023)¹ também relaciona a situação de rua a ausência de moradia, considerando também, outras condicionalidades que podem acarretar a essa situação de extrema vulnerabilidade, como conflitos religiosos e étnicos, calamidades naturais, poucos recursos para arcar com o pagamento da moradia, desemprego, dentre outros, destaca três países onde há um número expressivo de sem-teto ou pessoas em situação de rua, a Nigéria conta com vinte e quatro milhões de pessoas sem-teto, seguido pelo Paquistão vinte milhões e Egito doze milhões.

Em relação aos dados da população em situação de rua no Brasil, NATALINO^{2,3} (2016, 2023) apresenta um aumento expressivo desse segmento populacional, em 2016 havia 122.890², ao passo que em 2022, acrescido do impacto da pandemia da Covid 19, o país contava com 281.472³ pessoas nessa condição, observamos que a população mais que dobrou em seis anos. A cidade de São Paulo também contou com um crescimento significativo da população em situação de rua,

segundo o CENSO, em 2019 a cidade contava com 24.344¹⁵ pessoas em situação de rua, em 2021 eram 31.884⁴, aumento também impactado pela pandemia da Covid 19.

A Prefeitura da Cidade de São Paulo (2022)¹⁶ corrobora a constatação dos autores sobre o aumento de famílias nas ruas, informando um acréscimo de 28,6% de pessoas vivendo nessa condição. Sobre as mulheres nessa situação, houve um aumento de 16,6 % na capital paulista.

Abordar o acesso à saúde de mulheres em situação de rua, com recorte de raça/cor e violências é fundamental para uma discussão acerca das iniquidades sociais e raciais que impactam no acesso e cuidado em saúde. São categorias que se interseccionam no cotidiano dessas mulheres.

Documentos oficiais que realizam a contagem da população em situação de rua no Brasil, constataam ser predominantemente os negros e negras nessa condição social^{5,15,4}. *A National Alliance to and Homelessness* (2020)¹⁷ sobre as desigualdades raciais dos sem-teto nos Estados Unidos, observou que os não brancos, que correspondem aos afro-americanos, hispânicos, índio americanos/nativos do Alasca, havaianos nativos e ilhéus do Pacífico e pessoas que se identificam com duas ou mais raças, constituem uma parcela desmedida de sem tetos, sobre os negros destaca,

As disparidades raciais e étnicas na falta de moradia não estão melhorando significativamente ao longo do tempo. Os afro-americanos atualmente representam a maior parcela de todas as pessoas que acessam os abrigos ao longo de um determinado ano, e sua parcela aumentou nos últimos anos, enquanto a parcela dos brancos diminuiu. (2020)¹⁷

AMBRÓSIO (2021)¹⁸, se valendo da contribuição de W. E. B. DU BOIS (1992)¹⁹, enfatiza que “a escravização provocou danos irreparáveis à própria noção de humanidade”.

Em primeiro lugar, é preciso dizer que pessoas negras (e indígenas) sempre foram as que mais morreram neste país, desde que europeus se acharam no direito de roubar uma terra (todo um continente), genocidar e sequestrar sua população originária, desterritorializar e escravizar populações de outro continente nestas terras. Com relação à população negra, que foi raptada e trazida à força em porões de navios, da África até as Américas, para ser escravizada pelos brancos europeus, os “novos donos” de uma terra roubada, estima-se que foram transportados mais de quatro milhões de pessoas negras de 1500 até meados de 1800. Desse tráfico humano, cerca de dois milhões desembarcaram no Brasil, e os outros dois milhões morreram durante o trajeto em alto mar. (2021)¹⁸

O próprio CENSO de 2021⁴, constata que a maioria das pessoas em situação de rua são negras, confirmando os dados da *A National Alliance to and Homelessness* (2023)²⁰. A situação de rua está atrelada a raça/cor dos sujeitos que sofrem com as iniquidades sociais e raciais.

Importa destacar que a raça / cor não é o único determinante responsável que pode levar uma pessoa à situação de rua, no entanto, estudos apontam que as desigualdades raciais e sociais atingem mais as pessoas pretas e pardas, que continuam com menor acesso a emprego, educação, segurança e saneamento básico. A população negra como a mais pobre, menos escolarizada e remuneração inferior, acaba estão inseridos na população com o maior porcentual de desemprego e, portanto, a pobreza e insuficiência de renda para sustento de si e dos filhos. Observamos que a extrema vulnerabilidade pode acabar levando as mulheres negras para ambiência das ruas.^{56,13} (IBGE desigualdades e censo pop rua, mudar a numeração agora)

Considerando o acesso à saúde como o ato ou comportamento em se utilizar e os equipamentos de saúde^{21,22,23}, cabe-nos questionar de que maneira as mulheres em situação de rua acessam os cuidados preventivos, considerando serem as mulheres negras maioria em situação de rua na cidade de São Paulo. Há de fato uma preocupação dessas mulheres com o cuidado integral ou apenas para sanar a dor de forma emergencial?

Sobre gênero, raça e saúde^{22,24,25,26} destacam o impacto da desigualdade racial no cuidado em saúde de mulheres negras, onde classe, educação e renda assumem um papel relevante no que tange possibilidades de acesso, contudo, mesmo quando há igualdade nos níveis educacionais e renda, ainda prevalece uma diferença no acesso à saúde entre negras e brancas.

Ao discutirmos o acesso de mulheres em situação de rua com o recorte de raça/cor e violências, torna-se relevante abordar o racismo estrutural, como prática organizacional das relações no Brasil, segundo ALMEIDA²⁷

O racismo faz parte da história moderna guardando relação com a formação do Estado. Segundo o jurista, o conceito de raça foi desenvolvido pelo modelo do Estado burguês para eleger o sujeito universal e organizar as relações políticas, econômicas e jurídicas a partir da categorização em classes dos indivíduos com o fim de preservar o grupo hegemônico.

O racismo ganha diferentes expressões ao longo da história, desde o caráter biológico, científico e sociocultural, razão pela qual trata-se de um fenômeno social complexo. De todo modo, no Brasil, esse processo sempre esteve relacionado com a aparência física, capacidade de consumo e de circulação social. (2020)²⁷

O jurista destaca que o racismo atualmente é compreendido fora da esfera individual, onde recebe a denominação de racismo institucional, como explica Almeida “é a presença massiva de determinado grupo étnico-racial nas instituições, o qual irá trabalhar para fortalecer e manter esse grupo determinado no poder.”²⁷ Para KALCKMANN *et al*, o racismo institucional é definido como o “fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”.²⁸

O racismo institucional impacta na prática em saúde e no acesso, ainda sob influência da imagem do negro construída no Brasil, onde a humanidade é contestada e o cuidado ofertado é inferior²⁴, consequências da imagem erigida do negro em nossa sociedade, ou, da mulher negra. Como destaca CARNEIRO²⁹,

[...] a prevalência da concepção de que certos humanos são mais ou menos humanos do que outros, o que, conseqüentemente, leva à naturalização da desigualdade de direitos. Se alguns estão consolidados no imaginário social como portadores de humanidade incompleta, torna-se natural que não participem igualmente do gozo pleno dos direitos humanos (2011, p. 15)²⁹.

A violência impacta de forma contundente a vida de mulheres em situação de rua, comprometendo inclusive sua mobilidade no território e com isso o direito ao

acesso à saúde, a violência^{30,31} está presente nos discursos, de forma transversal e de grande impacto na deterioração das relações sociais que contribuíram para o ingresso à vida nas ruas e na sua permanência. Reportando-nos a situação de rua e a violência estrutural, MINAYO contribui que “mais cruel é a violência que mantém a miséria de grande parte da população do país”. (2009, p. 32)¹²

O percurso metodológico contribui para a coleta de informações, de modo a responder a hipótese e os objetivos geral e específicos. Buscamos com a coleta de dados, compreender de que modo as mulheres em situação de rua se relacionam no território e suas percepções acerca da violência, discriminação, ser mulher e cuidado em saúde.

Conhecer as motivações que contribuem ou interferem no acesso das mulheres em situação de rua aos serviços de saúde, contribuirá para a construção de novos saberes sobre a realidade e o impacto dessas intersecções no cotidiano e por consequência no direito ao acesso a saúde.

Finalizamos nosso trabalho apresentando Proposta de Intervenção, que avaliamos pertinente, pois, favorecerá compreensão acerca das iniquidades raciais em saúde, oferecendo letramento racial e recursos para compreensão da situação de rua enquanto consequência da desigualdade racial no Brasil, conhecimento fundamental para combater as iniquidades raciais em saúde das pessoas negras e especificamente das mulheres em situação de rua.

JUSTIFICATIVA

A prática proporciona ao Assistente Social apreender o cotidiano da população atendida e a partir de experiências concretas, que evidenciam necessidades e exclusões sociais, confere a esse profissional, apresentar a sociedade a questão social identificada, problematizando, refletindo, expondo realidades doravante desconhecidas ou pouco visíveis.

A singularidade e a realidade social que se expressa no atendimento às pessoas em situação de rua, deve ultrapassar a fronteira da resolutividade das demandas, como suporte para regularização dos documentos (RG, CPF, Título de Eleitor), suporte para resolver pendências na justiça criminal, tratamento para a dependência química, apoio para reaver a guarda dos filhos, vaga para acolhimento social, fuga da violência física e sexual e articulação e matriciamentos com a RAPS – Rede de Apoio Psicossocial do território e adentrar em espaços que promovam a reflexão crítica acerca da realidade concreta.

Munido das informações adquiridas na práxis, ressaltamos a urgência em trazer para o debate, o acesso aos cuidados em saúde da mulher em situação de rua, assunto relevante, considerando as vulnerabilidades desse gênero feminino, que abarca especificidades que transitam na exposição a violência estrutural e social, ao sexismo, a discriminação de raça/cor, determinantes sociais que podem agravar o adoecimento diante da vulnerabilidade expressa na situação de rua.

Á luz das normas existentes de proteção a saúde da mulher e das boas práticas em saúde para se reduzir as desigualdades de gênero, há a necessidade de se pensar em ações que contemplem o nascer, viver, adoecer e morrer da mulher em situação de rua

na sociedade. Diante do exposto, compreender as motivações que afastam as mulheres em situação de rua do cuidado efetivo em saúde se faz pertinente.

OBJETIVOS DA PESQUISA

Geral: Investigar como se dá o direito ao acesso das Mulheres em Situação de rua aos serviços de saúde.

Objetivos específicos

1. Dimensionar o perfil da população em situação de rua com ênfase no recorte de gênero e raça/cor;
2. Identificar quais os principais motivos que fazem as mulheres em situação de rua procurar os serviços de saúde;
3. Descrever como as mulheres em situação de rua percebem as situações de violência;
4. Identificar os serviços de apoio em saúde reconhecidos pelas mulheres em situação de rua.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, que segundo GIL (2008, p. 27)³³, “[...] são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”.

A pesquisa qualitativa para MINAYO, nos auxilia compreender o universo dos significados, crenças e valores de determinada realidade social, “[...] pois o ser humano se distingue não só por agir, mas também por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes”. (2007, p. 21)³⁴

Referente a pesquisa exploratória, a autora a denomina entre várias possibilidades, como o “[...] tempo dedicado a interrogarmos preliminarmente sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, a metodologia apropriada e as questões operacionais para levar a cabo o trabalho de campo”. (2001, p. 26)³⁵.

Esse trabalho teve sua análise baseada no método hermenêutico dialético, que segundo HABERMAS, "a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e crítica" (*apud* MINAYO)³⁶. De acordo com GIL (2008, p. 29)³³ o método dialético nos auxilia a compreendermos uma dada realidade social, mas não devemos analisá-la de forma isolada, sendo necessário abarcá-la junto a outros processos históricos para a apreensão dos fenômenos. Além disso, MINAYO (p. 77)³⁵ expõe que “a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta.” Dessa forma a intersecção de gênero e raça enquanto eixos teóricos, contribuíram para a análise dos dados coletados.

Foi apresentado como problema inicial dessa pesquisa o acesso das mulheres em situação de rua na unidade básica de saúde, considerando a observação empírica profissional, na função de assistente social no Consultório na Rua, no entanto, foi necessário realinhar o objeto de estudo e ampliar para o acesso aos serviços de saúde, por ser a realidade diferente da observação empírica profissional. Sendo assim, nossa hipótese é de que a interseccionalidade entre violências, gênero, raça e situação de rua aparta as mulheres dos espaços de acolhida e cuidado, tornando-as invisíveis aos serviços de atenção à saúde. Para MINAYO, o processo de investigação qualitativa é **indutivo**, no sentido em que o investigador constrói os próprios conceitos, abstrações, hipóteses e teorias a partir dos detalhes. Esse processo nos possibilita compreender,

Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos. Ao buscar compreender é preciso exercitar também o entendimento das contradições: o ser que compreende, compreende na ação e na linguagem e ambas têm como características serem conflituosas e contraditórias pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses (Minayo, 2012, p. 623)³⁶

Tratamos como pressupostos um conjunto de crenças, a epistemologia ainda aduz, que ele está relacionado a um valor, a um sentido, portanto, considerando as condições de conhecimento que valoram a formação das crenças, temos a pesquisa ou o senso comum. Portanto, compreendemos ser a rua, esse espaço privilegiado de conhecimento e descoberta de saberes individuais, coletivos e de história de vida,

como sendo espaço para a coleta de dados para nosso labor científico (MINAYO, 2016)³⁷. As entrevistas ocorreram *in loco*, ou seja, local de pertencimento das mulheres em situação de rua, considerando que estar *in loco*, na realidade concreta dessas mulheres, nos possibilitou uma maior aproximação entre investigadora e entrevistadas.

Como enfatiza MINAYO, sobre a pesquisa na área das Ciências Sociais,

A pesquisa nessa área lida com seres humanos, que por razões culturais de classe, de faixa etária, ou por qualquer outro motivo, tem um substrato comum de identidade com o investigador tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos [...]. (2021, p. 13)³⁸

A ambiência da pesquisa foi os espaços públicos e logradouros onde se situam as pessoas em situação de rua e foi escolhido o bairro de Santo Amaro, território de responsabilidade da SACA – Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro / Cidade Ademar para a realização da pesquisa. Os bairros de Santo Amaro e Campo Belo, referem-se aos locais onde foram encontradas a maioria das mulheres entrevistadas.

1.1 Os territórios da entrevista

Os critérios para escolha do território para a obtenção das respostas do problema e hipótese formulados, perpassam por algumas condicionalidades, a primeira refere-se por ser um espaço de conhecimento da pesquisadora, que atuou como assistente social, por um período de um ano (2021 a 2022), na equipe do Consultório na Rua de Santo Amaro. O grupo da pesquisa foi escolhido por considerarmos esse território pouco explorado, principalmente no que se refere a visibilidade das mulheres

em situação de rua e recorte raça/cor. Sobre a amostragem, nos valem dos argumentos de MINAYO,

Certamente o número de pessoas é menos importante do que o empenho de enxergar a questão sob várias perspectivas e pontos de vista. A validade da amostra está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões. (2014, p.198)³⁹

Considerando que a entrada no campo se deu pela vivência da pesquisadora, retornando após um ano, observamos que o mesmo sofreu alterações, destacando o aumento de prédios residenciais de alto padrão, além da pouca presença das pessoas em situação de rua, principalmente na Avenida Jornalista Roberto Marinho, local de Cena de Uso, onde havia muitas pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo também o local com maior presença feminina em situação de rua.

Observamos também que, o avanço das obras do metrô da Linha 17 Ouro e as modificações nas margens do córrego que percorre uma parte da extensão da Av. Jornalista Roberto Marinho, também contribuíram para a mudança na geografia da permanência das pessoas em situação de rua no território, como destaca Minayo (2014, p. 199)³⁹ os primeiros contatos com o campo são primordiais para as correções necessárias, tanto no material da coleta de dados, como no cronograma das atividades.

De acordo com a estimativa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - 2021)⁴⁰, a cidade de São Paulo conta com uma população de 12.396.372. Quando consideramos os bairros que estão sob a Supervisão Técnica de Saúde SACA (Santo Amaro, Campo Belo, Campo Grande, Pedreira e Cidade Ademar), chegamos a uma população de 649.023⁴¹, segundo informações de 2010, referente aos dados

demógrafos por distritos e subprefeituras, disponível no site da Prefeitura da Cidade de São Paulo.

Em 2021, foi realizado o último Censo pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social², sobre a população em situação de rua do município de São Paulo, contabilizando um total de 31.884, sendo 78% homens e 12% de mulheres. Quanto a distribuição por raça / cor da população feminina, que totalizou 5.109 mulheres temos, 40,3% pardas, 29,2% brancas, 26,9% pretas, 1,2% amarelas, 0,7 indígenas e 1,7 não responderam¹.

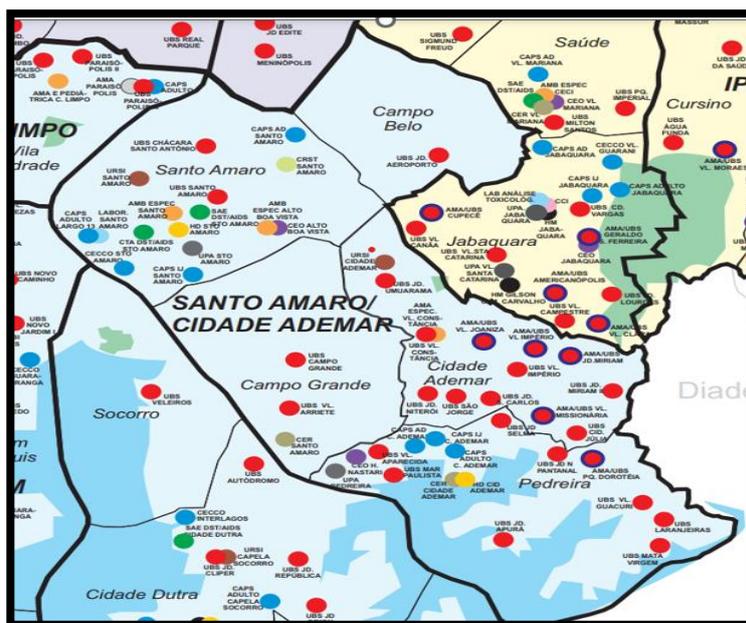


Figura 1. Mapa Ilustrativo - Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro/Cidade Ademar 2021⁴³

Considerando a população em situação de rua do território da entrevista, os bairros que pertencem a supervisão técnica de saúde Santo Amaro / Cidade Ademar

¹ Dados do Censo sobre a População em Situação de Rua, 2021.

no ano de 2021, tinha uma população feminina em situação de rua de 160 mulheres, utilizaremos o recorte de pretas, pardas e brancas para esta contagem, sendo negras a soma de pretas e pardas, deste modo temos 71% de mulheres negras e 29% de mulheres brancas em situação de rua neste território.

1.1.2 O campo: coleta de dados

O trabalho de campo para a pesquisa exploratória se constitui para MINAYO, a porta de entrada para o novo, sem, contudo, apresentar-nos essa novidade claramente. (2016, p.69)³⁷

Para compreendermos a realidade que nos propusemos a estudar, foi necessário que nos aproximássemos das mulheres em situação de rua, ou seja, “o recorte espacial correspondente ao objeto de investigação” (MINAYO, 2016)³⁷. A coleta de dados se deu na dinâmica cotidiana dessas mulheres e nos lançou a uma concretude tão áspera quanto as calçadas, ruas e marquises onde as encontramos. A coleta de dados compreendeu o tempo de 11/11/2022 a 19/03/2023.

Para a coleta de dados da pesquisa de campo foi utilizada a técnica da entrevista, sendo definida por MINAYO como “um ato privilegiado de diálogo”, (2014, p. 261)³⁹. Decidimos que a pesquisadora não realizaria as entrevistas sozinha, sendo prudente o apoio de auxiliares de pesquisa voluntárias para as abordagens e interlocução no campo, auxiliando, na coleta de dados, observação do território, abordagem às mulheres e demais pessoas encontradas, bem como, para nossa integridade física.

As voluntárias que participaram do campo desse estudo foi composto por três mulheres, com experiência no trabalho com população de rua ou em extrema vulnerabilidade social, uma delas com formação na área de enfermagem, atuou no Consultório na Rua da cidade de São Paulo, a segunda é assistente social na área da saúde e a terceira atua na área da cultura com empreendimento social que apoia movimentos culturais periféricos, todas comprometidas com os direitos, empoderamento e defesa das mulheres. Quanto ao quesito cor, a assistente social da área da saúde se autodeclarada parda, sendo ativista do movimento negro. A enfermeira e a empreendedora cultural se autodeclararam brancas. Não houve a necessidade de capacitação e/ou treinamento, pois, todas possuem manejo em abordagem e comunicação, assim, nos aprofundamos na compreensão dos objetivos da pesquisa.

Compreendemos ser MINAYO (2014) e GIL (2008), o aporte teórico que subsidia a escolha das técnicas para a coleta de dados, mas não apenas, se refere também, ao alicerce para o conhecimento do novo a partir dos diálogos femininos.

Como técnicas e instrumentos para a coleta de dados, utilizamos a observação exploratória e descritiva do campo, registro de conversas por meio de entrevistas informais, e a entrevista estruturada que para GIL (2008)³³ é uma técnica de investigação e interação social, desenvolvida a partir do diálogo entre pesquisador e entrevistado, com o objetivo de obter informações acerca de suas vivências, significados e comportamentos, possibilitando "a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social" (p.110)³³.

Considerando como entrevista estruturada, aquelas respondidas pelas mulheres a partir do aceite, concordando e assinando o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz, bem como, respondendo às perguntas do questionário norteador.

A entrevista informal nos possibilitou tirar essas mulheres do anonimato, oportunizando quebra de silêncios e fragilidades escondidas na situação de rua, referimo-nos as mulheres que consentiram em conversar com as pesquisadoras, porém, não tendo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tratou-se de conversas breves, no entanto, ricas e imprescindíveis para a compreensão da realidade estudada.

A entrevista informal, teve seu registro no diário de campo e ocorreu pela necessidade em explorar os espaços e descreve-los e mesmo em conversa informal onde a mulher não desejava responder perguntas do questionário mas, aceitou conversar, nos permitiu conhecer aspectos variados da sua realidade no *locus* de sua inserção na rua, algumas por se sentir vigiadas por um chefe de grupo, ou temor de ser identificada por autoridades², sendo possível coletar informações pontuais como raça/cor, idade aproximada, se com filhos ou companheiro, se em local que poderia comprometer nossa integridade física ou em sofrimento mental. Em alguns casos a correlação de forças de seu grupo ou as práticas de uso de substâncias presenciadas ou subentendidas impediram que elas pudessem organizar suas respostas com a devida formalidade e autonomia, embora esses dados obtidos por conversas informais tenham sido de suma importância para esclarecer e dar visibilidade ao objeto desse estudo.

² Nota: Ressalte-se que essa população vive numa realidade na qual é marginalizada pelo poder público e pela sociedade. Algumas são vítimas de exploração de formas variadas, pelos chefes de grupo e outras temem violências físicas mais graves e ser identificadas por autoridades policiais entre outras.

Este tipo de entrevista é o menos estruturado possível e só se distingue da simples conversação porque tem como objetivo básico a coleta de dados. O que se pretende com entrevistas deste tipo é a obtenção de uma visão geral do problema pesquisado, bem como a identificação de alguns aspectos da personalidade do entrevistado. A entrevista informal é recomendada nos estudos exploratórios, que visam abordar realidades pouco conhecidas pelo pesquisador, ou então oferecer visão aproximativa do problema pesquisado. (GIL, 2008, p. 111)³³

As mulheres com as quais não houve interação verbal ou aproximação, definimos como localizadas, pois, trata-se do registro a partir da observação e exploração do território pelas pesquisadoras, momento em que foi possível constatar a presença de mulheres em situação de rua, não utilizando nenhum dado das mesmas, sendo o objetivo principal, dar visibilidade a todas as mulheres encontradas no território. A coleta de dados e a exploração no campo divide-se da seguinte forma, a partir das 29 mulheres encontradas:

- Estruturada: Amina, Dandara, Kahina e Makeda, com a assinatura dos documentos, como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Informal: Candace, Nefertari, Mino, Zeferina, Nzinga, Ranavalona, Hipólita.
- Localizadas: Tereza de Benguela, Luiza Mahin, Maria Felipa de Oliveira, Adelina Charuteira, Tereza do Quariterê, Mariana Crioula, Esperança Garcia, Maria Aranha, Jinga, Diana, Anastácia, Zacimba, Aqaltune, Acotirene, Nandi, Tia Simoa, Na Agontimé, Carlota Lukumi.

Nosso compromisso foi visibilizar o feminino em situação de rua no campo da pesquisa e partindo desse pressuposto, todas as mulheres entrevistadas, abordadas ou

localizadas tiveram seu espaço nesse trabalho, sendo assim, os dados apresentados conferem a existência dessas mulheres.

Os dados foram coletados em várias ambiências da rua, como calçadas, praças, rotatórias, embaixo de viaduto e em frente igrejas. As profissionais compuseram duplas ou trios com a pesquisadora coletando as informações nos bairros do Campo Belo (embaixo do viaduto Washington Luiz, na Avenida Vicente Rao) e no Bairro de Santo Amaro (Avenida Adolfo Pinheiro, Largo 13, Avenida João Dias e Rua Missionários).

Utilizamos para a entrevista um questionário para nortear o diálogo, além de realizar a gravação em smartphone, anotações em diário de campo, que possibilitou registrar as percepções e análises da linguagem não verbal e observar a realidade concreta das mulheres em situação de rua.

Destacamos que as entrevistas foram realizadas em dois bairros, que estão sob a supervisão da SACA Santo Amaro/ Cidade Ademar, quais sejam, Santo Amaro e Campo Belo, distritos que compreendem a maior concentração de pessoas em situação de rua dessa supervisão de saúde. Foram abordadas três mulheres na Avenida Jornalista Roberto Marinho e na Avenida Padre Antônio José dos Santos, territórios que não pertencem a SACA, pois, no momento da busca ativa e reconhecimento do território, ultrapassamos os limites das supervisões de saúde, as informações acerca de todas as mulheres encontram-se no quadro detalhado nos resultados, a fim de mantermos sua visibilidade social, mas que não fazem parte da contagem final e análise das entrevistas.

Como aproximação de abordagem a essas mulheres, buscou-se a princípio, contato com os homens, considerando a rua ser um espaço majoritariamente masculino na presença e no controle. Quando não havia a presença visível dos homens, como estratégia perguntamos às mulheres acerca da realidade da rua, local para almoçar, entregas de marmitas ou se a conheciam mulheres em situação de rua, sem passar a impressão que as considerávamos estar nessa condição.

As quatro entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da autorização de imagem e voz, importa destacar que registramos o local de moradia das mulheres, respeitando a identidade / imagem das participantes. Para a análise dos dados, foram utilizadas a digitação da entrevista escrita no formulário *Google forms*, transcrição da gravação e análise do diário de campo.

Além da análise das entrevistas, realizamos a análise do diário de campo, que foi um poderoso instrumento de aquisição das falas ditas no silêncio, o não verbal e na percepção silenciosa da dinâmica do território onde essas mulheres sobrevivem, como refere MINAYO, “é um "amigo silencioso" que não pode ser subestimado quanto à sua importância” (2001, p.64)³⁵. A observação astuta e aguçada da pesquisadora e das voluntárias, também propiciou uma análise mais fidedigna das narrativas de vida das mulheres entrevistadas, pois, o não verbal, foi um discurso rico, na compreensão e apreensão de conteúdo do que é ser mulher e estar em situação de rua.

Não foi possível gravar uma das entrevistas, na data de 21/11/2022, chegamos à noite no território, pois, fomos informadas de que havia entrega de marmitas, havendo a presença de mulheres. Ocorre que o ambiente não estava propício para gravação, considerando os ânimos das pessoas que aguardavam a comida e estarmos

sendo observadas a distância, por conta do horário e ambiente, avaliamos ser prudente evitar gravação e demais registros, além do escrito. E em 21/01/2023, devido afonia da entrevistada, com voz muito rouca, tivemos dificuldades com o registro da gravação, outro impeditivo, por vezes, de ouvir a gravação, foi interferência do ruído da própria rua.

Constatamos após a primeira entrevista, que deveríamos estar no campo sempre durante o dia, de preferência entre as 10h30 e 15h, período em que a pessoas em situação de rua estão mais dispostas, com menos índice de uso de substâncias, com mais pessoas nas ruas, conferindo menos exposição a riscos de agressão, percebemos também que o domingo não era um bom dia, considerando o comercio estar fechado e com isso, ser mais difícil encontrar as mulheres, além de risco à nossa integridade física que será discutido no capítulo sobre o poder do uniforme.

1.1.3 Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da pesquisa

Participaram das entrevistas estruturadas e informais, todas as mulheres encontradas em situação de rua, no entanto, no projeto de pesquisa, colocamos como critério de inclusão mulheres sem residência fixa, com idade entre 18 e 65 anos ou mais. Após a busca ativa e a localização das mulheres em situação de rua no campo, incluímos na análise dos dados todas as mulheres encontradas, considerando a necessidade e compromisso de dar visibilidade às mulheres que estão em situação de rua nesse território.

Importa esclarecer que a análise dos dados das mulheres em situação de rua está dividida em quatro critérios: entrevistas estruturadas conferindo as mulheres que

participaram da entrevista com o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE e o Termo de Autorização de uso de Imagem e Voz.; entrevistas informais, que confere as mulheres que interagiram com a pesquisadora e voluntárias, falaram acerca de suas vidas, mas não concordaram em assinar os termos e autorizar a gravação; mulheres vistas, que são aquelas que estivemos próximas, acenamos, cumprimentamos, mas não interagimos em diálogo e as localizadas, que são as mulheres identificadas numericamente, sem qualquer interação. Incluímos, portanto, as que relataram ter moradia, mesmo estando em situação de rua no momento da abordagem, por compreendermos ser uma realidade social que atinge as mulheres majoritariamente negras, dados extraídos do território, extremamente vulneráveis e que recorre a situação de rua como meio de subsistência e sobrevivência.

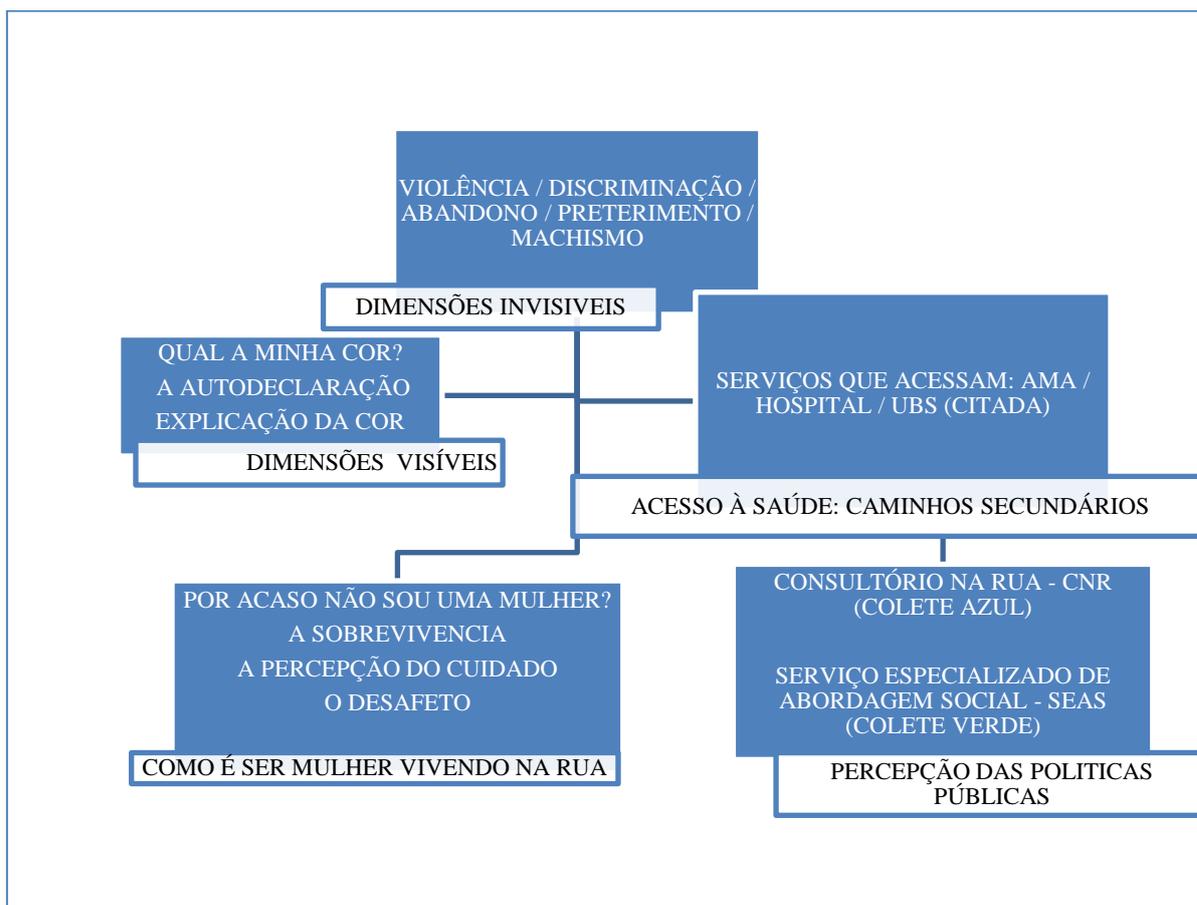
Encontramos 32 mulheres no total, considerando três excluídas por estarem em um território sob outra supervisão de saúde. Após a exclusão de três mulheres, totalizamos 29 mulheres entrevistadas, dessas, quatro aceitaram participar da entrevista, assinando os termos e autorizando a gravação. Utilizamos o nome de rainhas e guerreiras africanas e brasileiras, para substituir o nome das mulheres entrevistadas (estruturada e informal) e das mulheres vistas, garantindo a confidencialidade de seus dados e anonimato.

Exluímos da análise da pesquisa as mulheres, Tiye, Nehanda e Yaa Nana, pois estão no território que pertence a outra supervisão técnica de saúde, excluímos também as mulheres que se encontravam em local que configurava risco à nossa integridade física, fazendo uso de álcool e outras drogas ou sob efeito das mesmas, impossibilitando com isso, nossa aproximação e abordagem.

1.1.4 Análise dos dados e categorias de análise

Com o término do campo e das entrevistas, realizou-se uma exaustiva análise dos dados, preenchimento das respostas do questionário na plataforma *Google Forms*, na intenção de facilitar e quantificar os dados sociodemográficos (data de nascimento, naturalidade, procedência, tempo de rua, raça/cor, documentos, benefícios e escolaridade). Realizamos a escuta das gravações e a transcrição das entrevistas gravadas. O diário de campo e as anotações acerca do não dito, os silêncios e o não verbal também foram analisados.

Após a categorização da análise dos dados, definimos as categorias que também serão discutidas nesse trabalho: Dimensões visíveis e dimensões invisíveis, como apoio teórico metodológico GIL (2008)³⁴ e MINAYO^{40,38}. Como aporte teórico para a discussão nos apoiaremos nos teóricos que discutem conceitos de gênero e raça enquanto intersecções e marcadores de desigualdades e porque não das invisibilidades.

Quadro 1 - Categorização da análise

1.1.5 Princípios éticos

Essa pesquisa foi submetida para análise ética na Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo, com o Parecer nº 5.678.779, bem como, segue as normas da Resolução 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

PARTE 2

2.1 Acesso à saúde: Revisão da literatura

A Constituição Federal de 1988¹⁴, que institui o Estado Democrático de Direito no Brasil com o fim da Ditadura Militar, determina em seu

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, **raça, sexo, cor**, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (grifos nossos)¹⁴

Acrescentando em seu Art. 5º¹⁴, “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Destacando a igualdade de gênero, no mesmo artigo, “I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”¹⁴. No que se refere à saúde,

Art. 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”¹⁴.

O Sistema Único de Saúde, Lei 8080/ 1990⁴³ dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, a organização e os serviços que compõem o Sistema Único de Saúde, em seu Art. 2º define que “a saúde é um direito fundamental

do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”⁴⁴.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)⁴⁴ – Portaria 2436/2017, define em seu,

Art. 2º. A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde⁴⁴.

Em seu parágrafo 3º enfatiza que,

[...] é proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras⁴⁴.

Esse parágrafo mostra em sua definição a relevância do Sistema Único de Saúde e com ênfase na PNAB⁴⁴ traz a importância da Estratégia Saúde da Família, na garantia do cuidado em saúde na atenção básica.

Considerando a heterogeneidade e diversidade da população, acerca de seus determinantes sociais em saúde, costumes, cultura e desigualdades sociais e com a

perspectiva de garantir o pleno acesso à promoção, proteção e recuperação em saúde, a PNAB⁴⁴ institui as equipes de atenção básica para populações específicas, destacamos, portanto, as equipes de Consultório na Rua, que tem como premissa atuar mediante os princípios do SUS, principalmente no que tange a equidade em saúde, como preconiza a própria política,

Equipe de Consultório na Rua (eCR) -equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica. São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

- a. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil⁴⁴;

A Prefeitura da Cidade de São Paulo (2014)⁴⁵, em seu site, apresenta as equipes de Consultório na Rua que,

[...] são formados por equipes multidisciplinares que prestam serviços de atenção integral à saúde da população em situação de rua da Cidade, "in loco", ou seja, indo em busca de quem precisa de atendimento.

Os Consultórios têm como missão construir e implementar uma política pública intersecretarial e intersetorial alinhada às necessidades específicas da população em situação de rua, visando acolher o indivíduo na sua integralidade, segundo dois objetivos principais:

- Abordar, acolher e inserir no Sistema Único de Saúde pessoas em situação de rua e em alta vulnerabilidade, oferecendo

promoção, prevenção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde

- Atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa aos usuários de álcool, crack e outras drogas⁴⁵.

As equipes de Consultório na Rua, articuladas com os princípios da Política Nacional para a População em situação de Rua (PNPSR)⁴⁶, podem assegurar, como define um de seus objetivos, Art. 7º, I – [...] o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda⁴⁶.

Ao abordamos o acesso à saúde de mulheres em situação de rua, com recorte de raça/cor, avaliamos a relevância em apresentar duas normas, que foram instituídas na perspectiva de evidenciar e combater a desigualdade de gênero em saúde e o racismo institucional na saúde, esses dois determinantes, somado a situação de rua, convergem em intersecções que determinam adoecimento e desigualdade de acesso em saúde para essa população.

Cabe-nos o que ALMEIDA (2019)⁴⁷ conclui acerca do racismo institucional

Primeiro, ao demonstrar que o racismo transcende o âmbito da ação individual, e, segundo, ao frisar a dimensão do poder como elemento constitutivo das relações raciais, não somente o poder de um indivíduo de uma raça sobre outro, mas de um grupo sobre outro, algo possível quando há o controle direto ou indireto de determinados grupos sobre o aparato institucional. (p. 30)⁴⁷.

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher⁴⁸, elaborada pela área técnica da saúde da mulher no ano de 2004, aborda em uma das diretrizes da PNAISM que,

A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). (p.63)⁴⁸

Nesse período histórico, não havia a menção da especificidade e necessidade das mulheres em situação de rua, o termo “dentre outras” não abarcou suas demandas, e suas questões não foram evidenciadas, considerando que a política já trazia a desigualdade em saúde das mulheres negras,

A precariedade das condições de vida das mulheres negras levadas a apresentarem também maiores taxas de doenças relacionadas à pobreza, como o câncer de colo de útero que é duas vezes mais frequente em mulheres negras que em brancas. (2004, p.52)⁴⁸

No ano de 2015, a Secretaria de Políticas para as Mulheres criada em 2003 e em 2015 foi incorporada ao Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e Direitos Humanos, lançou o documento Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Mulher⁴⁹ e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, “que tem como objetivo verificar os avanços e dificuldades que essa Política enfrenta para atender às necessidades e direitos das mulheres na área da saúde”. (2015, p. 11)⁴⁹.

Este documento é um avanço, pois, traz em seu bojo, o respeito a diversidade entre as mulheres e das suas especificidades em saúde, especificidades agregadas a raça/etnia; identidade e orientação sexual; classe social, acrescentando,

A atuação da SPM respeita a diversidade entre as mulheres: negras, brancas, indígenas, quilombolas, lésbicas, bissexuais, transexuais, em situação de prisão, mulheres do campo, da floresta e das águas, com deficiência, **em situação de rua**, com sofrimento psíquico, e nos diferentes ciclos de vida, com ênfase nos processos de climatério e envelhecimento. (p. 9)⁴⁹

A política de monitoramento incorpora a especificidade das mulheres em situação de rua, agregando também os conceitos frente a promoção da atenção à saúde da mulher, como diversidade, reconhecendo os diversos grupos populacionais femininos e sem discriminação. Há lacunas no que tange direcionar o olhar para a especificidade das mulheres em situação de rua, principalmente, quando não há objetivos específicos para a promoção da saúde desse segmento populacional, é reconhecido a necessidade de especificar em detalhes, demandas de grupos populacionais específicos, garantindo assim a equidade no olhar, atendimento e cuidado em saúde.

A Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009⁵⁰, data em que se comemora a Abolição da Escravatura, institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que traz no Capítulo I dos Princípios Gerais, o “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”. O objetivo geral dessa política visa “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”⁵⁰.

É um marco legislativo na área da saúde, que demarca o direito à saúde com o recorte de raça/cor, neste documento assume-se o racismo institucional na saúde e a necessidade de combatê-lo com ações e sobre a relevância da PNSIPN declara,

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra. (2013, p.7)⁵⁰

Considerando o marco legal das políticas públicas de saúde e suas especificidades, podemos falar acerca do acesso, avaliando a necessidade de pensá-lo e garanti-lo, não esquecendo da população aqui discutida nesse trabalho.

2.1.2 Alguns conceitos sobre dimensões de acesso

A garantia do acesso universal e equitativo à saúde está diretamente associada ao acesso e utilização dos serviços que, muitas das vezes, são violados por multifatores, tais como eixos estruturantes que funcionam de forma articulada, racismo, sexismo e condições socioeconômicas e culturais. GÓES e NASCIMENTO (2013, p.572)²⁶

Falar de pessoas em situação de rua é falar a partir de um eixo estruturante que já define a exclusão social por si só e discutido na Política Nacional para População em Situação de Rua.

O acesso à saúde a partir da situação de rua é delicado, pois, essa condição por pode ser uma das causas da dificuldade do acesso. Cabe-nos refletir sobre quais corpos identificamos como sendo os recebidos em serviços e instituições públicas e quais, por quaisquer motivos, seriam repelidos, impedidos, ou não bem aceitos nos mesmos locais. Vale também considerar a percepção dos sujeitos desses corpos acerca tanto do que é ser recebido quanto do que é ser repelido, objetivamente ou subjetivamente.

Esse questionamento é relevante, quando associamos o acesso a fatores como gênero, raça/cor e classe social, quando percebemos essas intersecções em um único corpo, o acesso aos cuidados em saúde por exemplo, pode sofrer impactos negativos, não garantindo, contudo, a equidade do acesso, como preconiza o Sistema Único de Saúde.

Autoras como STARFIELD²¹, TRAVASSOS e MARTINS, SANCHEZ e CICONELLI⁵¹, definem o acesso como sendo a entrada do sujeito dentro do serviço de saúde. STARFIELD²¹ (2002) destaca o acesso como sendo “uso oportuno de serviços pessoais de saúde”²², ou a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde (p.225)²¹. Ou seja, o uso adequado de um serviço de saúde irá depender de como o sujeito identifica a necessidade de procurar o serviço e a forma como ele vivencia a entrada e permanência neste serviço.

TRAVASSOS e MARTINS (2004)²³ argumentam que o acesso é o processo de utilização do serviço, resultando da interação do sujeito que o procura com o atendimento recebido pelo profissional de saúde, para as autoras o acesso é também sinônimo de uso, definição relevante, identificando a pré disponibilidade individual, determinantes de acesso, permanência e continuidade.

SANCHEZ e CICONELLI (2012, p. 264)⁵¹ discutem que “o acesso tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos”, ou seja, quando o sujeito dele necessita. Identificam o gênero e raça como possíveis barreiras de acesso, associando-o a iniquidade em saúde,

Mais recentemente, tem-se observado que alguns determinantes de saúde repousam fora do escopo e da responsabilidade direta do sistema de saúde. distribuição desigual de determinantes de saúde, como moradia, condições de trabalho, ambiente seguro, alimentação saudável, acesso ao esporte e estilos de vida, requer políticas intersetoriais e preventivas. (p. 265)⁵¹

TRAVASSOS e CASTRO (2012, p. 184)⁵², apontam a necessidade de distinguirmos equidade nas condições de saúde de equidade no acesso à saúde.

Definindo o acesso como sendo

[...]o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população. (p. 185)⁵²

Interligam, porém, o acesso com as barreiras de acesso, que não estão distantes entre si, para tanto define

A característica de acesso mais importante é a disponibilidade ou presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos, que representa condição absolutamente necessária à utilização. Porém, a mera disponibilidade de recursos não garante o acesso. Barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras, expressam características da oferta que, de modo inter-relacionado, atuam facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem serviços de saúde. (p. 186)⁵²

A necessidade de cuidado, para TRAVASSOS e CASTRO⁵² é fator fundamental que oportuniza o acesso aos serviços de saúde, no entanto, destacam também que, quanto menor o poder aquisitivo de uma população, mais dificuldade terá para acessá-lo.

Destaca-se que as autoras, realizam sua análise acerca das desigualdades na utilização dos serviços de saúde, a partir de dados de inquéritos de saúde no Brasil, as quais não incluem as pessoas em situação de rua, deste modo, o cenário adverso que é

a rua não é contabilizado e as pessoas nessa condição social não são visibilizadas. De acordo com um dos achados das autoras, a desigualdade de renda e escolaridade são variáveis importantes no que tange acessar ou não os serviços de saúde, cuidado em saúde e prevenção em saúde.

Quanto ao padrão de utilização dos serviços, as autoras destacam que, “O padrão de utilização por tipo de serviço é bastante desigual entre os grupos sociais. As pessoas mais pobres usam mais os postos e centros de saúde, os serviços de emergência e os serviços hospitalares” (p. 196)⁵².

As autoras destacam as variáveis sociais renda, escolaridade, gênero, raça/cor, idade, como promotores da desigualdade no acesso aos serviços de saúde, sendo também compreendidas como barreiras de acesso. Atribuem a essas intersecções como efeitos cumulativos de situações de desvantagem social (p. 201)⁵²

Quando discutimos o acesso considerando gênero e raça, GOES e NASCIMENTO (2013)²⁶ observam que o racismo institucional é um elemento determinante no que concerne o acesso, colocando os grupos raciais e etnicamente discriminados em desvantagem ao acesso aos cuidados em saúde e demais direitos, acrescentando que,

Fruto da colonização, o racismo é reconhecido como princípio ativo desse processo, pois, desde o século XVI, as desigualdades impostas pelo período escravista do Brasil se mantiveram com o desenvolvimento de um sistema fundamentado no capitalismo, que conservou o racismo como legitimador da exclusão social (p. 572)²⁶

GOES e NASCIMENTO²⁶ argumentam que a garantia da universalidade e equidade em saúde está diretamente associada em como a população acessa e utiliza

os serviços de saúde, considerando as estruturas sociais que contribuem para dificultar o acesso, como racismo, sexismo, desigualdades sociais e culturais.

As autoras acima citadas nos apresentam um panorama em que, as variáveis de renda, escolaridade, moradia, gênero e raça/cor, impactam no acesso aos serviços de saúde da população em geral. Contudo, quando associamos ao gênero, observamos que a classe aliada ao sexismo, causam uma dupla ou tripla carga, difícil de ser rompida, principalmente pelos grupos sociais mais desfavorecidos e discriminados.

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma política pública essencial para romper com o impacto das iniquidades raciais em saúde na realidade de mulheres negras.

2.1.3 Perfil da População em Situação de rua em alguns países

Iniciaremos este tema com definições acerca do fenômeno das pessoas em situação de rua ou homelessness (sem abrigo) ou sem tetos, definições que sofrem algumas alterações, dependendo da localidade, sociedade e cultura, mas que em sua profundidade, apresentam a invisibilidade social e violação dos direitos humanos.

Para a Organização das Nações Unidas¹³,

O termo “homelessness” em inglês nem sempre encontra equivalência em outros idiomas. “Homelessness” sugere tanto a falta de habitação física quanto a perda do sentido de pertencimento no meio social. Em outros idiomas, a expressão mais próxima seria “sem-teto”, falta de abrigo ou transitoriedade. Em francês, faz-se referência à situação de rua através das expressões sans “domicile fixe” ou “sans-abrisme”. Em espanhol, utilizam-se expressões como “sin hogar”, “sin techo”,

“en situación de calle” ou “poblaciones callejeras”. (ONU, 2015, p. 3)¹³

No Brasil a Política Nacional para População em Situação de Rua⁴⁷ as denomina como,

[...]o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (2009)⁴⁶

Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU)¹³, através do Conselho de Direitos Humanos, emitiu um relatório elaborado pela Relatora Leilani Farha, sobre moradia adequada, afirmando que a situação de rua é um fenômeno social, ocasionado por uma crise social dos direitos humanos.

Reconhecendo que as pessoas em situação de rua ou Homelessness são a materialização da incapacidade de os governos lidar com as desigualdades sociais, bem como, dos efeitos da migração e urbanização, considerando que a situação de rua ocorre quando a moradia, que deveria ser reconhecida como direito humano é tratada como mercadoria. Deste modo, a situação de rua é uma violação do direito à vida.

O documento enfatiza ser raro que as especificidades das pessoas em situação de rua sejam tratadas por organismos internacionais de direitos humanos, destacando a relevância em se mensurar o quantitativo de pessoas em situação de rua pelos governos,

A mensuração da população em situação de rua ajuda a avaliar as prioridades, assegurar a elaboração e aplicação de respostas políticas efetivas e determinar se os Estados estão cumprindo suas obrigações relativas aos direitos humanos. Segundo o

Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, os Estados têm a obrigação de medir a magnitude da população em situação de rua, utilizando dados separados por gênero, raça e outras características pertinentes [...] (p. 16)¹³

Dados de agências internacionais, comprometidas com os direitos e com a perspectiva de promover mudanças positivas na realidade das pessoas em situação de rua no mundo, contabilizam o quantitativo dessa população, que ainda é um desafio.

De acordo com os dados da *National Alliance to End Homelessness*²⁰, organização não partidária que tem por objetivo contribuir para prevenir e acabar com o fenômeno dos sem-abrigo nos Estados Unidos, em contagem realizada em 2021, cita haver 580.466 pessoas sem-abrigo no país, destes, 30% correspondem a famílias, número que aumentou após o início da pandemia da Covid 19.

Os dados da pesquisa²⁰ apontam um total de 352.211 homens para 228.796 mulheres, a raça / etnia é composta majoritariamente por homens brancos, seguido pelos negros, hispânicos, multirraciais e nativos americanos, no entanto, ressaltam que o impacto do racismo, que atinge os não brancos (negros, hispânicos, multirraciais, nativos americanos, cidadãos da ilha do pacífico e asiáticos,) influenciam muito mais na probabilidade em se tornar um sem abrigo e segundo os autores, o guarda-chuva racismo x casta contribui para o maior índice de encarceramento, menor acesso ao emprego e habitação, oportunizando a situação de rua.

Abaixo quadro demonstrativo com pessoas em situação de rua (sem abrigo) em alguns países do mundo. (Quadro 2)

Quadro 2 - Estimativa total de pessoas em situação de rua (sem abrigo) em alguns países

| País | Total |
|---------------|--------------|
| Africa do Sul | 200.000 |
| Alemanha | 237.000 |
| Austrália | 100.568 |
| Canadá | 30.000 |
| China | 2.579.000 |
| Colombia | 4.943.000 |
| Finlândia | 4.886 |
| França | 300.000 |
| Japão | 3.992 |
| México | 456.000 |
| Nigéria | 24,400,000 |
| Reino Unido | 365.535 |
| Rússia | 64.000 |

Fonte: Homelessnesses by Contry 2023⁵³

Para FILLIPENCO¹, todos os países do mundo apresentam o quantitativo de pessoas em situação de rua e independente da situação econômica do país, conforme declara a ONU¹³, este fenômeno constata a ineficiência dos governos, em lidar com as desigualdades sociais e os direitos humanos.

2.1.4 Dados da população em situação de rua no Brasil

No Brasil, a população em situação de rua tem crescido demasiadamente nos últimos anos e muitos são, muitas mulheres, muitos homens, muitos jovens, muitos braços esticados a procura de vida, mas parece terem sido esquecidos por ela. Quantos

números são necessários para quantificar a injustiça social ou para garantir a visibilidade humana?

Quantificar o número exato de pessoas em situação de rua sobrevivendo no Brasil, continua não sendo uma tarefa fácil, é o que afirmam os governos e organizações que realizam essa ação, fundamental para dar visibilidade a esse segmento populacional.

Assegurando um dos objetivos da PNPSR⁴⁶, que se refere a contagem oficial dessa população (2009), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)^{2,3}, apresentou a nota técnica com a estimativa da população em situação de rua no Brasil, série histórica de 2012 a 2022 (NATALINO, 2023)³. O documento apresenta uma estimativa de 281.472 pessoas, sendo 151.030 na região sudeste.

O autor faz considerações acerca do racismo estrutural e da dificuldade em se realizar a contagem desse segmento populacional. Sobre a fonte da coleta de dados, utilizou o Censo-SUAS. A estimativa³ não trouxe o recorte de gênero e nem de raça/cor.

Após um ano do advento da Pandemia da COVID19, a Defensoria Pública da União, solicita ao Programa Polos³ da Universidade Federal de Minas Gerais, um relatório técnico científico⁵ acerca do total de pessoas em situação de rua no Brasil, considerando a necessidade de se obter os dados mais fidedignos possível, a fim de

³Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil - Relatório técnico-científico. Plataforma de Atenção em Direitos Humanos, Programa Polos de Cidadania, Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, 2021.

incluí-los no Plano Nacional de Vacinação contra a COVID19. Foram utilizados os dados do Cadastro Único (CADUNICO),

O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único) é um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda, que pode ser utilizado para diversas políticas e programas sociais voltados a este público. Por meio de sua base de dados, é possível conhecer quem são, onde estão e quais são as principais características, necessidades e potencialidades da parcela mais pobre e vulnerável da população. (MDS⁴,2018, p.5)⁵⁴

O banco de dados do CADUNICO apresentou um total de 160.097⁵ pessoas em situação de rua cadastradas e desse total, 155.085⁵ aptos para receber a vacina contra a Covid19.

O mesmo relatório informa o total dessa população, de acordo com as regiões, a sudeste aparece com o maior percentual de pessoas nessa condição 100.259 (62,62%)⁵, sendo liderado pelo estado de São Paulo com um total de 65.728 (41,05%)⁵. Destacando a cidade de São Paulo com um total de 36.367¹ pessoas em situação de rua cadastradas no CAUNICO e desse total, 95,73%⁵ da população apta para ser imunizada contra a Covid 19.

O documento faz associação do quantitativo de pessoas em situação de rua no Brasil com o racismo estrutural (págs. 06 e 47)⁵ revelando a expressiva e maciça presença dos corpos negros em situação de rua no Brasil, apresentando um quantitativo de 137.734 homens (86,03%), deste total, 67,36% equivalem a homens negros sobrevivendo em situação de rua, com relação as mulheres, são 22.363 (13,97%)

⁴ Ministério do Desenvolvimento Social.

sobrevivendo nessa condição, destes 70,79% pertencem a corpos femininos negros⁵, observamos, a partir dos dados do relatório que a população em situação de rua é composta majoritariamente por pessoas negras.

Valendo-nos dos argumentos sobre o racismo estrutural, DIAS (2021)⁵ complementa que,

Considerando a estreita relação do fenômeno da população em situação de rua com o Racismo Estrutural no país, como pode-se constatar a partir dos dados disponíveis sobre o povo da rua e algumas importantes análises sobre as violências secularmente praticadas contra as vidas negras no Brasil, é imperativo e urgente que as suas existências sejam não somente contabilizadas, reconhecidas e respeitadas, mas parem de ser violadas, estigmatizadas, patologizadas, criminalizadas, encarceradas e eliminadas. (p.47)⁵

O último Censo sobre a População em Situação de Rua da cidade de São Paulo², foi realizado em 2021, abaixo quadro com as informações segundo gênero e raça/cor.

Tabela 1: Pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo no ano de 2021 distribuídas por raça/cor e gênero

| Total | N | %Pretos (as) | % Pardos (as) | %Brancos (as) | Total em porcentagem % |
|--------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|------------------------|
| Homens | 25.717 | 24 | 50 | 26 | 100 |
| Mulheres | 5.109 | 28 | 42 | 30 | 100 |
| Total geral | 31.884 | | | | |

Fonte: Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua – Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2021.²

Os dados oficiais apontam a predominância das pessoas autodeclaradas pretas e pardas em situação de rua. E não importando o método da coleta de dados, ainda assim, incide sobre a pele escura a maior aproximação da ausência de direitos e reconhecimento da cidadania.

Destacamos que a Covid 19 apresentou várias faces da situação de rua, antes vista como único estágio dos indesejáveis sociais. A partir da pandemia, uma outra configuração de pessoas / famílias em situação de rua, que com a perda do emprego e não conseguindo manter a moradia, tiveram a rua como única escolha foi apresentada a sociedade brasileira, a fome, dificuldade em manter o isolamento social, adoecimento, foram notícias de telejornais. A pandemia também denunciou as iniquidades sociais / raciais em saúde, as quais, a população em situação de rua, que já estava na rua antes da doença sempre foi vítima. A pandemia da Covid 19 apresenta a sociedade o que antes se era permitido ignorar.

PARTE 3

Dimensões visíveis - Resultados da pesquisa

3.1 Perfil das Mulheres em Situação de Rua entrevistadas (dados sociodemográficos)

São visíveis as dimensões que me definem

São visíveis as dimensões que me excluem

São visíveis as dimensões que afetam meu ir e vir

São visíveis as dimensões que definem meu gênero

Meu sexo, minha cor, minha miséria

Raquel Suzan

Por dimensões visíveis compreendemos ser o que podemos enxergar, ou que salta aos olhos, o que pode ser discriminado, ignorado ao ser constatado pelo olhar, o que nos é apresentado no contato com o sujeito, a cor da sua pele, o impacto da cor da pele no contexto da rua, o seu gênero e como a desigualdade incide sobre o ser mulher nessa dimensão visível. É o que confere visibilidade ao que é indiferente aos olhos.

Neste capítulo apresentaremos os resultados dos dados sociodemográficos das 29 mulheres entrevistadas, onde observamos que o perfil das mulheres converge com os dados apresentados em pesquisas censitárias já realizadas sobre a população em situação de rua no Brasil.

Referente a idade, o percentual corresponde ao do Censo do População em Situação de Rua⁵,

⁵ Neste estudo foi considerada informações do Censo (2021) que equivalem sobre as mulheres cisgêneros, pardas, pretas e brancas.

Tabela 2: Faixa etária das mulheres em situação de rua a partir das entrevistas estruturada e informal

| Idade | Total em porcentagem% |
|-----------------|------------------------------|
| 30 a 49 anos | 45 |
| 18 a 30 anos | 37 |
| 50 a 59 anos | 7 |
| 60 anos ou mais | 11 |
| Total | 100 |

Fonte: Dados da entrevista semiestruturada 2023

Quanto a naturalidade das mulheres entrevistadas encontradas no território da SACA, 75% são naturais de São Paulo – Capital e 25% é da Bahia.

Em relação ao tempo em que estão em situação de rua, os resultados da pesquisa diferem dos dados apresentados no Censo (2021)², de acordo com a pesquisa censitária, 29,8 % estão entre dois a cinco anos e 13,9 com mais de dez anos em situação de rua. Porém, segundo informações das mulheres entrevistadas, 50% estão mais de vinte anos nessa condição, 25% há cinco anos e 25% mais de três anos.

A raça / cor autodeclarada, corresponde com os resultados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, referente a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD Contínua, 2021)⁵⁵, apresentando que 47% se autodeclararam pardos, 43% brancos e 9% pretos. Resultado semelhante do Censo (2021)², porém, com recorte de gênero, onde o total de mulheres corresponde a 40,6% de pardas, 29,4%

brancas e 27% de pretas, a soma de pardas e pretas corresponde à 67,6 de negras em situação de rua de acordo com o Censo.

Abaixo tabela com o resultado da raça/cor das mulheres entrevistadas,

Tabela 3: Distribuição das mulheres em situação de rua por raça/cor (entrevistas estruturadas e informais)

| N | Raça / cor | % | Total em porcentagem% |
|-----------|------------|----|-----------------------|
| 17 | Pardas | 59 | |
| 10 | Pretas | 34 | |
| 2 | Branças | 7 | |
| 29 | | | 100 |

Fonte: Dados da entrevista semiestruturada 2023

No quadro 3, consta a autodeclaração, ou seja, como as mulheres que concederam a entrevista estruturada se autorreferem, de acordo com a sua identidade racial, não vamos aqui, entrar no debate sobre conceito de identidade racial, mas, apresentar a percepção individual de cada uma delas.

Quadro 3 - Autodeclaração das mulheres – entrevistadas formais

| Mulher | Raça/cor autodeclarada |
|---------|------------------------|
| Amina | Preta |
| Dandara | Parda |
| Kahina | Parda |
| Makeda | Parda |

Fonte: Dados da entrevista semiestruturada (2023)

A autodeclaração ou autoclassificação sobre si mesmo é importante, principalmente, quando consideramos o acesso da população aos cuidados de saúde, segundo o guia perguntar não ofende, da Secretaria de Estado da Saúde⁵⁶, esclarece que,

Afinal, ninguém melhor que a própria pessoa para saber qual é a sua origem étnico-racial e assim poder definir qual é sua “cor ou raça-etnia”. De outra forma, corremos o risco de errar, pois não podemos afirmar, com certeza, qual é a origem de alguém apenas pela aparência. (2009, p. 28)⁵⁶

Desta forma, as mulheres desta pesquisa se autodeclararam como, 75% pardas e 25% pretas. *“deixa eu ver minha cor (ergue as mangas da blusa) ... tem que ver a cor né? Aponta para a parte mais clara do braço, o antebraço próximo do ombro. É parda né? Porque a cor é bonita!”* (Makeda) já Amina com relação a autodeclaração diz: *Negra. A minha cor, a minha raça.*

Os dados corroboram com os do IBGE (2021)⁵⁵ e do Censo (2021)², onde é possível observar a maioria dos autodeclarados pardos, no entanto, a soma de pretos e pardos corresponde a população negra, que no caso do campo onde ocorreram as

entrevistas, é majoritariamente de mulheres negras. Dias, (p. 56, 2021)⁵, também encontrou a predominância de mulheres negras em situação de rua, segundo informações do CADUNICO (Cadastro Único), com 43% de mulheres pardas, 37% brancas e 20% pretas⁵.

Referente aos documentos, observamos que nem todas as mulheres entrevistadas estão em posse dos mesmos, Amina “*Rg não, CPF tenho o número, título de eleitor não e carteira de trabalho não*”. Apenas Kahina relatou estar com os documentos RG e CPF.

O resultado do Censo² apresenta que 75% das mulheres possuem o Documento de Identidade – RG; 69,9% o CPF; 42,3% a Certidão de nascimento e 42% o Título de Eleitor. Interessante observar que apenas uma mulher possui o RG e CPF, documentos essenciais e imprescindíveis para se requerer ou acessar direitos e/ou benefícios sociais.

Sobre o acesso a benefícios socioassistenciais, conforme Dias⁵, o estado de São Paulo conta com 41% do total de cadastrados em situação de rua no CADUNICO. O Censo (2021)² aponta que 52,5% entre as mulheres pardas, pretas e brancas, recebem algum tipo de benefício de transferência de renda (Bolsa Família, Renda Mínima, Renda Cidadã, Auxílio Emergencial etc.).

De acordo com os dados das entrevistadas, 50% têm o CADUNICO, recebendo o benefício Auxílio Brasil e 50% não possuem o cadastro e tampouco recebem qualquer tipo de benefício.

A escolaridade é um ponto relevante, quando se considera o acesso aos serviços de saúde, ainda conforme os dados do Censo, em relação a frequência escolar, 96%

das mulheres brancas frequentaram a escola, seguido das pardas (94%) e das pretas, 90%. No total das mulheres, 6% não frequentaram a escola e o ensino fundamental incompleto predomina na realidade das mulheres.

Com relação aos dados obtidos com as entrevistadas, 50% delas relataram ter o ensino fundamental incompleto, 25% finalizaram os estudos, concluindo o ensino médio e 25% não frequentaram a escola.

A maneira como se sustentam ou exercem alguma atividade remunerada variam entre a doação, pedir dinheiro ou trabalhar com material reciclável. O Censo aponta que 19% das mulheres trabalham com reciclagem, 10% pedem dinheiro na rua e 9,9 realizam algum trabalho autônomo. As mulheres que participaram da pesquisa, relataram recolher material reciclável 50%, pedir dinheiro 50%, trabalho autônomo como vender bala 50% e apenas uma relatou conseguir doação para se sustentar.

A ausência de documentos e baixa escolaridade confere as barreiras de acesso aos direitos sociais, a documentação especificamente, viola o que preconiza o artigo 6º da Declaração Universal dos Direitos Humanos⁵⁸, no que confere os direitos de ser e ser reconhecida como pessoa perante a lei.

3.1.2 Motivações para os cuidados em saúde - e a difícil arte de olhar para si ou ser vista

A entrevista com as mulheres nos apresentou uma realidade, que não foi salientada nos estudos analisados acerca da população em situação de rua. O cuidar da saúde fica em segundo plano, quando a dor já não é mais suportável e sempre reconhecida em último estágio, quando o atropelamento foi inevitável, quando a

panela de pressão explodiu no corpo, quando a mãe lhe jogou panela de pressão no rosto, quando a perna dói e a internação é forçosa, quando se é colocada para fora com o filho na rua, quando só se pode falar com a permissão de um homem. Falamos de saúde em várias extensões de vida dessas mulheres.

O que motiva alguém a cuidar de uma enfermidade, dor, desconforto físico? Existem barreiras que podem provocar a evasão ao serviço? SANCHEZ e CICONELLI (2012)⁵¹ argumentam que gênero e raça/etnia são categorias que podem interferir na decisão em procurar um serviço de saúde, os fatores e crenças individuais também devem ser levados em consideração na análise da motivação para o cuidado.

Durante as entrevistas, questionamos as mulheres sobre como observam o cuidar da saúde, métodos preventivos e serviços de saúde mais utilizados, bem como, de que modo se movimentam para resolvê-los, considerando os recursos existentes no território, no entanto, é importante termos sempre em mente que estamos falando de mulheres, em situação de rua, onde a dinâmica cotidiana atravessada pelas intersecções que promovem desigualdades motivadas pela condição social, podem interferir em suas decisões, levando-as a eleger prioridades.

Considerando as desigualdades de gênero imposta nas sociedades patriarcais, machistas e racistas, há a necessidade em se considerar as especificidades das necessidades em saúde femininas,

A proposta de modelo de atenção integral elaborada pela Política de Saúde da Mulher aponta para uma ampla gama de necessidades da população feminina, além das questões reprodutivas, e problematiza as desigualdades sociais como determinantes no processo de produção das patologias, queixas e mal-estares das mulheres. (2015, p.12)⁴⁹

O referido documento apresenta também os objetivos, nos quais esclarece em quais atenções de saúde devem estar dirigidas a gestão da saúde, bem como, a prática em sua prevenção e promoção.

Considerando ser a situação de rua uma constatação de desigualdade social estrutural, considerando as mulheres entrevistadas, questionamos qual serviço de saúde procuravam quando precisam cuidar da saúde.

Amina: *“Vou no hospital... Vou no Saboya, no posto, no pronto socorro. Vou em tudo. No posto de saúde vou para tomar injeção”*

Makeda: *“No hospital – o que dá pra socorrer...”*

Dandara: *“vou no posto, se for muito urgente vou pro hospital que não tem jeito mesmo né?”*

Kahina: *“AMA”*

As necessidades em saúde devem ser observadas conforme o grupo populacional, que, agregado a outros fatores externos, podem influenciar em seu reconhecimento, tais como, a distância da moradia para o serviço de saúde, a quantidade de serviços disponíveis no território, bem como, sua resolutividade, incluindo o modo como os profissionais avaliam a cultura do cuidado, são circunstâncias que influenciam no reconhecimento do estado de saúde, assim como na procura do cuidado (PINHEIRO et al, 2002)²². Assim, como as necessidades em saúde perpassam também pelas escolhas individuais,

[...] também são cruciais, sendo que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas. Dessa forma, desigualdades no uso de serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer (p. 689)²³.

PINHEIRO et al (2002)²² destacam em seu estudo que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde que os homens, principalmente devido o recorte de gênero, que incumbe à mulher a necessidade de olhar para a sua saúde reprodutiva, sexual, gravidez e parto. Deste modo, essa necessidade pode ser avaliada mais como uma responsabilidade que a natureza e violações de direito de escolha impõe do que uma escolha individual de percepção de seu corpo.

Ser mulher na concepção dos autores, configura maior atenção ao estado de saúde, desta forma, indagamos às mulheres entrevistadas sobre problemas referidos de saúde, atuais ou que possam ter superados. Das entrevistadas apenas Nizinga relatou fazer tratamento para as pernas.

Amina “Tive meningite quando criança [...] Isso da perna foi queda de bicicleta, me atropelou. Quando cai da bicicleta veio o SAMU e me levaram para o hospital. Fez cirurgia no Saboya”.

Makeda: não, só foi minha queimadura, duas vezes. tem sequela? Deixou eu com a cabeça fraca, foi muita queimadura, dá primeira vez eu fiquei cega, e Deus me curou, fiquei na UTI lá no Hospital São Paulo, pode ir lá...

Dandara: “eu tava com negócio de sífilis, mas já tratei, já tive problema de tuberculose e já tratei. Menciona problemas de cabeça: “depressão, memória fraca, agora eu não sei se é p

or causa dos ossos fracos, fraqueza no corpo né? E também esse negócio de cachaça também apaga a cabeça, não pensa que é só piada da cantora, “bebe apaga tudo” (risos) é tudo verdade... só Jesus”.

Kahina: *“Gastrite, sinusite.”*

Nzinga: *“problema nas pernas.”* (possibilidade de problemas vasculares)

Hipólita: *“eu não fico doente... ninguém da minha família fica doente.”*

A partir das informações acerca dos problemas de saúde, avaliamos pertinente indagar sobre o uso de medicação e histórico de internação, descrito no quadro abaixo.

Quadro 4 – uso de medicação autorreferida pelas entrevistadas

| Entrevistadas | Você toma medicação para tratar algum problema de saúde? Se sim onde você retira a medicação? | Você já precisou ficar internada? Qual foi o motivo da internação? Onde ficou internada? |
|----------------------|--|---|
| Amina | <i>Não</i> | <i>Não</i> |
| Makeda | <i>Não, nós não pega remédio no posto</i> | <i>Queimadura. Fiquei no Hospital São Paulo</i> |
| Dandara | <i>não, to esperando o mês que vem agora, pra eu falar com o médico</i> | <i>Não</i> |
| Kahina | <i>Sim. Omeprazol, pego no AMA</i> | <i>Não. Com exceção do parto não</i> |
| Nzinga | | <i>Sim, em Santo Amaro</i> |

Fonte: Dados da entrevista semiestruturada (2023)

Aliado ao reconhecimento da necessidade em saúde e escolhas individuais, há outras intersecções que incorporadas ao gênero, raça e classe (situação de rua) podem influenciar no reconhecimento e importância em cuidar da saúde, para Goes e Nascimento,

[...] as características sociais e demográficas como influenciadoras do acesso das mulheres aos exames preventivos de saúde, pois, quanto melhor a renda, nível de instrução e

ocupação no mercado de trabalho melhor o acesso. Fatores associados às desigualdades de gênero e raça determinam as disparidades sociais, hierarquizando o acesso aos serviços de saúde por meio das diferentes características individuais. (2013, p. 576)²⁶

A percepção do corpo, perpassa em reconhecer principalmente suas mudanças físicas e a busca por cuidados preventivos no que tange à saúde da mulher, nesse diálogo sobre ser mulher, perguntamos acerca dos exames preventivos, com possíveis gestações e filhos. Acerca do exame Papanicolau relataram:

Amina: *“Sim”*. Nesse momento lembra do exame preventivo. *“Para papanicolau, né? é obrigado toda mulher ir, tem que se cuidar né”*, relatando já ter realizado o procedimento no hospital Saboya.

Makeda: *“Já, mas faz muitos anos, nessa época que eu passei não tinha computador, não tinha celular, não tinha nada”*.

Dandara: *Não, eu vou marcar ainda, vê se eu consigo marca semana que vem Papanicolau pra fazer né? Todo ano eu faço exame de sangue e Papanicolau.*

Kahina: *“Sim. Mas desde que estou na rua não passou mais, na rua precisa de endereço, escritório na rua funciona onde? Até hoje não consegui passar no ginecologista mais”*

Hipólita (entrevista informal), relatou que faz os exames preventivos de saúde da mulher e reconhece a unidade básica como local para a coleta do exame.

Constatamos que as mulheres participantes da pesquisa, possuem conhecimento e proximidade dos exames e procedimentos preventivos para a saúde da mulher, como o Papanicolau por exemplo, dado relevante e positivo, denotando que elas sabem acerca dos exames e boa parte delas, reconhece os serviços aos quais

podem ou devem recorrer, como a unidade básica de saúde. No entanto, o conhecimento, não significa aderir a um serviço de saúde para a coleta dos exames, Makeda e Kahina apresentam a dificuldade no acesso ao cuidado, que perpassa tanto pela motivação individual como pelas barreiras de acesso presentes na realidade cotidiana na rua.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS - 2021)⁴⁰, houve um aumento positivo no número de exame preventivo Papanicolau para a detecção do câncer do colo de útero no Brasil. Quando relacionado ao grau de instrução, 72,5% das mulheres sem instrução realizaram o exame há menos de três anos para 90,4% das mulheres com ensino superior. Quanto a relação de acesso e renda temos 72,9% das mulheres com renda de até $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo para 93,8 com até cinco salários-mínimos, podemos observar que o grau de instrução e renda ainda são fatores determinantes para se avaliar as desigualdades de acesso.

Com relação as mulheres entrevistadas, confirma-se os dados obtidos na PNS⁴⁰, considerando o baixo grau de instrução e a situação de rua, enquanto possíveis barreiras de acesso.

Após problematizarmos acerca do acesso ao exame preventivo, dialogamos acerca de possíveis gestações e se planejadas ou não. Segundo o Manual Técnico Ministério da Saúde (2000)⁵⁸ sobre o pré-natal,

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez - período de mudanças físicas e emocionais -, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo. (p. 9)⁵⁸

Amina: *“Foi acontecendo” ...*

Makeda: *“Cheguei com 15 anos, eu ia fazer 15 anos, já era mãe de dois filhos. Um menino e uma menina, a mais velha é a menina, depois que eu ganhei a menina aí eu ganhei o menino, daí eu deixei lá, aí chegou aqui eu ganhei os outros que estão aqui”.*

Kahina: *“Sofri na primeira gravidez, meu companheiro me agredia muito. Primeira gravidez parto normal, aos dezoito anos. Segunda gravidez foi mais tranquila, parto Cesária. A primeira foi pior...”*

No discurso sobre a gestação, as mulheres trazem na resposta situações de violação de direitos à mulher, que não deveria ter acontecido, ou seja, o que preconiza as linhas de cuidado à gestante não se aplicou à realidade dessas mulheres, que estavam engolidas dentro de uma sistemática de vida, em que, a gestação enquanto evento único e de contato consigo e o filho, ficaram em segundo plano.

Amina: *“Não... quando ficava grávida não ia no médico”*

Makeda: *“Não... fiz pré-natal e Ele ainda me levou pra ganhar, depois que eu ganhei e os meninos tudo pequenininho ele caiu no mundo sem mais sem menos, botou mais sofrimento em cima de mim”.*

Kahina: *“Sim”.*

Como argumenta PINHEIRO et al (2002)²², a gravidez e inevitavelmente o pré-natal, poderiam ser condicionantes para o acesso ao cuidado em saúde, no entanto, com relação a maioria das mulheres entrevistadas, não foi tão simples assim.

Sobre o pré-natal, a PNS aponta que,

No País, 70,1% das mulheres que realizaram pré-natal afirmaram que a maioria de suas consultas de pré-natal ocorreram em estabelecimentos públicos de saúde, com o predomínio das Unidades Básicas de Saúde (postos de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família), apontadas por 59,8% das mulheres. (2020, p. 100)⁴⁰

No que concerne a atenção ao pré-natal, LEAL et al (2017)²⁴ identificou um nível de cuidado inferior, conforme a cor da pele for ficando mais escura, inferindo que mulheres pretas e pardas recebem menos atenção ao pré-natal, possuem menos consultas e orientações, acarretando menor vinculação às maternidades no momento de parir, “evidenciando aspectos do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde que resultam em benefícios e oportunidades diferenciadas segundo a raça/cor, com prejuízo para as de cor mais escura”. (2017, p. 6)²⁴

Os autores finalizam que, “a solidão na internação para o parto se associou com o relato de maior maltrato nos serviços de saúde, pior relação com os profissionais e menor satisfação com a atendimento recebido”. (p.11)²⁴

O método contraceptivo foi outro assunto interessante abordado na entrevista, trazendo questões subjetivas, anseios e desejos no interior das respostas, como no caso de Dandara que nos esclarece: “*não tô engravidando, não engravidado não, por causa do problema da... eles ala anemia, não sei o que que é que fala, o médico vai saber, sem vitamina no corpo, como vai gerar criança se não tem nada no corpo? Não dá ne?*”.

Makeda: *Já fez, mas engravidava do mesmo jeito!*

Dandara ao falar de sua impossibilidade de engravidar, traz duas questões invisibilizadas, a primeira nos transporta ao possível desejo de gestar e sua resposta

traz a segunda questão, sua condição de saúde, a qual, conscientemente observa que a impede de realizar certos desejos.

A história de gestação de Makeda chama atenção, tanto pela pouca idade da primeira gestação que provavelmente aconteceu no final da infância, bem como, a forma que ocorreu a ruptura do vínculo com os filhos, os quais segundo ela, não pode trazê-los.

Abaixo, quadro demonstrativo referente ao número de filhos das mulheres entrevistadas, destacamos que as informações são referentes a coleta de dados formal, informal e observação das pesquisadoras. Com relação as outras mulheres não conseguimos obter esse dado, pois, não foi possível aprofundar o diálogo a ponto de falar sobre filhos, seja por estarem persecutórias e responder pontualmente uma pergunta ou outra, seja por observamos um quadro de sofrimento ou transtorno mental, impossibilitando em coletar dados mais precisos, principalmente, por temermos sermos responsáveis por gatilhos, principalmente sobre um assunto delicado como é a maternidade, Hipólita foi a única mulher das entrevistas informais que falou sobre a maternidade, onde está seu filho e familiares.

Quadro 5 – número de filhos declarados ou identificados

| Mulheres (Entrevistas formais e informais) | Número de filhos |
|---|---------------------------------------|
| Amina (48 anos) | 9 |
| Makeda (60 anos +) | 5 ou mais |
| Kahina (36 anos) | 2 |
| Hipólita (54 anos) | Filhos (não especificou nº de filhos) |
| Nehanda (30 a 34 anos) | 3 |
| Nefertari (30 a 34 anos) | 2 |
| Candace (20 a 24 anos) | 2 |
| Anastácia (30 a 34 anos) | 1 |
| Adelina (18 a 19 anos) | Gestante |
| Esperança Garcia (30 a 34 anos) | 1 |
| Mariana Crioula (25 a 29 anos) | 1 |
| Maria Aranha (25 a 29 anos) | 1 |

Fonte: Dados obtidos nas entrevistas formais, informais e mulheres localizadas (2023)

Makeda sobre o número de filhos mencionou ter se separado de dois filhos, os quais ficaram no estado da Bahia, chegando em São Paulo, teve mais cinco filhos.

Estar em situação de rua pode nos passar conceitos contraditórios ora de liberdade ora de opressão, no contexto das relações das mulheres entrevistadas, configura espaço de sobrevivência, violência, trabalho e violação dos direitos, principalmente os femininos e dessa forma, reconhecer necessidades em saúde seja algo tão secundário à elas ou secundarizado pelos serviços em relação às suas necessidades.

A saúde mental, já comprometida com a aridez da vida concreta na rua, é outro fator relevante, na percepção da necessidade do cuidado em saúde, são mulheres

vítimas de atos violentos e violência institucional, realidade que podem afastá-las da percepção do cuidado ou afastar os serviços de saúde delas.

Sobre a saúde mental das pessoas em situação de rua,

[...] quando esses indivíduos passam a morar nas ruas, há uma exacerbação de seus sintomas, assim como um acúmulo de vários outros distúrbios, resultando numa alta prevalência de comorbidade e um agravamento de seus quadros psicopatológicos. Os homens revelam maior prevalência de abuso/dependência de álcool, enquanto as mulheres maiores número de distúrbios mentais mais graves. (Santana e Rosa, 2016, p. 28)⁵⁹

Em abril de 2021, o Conselho Nacional de Saúde⁶¹ emitiu a Recomendação Nº 008, que adverte sobre as ações relativas à operacionalização da vacinação contra a Covid-19 e a importância da Atenção Primária à Saúde, conforme o inciso XII - A inclusão da população em situação de rua nos planos municipais de vacinação, enquanto público prioritário dentro de uma das três fases da vacinação contra a Covid 19.

A reportagem exibida na página eletrônica da Faculdade de Arquitetura e Urbanística (FAU / USP)⁶², traz a seguinte chamada: A invisibilidade da população de rua e de suas mortes por COVID-19 parece ter sido uma escolha, neste documento os autores apresentam o panorama dos óbitos por Covid 19,

A maior parte dos óbitos identificados são de homens (77,08%), e essa porcentagem é ainda maior quando analisamos apenas a categoria “situação de calçada” (94,29%). Todos os óbitos identificados são de adultos e idosos, 78,13% deles acima dos 50 anos de idade. Quanto à raça, exatamente a metade das pessoas que vieram a óbito foram identificadas pelos profissionais responsáveis pelo preenchimento dos formulários como pretos ou pardos, 44,79% foram identificados como brancos, 5,21% tiveram a cor da pele ignorada no preenchimento. Se considerarmos apenas a categoria “situação de calçada”, a presença de negros é maior (54,29%). (MARINO et al, 2022)⁶²

Diante do exposto, se fez pertinente colher informações acerca da doença com as mulheres entrevistadas, no que concerne ter adoecido pela doença e doses de vacina recebidas,

Amina: *“Não tive, ninguém aqui teve. Duas doses... eles vieram aqui”*.

Makeda: *“duas vacinas da covid, elas vem aqui do postinho da av. santo amaro”*.

Dandara: *“Não, graças a deus não, fiz exame não constou não, esse exame horrível... no nariz. Tomei todas as quatro vacinas”*.

Kahina respondeu não ter adoecido e recebido todas as doses, observamos que 50% delas receberam as quatro doses e 50% receberam apenas duas doses, sendo aquelas que relatam receber a visita dos profissionais do Consultório na Rua do território.

3.1.3 Serviços de saúde e de apoio reconhecidos pelas mulheres

Neste item, abordamos a acessibilidade aos serviços de saúde, partindo da percepção das entrevistadas, os autores que discutem o acesso à saúde, determinam tanto a acessibilidade quanto a disponibilidade (STARFIELD²¹ 2002 e SANCHEZ e CICONELLI⁵¹ 2012), enquanto parâmetro para identificar a entrada no serviço, o atendimento e resolutividade, nos proporcionando apreender a partir das falas das entrevistadas o modo como reconhecem a atenção e cuidado prestado às suas demandas de saúde.

STARFIELD²¹ ²¹, nos apresenta os elementos estruturais da atenção primária sobre acesso,

Acessibilidade: envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.

Variedade de serviços: É o pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a população acredita que estejam disponíveis.

Definição da **população eletiva:** inclui o quanto o serviço de atenção à saúde pode identificar a população pela qual assume responsabilidade e o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são considerados parte dela.

Continuidade: consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende ao paciente ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado, um registro computadorizado ou mesmo um prontuário trazido pelo paciente. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção. (p. 60)²¹

Identificamos durante as entrevistas com as mulheres que a variedade de serviços, indicada por STARFIELD²¹ é um elemento que está presente na narrativa das mulheres. Para tanto, o reconhecimento está amparado em três questões chaves, nas quais há o indicativo dos serviços mais utilizados. Iniciamos questionando se ao procurarem o serviço escolhido, lhes foi dirigido um bom atendimento pelos profissionais,

Amina: *“Sim, adoro o Saboya!”*

Makeda: *“Sim a dentista veio aqui trazer meu dente”. Se referindo a profissional da equipe do Consultório na Rua.*

Dandara: *“É bom, os médicos tudo bom”* ... respondeu a essa pergunta falando bem baixinho e com a cabeça abaixada.

Kahina: *“No posto não atendem a gente, então nem vou. Poderia pegar o anticoncepcional no posto, mas nem vou”*.

Alteramos a palavra posto de saúde para serviço de saúde, considerando os achados da pesquisa, pois, as mulheres reconhecem e acessam variados serviços de saúde enquanto apoio e suporte para o cuidado. Destacamos que as mulheres conhecem o serviço da atenção primária (Unidade Básica de Saúde - UBS), bem como, a equipe de Consultório na Rua, no entanto, não o utilizam para investigar suas questões de saúde, importa considerar que as mulheres mencionam a UBS como recurso de cuidado, mas não frequentam esse espaço, seja pela barreira de acesso, como exigência de apresentar comprovante de endereço ou por não considerarem que a atenção seja efetiva.

Saindo da esfera individual e partindo para a compreensão das necessidades do coletivo, partimos para a segunda pergunta que foi para onde as outras mulheres em situação de rua costumam ir quando precisam cuidar da saúde?

Considerando observar e estar atenta em como a outra mulher se cuida, como outra semelhante a mim consegue estancar as dores que sente? As mulheres entrevistadas quando questionadas acerca desse assunto se viram “obrigadas” a observar as demais mulheres a sua volta e de certa forma, essa questão as fizera refletir sobre si e a outra, perceberam-se como “corpos que se cobrem, se descobrem e encobrem, dentre outros aspectos, traços identitários pessoais e grupais, construídos socialmente”, GOLDENBERG (2002, p. 1893)⁶³.

Amina: *“no Saboya tratam morador de rua bem no Saboya”, “eu eles trataram bem!”*

Makeda: *“Vai para o médico e para o postinho.”*

Dandara: *“não sei, acho que é no posto também, mas não sei qual, porque aqui tem dois, tem o Alexandre Dumas também e a da Conde de Itu”.*

Kahina: *“Para o AMA. Quem tem endereço passa no posto, as mulheres grávida deve conseguir. Mesmo grávida as vezes não consegue. Tem esse negócio de bairro. Eu tava no SIAT, fui tentar passar no posto, no dentista, mas como eu era de rua, me mandavam voltar”.*

Segundo as respostas, observamos que na perspectiva das entrevistadas, as outras mulheres na mesma condição e realidade conseqüentemente utilizam os mesmos serviços aos quais se dirigem quando necessitam, talvez por se considerarem uma a extensão da outra, ou por não conseguirem se distinguir, considerando estarem na mesma ambiência que é a rua, como afirma Goldenberg (2002), *“o corpo pode se tornar um valor que tanto identifica um indivíduo como parte de um grupo quanto o diferencia de outros”*⁶³. Identificamos nas expressões não verbais que, falar sobre outra mulher foi tarefa difícil, talvez por observarem ser cada uma a extensão de si própria no que tange estar em situação de rua e quanto às necessidades de saúde.

Sendo assim, quais os serviços de apoio em saúde que as mulheres acionam, acessam, procuram para resolver e /ou aplacar a dor? A Carta de Ottawa (1986, p.1)⁶⁴ nos traz uma reflexão importante acerca da promoção da saúde, que “[...] não é

responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”⁶⁴.

Os relatos descritos revelam que as mulheres possuem conhecimento dos serviços de saúde presentes no território, no entanto, não identificam as especificidades de cada um e em que podem auxiliá-las na solução de seus problemas de saúde. Para tanto, existe uma repetição nos serviços aos quais observam serem mais resolutivos.

Amina: “Vou no Saboya, no posto, no pronto socorro. Vou em tudo. No posto de saúde vou para tomar injeção” ... “Eu gosto do Saboya, trata muito bem morador de rua, atendimento é ótimo, não é apenas eu, mas trata todas as mulheres que mora na rua bem”.

Makeda: Refere que ela e sua família são acompanhados pela equipe de Consultório na Rua, “[...] o pessoal da saúde vem aqui cuidar da gente, pra ver como é que nós tá, vê como num tá, é dentista... eu tenho dente só que eu não uso... a dentista veio aqui trazer meu dente” ... “elas vem aqui do postinho da av. santo amaro, vem de dia e vem de noite.”

Dandara: Sobre o tratamento das doenças referidas, questionamos onde fez o tratamento: “no posto, fiz tudo no posto de saúde” e acrescenta: “lá onde eu morava e fiz também aqui já, no Conde de Itu. Eu morava no Cingapura, aí fiquei doente depois foi que minha mãe faleceu, sabe, sai só com a roupa do corpo, daí fiquei que nem andarilha, anda pra lá, anda pra cá... sem saber de nada, depressão que ela morreu, ai eu fiquei triste do nada, fiz caps tudo, já tô bem, já fiz caps de tudo, de álcool, de drogas, de mental... aqui em Santo Amaro, os CAPS foi tudo aqui”.

Kahina: *“Quando ataca passo no AMA”*. Sobre agendar consulta no posto de saúde: *“Nunca consigo. É assim, você quer marcar um **gineco** e fazer exame e eles te olham e pede endereço. Eu não tenho, como é que vou fazer. Daí falam, vou jogar você no escritório de rua”*.

O reconhecimento está associado a vinculação que as mulheres estabeleceram com o serviço de apoio, principalmente associado ao bom tratamento, acolhimento e solução do desconforto, SANCHEZ e CICONELLI (2012)⁵² definem esse reconhecimento como aceitabilidade que,

compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades. A aceitabilidade é a dimensão menos tangível do acesso e, portanto, a mais difícil de ser quantificada e detectada. A relação entre as atitudes dos profissionais de saúde e dos indivíduos, influenciadas por idade, sexo, etnia, idioma, crenças culturais, condição socioeconômica, entre outros, define a aceitabilidade. (p. 263)⁵¹

Amina sempre refere o Hospital Saboya como referência de cuidado, ou como Kahina, que encontra solução na ida ao AMA, os serviços de urgência e da atenção terciária, configuram na percepção delas, maior resolutividade para suas necessidades em saúde.

3.1.4 Dificuldades enfrentadas pelas mulheres na busca por cuidado

Reconhecer o apoio prestado, configura também identificar ou compreender as dificuldades enfrentadas na procura por cuidado, o conceito de continuidade definido por Starfiel²¹, nos possibilita entender o que as mulheres relatam sobre as barreiras identificadas,

Dandara: *“O do BOMPAR é azul”, (referindo-se a cor do uniforme do Agente de Saúde de Rua ASR) “mas não passa mais não, não sei o que aconteceu não, não sei se foi mandado embora, porque eles vinha direto, num ta vindo ninguém mais não”.*

Problematizamos perguntando quais os profissionais a atendiam da equipe de Consultório na Rua: *“Eles vinha, vinha enfermeiro, mas vinha tudo junto, um conjunto, vinha e falava com a gente [...] eu até falei, eu até falei ajuda... mas o médico sumiu, até falei com o médico era novo, da rua, sumiu médico e eu pedindo pra ajudar eu com uma injeção de vitamina, mas até agora sumiu medico, sumiu tudo”.*

Questionamos se havia conversado sobre suas dúvidas e necessidades de exame, nos explicando que: *“É, mas eu não tive a resposta... to tentando, eu pedi pra eles, não sei se eles marcou, essa semana, o mês que vem só pra saber. To tentando vascular, médico vascular pra minhas pernas, porque ó como tá minhas pernas, como tá judiada... muito judiada... ai tem que operar, tudo isso, tem que correr atras de tudo isso. E eu dei o nome pra eles marca pra mim vascular, já que tudo demora né? Ai eu não sei quanto tempo fica pra poder conseguir a vaga e tem que ver também os exame de sangue pra saber como vai fazer pra operar né? cada pessoa tem um problema, eu mesmo tenho problema de coração, ai tem que saber por causa da veia, é um monte de coisa. É o clinico que sabe.”*

Kahina traz outra observação com relação ao atendimento às pessoas em situação de rua no posto de saúde (UBS): *“No posto não atendem a gente, então nem vou”.*

Das mulheres entrevistadas, Kahina é a que manifesta maior descontentamento no acesso aos cuidados de saúde, principalmente quando relacionados a atenção primária (UBS), talvez por ter mais crítica frente as injustiças sociais as quais está exposta. Manifesta enquanto barreira de acesso o mal atendimento e a exigência em apresentar um comprovante de endereço.

Dandara traz em suas considerações a ausência de devolutiva diante de suas solicitações de atendimento, realização de exames e esclarecimento do seu quadro de saúde. Não ter respostas lhe causa temor diante da impossibilidade de saber o que lhe causa desconforto, dor e fraqueza.

Quando falamos do acesso, podemos nos valer da definição do acolhimento, como uma forma de eliminar as barreiras,

[...] o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. (Cadernos da Atenção Básica, 2013, p.19)⁶⁵

Observa-se na fala das entrevistadas que a falta de escuta qualificada e acolhimento as suas necessidades, são fatores que lhes causam mais sofrimento e preocupação, além da enfermidade instalada.

3.1.5 Problemas de saúde identificados

Segundo a *World Health Organization* (2014, p. 13)⁶⁶ a saúde mental e os fatores que desencadeiam o sofrimento mental, estão associados ao ambiente, a situação

sociopolítica e econômica, além do impacto na vida cotidiana, enfatizando que a capacidade de ser e fazer são moldadas pelo ambiente no qual o sujeito está inserido, ilustrando que,

[...]as capacidades de uma mulher são severamente restringidas se ela não puder concluir o ensino secundário, estiver sujeita a violência doméstica, trabalhar com baixos salários no mercado de trabalho informal e enfrentar dificuldades para alimentar e vestir os filhos. Essa mulher corre um risco maior de ter sentimentos de desesperança e desamparo associados à depressão, do que uma mulher que não está exposta a estes determinantes sociais. As capacidades e o bem-estar estão relacionados com o gradiente socioeconômico através de determinantes sociais. (p.14)⁶⁶

Nos valem desses argumentos para compartilhar os transtornos e problemas mentais identificados durante a coleta de dados no campo, pelas pesquisadoras. Vale destacar a explicação acerca das condicionalidades para o sofrimento mental como argumenta SANTANA e ROSA (2016)⁵⁹,

Alterações cerebrais: uma pessoa pode nascer com um problema cerebral (como retardo mental, por exemplo) ou desenvolver um problema com alterações claras e bem descritas no cérebro (como a demência). Há casos em que a pessoa desenvolve um transtorno mental, mas não encontramos alterações na forma e na estrutura do cérebro, como é o caso da depressão e da ansiedade. Assim, entendemos que deve haver alguma alteração diferente, que esteja na forma de funcionar do cérebro, isto é, nos neurotransmissores, que são as substâncias químicas que realizam a transmissão de informações. Porém, ainda não temos exames para detectar esses tipos de alteração. m Hereditariedade (genética): os transtornos psiquiátricos podem ser hereditários; cada um deles tem diferentes taxas (probabilidades) de transmissão de pais para filhos. Por isso, não podemos dar como certo que os filhos de uma pessoa com transtorno mental terão este transtorno, pois há outros fatores envolvidos, principalmente ambientais. Até hoje não conseguiram encontrar genes específicos alterados que seriam a única causa de um determinado transtorno mental, mas sabemos que existe uma base genética para o seu desenvolvimento. (p. 64)⁵⁹

Estar próxima das mulheres em situação de rua, nos fez reconhecer que o sofrimento mental pode decorrer de algumas condicionalidades, tais como fome, abandono afetivo, maus tratos na infância, violência doméstica, a própria situação de rua, afastamento dos filhos, ausência de um teto, restrição para a alimentação, violência de gênero, encontrar lugar para tomar banho, não ter água quente, risco de abuso sexual, psicológico, dentre outros.

SANTANA e ROSA esclarecem porque utilizam os termos transtorno mental e problemas mentais, os definindo,

Um transtorno mental é qualquer quadro experimentado por uma pessoa que afeta suas emoções, pensamentos ou comportamentos, não estando de acordo com suas crenças culturais e sua personalidade; e que produz um efeito negativo na sua vida e na das pessoas próximas a ela.

Podemos falar também em problemas mentais como condições intermediárias, que não chegam a ser caracterizadas como doença ou transtorno mental. Normalmente, estão associados a situações de vida muito difíceis para a pessoa, como por exemplo, um divórcio ou perda de um ente querido. (p. 43)⁵⁹

Os autores também conceituam sobre os determinantes sociais e a saúde mental,

Com base nessa relação entre ambiente e condição de Saúde, vamos discutir alguns determinantes sociais e seus impactos na Saúde Mental, já bem definidos por pesquisas. Baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional, desemprego, falta de suporte social e de moradia adequada estão associados a uma maior frequência de transtornos mentais. Portanto, pessoas em situação de rua apresentam alto risco de desenvolverem transtornos mentais. (p. 65)⁵⁹

Estar em situação de rua é a materialização da privação dos direitos. Ser mulher em situação de rua, confere anular o feminino, como forma de proteção e integridade

física” e como argumentam SANTANA e ROSA (2016, p. 65)⁵⁹ “*Os diferentes contextos e formas de viver têm impactos diferentes na vida de uma pessoa*”. Destacamos as principais falas das mulheres e observações empíricas que caracterizam o transtorno mental pelo uso das drogas ou problemas mentais partindo da perda, do sofrimento, abandono ou solidão, estabelecidos a partir do local que partiram ou como consequência da situação de rua.

Amina: “*Fumo crack... não vou mentir, eu fumo.*”

Makeda: “*eu bebo, não vou negar, minha droga sabe o que é? é o cigarro e a bebida. Não uso maconha, não sou contra quem usa droga tá fia...*”

O abandono aparece como uma questão que acarreta sofrimento, Makeda complementa: “*e não teve pai para ajudar eu a criar os filhos, ele botou no sofrimento, botou mais sofrimento ni mim que era os meninos me bandonou eu com os filhos... eu tive que criar sozinha e Deus*”.

Dandara: “*não eu não tinha o que fazer peguei e fiquei usando droga, ai fiquei com medo... deus me livre, quero isso não ficar viciada. Eu não sou usuária não, entrei no embalo dos outros, parei, parar com essas graças, porque depois eu vicio e acabou. Só a cachaça, a cachaça também não sou viciada não...*”

Sobre o sofrimento e solidão, Dandara reflete: “*Mas é porque também quero um canto pra mim, ir pra minha casa já não é a mesma coisa, fica abandonada e não dá pra ficar junto com a pessoa mais, quem me ajudava muito era meu irmão, meu irmão casou, não é mais, minha avó faleceu, minha mãe faleceu, maioria tudo faleceu que era muito intimo pra ficar comigo, morava, daí eu fiquei sozinha*”

Kahina: *“Sim. Cocaína. Mas parei a cocaína e bebida, já fui ao CAPS, só tomei água. Já tratei no CAPS redenção.”*

O uso de drogas, enquanto determinante de saúde mental, está presente na realidade das mulheres, como argumentam SANTANA e ROSA (2016)⁵⁹, a droga aparece não só como indicador de dependência química, mas também como recurso para diminuir a fome e o frio, como um facilitador para a comunicação, além de fuga da realidade. Talvez seja o único prazer reconhecido pela pessoa, explicando que

“o prazer é volátil, evapora junto com a cessação do efeito da droga. Sem ela, o indivíduo adquire novamente a consciência da sua situação – sente-se culpado por tê-la utilizado – e, novamente a usa para esquecer”. (SANTANA e ROSA, 2016, p. 29 – apud ROSA, 2008).^{59, 60}

Sobre desamparo e solidão, sobre situações observadas no campo, destacamos o seguinte episódio:

Anastácia: estávamos na esquina, em frente ao Centro de Acolhida para as mulheres e presenciamos sua saída e de seu filho do equipamento social, a irritação, falas abruptas e ameaças, foram a manifestação física do desamparo e solidão vivenciados naquele momento, olhar triste e perdido, ela e seu filho pararam na nossa frente, com sacolas que continham objetos que significava a existência dos dois, transparente era a sacola com itens de higiene e transparente era o medo que estava entre nós... o dela pelo futuro o nosso por conta da nossa integridade física, pois, Anastácia ameaçava de entrar no local... apontava para o portão e nós, paralisadas por alguns minutos... ela não percebeu nossa presença.

Tereza de Benguela: A encontramos na Av. Adolfo Pinheiro, possivelmente quadro de saúde mental, apesar de estar próxima das pessoas, aguardando a doação de

marmitas, se afastava das pessoas, quando nos aproximávamos, fugia, esquivava o olhar, cheia de sacolas, lenços na cabeça.

Luiza Mahin: Também na Av. Adolfo Pinheiro, com comportamento mais alterado, se movimentava sem parar, agitada, mexendo os braços rapidamente... andando entre as pessoas, muito emagrecida, cabelos brancos...

Maria Felipa de Oliveira: Mulher já com diagnóstico de transtorno mental, tendo sido atendida quando fui assistente social da equipe, não me reconheceu e não a abordamos.

Jinga: alcoolizada, próximo à Avenida Vicente Rao

Nzinga: sentada em uma mureta da Praça Floriano Peixoto

Aqualtune: sentada, na calçada paralela a Igreja Matriz de Santo Amaro, com garrafa de corote ao seu lado

Carlota Lukumí: a vimos acendendo cigarro ou cachimbo, estava dentro de uma barraca, em uma calçada ao lado do Terminal Santo Amaro.

Quanto *aos* prejuízos percebidos ao longo da vida pelo uso da droga, as entrevistadas respondem:

Amina: “Não... nada nada”. E quando perguntamos sobre a reação da família acrescenta: “aceitou né, fazer o que né?”

Makeda não identifica prejuízos.

Dandara: “*não... viciado é aquele que fica tremendo todo dia né?... e todo dia... alcoólatra é aquele que treme ... não tenho vontade não. Eu quero trabalhar e ganhar dinheiro*”.

Kahina: “*Sim. Perdeu casa e filhas "Me deu muito prejuízo, quase perdi o marido". "Você bebe entra na brisa".*

De acordo com SANTANA e ROSA,

É importante também discutirmos sobre o papel de situações de estresse e trauma ao longo da vida de uma pessoa, pois há uma relação dessas com o desenvolvimento de transtornos mentais. Há situações difíceis que persistem por muito tempo, expondo a pessoa a um estresse contínuo. Há outras situações que podem não durar muito tempo, mas são muito intensas e violentas (ex.: situações de guerra e desastres naturais). Há ainda problemas cotidianos como desemprego, perda de entes queridos e problemas de relacionamentos que também causam sofrimento. Dependendo do momento de vida, do tempo de duração e da intensidade em que essas situações ocorrem, os efeitos são diferentes. Muitos efeitos podem ser cumulativos, persistindo até o fim da vida. (2016, p. 66)⁵⁹

A percepção dos autores, corrobora com a fala e realidade das mulheres observadas no que tange o sofrimento, estresse, medo, perdas, uso de drogas tendo como consequência o sofrimento mental. Diante do exposto, estar sob efeito de drogas, em surto psicótico, sofrer de depressão, baixa estima, estabelece um quadro de saúde, que pode ser considerado como uma barreira de acesso aos serviços de saúde.

Recordando do encontro com Ranavalona, mulher preta retinta, cabelos crespos emaranhados e batom vermelho na boca todo borrado (percebemos após a abordagem), num dia nublado, garoento, em que o sofrimento de uma mulher preta nos atingiu como punhal, nos atravessou em toda concretude, crueza, que a rua pode oferecer. Esse encontro iniciou de uma contrarreferência negativa, onde ao nos aproximarmos, ela dirigiu o olhar sobre a pesquisadora negra retinta e disse “*minha mãe era preta igual você e me jogou uma panela de pressão*”, tivemos medo... quando ela se levantou em nossa direção, demos um passo para trás e ela continuou avançando, falando palavras sem sentido, não fugimos, bancamos sair aos poucos sem dar as

costas à ela, a cada passo para trás, íamos explicando que precisávamos ir embora, aos poucos o olhar mudou para um semblante menos combativo e a aproximação se pautou pela necessidade inconsciente talvez, do cuidado ou da escuta. Ao nos despedirmos dela, sem fugir de sua aparência inicial, compreendemos que o cuidado em saúde, a garantia do acesso às políticas perpassa em ultrapassarmos as barreiras impostas por crenças, medos e preconceitos.

MÖLLER, R. L. & cols⁶⁷ destacam que a empatia e a capacidade interpretativa, auxiliam frente a situações como a apresentada durante a abordagem com Ranavalona, elucidam que o manejo profissional, pode contribuir para a vinculação do paciente em sofrimento mental a um serviço ou agente de um serviço público, rompendo com a primeira impressão negativa, pode-se estabelecer estratégias que garantam o acesso ao cuidado em saúde ou acessar serviços de proteção social.

BASTOS e SOARES (2008)⁶⁸, apontam a importância da corresponsabilidade do cuidado em saúde mental, cabendo aos agentes das políticas públicas, debruçarem esforços para compor a atenção em saúde mental das mulheres em situação de rua. De acordo com as autoras “as queixas psíquicas são a segunda causa mais frequente de procura por atendimento básico” (p.13, 2008)⁶⁸, essa afirmação está amparada pelas falas de Dandara e Makeda, ambas trazem a questão de cabeça fraca e todas de modo geral, abarcam um sofrimento, considerando o estar em situação de rua.

3.1.6 Mulheres em situação de rua e a percepção da violência

Ora... são invisíveis aquilo que sinto e tu não vê
São invisíveis o que passei, vivi e vi e tu não sabes

São invisíveis os sentimentos que senti, engoli, ignorei
Sobrevivi, mas não vivo como posso, nem como quero...

Apenas estou...

Minhas marcas estão internas...

Minha tatuagem... é minha cor

Meu destino... ser mulher.

Raquel Suzan

Trataremos da relação das mulheres em situação de rua com as repercussões das violências cotidianas, nas quais elas, estão inseridas ou porque não dizer, submersas.

Discorrer sobre violência é falar sobre a privação dos direitos humanos e sociais, da liberdade, dos sonhos e da cidadania, são definições que sintetizamos das mulheres entrevistadas, cabendo-nos abarcar outras definições acerca desse tema, a OMS (2002)⁶⁹ – Organização Mundial da Saúde define a violência como sendo

[...] uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (p.27)⁶⁹

A OPAS⁷⁰ – Organização Panamericana da Saúde, em site eletrônico, traz o recorte de gênero para a definição da violência, concluindo que,

[...] a **violência contra as mulheres** como "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada".⁷⁰

Quando nos reportamos a violência, MINAYO (2006, p. 13)⁷¹ contribui dizendo que “a violência não é uma, é múltipla”. De origem latina, o vocábulo vem da

palavra vis, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro”. Acrescentando que

“a maior parte das dificuldades para conceituar a violência vem do fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia”. (p. 14)⁷¹

MINAYO ao abordar o conceito de violência no Brasil, faz um resgate histórico desde o período da colonização, quando com a invasão Portuguesa os povos indígenas foram dizimados, com relação ao período escravista remonta a expropriação dos corpos africanos, relegados e explorados como escravos, concluindo com esse resgate acerca das origens do Brasil, sobre a cultura do estupro, que violou os corpos das mulheres negras e indígenas, nesse período taciturno brasileiro.⁷¹

De acordo com o Boletim Epidemiológico (2019)⁷² realizado sobre População em situação de rua e violência, entre os anos de 2015 a 2017, ocorreram 777.904 notificações de violência, deste total 2,2%, ou seja, 17.386 foram notificações das quais as motivações decorreram por se estar em situação de rua⁷². As maiores vítimas, segundo o boletim são as mulheres, correspondendo a 50,8% das notificações, destas 54,8% são negras (pretas +pardas), jovens e heterossexuais, São Paulo lidera o ranking com o maior número de notificação⁷².

O documento destaca o preconceito racial como grande impulsionador da violência, revelando que estar em situação de rua sendo negro agrava a vulnerabilidade social e por consequência o risco de violência, apontando que as maiores vítimas são jovens adultos, destacando que as violências mais notificadas são a física, seguida da psicológica e moral.

Outra informação alarmante, relaciona-se as agressões autoprovocadas, pois, aproximadamente 7% das notificações de violência motivada por situação de rua são sobre lesões autoprovocadas, incluindo autoagressões contra si e tentativas de suicídio. Concluindo que,

Uma das hipóteses que pode justificar a alta frequência de notificação das lesões autoprovocadas é a exposição constante aos fatores de risco para o sofrimento psíquico entre as pessoas em situação de rua. O uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, o desemprego, as ameaças e violências, assim como a fragilidade das redes de apoio, podem predispor esta população ao adoecimento mental e ao sofrimento psíquico – fatores de risco para morte autoprovocada. (2019, p.9)⁷²

A violência no Brasil não se limitou ao período da colonização, e não se restringe apenas ao uso de força física, ameaça ou dano moral a outrem, a violência no âmbito social se revela de forma estruturante na sociedade, determinando níveis de desigualdade social, riscos de adoecimento e de morte. Minayo⁷² apresenta a definição de dois tipos de violência que embasarão nossa discussão, a violência estrutural e institucional.

[...] que denomino ‘estrutural’. Essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e ‘cronificam’ a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos micros e macroprocessos sócio-históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação. (2006, p. 81)⁷¹

Sobre a violência institucional,

A violência institucional no Brasil ocupa um capítulo muito especial. Ela é particularmente atualizada e reproduzida pelo Estado, por instituições públicas de prestação de serviços e por

entidades públicas e privadas de longa permanência, no atendimento ao idoso. (2006, 104)⁷¹

A situação de rua, conforme cita MINAYO (2006)⁷¹ não é consequência da modernidade e sim resquício da colonialidade, do período escravista, onde os negros foram explorados e as mulheres violentadas.

DAVID (2018)⁷³ contribui esclarecendo acerca do controle social a partir da interseccionalidade de gênero, classe e raça/cor, partindo da manicomialização da população negra no Brasil, pós abolição, outro aparato de violência estrutural que atingiu homens e mulheres negros.

Durante as entrevistas, observamos a violência estrutural, enquanto niveladora das desigualdades sociais imposta as mulheres. A situação de rua, enquanto expressão maior de violência e desigualdade apresenta o panorama dessa realidade. Observamos que a violência se apresenta às mulheres ainda no núcleo familiar, estruturada na vulnerabilidade, miséria, fome, violências físicas, sexuais, psicológicas, morais e doméstica, configurando o primeiro contato com a violência estrutural, MINAYO⁹ contribui dizendo que

A violência intrafamiliar tem muitas manifestações, mas as mais comuns, sobretudo no Brasil, são as que submetem a mulher, as crianças e os idosos ao pai, ao marido e ao provedor. Ou ainda, colocam crianças e jovens sob o domínio – e não sob a proteção – dos adultos. (2013, p. 35)¹²

As mulheres entrevistadas não nasceram em situação de rua, na verdade, são vítimas de situações que as colocaram nessa condição, a ruptura com o núcleo familiar pode ser compreendida com um dos principais motivos que podem ocasionar essa condição e a família também pode ser o primeiro contato com a violência.

ANTONI e MUNHÓS (2016)³¹, em seu artigo sobre as mulheres em situação de rua e as violências institucional e estrutural, descrevem que “o desenvolvimento humano consiste em um processo de interação recíproca entre a pessoa e o seu ambiente”, as autoras conceitua, as violências sofridas pelas mulheres a partir dos sistemas ecológicos descobertos por BRONFENBRENNER (2011)³² da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH).

[...] os sistemas ecológicos são formados por contextos e compreendem a interação de quatro níveis ambientais, denominados microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema que interagem entre si, formando o meio ambiente ecológico. O microsistema é definido como um contexto mais imediato, onde a pessoa efetua trocas, desempenha atividades e papéis sociais, estabelece relações interpessoais e experiencia seu processo de desenvolvimento. A rua, por exemplo, é o microsistema dessas mulheres[...]. O mesossistema compreende o conjunto de microsistemas e as relações estabelecidas entre eles, como a rua, o serviço de saúde, o acolhimento institucional, entre outros. O exossistema envolve os ambientes em que a pessoa não participa ativamente, mas que desempenham influência indireta sobre seu desenvolvimento, como, por exemplo, a aplicação das políticas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), decisões quanto a políticas de segurança, meio ambiente, saúde e aplicação dos direitos humanos. Já o macrosistema é composto pelo conjunto de ideologias, valores, crenças, religiões, forma de governo, além dos aspectos econômicos, sociais, históricos, culturais e subculturais, presentes no cotidiano das pessoas. (Apud Bronfenbrenner, 2011)^{31,32}

As motivações para estar em situação de rua são diversas, porém, no diálogo com as mulheres, observamos que a primeira violência sofrida, sentida e vivida pelas mulheres, foi a ruptura com a família, ou talvez sequer tenham conhecido a própria família, diante do exposto, questionamos quais as motivações que as colocaram na situação de rua e o período que estão nessa condição.

Amina: *“Minha madrasta judiava”*. Na rua desde pequena

Makeda: *“não sei qual o lugar da bahia não!. Quando eu sai de lá eu era criança, dizem que eu só da bahia, não sei nome de pai, não sei nome de mãe, não sei nome de ninguém, cheguei criança.”* Há vinte anos morando na rua

Dandara: *“Várias coisas... depressão da minha mãe, é porque eu fico sozinha, acho que é mais depressão mesmo. Mas eu não uso droga, não uso droga não, não sou viciada em bebida e nem droga. Mas é porque também quero um canto pra mim, ir pra minha casa já não é a mesma coisa, fica abandonada e não dá pra ficar junto com a pessoa mais, quem me ajudava muito era meu irmão, meu irmão casou, não é mais, minha avó faleceu, minha mãe faleceu, maioria tudo faleceu que era muito intimo pra ficar comigo, morava, daí eu fiquei sozinha, não casei, não engravidei, mais por causa disso, mas a rua não sou fã de rua não. Eu nunca gostei de morar na rua não, tem gente que gosta, tem gente que fica porque gosta e pra economizar também, não quer gastar, tem gente que não quer gastar dinheiro, vai guardando no banco, ai da uma de morador de rua, eu to na rua faz tempo e to só observando, tem gente que tem casa e ta na rua”*. Na rua há três anos ou mais.

Kahina: *“Bebida e droga. Separei e me joguei na bebida. “Nossa relação era boa, mas os vizinhos falava de mim, crescemos juntos, construímos a casa juntos, mas sai de casa.” Para aliviar o estresse”*. Cinco anos em situação de rua.

Amina relata estar na rua desde pequena, momento em que foge dos maus-tratos da nova companheira do pai. Já Makeda apresenta uma realidade na qual não menciona a família na infância, sequer reconhece a infância. Dandara diz estar na rua

desde o início da pandemia, período que coincide com o falecimento de sua mãe. Durante o diálogo, observamos que é muito difícil para ela morar no mesmo local onde antes do falecimento da genitora, tinha o apoio de todos da família, cita o irmão, cita uma rede de apoio que se esvai com a perda do elo familiar, que era sua mãe, a rua, torna-se um refúgio para a dor? Kahina apresenta a junção da bebida e relação amorosa conflituosa, acarretando com o abandono da casa e família. Nzinga traz em seu relato ter tido marido, enfatizando que era Russo (Branco), com seu falecimento, perdeu a casa indo para rua.

Dos relatos apresentados, apenas o de Kahina faz menção ao álcool, sendo assim, o uso de drogas e bebida não são os elementos centrais para a condição social atual, a violência, seja pautada pela força física, psicológica, a fome, a ausência de suporte afetivo ou relações afetivas conflituosas são as consequências que levaram essas mulheres para a situação de rua.

Apesar das rupturas e conflitos familiares, as mulheres constituíram suas famílias, questionamos como se dá a relação com os filhos, irmãos, ex-companheiros, considerando estarem em situação de rua.

Amina: *“Minha família é meu ex marido e minhas filha. Minha filha mora em Itaquaquacetuba....Tenho um filho em Interlagos ... eles vem me visitar”*.

Makeda: *“Nóis não veve bem, porque nois veve na rua”* a família inteira está na rua”.

Dandara: *“tem um tempo já sem ver minha família, não tem filhos, são seus pets, cachorro e gata. Família mora no Piqueri, to pra ir já ver, porque eu já to melhor*

da cabeça, tenho meu irmão que é casado e tenho dois irmãos que é parte do meu pai com outra mulher... tenho família lá em Minas, tem no Morro Grande (zona norte Brasilândia). Eu tinha contato com eles, mas por causa do celular, roubaram e perdi tudo”.

Kahina: “Filha única, criada pela tia, sem vínculos familiares, só vê as filhas. Estão no Jd Miriam”.

Hipólita: “tem um filho e sua família mora no ABC grande São Paulo”.

Durante período de pesquisa no campo, encontramos mulheres que não estavam sozinhas, mas acompanhadas pelos filhos, companheiros e / ou companheiros com filhos.

Quadro 6 – Composição familiar das mulheres identificadas na rua

| Mulheres | Composição familiar na rua |
|------------------|-------------------------------------|
| Nehanda | Três filhos, estava com dois na rua |
| Candace | Dois filhos na rua e companheiro |
| Nefertari | Dois filhos e companheiro |
| Mino | Família de Nefertari |
| Mariana Crioula | Um filho |
| Esperança Garcia | Um filho |
| Maria Aranha | Um filho e companheiro |
| Anastácia | Um filho |

Fonte: Dados da entrevista semiestruturada

A realidade apresentada nas falas das mulheres e observada no território durante a coleta de dados para a pesquisa, coincide com MINAYO, quando inclui outras tipologias da violência, considerando como diz a autora, a realidade brasileira,

Por isso, incluíram-se os conceitos de violência estrutural (a que reproduz e alimenta a desigualdade e a miséria); de violência cultural a que se naturaliza na sociedade (submissão feminina, violência contra criança e adolescente por razões pedagógicas, homofobias, exclusão dos diferentes); violência institucional (a que reproduz todas as expressões do fenômeno nas várias instituições, como famílias, escolas, empresas, serviços públicos, organizações não governamentais, dentre outras) e tortura (considerada o ápice da violência, pois destitui a pessoa de qualquer poder sobre si mesmo). (2012, p.1017)⁷⁴

Os conflitos familiares aparecem na literatura que discute sobre pessoas em situação de rua, onde há a associação da violência, extrema vulnerabilidade e uso do álcool como consequência para essa condição.^{31,32,47} Considerando os arranjos familiares e relações afetivo/sexuais constituídos na rua, segue as respostas sobre terem companheiro e como se dá a relação com eles:

Amina: *“Vivo só, com um amigo”*. Como é a relação com esse amigo? *“É normal”*.

Makeda: *“Ele me deixou no sofrimento com meus filhos”*.

Dandara demonstra dúvida sobre o status afetivo: *“não... as vezes nós dá uma namorada, não é doido né? pra refrescar a cabeça porque mulher também não é de ferro, ai fica ai nessa enrolação se quer ou não quer, aí eu já to perdendo a paciência e se não quiser também eu fico sozinha. Mulher não morre se tá solteira, é tá enrolado, não ta nem solteira e nem ... tá enrolado”*.

Kahina: *“Sim por amor. Bem tranquilo, as vezes discute, nunca encostou a mão em mim”*.

Também questionamos as mulheres acerca da discriminação, se conseguem perceber os atos contra pessoas em situação de rua, não sendo possível, portanto,

dissociar a classe de gênero e raça, como marcadores sociais que motivam ou agravam a discriminação sofrida. A Organization of American States⁷⁵, na Convenção Interamericana contra toda forma de Discriminação e Intolerância (2013), define a discriminação como sendo,

1. [...] qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência, em qualquer área da vida pública ou privada, cujo propósito ou efeito seja anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em condições de igualdade, de um ou mais direitos humanos e liberdades fundamentais consagrados nos instrumentos internacionais aplicáveis aos Estados Partes.

A discriminação pode basear-se em nacionalidade, idade, sexo, orientação sexual, identidade e expressão de gênero, idioma, religião, identidade cultural, opinião política ou de outra natureza, origem social, posição socioeconômica, nível educacional, condição de migrante, refugiado, repatriado, apátrida ou deslocado interno, deficiência, característica genética, estado de saúde física ou mental, inclusive infectocontagioso, e condição psíquica incapacitante, ou qualquer outra condição. (p. 3)⁷⁵

O documento identifica dois tipos de discriminação, definindo-os,

2. Discriminação indireta é aquela que ocorre, em qualquer esfera da vida pública ou privada, quando um dispositivo, prática ou critério aparentemente neutro tem a capacidade de acarretar uma desvantagem particular para pessoas pertencentes a um grupo específico, ou as coloca em desvantagem, a menos que esse dispositivo, prática ou critério tenha algum objetivo ou justificativa razoável e legítima, à luz do Direito Internacional dos Direitos Humanos.

3. Discriminação múltipla ou agravada é qualquer preferência, distinção, exclusão ou restrição baseada, de modo concomitante, em dois ou mais dos critérios dispostos no Artigo 1.1, ou outros reconhecidos em instrumentos internacionais, cujo objetivo ou resultado seja anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em condições de igualdade, de um ou mais direitos humanos e liberdades fundamentais consagrados nos instrumentos internacionais aplicáveis aos Estados Partes, em qualquer área da vida pública ou privada. (p. 3)⁷⁵

O referido documento nos auxilia para compreendermos o conceito da discriminação e os grupos afetados, que ultrapassa a ação dirigida individualmente, incidindo sobre o coletivo das pessoas que se encontram em situação de rua.

Perguntamos se conhecem pessoas que sofreram algum tipo de discriminação,

Amina: Não soube responder

Makeda: Não soube responder

Dandara: *“não sei, já, vi muito. As pessoa começa, tem uns que quer tacar fogo, xinga, mata já vi muito isso. Eu mesmo ficava com medo da rua”*.

Kahina: *“Sim. No centro um segurança jogou água na mulher. Porque é moradora de rua”*.

Em seguida problematizamos, perguntando se alguma delas sofreu discriminação.

Amina: a princípio nega ter sofrido, foi necessário explicar o que seria a discriminação, então respondeu: *“não deixaram entrar na farmácia”* quando perguntamos o motivo disse: *“eles não me conhecia”*

Makeda: *“Não. Ficou eu e mais outras pessoas que é da minha família, criando os filhos também no mesmo sofrimento, todo mundo junto”*

Dandara: *“eu graças a Deus, todo lugar Deus que pôs a mão, deus que guardou né? Eu nunca tive essas coisa não. Eu ao contrário, tinha gente pra vim me ajudar, dá uma coberta, querer que eu saia da rua ter um lugar pra eu ir melhor, é assim, até os usuário de droga os nória procura ajudar, porque vê que é mulher também né”*.

Kahina: *Sim. As vezes a gente sofre a pessoa corre da gente. "Sai de perto de mim, você mora na rua". Até de quem mora na rua, "Mulheres do albergue discrimina quem mora na rua". "A mulher me discriminou porque me viu fazendo cocô na rua, não tem banheiro".*

Como separar a tríade raça/gênero/classe das situações de discriminação aqui mencionadas pelas mulheres, considerando que a maioria das pessoas em situação de rua são negras?

A Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, ratificada pelo Decreto 4.377 (2002)⁷⁶, determina que,

Art.1º A discriminação entre seres humanos em razão da raça, cor ou origem étnica é uma ofensa à dignidade humana e será condenado como uma negação dos princípios da Carta das Nações Unidas, como uma violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais proclamados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, como um obstáculo às relações amigáveis e pacíficas entre as nações e como um fato capaz de perturbar a paz e a segurança entre os povos.⁷⁶

Observamos que sendo questionadas sobre a discriminação, as mulheres retrocederam no tempo e tiveram contato com as motivações sociais que fundamentaram a discriminação contra seus corpos, gênero, cor, situação social. Nomear o ato é também circunstância que acarreta sofrimento, pois, dar nome, configura perceber e por fim sentir novamente o impacto da violência em ser discriminado.

A partir das intersecções entre pobreza, gênero e raça, estrutura-se uma sociedade baseada em pilares de injustiça e de relações hierarquizadas de forma dominante. Essa constituição social funciona como alicerce para o exercício de atitudes de humilhação contra mulheres negras em situação de pobreza.

Essas mulheres, além de viverem uma situação de privação monetária e multidimensional, também são alvos de práticas de humilhação e de culpabilização pela sua situação. Esses atos podem gerar sentimentos de vergonha relacionados à pobreza, angústia e sofrimento. (Moura et al, 2020, 274)⁷⁷

Seguimos investigando com as mulheres acerca das outras expressões da violência: sexual; violência física; violência psicológica; violência patrimonial; violência institucional; violência por estar em situação de rua:

Amina: “*estupro*”. Conseguiu dizer essa palavra, com muita dificuldade disse que ocorreu quando era criança.

Makeda: Não respondeu sim nem não para as violências descritas, fez um ruído com a boca indicando não e depois falou que o pessoal no local trata todo mundo bem.

Dandara: 1ª resposta: “*tem mulher que eu já conheço que já teve essas coisas na rua. Eu não sou muito fã de rua não, eu fico porque to precisando mesmo, to arrumando outro lugar pra morar. Aqui é perigoso, mulher é perigoso*”.

2ª resposta: “*psicológica, todo mundo, já xingaram a gente. Apanhei de outro morador de rua em outra praça. ... o que mais sou é roubada, roubaram celular...*”

Kahina: Respondeu ter sofrido violência sexual, física, psicológica e patrimonial.

A violência contra a mulher é tema de debate no cenário internacional, as Nações Unidas a define como sendo "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as

mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada".

No ano de 2002 o Brasil promulgou o Decreto 4.377⁷⁶, retificando a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, definindo em seu artº1 o significado da discriminação contra a mulher,

significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

A referida convenção apresenta que os Estados membros signatários do documento, devem assegurar medidas para o pleno gozo de liberdade individual e coletiva, nas mesmas condições que o homem em seu art.º 3⁷⁷,

Os Estados Partes tomarão, em todas as esferas e, em particular, nas esferas política, social, econômica e cultural, todas as medidas apropriadas, inclusive de caráter legislativo, para assegurar o pleno desenvolvimento e progresso da mulher, com o objetivo de garantir-lhe o exercício e gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de condições com o homem.

Considerando o art.5º da Constituição Federal (1988)¹⁴, devemos nos questionar de qual igualdade estamos abordando, somos de fato todos iguais, ou na lei escrita esta igualdade se estabelece, no entanto, na prática das relações humanas, as distinções baseadas em raça/gênero/classe, determinam quais os corpos merecem direitos e respeito.

A Organização das Nações Unidas, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher⁷⁸ (1995) reconhece

[...] que as mulheres enfrentam barreiras que dificultam sua plena igualdade e seu progresso, devido a fatores tais como raça, idade, idioma, origem étnica, cultura, religião, deficiência física ou outros, como pertencerem a populações indígenas. Muitas mulheres se defrontam com obstáculos específicos relacionados com sua situação familiar, particularmente em famílias monoparentais, e com sua situação socioeconômica, inclusive suas condições de vida nas zonas rurais, isoladas ou empobrecidas. Existem outras barreiras também no caso das mulheres refugiadas, das outras mulheres deslocadas de guerra, inclusive no interior do país, e das mulheres imigrantes e mulheres migrantes, inclusive as trabalhadoras migrantes. Muitas mulheres veem-se, além disso, particularmente afetadas por desastres ambientais, enfermidades graves e infecciosas e diversas formas de violência contra a mulher. (Viotti, 1995, p. 163)⁷⁸

Destacamos que no território onde entrevistamos Amina, Makeda e Dandara, observamos a aproximação dos homens durante o processo de coleta de dados, que entravam e saíam das malocas, passavam atrás das mulheres, interrompiam a conversa, diante desta expressão do machismo, decidimos não solicitarmos o afastamento deles, por receio pela nossa integridade e das mulheres após a nossa saída, discutiremos acerca dessa particularidade no campo nos capítulos a seguir.

As barreiras que dificultam a plena igualdade e progresso das mulheres, em relação a realidade aqui apresentada, se dá principalmente pela situação de rua, consequência das múltiplas violações de direito humano vivido, sentido e narrado pelas mulheres, porém, não observado nos documentos internacionais aqui apresentados.

Com o advento da pandemia da COVID-19, o aumento de famílias em situação de rua e o aumento das vulnerabilidades, tanto para a infecção da doença, quanto para

a fome, violência, proteção social, foi elaborado recomendações para o atendimento às pessoas em situação de rua, pelas políticas públicas, principalmente saúde e assistência social, nos planos de ação estabelecidos constam,

- A. Contemplar estratégias para os abrigados e para os não abrigados, destacando como prioritárias a atuação da saúde, da assistência social e da sociedade civil (especialmente as instituições que trabalham com alimentação, higiene, vestuário e informação em saúde). O foco das ações devem ser: ofertar e sustentar as pessoas que optarem pelo abrigo e manter as ofertas para os que decidirem não se abrigar (Trino, 2020, p.210)⁷⁹

O acesso a alimentação, dentre as vulnerabilidades acometidas a essa população recebe destaque no documento, sendo referência de responsabilidade do poder público e da sociedade civil. Diante do exposto, sobre acesso à alimentação pelas mulheres entrevistadas perguntamos: Você conseguiu se alimentar hoje?

Amina: *“Até agora nada... só o sorvete”*

Makeda: *“sim. Come de manhã, almoço e janta”*

Dandara: *“Eu comi uma torta que o menino ganhou ... de ontem e fiz um café aqui pra gente, um ajuda o outro, se a gente ganha passa para o outro, é assim...”*

Kahina: *“Sim. Eu me viro sozinha, pego retalho de carne e me viro na rua. Dia de domingo não tem nada”.*

E quantas vezes você consegue se alimentar por dia e onde consegue alimento?

Amina: *“depende, três vezes, dependendo do que o pessoal dar”*

Makeda: *“Nóis vai pedir no pão de açúcar. Eles cuida dos meus filho desde de bebezinho até agora, porque ali tivamente era o mercado Sé, agora mudou pro Pão de Açúcar, o Padre Marcelo fazendo a igreja eles tudo ajuda”*

Dandara: *“na rua duas vezes ainda é muito, depende de como tá a doação né? Senão a gente tem que tentar fazer ali, não é muito boa a alimentação não, porque a gente tem que se alimentar direto né? Com os horários certinho, tomar café da manhã, almoço, café da tarde, janta, pra poder o organismo tá bom, não tem como, na rua é difícil, só se fazer compra e ir fazendo ai mesmo, porque não tem...”*

Kahina: *“Aqui nesse lugar é difícil comer. Para tomar café tem que acordar às 6:00 para ir no BOM PRATO. Ou vender bala ou ir no Centro Pop. Ontem dormi com fome, não teve doação.”*

O acesso restrito a alimentação, configura uma estreita relação com a violência, como consideram ANTONI e MUNHOS (2016)³¹ que em todos os sistemas ecológicos nos quais as moradoras estão inseridas há situações de violência, já que não possuem recursos básicos (moradia, alimentação adequada, condições de higiene, respeito) para seu pleno desenvolvimento.

A Política Nacional de Assistência Social PNAS (2004)⁸⁰, prevê ações que tem como objetivo a proteção social dos indivíduos e famílias. Quanto a situação de rua já instituída, configurada pela perda dos vínculos familiares e comunitários se coloca a necessidade da proteção social especial, pois “[...] à população em situação de rua serão priorizados os serviços que possibilitem a organização de um novo projeto de vida, visando criar condições para adquirirem referências na sociedade brasileira, enquanto sujeitos de direito”. (p. 37)⁸⁰

Referente a proteção social especial, a política a define como

a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. (p. 37)⁸⁰

As mulheres entrevistadas foram questionadas sobre o acesso aos serviços de acolhimento, garantidos pela assistência social, quais sejam os Centros de Acolhida ou Albergues. Iniciamos o diálogo sobre esse tema questionando: nos dias de chuva e frio onde você procura abrigo?

Amina: *“Fico aqui mesmo, aqui embaixo”*

Makeda: *“aqui mesmo! A nossa moradia é aqui. Eu te falei, nós vai pra outro lugar se as pessoas que é um parente fica doente é obrigado nois ficar”*.

Dandara: *“Fico na rua”*

Kahina: *“A gente procura um lugar onde não molha. A gente não vai para abrigo, muitas regras, uns cumprem e outros não, protegem os errados. “Não é sua casa”*.

Considerando a PNAS⁸⁰, nos interessou saber se as mulheres pernoitavam ou tinham vaga fixa em Centro de Acolhida? Em caso de negativa, fale por quê?

Amina: *“nunca.... é ruim... não gosto... na rua é melhor”*

Makeda: *“Se nois passar uma noite fora porque algum conhecido a família tá doente. Nossa moradia é aqui, entendeu?”*.

Dandara: *“não, já dormi, dormi pernoite e já fiquei fixo, não porque é difícil conviver com os outros abrigo é uma bença, adoro os abrigos, mas é convivência, as mulhé quer briga, os outros quer briga, não tenho paciência”*.

Kahina: *“Não. Mas sim eu já peguei vaga fixa, mas não consegui ficar em CA. Pessoal tem muita discriminação. Quem tá lá dentro tem discriminação com vem de fora. Não tenho paciência”*.

As mulheres não reconhecem, pela vivência sentida em seus corpos, que o serviço de acolhimento oferece proteção, como preconiza a PNAS (2004)⁸⁰. E nas palavras de ANTONI e MUNHÓS (2016)³¹, “A partir do momento em que se entra em uma dessas instituições, parece que a identidade das participantes é retirada ou perde valor.”

Dando continuidade a percepção das mulheres frente aos serviços de saúde e social, finalizamos esse tópico as indagando como elas observam a relação dos profissionais da saúde, assistência social, justiça com as mulheres em situação de rua?

Amina: *“colete verde e colete azul”*. Refere-se as equipes que utilizam uniforme e um avental com as cores correspondentes. A equipe do SEAS utiliza avental verde e os Agentes de Saúde Rua usam o colete azul.

Makeda: *“tratam bem e nois trata eles muito bem”*. E quem são os profissionais que atendem vcs?

Makeda: *“Só da saúde, de santo amaro. Vem a noite vem o dia”*

Dandara: *“eles pergunta se a gente precisa de consulta né? pra poder marca pra gente, eles procura ajudar a gente, mas igual eu falei, o que eu vi aqui foi o povo*

do bompar, mas não tem mais, não tem mais ninguém. Vem só a assistência social só, pra perguntar de abrigo, pra ir pra abrigo, aquele de uniforme azul... azul não, é verde, eles que as vezes passa aqui, passou duas acho que semana retrasada. O do bompar é azul, mas não passa mais não, não sei o que aconteceu não, não sei se foi mandado embora, porque eles vinha direto, num ta vindo ninguém mais não”.

Conseguia conversar com o assistente social, psicólogo, enfermeiro?

Dandara: *“Eles vinha, vinha enfermeiro, mas vinha tudo junto, um conjunto, vinha e falava com a gente”.*

E eles te orientaram e auxiliaram a resolver?

Dandara: *eu até falei, eu até falei ajuda... mas o médico sumiu, até falei com o médico era novo, da rua, sumiu médico e eu pedindo pra ajudar eu com uma injeção de vitamina, mas até agora sumiu medico, sumiu tudo.*

Sobre suporte de outra política pública, a do Centro de Apoio ao Trabalhador – CAT⁶, para conseguir segunda via da carteira de trabalho e possibilidade de emprego:

Dandara: *Eu não tenho, perdi na rua, mas eu tenho feita a digital, e eu preciso num lugar lá pra poder conseguir pra mim a digital e vê se eu consigo alguma coisa, mas... não tem como eu conseguir.*

Orientamos que poderia conseguir no próprio CAT apoio para resolver a demanda da carteira de trabalho:

⁶ O Centro de Apoio ao Trabalhador (CAT) é uma grande rede de postos de trabalho da grande São Paulo que possui agências espalhadas por toda a cidade. Além de ajudar o trabalhador que está procurando um emprego, eles também facilitam a vida das empresas que estão recrutando funcionários, pois reúne em um único local milhares de vagas de emprego e trabalhadores que querem uma oportunidade no mercado de trabalho. <https://www.prefeiturasp.org/cat-sp-centro-de-apoio-ao-trabalhador/>. <acesso em 05/05/2023>

Dandara: *“tem que imprimir... eles acha né? Tem computador... eu não tenho o numero, nada. Eu vou tentar... eu vo la ver isso ai”*.

Enumeramos outros serviços aos quais poderia se dirigir e solicitar suporte.

Dandara responde sobre sua percepção acerca dos serviços:

- SEAS⁷ (Serviço Especializado em Abordagem Social): *“eu pedi pra esses daí, mas não responderam nada ainda não, esses de colete azul”*.
- Poupatempo⁸: *“tem que ter celular, no Poupatempo não tá conseguindo, daí eu pedi pra eles (SEAS) daí mas não responderam nada, ai eu vou ver la no cat (centro de atendimento do trabalhador) ver se eles conseguem, alguma coisa, tentar frente de trabalho... tem que ter a carteira digital”*.
- Núcleo de Convivência⁹: *“eu já pedi e não consigo nada, é tudo nesse inferno de celular... tudo no computador ...”*

⁷ O Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS) tem o objetivo de desencadear o processo de saída das ruas e promover o retorno familiar e comunitário, além do acesso à rede de serviços socioassistenciais e às demais políticas públicas. Ele realiza a busca ativa e abordagem nas ruas, identificando nos territórios a incidência de trabalho infantil, violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua e outras. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/assistencia__social/index.php?p=331245. <acesso 05/05/2023>

⁸ O Governo do Estado de São Paulo, para facilitar o acesso do cidadão às informações e serviços públicos, implantou em 1997 o Programa Poupatempo, que reúne, em um único local, um amplo leque de órgãos e empresas prestadoras de serviços de natureza pública, realizando atendimento sem discriminação ou privilégios. <http://web3kptempo.redegov.sp.gov.br/oqueopoupa/index.asp>. <acesso 05/05/2023>

⁹ O Núcleo de convivência é um serviço para pessoas em situação de rua, acompanhadas ou não de seus filhos e oferece atendimento com atividades direcionadas e programadas para o desenvolvimento de sociabilidades, com foco na construção de vínculos interpessoais, familiares e comunitários. Oferece também alimentação e espaço para lavar as roupas. Tem o objetivo de acolher a pessoa em situação de rua, visando fortalecer o processo de sociabilidade, com vistas a inserção social, contribuindo para o protagonismo e possível superação da situação de rua. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/assistencia_social/index.php?p=331241. <acesso 05/05/2023>

Kahina: Expressão de dúvida: *“Pessoal da saúde não trata "dão preferência para homem do que mulher". "No Jabaquara não tem albergue para mulher é onde tem mais mulher". "Só tem vaga para homem" "não tenho como arrumar vaga para você porque não tem vaga". Casal querem separar.”*

A relação das mulheres com os profissionais que representam as políticas públicas do território é mais próxima com as equipes da saúde e assistência social. Segundo as entrevistadas, há pouco suporte dos serviços na resolutividade de suas demandas e Dandara e Kahina, apresentam maiores críticas, frente a atenção ofertada.

ANTONI e MUNHÓS (2016, p. 646)³¹ analisam que “a violência institucional ocorre também na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos. Os principais exemplos são os serviços de saúde, de seguridade social e de segurança pública”. Na fala das entrevistadas aparece também a assistência social, representada na figura do SEAS e Núcleo de convivência e ao analisarmos os objetivos dos serviços, não estão cumprindo com o que é preconizado na política.

Mesmos com os dispositivos disponíveis às mulheres para o alcance da cidadania, o acesso é fragilizado, devido exigências como acesso à internet, documentos digitais, idas e vindas aos serviços sem solução efetiva. Uma das principais barreiras de acesso é a documentação, exigência de todo e qualquer serviço seja para agendamentos ou realização de exames, acessar emprego ou benefícios sociais.

PARTE 4

Dimensões invisíveis

4.1 E você, me enxerga como mulher?

Chegamos num ponto sensível e delicado deste trabalho, que confere traduzir com sutileza, gentileza e crítica o que observamos acerca dessa dimensão. Mas cabe indagar, o que consideramos ser mulher e qual o sujeito feminino consideramos dignos de obter o título de mulher?

Nos valem dos significados da palavra invisível para conceituar esse termo e relacioná-lo as mulheres deste estudo.

“Que, por sua natureza, sua distância ou sua pequenez, escapa à vista: certas estrelas são invisíveis a olho nu¹⁰”. “Que não pode ser apreciado pelo sentido da visão; que não tem visibilidade; que não se vê. Que não é visível a olho nu devido a sua extrema pequenez¹¹”

Dimensões invisíveis referem-se a tudo que impacta na vida das mulheres em situação de rua, mas, não são visíveis a olho nu, pois, pertencem ao mundo subjetivo, apreendido a partir do saber que gênero e raça/cor possuem direitos e cidadania e desmistificação do lugar social de gênero. Refere-se em perceber a força do racismo nas em suas relações: afetivas, solidão e preterimento, com as instituições e comunidade, de modo a compreender que situação de rua se pauta mais pelas iniquidades interseccionadas pelas avenidas da desigualdade social e raça/cor, do que justificativas pautadas em falhas individuais. São os planos, desejos, sonhos e

¹⁰ Dicionário on line de português <https://www.dicio.com.br/invisivel/> <acesso em 14/05/2023>

esperanças, invisibilizados nas avenidas que ocultam as mulheres em situação de olhos aos olhos atentos.

Como falar do ser mulher negra em situação de rua, sem considerar que essa condição está carregada de dor, “*Assim como barulho contém o silêncio. Dororidade, pois, contém as sombras, o vazio, a ausência, a fala silenciada, a dor causada pelo racismo. E essa dor é preta.*” (PIEDADE, 2017, p. 16)⁸¹

Conceituar o não dito, a partir das observações e constatações empíricas, talvez não retrate o vazio, que percebemos nos olhos de mulheres, que talvez tenham se esquecido do que é ser mulher, até o momento em que as questionamos.

Para a autora a Sororidade não abarca a dor que a pretitude carrega, considerando que é a partir da cor da pele que a dor se instala, porque quanto mais cor, mais racismo e mais dor⁸¹. O feminino em situação de rua tem cor.

A partir do ser mulher e da cor escura que carregam, podemos discutir como essas mulheres se enxergam nesse contexto de dor, que talvez só tenha sido percebido a partir dos nossos questionamentos.

Podemos nos valer da fala de SOJOURNER TRUTH (1851)⁸², que participou da primeira Convenção Nacional pelos Direitos das Mulheres nos Estados Unidos e uma de suas falas mais emblemáticas foi, “Não sou eu uma mulher?” “Olhe para mim! Olhe para o meu braço”

Arei a terra, plantei, enchi os celeiros, e nenhum homem podia se igualar a mim! Não sou eu uma mulher? Eu podia trabalhar tanto e comer tanto quanto um homem – quando eu conseguia comida – e aguentava o chicote da mesma forma! Não sou eu uma mulher? Dei à luz treze crianças e vi a maioria ser vendida como escrava e, quando chorei em meu sofrimento de mãe, ninguém, exceto Jesus, me ouviu! Não sou eu uma mulher? (DAVIS, 2017, p. 71)⁸²

A escravização dos corpos negros, além de desumanizar esses corpos, também retirou das mulheres negras a feminilidade reconhecida neste gênero, no entanto, como pontua a autora, a feminilidade era conferida às mulheres brancas, donas de casa e cuidadora dos filhos. Argumenta ainda,

O sistema escravista definia o povo negro como propriedade. Já que as mulheres eram vistas, não menos do que os homens, como unidades de trabalho lucrativas, para os proprietários de escravos elas poderiam ser desprovidas de gênero. Nas palavras de um acadêmico, “a mulher escrava era, antes de tudo, uma trabalhadora em tempo integral para seu proprietário, e apenas ocasionalmente esposa, mãe e dona de casa”. A julgar pela crescente ideologia da feminilidade do século XIX, que enfatizava o papel das mulheres como mães protetoras, parceiras e donas de casa amáveis para seus maridos, as mulheres negras eram praticamente anomalias. (DAVIS, 2017, p. 17-18)⁸²

A desumanização que a cor da pele carrega pode ser transferida para o feminino que transporta consigo essa cor e desse modo, pode tornar-se difícil reconhecer-se mulher ou reconhecer nessas mulheres a feminilidade.

A pergunta como é ser mulher em situação de rua se fez necessária, considerando a percepção dessas mulheres frente aos impasses de gênero na rua, “*Ah é sofrido, eu não gosto não! Mulher que é de verdade gosta da cozinha dela, gosta da cama ... eu por mim não apoio em nada ... eu não apoio em nada, não gosto não!*” (Dandara)

Dandara confirma o que DAVIS⁸² apresenta em sua discussão, reforçando um lugar construído socialmente como ideal para a mulher a partir de uma ideologia machista e patriarcal, no entanto, para ela, salvo concepções ideológica, confere um lugar de proteção.

Como discutido no capítulo anterior, as mulheres estão mais expostas as violações de direito, como violências e discriminação por classe ou raça/cor, “Não

é fácil é muito difícil”. (Kahina), diz a entrevistada sobre ser mulher em situação de rua.

O silêncio apareceu nas respostas de duas das entrevistadas, um silêncio que exprimiu um sofrimento interno, talvez não percebido ou reconhecido. Após uma respiração profunda ou um desviar do olhar,

Esses sinais não-verbais podem ser utilizados para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal e também para demonstrar sentimentos. Em caso de conflito entre a mensagem verbal e a comunicação não-verbal, a mensagem não-verbal prevalecerá. (RAMOS, BORTAGARAI, 2012, p. 164)⁸³

Silêncio... *“é uma vida muito ruim... eu queria assim... sabe tipo assim... que o pai dos meu filho pegou eu na rua no sofrimento, sem família nenhuma, cuida de mim e os filho, botou mais sofrimento, caiu fora... sem mais sem menos... (olhos enchem de água)”*. (Makeda)

Amina utiliza a grandeza de seu silêncio, que mais parecia uma reflexão para proferir a resposta *“normal...”*, resmungando baixinho, mas demonstrando nos gestos o desconforto com a pergunta.

Ser mulher em situação de rua, partindo da resposta de Makeda, representa o abandono e a solidão, a maternidade solitária e a perda do status de companheira torna a vida mais dolorida.

A percepção de tratamento também foi questionada, considerando como as mulheres observam o modo como os homens as tratam. *“Eles trata bem, eles procura cuidar da gente, se tiver algum homem querê aproveitar... querê zuá eles defende a*

gente. Mesmo não sendo nada, mesmo sendo amigo, eles ajuda. Esses dia eu tava la embaixo, tava sozinha, subi pra cima por causa disso... porque tem os menino que é homem e ajuda. (Dandara).

Ao mesmo tempo em que há a percepção de proteção, Dandara reconhece os riscos de violação contra seu corpo, violência sexual. Em seu discurso aponta que as vezes pode ocorrer trocas de favores, como a mulher estar disponível sexualmente para um homem e dessa forma não sofrer violência sexual.

Como afirmam RAMOS e BORTAGARAI (2012, p. 164)⁸³, “mesmo o silêncio é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens em determinado contexto”, Amina fez silencio quando questionamos o modo como os homens tratam as mulheres, o silencio acompanhado pela expressão corporal transmitiu receio sobre o que responder.

4.1.2 Projetos de vida: podemos sonhar com o futuro?

Qual identidade você atribui as pessoas em situação de rua? Será que elas refletem, desejam, sonham em ser pessoas que não estão na condição que estão, será que podem sonhar com o futuro? Como atribui-se a figura dessas pessoas? De acordo com FERREIRA e MATOS⁸⁴, a nossa identidade por ser configurada a partir de como os outros a definem e interiorizam e por fim definem como verdade. Sobre a identidade das pessoas em situação de rua, os autores atribuem que no senso comum,

Observa-se, assim, a existência de representações sociais pejorativas, em relação à população em situação de rua, que se materializam nas relações sociais. Vagabundo, preguiçoso, bêbado, sujo, perigoso, coitado, mendigo... São designações comuns dirigidas às pessoas em situação de rua. (2004, p. 47)⁸⁴

Na representação social do sujeito em situação de rua, conseguimos vê-los como pessoas que possuem projetos para a vida?

Antes de finalizarmos as entrevistas, questionamos as mulheres acerca dos sonhos, planos e projetos de vida, segundo NUNES, TORRENTÉ e PORTUGAL, “[...] pessoas em situações precárias e críticas, mas que desfrutam de interações humanas e/ ou acesso a recursos que lhes fazem crer que suas vidas valem a pena, podem elaborar projetos de vida cheios de esperança”. (2021, p. 02)⁸⁵

Diante dos argumentos dos autores, conversamos com as entrevistadas acerca de seus planos para o futuro, iniciamos perguntando quais são seus sonhos:

Amina: *“ficar perto dos filhos, casa, ir na Igreja de testemunhas de Jeová”*.

Makeda: *“Eu queria mais é ter alguma coisa pra vender né, pra sair dessa vida”*.

A minha casa, pra mim, meus netos e meus filhos. Sonho ter uma casa, para ela e os netos”

Dandara: *“pro futuro? Depende... é tanta coisa que a gente quer fazer... urgente é um emprego, que se eu pagar aluguel tem que ter uma coisa fixa”*. O assunto fluiu com Dandara e nos levou para uma conversa sobre planos para conhecer pessoas: *ah isso é bom pra mim, que eu fiquei na rua fui nuns abrigo, conheci umas pessoas, distraí né, a pessoa com depressão, fica no apartamento sozinha, então acho*

que era isso, ai melhorou bastante é bom conhecer outras pessoas. Tem que passear para algum lugar.

Dandara conclui o assunto falando sobre estudos e profissões: *isso que é difícil, porque eu não tenho cabeça para estudar, eu posso trabalhar de alguma coisa, mas ficar focando, estudando a minha cabeça, memória tá fraca, a mente minha não trabalha, por isso que tem que me ajudar... a mente minha não trabalha, ceis fala assim ó, vocês veio aqui, hoje é sábado, se vocês vim terça-feira já não lembro mais, que ce perguntou ai? Você vai perguntar pra mim o que você perguntou aí eu não sei mais não, eu não lembro (risos) esse é o médico né? Acho que pra faculdade eu não tenho cabeça não! Posso fazer curso, curso que é pouco tempo, acho que até um ano ficar estudando, mas estucar, ficar ali livros e livros eu estrutura a cabeça mais não”*

Kahina: “Primeiro lugar buscar Deus na minha vida, sem ele não vou conseguir. "Antes de cair na rua eu ia para a Igreja". Perdi o destino de tudo.”

A respeito dos recursos que podem contribuir para perceberem motivos em levar a vida a diante, questionamos em relação ao que gostam de fazer, se existe prazer em exercer alguma atividade ou se já existiu.

Amina: “*gosto de ficar aqui na rua*”. Iniciamos vários assuntos na tentativa de extrair mais informações acerca desse tema e foi no momento em que perguntamos se já havia ido ao cinema, respondeu: “*fui na Paulista, assisti Xuxa Contra o Baixo Astral*”, lembrando trechos do filme... nesse momento sorriu.

Makeda: “*eu não me divirto... não vou no forró*”. Então perguntamos se já havia estado em um forró? Makeda silenciou... e em outra tentativa de extrair informações perguntamos se a equipe da saúde já a convidou para dar um rolê: “*ela*

nunca chamou... mas sei que vai chamar um dia... é só convidar que eu vou". Um sorriso ao final da entrevista.

Dandara: *"Ih... pra se divertir não tem nada, só se for os bicho pra distrair a mente, é o gato que é pra lá e pra cá... o cachorro "negão", não tem."* Observamos que muda seu semblante ao falar do assunto, logo complementa: *"nós vamos sair, eles pediram aqui, pra sair, o rapaz profissional pediu pra sair, todo mundo vai sair, não pode mais, a prefeitura não quer mais"*. Perguntamos se sabe para onde vão: *"então, é isso que eu to correndo atras, ver o que eu vou fazer, esperar o auxilio, vai juntando um com o outro pra ver se aluga, se for um cômodo"*. Insistimos nesse assunto e problematizamos se não poderia voltar para o apartamento da família, neste momento se emociona e diz:

"o apartamento no Piqueri é herança, eu voltei, mas saí, como eu disse depressão, voltei e saí, mas eu to boa, isso aqui pra mim é melhor, que outro lugar, entendeu?, melhora mais, não tem vizinho, tem gente que gosta de voltar ao passado, sua mãe era isso e a gente quer melhorar, outras pessoas não vai ficar perguntando. Aqui eu to bem melhor, eu fiquei ruim mesmo, lembra os móveis que eu sentava e deitava ela, as coisa que ela falava, ficou na memória. Ela tava no sofá, ela passou mal, chamou a ambulância aí no outro dia diz que ela faleceu, mas como ela tava boa e faleceu? Porque é uma coisa magico, que surto... ela tava boa, eu cuidava a pessoa boa, todo mês, todo dia tomava remédio da pressão, aí entendeu? Igual a gente ... na igreja também, talvez dá uma piscadinha a gente vai... nessa cadeira to boa daqui a pouco morreu, imagina... acabei de falar com aquela... entendeu, é isso que não entrava na minha cabeça, não entrava, que eu aceitasse as coisas, eu si conformou um pouco né, mas é difícil, senti falta..."

Kahina: *“Fazer caminhada, gosto de comer bastante é uma maravilha”* (demonstra felicidade), *“ler a bíblia, a leitura é uma coisa muito boa, gosto de suspense, romance e investigação”*. *“Mereço ser cuidada eu sou filha de Deus”*. Estava lendo o livro Cinquenta Tons de Cinza.

Os relatos acima apresentados trazem um misto de projetos de vida, esperança e tristeza, abarcam a realidade dos sujeitos que por vezes experimentam vários sentimentos num dia só. A relação familiar, seja pela ruptura, a dor da perda ou desejo do reencontro fazem parte das narrativas das entrevistadas, ter uma casa e emprego também aparece como perspectiva de vida, mas o elo que liga todos os discursos é a esperança e desse modo, identificamos que apesar de todas as mazelas, perdas e infortúnios que a situação de rua acarretou, não as fez perder a possibilidade de sonhar e projetar uma vida melhor, fora da rua.

Partindo do olhar para o futuro, há possibilidades de um trabalho em saúde, para que aflore nas mulheres o olhar para si como merecedoras de cuidado, como enfatiza Kahina, porém, sem um olhar mais cauteloso e empático dos profissionais da saúde e assistência social, esse processo poderá ser mais difícil de ser executado.

4.1.3 (In) femininas aos olhos das políticas públicas (por estarem em situação de rua)

Essa concepção confere o direito de como as políticas públicas reconhecem as mulheres em situação de rua, não como mulheres, mas como aquelas que não cumpriram com o papel social feminino, portanto, perdem a identidade que entrega

a feminilidade inerente as mulheres “brancas”, minorias presentes nas ruas e que não se expõem no espaço conferido aos homens.

[...] não são todas as mulheres que têm o privilégio de serem denominadas mulheres. Porque às mulheres está reservada a imagem da maternidade e da fragilidade. Dificilmente essa imagem é destinada à mulher negra. Mulher negra, mesmo hoje, ainda luta pra ser vista como mulher; na época da escravidão, pois, era tão animal e selvagem como os homens negros. O trabalho árduo e compulsório destituía-lhes tanto a aparência quanto o comportamento “feminino” que as mulheres brancas tinham. (Conceição, 2016)⁸⁶

Aliado a cor da pele, essa mulher adquire dupla infeminização, o que legitima ignorar suas demandas, pautadas no racismo e na desigualdade de gênero inerente às mulheres.

Durante o reconhecimento do território para localizar as mulheres em situação de rua, constatamos que na verdade essas mulheres são invisíveis aos olhos das políticas públicas saúde (Consultório na Rua) e assistência social. Havendo a necessidade de contatar profissionais das políticas para obter informações quanto a localização dessas mulheres, a resposta sempre foi a mesma, que não havia muitas mulheres no território de abrangência da SACA Santo Amaro / Cidade Ademar, afirmação desmentida conforme íamos desbravando o território, considerando, não termos conseguido alcançar todos os locais de competência da supervisão técnica. Como argumenta Sicari (2018)⁸⁷, o poder público através de suas normas legitima a existência das pessoas em situação de rua, no entanto, essas mesmas políticas públicas acabam por invisibilizá-las.

Considerando Yaa Nana, Tiye e Nehanda que não pertenciam a supervisão de saúde de referência dessa pesquisa, as demais mulheres foram encontradas no território invisíveis consciente ou inconscientemente aos olhos desses profissionais, enfatizamos aqui que não estamos falando das mulheres trecheiras, ou seja, que ficam cada dia em um lugar, as visíveis aos nossos olhos são mulheres que estavam estabelecidas em uma rua, um viaduto, uma calçada enquanto referência de existência e moradia

4.1.4 Machismo: sob a vigília dos homens

Em todos os territórios em que estivemos, havia a presença dos homens e foram eles que “permitiram” que os encontros com as mulheres acontecessem.

Como afirmam os documentos que faz a contagem da população em situação de rua,^{1,16,55} o gênero masculino é maioria absoluta na condição de rua.

Nas Avenidas Adolfo Pinheiro, Vicente Rao, João Dias e embaixo do Viaduto da Avenida Washington Luíz, havia a presença de homens, os quais, avaliamos ser pertinente nos aproximarmos e perguntar onde poderíamos encontrar as mulheres para participarem da pesquisa e entrevista, a todos, explicamos as motivações da pesquisa. Em seguida, nos foi indicado o local onde estavam ou não havia mulheres.

Homens, maioria negros, idade aproximada 25 a 45 anos. Aqueles que nomeamos como lideranças daquele território, identificamos a ausência de características de rua, estavam com as roupas em ótimo estado e mesmo usando chinelos, observou-se pés cuidados, sem as lacerações que a condição daqueles com pouco acesso à higiene e obrigados a muito andar apresentam.

Destacamos como espaços de maior opressão masculina Avenida Vicente Rao – embaixo Vd. Washington Luíz, Lateral da Igreja Matriz Largo Santo Amaro e Lateral da Biblioteca Prestes Maia, Avenida João Dias. Em todos os espaços, explicamos às mulheres e aos homens os motivos de estarmos no local, porém, foram eles, que autorizaram nossa presença, mesmo que simbolicamente.

A simbologia deixamos a cargo de MINAYO⁸⁸,

A concepção do masculino como sujeito da sexualidade e o feminino como seu objeto é um valor de longa duração da cultura ocidental. Na visão arraigada no patriarcalismo, o masculino é ritualizado como o lugar da ação, da decisão, da chefia da rede de relações familiares e da paternidade como sinônimo de provimento material: é o “impensado” e o “naturalizado” dos valores tradicionais de gênero. Da mesma forma e em consequência, o masculino é investido significativamente com a posição social (naturalizada) de agente do poder da violência, havendo, historicamente, uma relação direta entre as concepções vigentes de masculinidade e o exercício do domínio de pessoas, das guerras e das conquistas. (2005, p. 23-24)⁸⁸

Cronologia dos fatos

Avenida Adolfo Pinheiro: observadas e interrompidas a todo momento por homens, no momento da entrevista com Kahina. A interrupção estava sob o véu da desculpa de acharem que estávamos entregando vaga de pernoites em centros de acolhida. Em nenhum houve pedido de licença para interromper.

Avenida Vicente Rao: região do Aeroporto de Congonhas, um homem nos observou desde o momento em que descemos do carro, quando o abordamos estava embaixo do Viaduto , logo apontou com os dedos onde poderíamos encontrar as mulheres, durante as duas entrevistas, os homens presentes no local estiveram muito próximo de nós, na primeira entrevista, de Makeda, um rapaz que disse ser genro da

entrevistada permaneceu ao lado da mesma o tempo todo, de repente outro rapaz apareceu, nos olhou e entrou na barraca, a qual estava do nosso lado.

Embaixo Vd. Washington Luíz- mesma região do Aeroporto de Congonhas, enquanto entrevistávamos Amina, dois homens, um sendo o suposto líder, passavam por nós, nos encarando, passando atrás da entrevistada, um deles resolveu mexer em uma barraca e umas roupas, que estavam próximas a nós, agachado, ficava nos olhando.

Avenida João Dias, calçada da Biblioteca Municipal Prestes Maia: assim que chegamos avistamos duas malocas, mas não havia ninguém, quando chegamos atrás do edifício, dois homens, um negro e um pardo, idade aproximada entre 40 e 50 anos, um deles sem características de pessoa em situação de rua, com o dedo indicador também apontou onde encontraríamos Dandara. Enquanto realizávamos a entrevista, fomos observadas por dois homens:

O primeiro homem apareceu e visivelmente transtornado, rosto machucado, parou próximo de nós e nos olhou fixamente, Dandara congelou, ao nos questionar foi possível observar a boca machucada e os dentes com aparência de estar com sangue, informamos do que se tratava aquela conversa se desculpou, em seguida arranca uma moça que dormia na maloca ao lado e ela o segue.

Segundo homem, este resolveu se sentar em uma mesa de plástico de frente para nós, com uma distância aproximada de quatro a cinco metros, nos observava, enquanto cortava cebola e temperos, era possível ver a faca transpassando os alimentos.

Após terminarmos a entrevista, voltamos atrás da biblioteca para procurar a outra mulher, no entanto, o mesmo homem que nos indicou Dandara, fez um sinal estranho com a cabeça e disse: “ali não é bom ir” apontando para uma barraca de lona preta e continuou “se vocês quiserem tentar a outra mulher ela fica lá do outro lado”, nos sentimos inseguras em continuar naquele espaço e fomos embora.

Observamos que o machismo, é dirigido a todas as mulheres independentes de estar ou não em situação de rua, o que configura inconscientemente e de forma permitida, uma prática, que naturaliza que homens possam se apossar e controlar os corpos femininos. Não há, portanto, como não reconhecer que o sistema do machismo é sim imperativo no cotidiano de todas as mulheres e quando nos deparamos com a realidade de mulheres em situação de rua, identificamos que, as mulheres negras estão mais expostas a esse controle dos corpos, considerando o território pesquisado.

4.1.5 O poder do uniforme

Identificamos que retornar ao campo como pesquisadoras conferiu a nós muito engajamento e ingenuidade. Enquanto profissional de uma equipe de consultório na rua, a entrada no campo, as visitas aos pacientes nas ruas, malocas, serviços de acolhimento, se davam a partir de um elemento crucial para o trabalhador, o uniforme. Considerando o uniforme ser uma vestimenta que configurava poder, poder de fala, poder de comando e orientação e de entrar em qualquer território, o material de trabalho conhecido como EPI – Equipamento de Proteção Individual, visualmente e simbolicamente confere também a identidade e prestígio ao trabalhador (a), além de certa submissão ao empregador, como enfatiza Farias (2010, p.286)⁸⁹, “os artefatos têm vida, alma e

memória”. Partindo dessa afirmação, compreendemos que o uniforme pode assumir uma multiplicidade de símbolos que podem determinar certa subserviência das pessoas em situação de rua frente aos profissionais uniformizados.

Cabe ponderar que se não tivéssemos sido impetuosas, não teríamos descoberto uma outra característica silenciosa, que cerca a realidade das mulheres em situação de rua. Enquanto mulheres comuns, sem o título de uma instituição pública, fomos colocadas a princípio no mesmo lugar que as mulheres sujeitos da pesquisa, por pequenos instantes, até que conseguíssemos nos apresentar como pesquisadoras e assumir um status na perspectiva dos homens, que, nos colocou em um nível um pouco acima daquele posto às que estão em situação de rua.

Mas o que nos distinguiu das mulheres entrevistadas, éramos mulheres negras e brancas, tratadas da mesma forma e talvez, pelo poder da argumentação, da postura ou golpe de sorte.

Algumas considerações

O meu contato com o campo e com as pessoas que vivem em situação de rua me causou duas sensações distintas: a desconstrução e o estranhamento.

Na condição de Assistente Social me identifico no campo de pesquisa em duas condições: a de uma profissional com minha formação teórica e técnica; e a de pesquisadora com meus pressupostos teóricos e meus questionamentos. Destaco o estranhamento ao me aproximar, interagir, estar e intervir no território nessas duas condições.

A primeira, infere um status de poder, privilégio, prestígio e segurança, mesmo que simbólica, onde o contato diário com as mulheres, me fazia compreender que elas necessitavam acessar os cuidados em saúde de forma efetiva e que esse acesso, configuraria a elas, plena cidadania. Desconstruo, quando, no retorno ao campo somos colocadas e realocadas em um lugar vulnerável e de risco, iminente ao gênero feminino na rua, nós, iguais no gênero e na cor, não existindo distinção naquele campo, apenas mulheres, subjugadas nos corpos e mobilidade, dirigidos e controlados, compreendemos, portanto, que acessar ou não o serviço de saúde, era apenas a ponta do *iceberg*.

É partindo dessa análise que embarcamos nessa jornada no campo, que tinha como preocupação inicial investigar se a interseccionalidade de violências, gênero, raça/cor e situação de rua aparta as mulheres em situação de rua dos espaços de acolhida e cuidado, tornando-as invisíveis aos serviços de atenção à saúde. Despida do véu do uniforme, constatamos que a maioria das mulheres encontradas no território são negras, sendo encontradas nas ruas 59% de pardas, 34% de pretas e 7% de brancas, a maioria

compreende a faixa etária entre 30 a 49 anos, quanto a naturalidade, da cidade de São Paulo, relatando estar em situação de rua de três anos há mais de uma década.

As motivações para a situação de rua variam, no entanto, observamos que o uso de álcool e drogas pouco aparece nos discursos, a família surge como elemento central, seja pela violência intrafamiliar, abandono, abusos na infância, terminos de relacionamentos ou perda de um ente querido. Por vezes, retornar ao espaço que lhes causou sofrimento é tão difícil, que a rua é o único espaço possível para estar.

Constatamos que estão a par das informações acerca dos exames preventivos de saúde da mulher, quanto a relevância de se vacinarem contra a Covid 19 e métodos contraceptivos, bem como, estão informadas que exames, vacinas e medicações são realizados na unidade básica de saúde. Aferimos que elas não costumam acessar fisicamente a unidade básica de saúde, sendo o vínculo mais próximo com a equipe de Consultório na Rua, que ocorre a partir das visitas da equipe, que in loco, recolhem suas demandas e necessidades, com pouca resolutividade ou efetividade.

Outra informação relevante referente ao acesso na unidade básica, é apontada pelas mulheres quanto a falta de devolutiva acerca dos agendamentos ou resultados de exames e novamente trazem a equipe de Consultório na rua, mas apontando a ausência de contato. Observamos, contudo, que há territórios em que a equipe de Consultório na Rua está mais presente, momento em que as mulheres relatam atendimentos com mais continuidade como o odontológico, porém, com pouca adesão da paciente, havendo territórios em que a presença é mais espaçada ou descontinuada, motivando a falta de devolutiva e retomada nos acompanhamentos.

Os serviços de urgência, AMA, UPA e Hospitais, são reconhecidos como resolutivos para seus problemas de saúde, sendo importante destacar que as

motivações para procurar esses serviços acontecem já quando a dor não é mais suportada, quando há fraturas, cortes ou lesões que necessitam de intervenção médica ou se socorridas e encaminhadas para cuidados emergenciais.

O ser mulher em situação de rua a partir da autoidentificação tem sua resposta permeada em silêncios. É o não dizer que lhes reconecta com o feminino, que talvez, a condição em situação de rua lhes retirou. “É ruim ser mulher na rua”, unanime entre as mulheres. Partindo da resposta sobre o ser mulher, verificamos a secundarização do cuidado em saúde, partindo da constatação do controle de seus corpos pelos homens que dividem e dominam o mesmo espaço, que imobiliza, mesmo sem muros, amarras ou ameaça direta, pois, é no invisível que a opressão se alimenta, no masculino que há todo momento, impõe a força do medo pela presença ostensiva, por palavras disfarçadas de conselho, na presença abrupta, que assusta e desestabiliza, o recado é dado sem palavras.

Quanto as situações de violência, esta já tão naturalizada no cotidiano, violência que se estrutura na fome, na ausência de moradia, na necessidade de encontrar um local para realizar a higiene e necessidades básica, é expondo o corpo, na necessidade de ser só um homem a lhe exigir sexo do que sofrer violência de muitos. O abandono afetivo do companheiro, que é revivido diariamente. As situações de violência são unanimes entre as mulheres, mas a estrutural é a mais avassaladora, pois, as coloca mais vulneráveis às demais ações violentas, praticadas na maioria das vezes pelo sexo masculino. Identificamos ser possível habituar-se a esse sistema violento e até naturalizá-la e por vezes compreendida de proteção, essa percepção advém das respostas sobre como os homens tratam as mulheres nas ruas. Por vezes o silencio foi

a resposta, nesse caso, estar vinculada a um espaço sob domínio dos homens, de fato, as protege de abusos de homens que não pertencem àquele espaço.

Ter uma moradia, reencontrar os filhos, ter um emprego, fazem parte dos desejos e projetos de vida, mesmo que muito distantes, mas, ainda são sonhos.

Os resultados da pesquisa evidenciaram também, a invisibilidade dessas mulheres, pelas políticas públicas mais próximas delas, quais sejam saúde e assistência social, pois, no contato com os profissionais, foi consenso entre eles, não encontrarem muitas mulheres no território, nos fazendo questionar, se há uma associação entre gênero e raça/cor, que fundamente não as verem, não considerarem como cidadãos esses corpos femininos. Essa invisibilidade traz a discussão sobre a Banalidade do Mal⁹⁰, exercida pelos profissionais que atuam a partir de propósitos, crenças ou preconceitos, que tem na inconsciência e ausência de reflexão, ações que justificam a não garantia do direito e anulando com isso a cidadania.

Deste modo, a pesquisa nos apresenta um cenário, talvez desconhecido ou ignorado por profissionais da saúde e assistência social, que está afastando as mulheres em situação de rua do cuidado efetivo em saúde e proteção social, são vítimas de determinantes sociais estruturais (miséria, violência, medo, fome...), institucionais (invisibilidade de suas demandas pelos profissionais que executam as políticas públicas) e territoriais (cotidiano das ruas, controle dos líderes do território...) que acabam inibindo a mobilidade, a procura de ajuda, as deixando mais vulneráveis a discriminação racial e de gênero, a violência, a fome ao sofrimento mental e sem saída para sanar suas necessidades essenciais.

Podemos compreender que essas mulheres gozam do pleno estado de cidadania? o acesso à saúde pode ser uma dimensão de cidadania ou cabe a nós, profissionais da saúde e demais políticas públicas, atuarmos frente a urgência de que essas mulheres se percebam, se reconheçam e mobilizem-se como cidadãs de direitos, para que assim, acessem e cuidem da saúde em acepção do direito à saúde.

Consideramos relevante devolver os resultados da pesquisa a Supervisão Técnica de Saúde Cidade Ademar /Santo Amaro, profissionais da RAPS e as mulheres em situação de rua do campo pesquisado e demais territórios.

Apresentamos com este estudo, a realidade de uma pequena parcela da população feminina em situação de rua, esperamos que possa contribuir para dar visibilidade, corpo, rosto e cor a realidade dessas mulheres, de modo a aproximar os profissionais da saúde e assistência social da real necessidade, que é ser vista como cidadã de direitos. Que possamos ampliar o debate acerca do cuidado em saúde e proteção social dessa população feminina, possibilitando a elas a verdadeira concepção de cidadãs.

Propostas de intervenção: Por uma saúde antirracista e a favor da saúde do trabalhador

A questão racial que permeou a discussão da dissertação *Mulheres Negras em Situação de Rua: da invisibilidade social a barreiras de acesso para o cuidado efetivo em saúde*, trouxe à tona a necessidade de refletir acerca da questão racial partindo dos trabalhadores que atendem essa população, concluindo que essa discussão só se fundamenta, se inicialmente refletirmos sobre o impacto do racismo institucional na saúde, ouvindo os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial RAPS, que atuando no território realizam o cuidado e atendimento as pessoas em situação de rua.

Utilizaremos como aporte teórico para essa discussão, alguns conceitos que nos auxiliarão para a compreensão do projeto de intervenção, tais como o Plano Nacional Educação Permanente em Saúde – PNEPS SUS⁹¹ (2018), Política Nacional de Educação Popular em Saúde do Sistema Único de Saúde – PNEPS SUS⁹² (2013), Política Nacional de Saúde Integral da População Negra⁵⁰ (2009) e Freire (2018)

Ao compreendermos a necessidade de trazer a reflexão do impacto do racismo na práxis cotidiana do profissional e entendendo que a mudança se realiza de dentro para fora e determinando que o público-alvo seriam os profissionais, necessitamos encontrar o território a se realizar a intervenção, que apresentasse uma realidade próxima a discussão da dissertação.

O território escolhido para o Projeto de Intervenção foi o da região Oeste, que pertence a Supervisão Técnica de Saúde (STS) Lapa/Pinheiros e Supervisão Técnica de Saúde (STS) Butantã, que respondem a mesma Coordenadoria de Saúde Oeste. Importa dizer que não consideramos o território da SACA – Supervisão Técnica de

Saúde Santo Amaro / Cidade Ademar para aplicar o projeto de intervenção, devido mudança do local de trabalho da pesquisadora e pela participação no Fórum Kilomboete, local de encontro e aquilombamento de profissionais que atuam na supervisão Lapa/Pinheiros se encontram para refletir sobre a prática profissional e os impactos do cuidado com os usuários negros dos serviços.

Nesses encontros, os profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde, CAPS Infantojuvenil, Adulto e Álcool e Drogas, CECCO – Centros de Convivência e Cooperativa, MSE – Medida Socioeducativa, SAICA – Serviço Atendimento Institucional para Crianças e Adolescentes, Residências Terapêuticas e representantes da Supervisão Técnica de Saúde, apresentaram relatos impactantes, acerca do racismo institucional, sofrido por parte tanto dos seus gestores quanto por parte dos usuários dos serviços acima citados.

O sofrimento, a fala embargada, o silêncio, as expressões de dor e os manifestos indignados frente a violência sofrida, os movem para novos encontros e rodas de conversa com militantes do movimento negro e militantes da área da saúde sobre o racismo e seus impactos no cotidiano de profissionais negros. Nos cinco encontros nos quais a pesquisadora participou, esteve presente na fala desses profissionais em ordem de sofrimento: o silêncio, a vergonha, medo de perder o emprego, minimizarem o ato racista responsabilizando o profissional, falta de suporte dos superiores diretos, o despreparo da gestão em lidar com as situações de racismo, a sensação de impunidade e por fim e dentre todas, talvez o mais delicado, que é o manejo com o paciente, principalmente com diagnóstico de sofrimento mental, que comete racismo contra o profissional que o assiste no espaço de trabalho.

Avaliamos a necessidade de ampliar a discussão acerca da violência que é o racismo institucional, a partir da formação no espaço de onde as relações profissionais acontecem, compreendemos ser a Educação Permanente em Saúde - EPS, a melhor abordagem, considerando que para o Ministério da Saúde, ela “se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (PNEPSⁱ, 2018, p. 10).⁹¹

Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. (PNEPSⁱⁱ, 2018, p. 10).⁹¹

A superação de uma dada realidade, no caso o racismo institucional, perpassa pela exposição do problema, problematização e reflexão, com acolhimento e afeto, para práticas antirracistas, transformadoras e humanas, como nos alerta FREIRE (2018, p. 108)⁹³, “não é no silêncio que os homens se fazem, mas nas palavras, no trabalho, na ação-reflexão”.

Para FREIRE (2018, p. 109)⁹³, o diálogo possibilita liberdade, compreendemos, portanto, que a discussão sobre o impacto do racismo institucional na saúde do trabalhador ocorra de forma dialógica, respeitosa e como enfatiza o autor, “é preciso primeiro que os que assim se encontram negados no direito primordial de dizer a palavra reconquistem esse direito, proibindo que este assalto desumanizante continue”.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN (2013)⁵¹, também reconhece na educação permanente um instrumento potente para consolidação de ações e práticas afirmativas de combate ao racismo, destacando a “produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra”. O documento elenca nas diretrizes gerais e objetivos, as necessidades para as ações de educação permanente, dentre eles, destacamos:

Das diretrizes gerais:

I – Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde e no exercício do controle social na Saúde”. (2013, p.18)⁹²

Dos objetivos específicos:

IV – Identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

XI – Monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatórios; (2013, p. 19-20)⁹²

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), instituída pela Portaria nº 2.761 de 2013⁹², também contribui para a compreensão da Educação Permanente em Saúde, a partir dos seus princípios,

I - diálogo;

II - amorosidade;

III - problematização;

IV - construção compartilhada do conhecimento;

V - emancipação; e

VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

Destacamos o que a política traz o diálogo como elemento que norteia e orienta os demais princípios defendidos pela política,

§ 1º Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.⁹²

A educação em saúde perpassa, portanto, por encontros que discutam questões que impactam no trabalho cotidiano, em que os profissionais, para promover a equidade em saúde, tratamento universal e integral, necessitam lidar com as questões que afetam o fazer profissional ocasionando a exclusão e não garantia de direitos.

A saúde antirracista, se faz a partir de encontros dialógicos, onde a escuta e a palavra compõem espaços afetivos e respeitosos, garantindo aos profissionais negros, vítimas do racismo estrutural e praticado no âmbito institucional, falar das agruras da práxis, a partir de um cotidiano permeado pelo preconceito, exclusão e desumanização de seus corpos. O diálogo garante ao profissional não negro, também falar acerca do racismo, sob seus pontos de vista. Nesse encontro reflexivo, cabe problematizar,

ponderar, compreender, respeitar, transformar e libertar, libertar o espaço de cuidado em saúde de práticas e ações discriminatórias que limitam o acesso e a cidadania.

Avaliamos que a EPS sob a Coordenadoria Regional Oeste compreenda dois encontros mensais de educação permanente, um pela Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros e outro pela Supervisão Técnica de Saúde Butantã, de forma a abarcar o maior número de profissionais possíveis, considerando também as particularidades de cada supervisão de saúde e território.

Mapa dos bairros das supervisões técnicas de saúde da Coordenadoria Regional Oeste

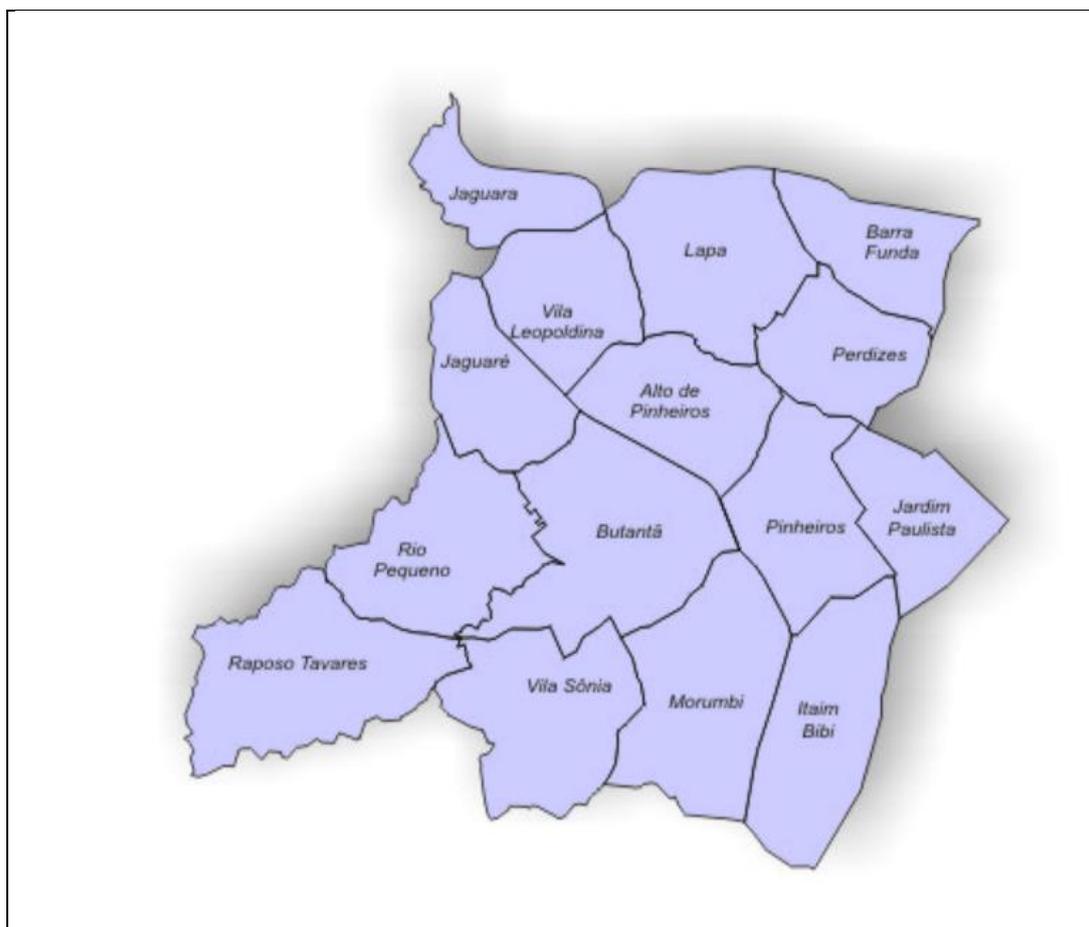


Figura 2. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Supervisões Técnicas de Saúde Lapa/Pinheiros e Butantã junho de 2023.

Nome da ação: Por uma saúde antirracista e a favor da saúde do trabalhador

Objetivo da ação: promover encontros reflexivos, para problematizar e transformar a prática profissional, no combate ao racismo, por uma saúde antirracista e pela saúde do trabalhador.

Público-alvo: Profissionais da Rede de Atenção Psicossocial da Coordenadoria Oeste de Saúde

1º momento: Profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do território (saúde, educação, assistência social, conselho tutelar, defensoria pública, promotoria etc.);

2º momento: População em geral, conselheiros dos serviços e profissionais;

Metodologia: Encontros mensais, em espaços institucionais do território de abrangência das Supervisões Técnicas de Saúde (unidade básica, CAPS, CRAS dentre outros), a cada encontro um espaço diferente, oportunizando a participação de todos os atores da RAPS. Priorizar os territórios mais distantes, oportunizando a participação de todos os profissionais. Haverá um facilitador que auxiliará na condução do diálogo, bem como, para garantir o direito a palavra a todos que desejam se pronunciar. As cadeiras dispostas em círculo, inicia-se o diálogo. Após o fortalecimento da discussão entre os profissionais da RAPS, divulgar os encontros nas reuniões de conselho dos serviços, assembleias e demais reuniões, convidando a população a compor as discussões, de modo as ações antirracistas envolver o território, fortalecendo trabalhadores e usuários. Devolver as supervisões técnicas de saúde o trabalho desenvolvido nos encontros, através de Atas, nas quais, serão descritas as propostas discutidas.

Duração: Encontros mensais, cada mês em um local, favorecendo a participação, bem como, maior proximidade dos espaços de trabalho. Cada encontro duração de três horas, a última hora para se estruturar propostas de ações transformadoras na prática antirracista.

Quadro 7 - Demonstrativo detalhado da experiência de abordagem na rua, na região de Santo Amaro de novembro de 2022 a março de 2023.

| | Nome | Data | Horário | Local | Cenário do campo |
|---|----------------------|------------|---------|--|---|
| 1 | Yaa Nana Informal | 11/11/2022 | 11:00 | Av. Jornalista Roberto Marinho, do lado da UBS Jd. Edith | Mulher parda, idade aproximada entre 45 a 49 anos, muito magra, a encontramos embaixo da ponte Espraiada, esquina com a Avenida Luiz Carlos Berrini. A abordamos e apesar de estarmos tensas, ela nos revelou uma pessoa muito cortês e educada, mas recusou conceder a entrevista. Trajava roupas curtas, extremamente magra e cabelos armados. Ela nos foi indicada pelos profissionais da unidade básica, quando questionamos onde poderíamos encontrar mulheres em situação de rua. |
| 2 | Tiye Informal | 11/11/2022 | 11:50 | Av. Jornalista Roberto Marinho – ferro velho | Mulher parda, idade entre 20 a 24 anos, resolvemos parar num ferro velho e perguntar se sabiam onde poderíamos encontrar mulher em situação de rua. O responsável aponta Tiye, que encabulada, com cabelos presos dentro de um boné, camiseta extremamente larga para não marcar o corpo, tímida, questionamos acerca de sua procedência, respondeu |

| | | | | | |
|---|-----------------------|------------|-------|---|--|
| | | | | | que morava no extremo sul e não estava em situação de rua. |
| 3 | Nehanda Informal | 11/11/2022 | 12:40 | Av. Padre Antônio José dos Santos | Mulher parda, idade aproximada entre 30 a 34 anos, estava com dois filhos em frente ao supermercado Pão de Açúcar, refere ter outro filho mais velho, adolescente. Durante abordagem, perguntamos se morava no território, se estava em situação de rua com os filhos. Relatou pedir na porta dos comércios para sobreviver, mãe solo e única responsável pelos filhos, tem mais filhos em casa, falou da dificuldade que é conseguir comida. Tem moradia em um bairro do extremo sul. |
| 4 | Candace Informal | 11/11/2022 | 13:20 | Embaixo do Viaduto Santo Amaro – Avenida Bandeirantes | Mulher preta, idade aproximada entre 20 a 24 anos, estava com dois filhos pequenos, menores de seis anos de idade e companheiro que não sabemos se estava com ela neste dia. A encontramos sentada em uma cadeira, olhar distante, fazia muito calor e as crianças brincavam com os cachorros e brinquedos, com o ruído do trânsito de fundo. Ela tinha um semblante cansado, abatida. Nos aproximamos e informamos o motivo da abordagem, o forte ruído da avenida Bandeirantes não permitia conversar bem, quando questionamos se estava em situação de rua, relatou ter casa, tanto ela quanto as outras mulheres do outro lado da avenida. |
| 5 | Nefertari Informal | 11/11/2022 | 13:40 | Embaixo do Viaduto Santo Amaro – | Mulher parda, idade entre 30 a 34 anos, cabelos soltos sobre o rosto, estava com seus filhos e |

| | | | | | |
|---|--|------------|-------|---|--|
| | | | | Avenida Bandeirantes | seu companheiro, estava muito sol, sentados em um sofá, não havia roupas ou barraca que indicasse um acampamento provisório. Estavam comendo marmitex, em meio a cachorro e muita sujeira, ao contrário do lugar que estava Candace. Durante a abordagem, relatou ter moradia e estar ali para conseguir doação. |
| 6 | Mino Informal | 11/11/2022 | 13:40 | Embaixo do Viaduto Santo Amaro – Avenida Bandeirantes | Mulher preta, idade entre 25 a 29 anos. Aparentemente mais nova, havia duas crianças, que acreditamos ser de Nefertari, porém, ambas, são da mesma família. Olhar desconfiado, comendo o marmitex só interrompeu a refeição para afirmar ter casa. Tinha um homem consigo, não sabemos se era companheiro ou irmão. Não foi possível questionar mais coisas. |
| 7 | Tereza de Benguela Mulher vista sem abordagem | 21/11/2022 | 19:00 | Avenida Adolfo Pinheiro – Santo Amaro | Mulher parda, idade 60 anos ou mais. A encontramos próximo a fila de doação de marmita. Estava cheia de sacolas, agitada, andando em volta da fila, com lenço na cabeça, cheia de roupas. Quando nos aproximamos se esquivou, respeitamos. |
| 8 | Luíza Mahin Mulher vista sem abordagem | 21/11/2022 | 19:20 | Avenida Adolfo Pinheiro – Santo Amaro | Mulher parda, idade 50 a 54 anos. Magra, agitada, falando sozinha, andando rápido pela calçada, passava no meio das pessoas que aguardavam na fila da marmita, olhar intimidador, não a abordamos com receio de comprometer a doação de alimentos, bem como para preservar nossa integridade |
| 9 | Maria Felipa de Oliveira | 21/11/2022 | 19:30 | Avenida Adolfo | Mulher parda, idade 25 a 29 anos. Falando bastante... |

| | | | | | |
|----|----------------------------|------------|-------|---------------------------------------|---|
| | Mulher vista sem abordagem | | | Pinheiro – Santo Amaro | abordava todas as mulheres, querendo organizar a fila. Identifiquei como sendo uma das pacientes que já havíamos atendido, quando éramos profissionais do Consultório na Rua do território, deste modo, para não comprometer os achados da pesquisa, não a abordamos. |
| 10 | Kahina Estruturada | 21/11/2022 | 20:00 | Avenida Adolfo Pinheiro – Santo Amaro | <p>Mulher parda, 36 anos. A entrevista em meio a entrega de marmitas, estava frio, as lojas já baixando as portas.</p> <p>Havia duas filas, divididas em homens e mulheres, estavam aguardando a chegada dos carros que trazem as marmitas de comida. Havia também doação de roupas. Na fila das mulheres havia as que estavam em situação de rua (em sofrimento mental, transtorno mental ou que estão em serviços de acolhimento) e em situação de extrema pobreza vivendo em invasões, terrenos irregulares. A encontramos na fila, cheia de sacolas, nos aproximamos e iniciamos o diálogo perguntando do que se tratava aquela fila e como funcionava a organização, aos poucos perguntamos se estava em situação de rua. Após a confirmação iniciamos a entrevista, que não foi gravada e também não tiramos foto do local. Destaco uma massiva presença de homens, que ficavam nos sondando, mesmo, estando afastadas do local da doação. Ela estava com seu parceiro e para conseguirmos fazer a entrevista à voluntária ficou próxima dos pertences deles,</p> |

| | | | | | |
|----|---|------------|-------|--------------------------|--|
| | | | | | para que o companheiro pegasse a comida e ela respondesse às questões. Fomos interrompidas duas vezes por homens, que queriam saber do que se tratava e se estávamos entregando encaminhamento para centro de acolhida. O próprio companheiro ficou inquieto, mas, respeitou o espaço em que estávamos. Não gravamos e nem fotografamos, percebemos a hostilidade do território. |
| 11 | Adelina Charuteira Mulher vista sem abordagem | 14/01/2023 | 12:00 | Av. Tamoios | mulher parda, gestante, idade aproximada entre 18 a 19 anos, saindo de uma maloca na Av. Tamoios paralela ao Aeroporto de Congonhas. A pesquisadora estava sozinha fazendo o reconhecimento do território, retornamos outro dia, mas só havia a maloca, não a encontramos. |
| 12 | Tereza do Quariterê Mulher vista sem abordagem | 14/01/2023 | 13:00 | Alameda dos Nhambiquaras | Mulher parda, dentro de uma barraca, estava deitada e não foi possível mensurar idade aproximada. A pesquisadora estava sozinha fazendo o reconhecimento do território, retornamos outro dia mas não encontramos ninguém. |
| 13 | Mariana Crioula Mulher vista sem abordagem | 14/01/2023 | 13:00 | Alameda dos Nhambiquaras | Mulher parda, idade 25 a 29 anos, próxima ao farol da Av. Bandeirantes, estava com uma criança no colo, idade entre 1 e 04 anos de idade. Retornamos outro dia mas não havia ninguém no território, a calçada estava limpa. |
| 14 | Esperança Garcia | 14/01/2023 | 13:00 | Alameda dos Nhambiquaras | Mulher parda, idade 25 a 29 anos, sentada próxima a uma barraca de camping na calçada, com uma criança, idade 02 a 04 anos, agachada |

| | | | | | |
|----|--|------------|-------|---|---|
| | Mulher vista sem abordagem | | | | brincando. Retornamos outro da mas não havia ninguém no território, a calçada estava limpa. |
| 15 | Maria Aranha Mulher vista sem abordagem | 20/01/2023 | 12:00 | Av. Bandeirantes com Alameda dos Maracatins | Localizamos uma família: mulher parda, idade aproximada 30 a 34 anos; homem pardo idade entre 30 a 34 anos que acreditamos ser seu companheiro e uma criança parda, idade entre 3 a 7 anos. Estavam no farol vendendo balas, avaliamos não ser pertinente atrapalhar o trabalho deles. |
| 16 | Zeferina Informal | 20/01/2023 | 14:00 | Rua Otávio Tarquinio de Sousa X Rua Camandocaia | Mulher parda, idade aproximada 35 a 39 anos. Esse dia estava quente e nublado, a pouco tinha chovido. Ela estava em posse de sacolas, olhar desorganizado, aflito, com lenço na cabeça. Desceu a rua nos encarando, como abordagem demos boa tarde, ela nos respondeu e sorriu, logo ficou séria. Nos apresentamos e falamos o motivo da abordagem, perguntamos se conhecia o bairro e se podia nos informar onde poderíamos encontrar mulheres em situação de rua, logo ela disse não saber, mas que nesse bairro tem mulheres nessa condição, desceu apressada a rua. |
| 17 | Makeda Estruturada | 21/01/2023 | 12:00 | Av. Vicente Rao – Campo Belo | Mulher, preta, não lembra a idade, estimamos 60 a mais. Estávamos em uma espécie de rotatória, que dá acesso a Av. Vicente Rao, próximo do Aeroporto de Congonhas quando a avistamos, num sábado de sol forte. A abordamos quando estava atravessando umas das ruas e veio ao nosso encontro, |

| | | | | | |
|----|-------------------------------------|------------|-------|---|---|
| | | | | | aceitou participar da entrevista, ficou sentada em uma cadeira, próxima a um muro, seu genro, não saiu do seu lado, logo depois outro homem chegou e mesmo informando que estávamos fazendo uma entrevista, entrou numa barraca colada a nós. |
| 18 | Jinga Mulher vista sem abordagem | 21/01/2023 | 13:00 | Av. Vicente Rao – Campo Belo | Mulher parda, idade aproximada entre 55 a 60 anos. Estava visivelmente alcoolizada, interrompeu nossa entrevista com Makeda pedindo cigarros. Apesar do forte calor, estava vestida com roupas quentes e uma touca. Não a convidamos para a entrevista, considerando sua intoxicação alcoólica. |
| 19 | Amina Estruturada | 21/01/2023 | 13:40 | Embaixo do Viaduto Av. Washington Luiz | Mulher preta, 48 anos, a avistamos enquanto passava por baixo do viaduto, onde em cima está a avenida Washington Luiz e embaixo a Av. Vicente Rao. Sábado de sol quente, lugar com muito vento é ruído de carros e ônibus. Estava comendo sorvete, relatou ser sua primeira refeição. Dois homens ficaram próximos de nós, ora passavam e olhavam o que acontecia, ora, ficaram distantes, mas de olho. |
| 20 | Dandara Estruturada | 11/02/2023 | 12:00 | Av. João Dias, Biblioteca Municipal Prestes Maia | Mulher parda, 39 anos. Nesta data o dia estava nublado, garou um pouco durante a entrevista. A encontramos sentada em frente havia uma cadeira, onde me sentei, ao seu lado o seu cachorro e próximo uma barraca de lona preta, onde estava deitada uma mulher, só víamos seus pés. Na mesma calçada, mais a frente, em direção a avenida |

| | | | | | |
|----|-------------------------------------|------------|-------|---|---|
| | | | | | João Dias, um homem saiu da sua barraca e sentou -se em uma mesa e virado em nossa direção, Outro homem apareceu e nos encarou, visivelmente alterado, com a boca machucada e os dentes aparentando estar com sangue, Anastácia fica tensa e contrai os ombros, não olha para ele, explicamos o motivo da conversa, se desculpa e chama a moça que estava deitada a nossa frente, ela o segue. |
| 21 | Diana Mulher vista sem abordagem | 11/02/2023 | ----- | Av. João Dias, Biblioteca Municipal Prestes Maia | Mulher branca, idade aproximada 18 a 19 anos. Estava deitada no chão e sobre seu corpo uma barraca de lona preta improvisada, ao lado da barraca de Dandara, do lado da barraca da Kelly. Pretendíamos entrevistá-la após acordar, no entanto, de repente um homem branco apareceu, visivelmente alterado, com os dentes vermelhos, pareciam estar com sangue, primeiro ficou nos encarando, depois, chamou essa moça, de pronto ela levantou sem questionar, o obedecendo saiu andando atrás dele. Depois de finalizarmos a primeira entrevista, fomos orientadas pelo homem, líder do espaço a não avançar mais no território, local onde estava uma barraca com a moça é o homem dentro. |
| 22 | Nzinga Informal | 11/03/2023 | 11:50 | Praça Floriano Peixoto – Santo Amaro | Mulher preta, idade aproximadamente 60 anos ou mais. O dia estava nublado, mas abafado. Quando a encontramos estava preparando o seu cachimbo, com fumo e outra erva, |

| | | | | | |
|----|---|------------|-------|--------------------------------|---|
| | | | | | <p>organizada em suas vestimentas, asseada. Recusou participar da entrevista, persecutória, diz terem feito macumba contra ela, por isso estava com a perna machucada. Pernas com faixas, aparentando ter problemas vasculares, relatou ter ficado internada no hospital por conta das pernas e disse estar acolhida no Centro de Acolhida Especial (CAE) Mulheres. Insistimos para fazer a entrevista, mas recusou, resmungou coisas do tipo estar sendo seguida, avaliamos ser melhor nem mexer na bolsa, pegar celular ou os papéis, evitar gatilhos, continuou sua história, já teve casa, foi casada com um Russo, homem branco, após sua morte, ficou sem casa.</p> |
| 23 | Anastácia Mulher vista sem abordagem | 11/03/2023 | 13:00 | Rua Missionários – Santo Amaro | <p>Mulher preta, idade aproximada 30 a 34 anos, estávamos paradas na esquina do serviço de acolhimento, quando uma porta pequena do portão abre e lá de dentro saem Anastácia com um menino, seu filho, idade entre 5 a 7 anos. Portava malas e sacolas, dentro de umas das bolsas, foi possível avistar cremes de cabelo, xampu, material de higiene pessoal. Para na esquina do nosso lado, mas não parece ter nos visto, o cabelo despenteado, aparentando ter sido pega de surpresa, olhar perdido, mas visivelmente angustiado, preocupada, irritada e vulnerável, obviamente não sabemos o que aconteceu, mas suspeitamos que possa ter havido um desentendimento</p> |

| | | | | | |
|----|--|------------|-------|--------------------------------|---|
| | | | | | entre as acolhidas do serviço e por algum motivo precisou sair. Em respeito à situação e sua exposição na rua com a criança, não a abordamos. Ela foi acolhida por munícipe. |
| 24 | Zacimba Mulher vista sem abordagem | 11/03/2023 | 13:15 | Rua Missionários – Santo Amaro | Mulher preta, idade aproximada 60 anos ou mais, cabelos grisalhos, aparentava usar roupas que lhe foram doadas, camiseta masculina muito grande e uma calça, a encontramos vindo por uma rua paralela à rua missionários, fugiu do nosso olhar e se dirigiu, aparentando estar indo para o mesmo serviço de acolhimento. Não fomos atrás da mesma, em respeito. |
| 25 | Aqultune Mulher vista sem abordagem | 11/03/2023 | 13:45 | Largo 13 Santo Amaro | Mulher parda, idade entre 45 a 49 anos, centro de Santo Amaro. Estava sentada em frente a uma casa do Norte e em frente à Igreja Matriz. Com olhar desconsolado e uma garrafa de corote do lado, vestida com uma calça jeans, uma camiseta colada, cabelo bem curtinho, desviou o olhar quando a avistei. Em respeito não insistimos. |
| 26 | Ranavalona Informal | 11/03/2023 | 15:00 | Largo 13 Santo Amaro | Mulher preta, idade aproximada 20 a 24 anos, estava sentada numa espécie de escada, colada as grades da Igreja Matriz de Santo Amaro, conversava com um homem, quando nos aproximamos se calou e baixou os olhos. Nos apresentamos e informamos o motivo da abordagem, ele diz: "ela só fala comigo!" nesse momento ela encara a pesquisadora e diz: "Minha mãe me jogou uma panela de pressão, ela era preta assim |

| | | | | | |
|----|---|------------|--------------------|---|--|
| | | | | | igual a você!!!" Levanta em nossa direção, nos encara, levanta o dedo, damos um passo para trás e ela vem em nossa direção, começa a falar coisas, o olhar muda e fica mais afetivo, ficamos com medo, não sendo possível prosseguir com a entrevista, nem ela e nem nós tínhamos condições de continuar qualquer diálogo. |
| 27 | Acotirene Mulher vista sem abordagem | 11/03/2023 | 13:55 | Rua Barão de Duprat – Santo Amaro | Mulher parda, idade aproximada 35 a 39 anos, cabelos encaracolado, estava comendo Marmitex (doação) e conversava em grupo de pessoas. |
| 28 | Nandi Mulher vista sem abordagem | 11/03/2023 | 13:55 | Rua Barão de Duprat – Santo Amaro | Mulher parda, idade aproximada 35 a 39 anos, cabelos longos, sentada e conversando com outro homem, na parte mais alta da praça, olhamos para ela, mas não nos viu. |
| 29 | Tia Simoa Mulher vista sem abordagem | 11/03/2023 | 13:desenvolvimento | Rua Barão de Duprat – Santo Amaro | Mulher parda, idade aproximada 25 a 29 anos, em companhia de Amina, comendo Marmitex na companhia de outras pessoas. |
| 30 | Hipólita Informal | 19/03/2023 | 13:40 | Rua Missionários – Santo Amaro | Mulher branca, 54 anos. Estava sentada no degrau, na porta de um comercio, ao lado de um restaurante. Semblante cansado, algumas rugas na pele, olhos azuis. O dia estava quente e muito sol. Disse não estar em situação de rua, tem um filho e sua família mora no ABC grande São Paulo. Aparentemente em situação de rua, com bolsas e sacolas sentada em frente a uma igreja evangélica, durante a abordagem, verbalizou |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>conhecer as regras dos centros de acolhida, sabe todo o funcionamento da doação de comida, conhece algumas mulheres em situação de rua, inclusive, a mesma mulher Ranavalona que encontramos em 11/03, nos disse: "não fique perto dela, é perigosa". Fala das relações na rua, acrescenta: é necessário ter obediência, pra tudo nessa vida, relatando sobre a convivência em centros de acolhida. Incomoda-se com pessoas que não respeitam seu espaço e diz: "ficam perto, encostam, fumam, não respeitam os outros". Sobre saúde disse não ficar doente, ninguém de sua família fica, ninguém adocece. Relata ter filhos. Tomou todas as doses da vacina da Covid 19 e relata fazer os exames preventivos de saúde da mulher. Retoma a questão da obediência: disse que a mulher deve obediência ao homem e o homem a mulher, devemos obediência onde ficamos (suspeitamos estar falando do serviço de acolhimento). Não insistimos se estava ou não em situação de rua, em respeito à sua autodenominação. Temos como hipótese, que Hipólita sofre de algum transtorno ou sofrimento mental que a mantém na situação de rua, no entanto, ela não se reconhece como pessoa nessa condição, proferindo frases como "quem está na rua é mal cheirosa e não tem casa", ela por sua vez, estava limpa, roupas limpas, tem casa, que é o Centro de Acolhida.</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|----|---|------------|-------|---|---|
| 31 | Na Agontimé Mulher Vista sem abordagem | 19/03/2023 | 14:00 | Avenida João Dias | Mulher preta, idade indefinida, não conseguimos olhar seu rosto, pois, no momento em que a vimos, estava sentada na calçada de lado, com um guarda-chuva a protegendo do sol, marcava 34° no termômetro da rua. Trajava blusa de lã e calça, irrequieta, se mexendo muito, estava organizando suas sacolas e bolsas, avaliamos ser melhor não a abordar. |
| 32 | Carlota Lukumí Mulher vista sem abordagem | 19/03/2023 | 15:00 | Calçada lateral do Terminal de Ônibus Santo Amaro | Mulher preta, idade entre 25 a 29 anos. Avistamos que ela estava dentro de uma maloca e não estava sozinha, identificamos estar acendendo um cigarro ou cachimbo de crack, esta calçada estava vazia, muito suja, com restos de comida próximo de onde estavam, além de roupas penduradas nas paredes e grades, um ambiente hostil, também não nos aproximamos. |

Referências bibliográficas

27. Almeida S. Racismo estrutural segundo Silvio Almeida
25/06/2020. <https://revistaafirmativa.com.br/racismo-estrutural-segundo-silvio-almeida/> <acesso em 03/06/2023>
47. Almeida, SL. Racismo estrutural. São Paulo, Pólen, 2019.
18. Ambrósio L. Por que as pessoas negras são as que morreram mais de COVID-19 no Brasil? publicado em 18 de maio de 2021. <https://informasus.ufscar.br/por-que-as-pessoas-negras-sao-as-que-morrem-mais-de-covid-19-no-brasil/>.<acesso em 03/06/2023>
31. Antoni CD, Munhós AAR. As violências Institucional e Estrutural vivenciadas por Moradoras de Rua, 2016, Psicologia em Estudo, Maringá.
90. Arendt H. Eichmann em Jerusalém um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo, Companhia das Letras, 1999.
68. Bastos S, Soares MA. Estudo diagnóstico da atuação das equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental no Programa Saúde da Família na região Sudeste da cidade de São Paulo. Boletim do Instituto de Saúde, 2008.
14. BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
15. BRASIL, Prefeitura de São Paulo. Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua de São Paulo, 2019.
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_soci_oassistencial/pesquisas/index.php?p=18626 <acesso em 20/03/2023>
4. BRASIL, Prefeitura de São Paulo. Censo da população em situação de rua, 2021.
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_soci_oassistencial/pesquisas/index.php?p=18626 <acesso em 20/03/2023>
40. BRASIL, manual de saúde: 2019: ciclos de vida : Brasil / IBGE, 2021.

41. BRASIL, Prefeitura de São Paulo. (https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758 acesso 20/03/2023).
42. BRASIL, Prefeitura Municipal de Saúde. Mapas Ilustrativos - Supervisões Técnicas de Saúde - CRS Sul
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/mapoteca/junho2021/unid_munic_sts_sto_amaro_cid_ademar_Junho_2021.pdf. <acesso em 17/03/2023>
43. BRASIL, Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.
44. 37. BRASIL, Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica.
45. BRASIL, Prefeitura de São Paulo. O que são os Consultórios na Rua? Publicado em 26 de maio de 2014.
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/poprua/programas_e_projetos/index.php?p=171923 <acesso em 18/04/2023>
46. Brasil, Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Política Nacional para a População em Situação de Rua.
48. BRASIL, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), 2004.
49. BRASIL, Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015.
50. BRASIL, Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
56. BRASIL, Centro de Referência e treinamento DST/aids. Perguntar não Ofende. Qual é a sua Cor ou Raça/Etnia? Responder ajuda a prevenir, 2009.
91. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 2018.

92. BRASIL, Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Portaria 2.761, de 19 de novembro de 2013.

61. BRASIL, Conselho Nacional de Saúde: Recomendação Nº 008, de 26 de Abril de 2021. Recomenda ações relativas à operacionalização da vacinação contra a Covid-19 e a importância da Atenção Primária à Saúde.

65. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013.

72. BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico nº14. População em situação de rua e violência – uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017. 2019.

76. BRASIL, Decreto 4.377 de 13 de setembro de 2002. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

32. Bronfenbrenner, U. (2011). Bioecologia do desenvolvimento humano: Tornando seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed.

64. Carta de Ottawa Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, 1986.

29. Carneiro S. Racismo, sexismo, e desigualdade no Brasil. Selo Negro, São Paulo, 2011.

11. CONDEPHAAT, Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico do Estado de São Paulo, <http://condephaat.sp.gov.br/> <acesso 04/06/2023>

86. Conceição ZS. Quem é bela, recatada e do lar? Reportagem de 28/04/2016, disponível no site <https://www.geledes.org.br/quem-e-bela-recatada-e-do-lar/>.

73. David EC. Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2018.

82. Davis A. Mulheres, Raça e Classe. Boitempo, São Paulo, 2016.

57. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948.
5. DIAS, André Luiz Freitas (org) Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil - Relatório técnico-científico – Plataforma de Atenção em Direitos Humanos, Programa Polos de Cidadania, Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. André Luiz Freitas Dias (org). Belo Horizonte, MG: Marginália Comunicação, 2021.
19. DuBOIS, W. E. B. *Black reconstruction in America 1860-1880*. New York: Free Press, 1992.
89. Farias RCP. Transubstanciação simbólica do uniforme de trabalho em signo de prestígio. Anais do Museu Paulista. São Paulo. 2010.
1. Filipenco D. Estatísticas dos sem-teto no mundo: causas e fatos, 2023. <https://www.developmentaid.org/news-stream/post/157797/homelessness-statistics-in-the-world> <acesso 16.04.2023>
25. Flaeschen H. Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica, publicado em 06/03/2020. <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/8m-mulheres-negras-sofrem-mais-violencia-obstetrica/45463/>. <acesso em 19/05/2023>
93. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Paz e Terra, 2018.
7. Gameiro N. População em situação de rua aumentou durante a pandemia. Publicado em 8 de junho de 2021. <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/populacao-em-situacao-de-rua-aumentou-durante-a-pandemia/> <acesso em 04/06/2023>
33. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008.
63. Goldernberg M. Nu & Vestido: Dez Antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Editora Record, 2002. 414 pp. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.
26. Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, 2013.
10. Governo do Estado de São Paulo. O Território da Luz e a “Cracolândia”. CRATOD - Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas, (s/ano)

<http://saude.sp.gov.br/cratod-centro-de-referencia-de-alcool-tabaco-e-outras-drogas/homepage/destaques/o-territorio-da-luz-e-a-cracolandia> <acesso em 04/06/2023>

55. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça o Brasil – População cor ou raça, 2021. <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html#:~:text=O%20IBGE%20pesquisa%20a%20cor,9%2C1%25%20como%20pre>tos. <acesso em 17/04/2023>

28. Kalckmann S *et al.* Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? 2007. Revista / periódico: Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2. p.146-155

9. Labigalini PG. 30 anos de Cracolândia. Quando surgiu o crack em São Paulo? E a ‘Cracolândia’? O que dizem os psiquiatras? Publicado em 23 de junho de 2022. <https://agemt.pucsp.br/noticias/30-anos-de-cracolandia> <acesso em 04/06/2023>

24. Leal MC et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2017.

62. Marino A et al. A invisibilidade da população de rua e de suas mortes por COVID-19 parece ter sido uma escolha. Publicado em 13 de janeiro de 2022. <http://www.labcidade.fau.usp.br/a-invisibilidade-da-populacao-de-rua-e-de-suas-mortes-por-covid-19-parece-ter-sido-uma-escolha/> <acesso em 25/04/2023>

84. Mattos R.M, Ferreira R.F. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre pessoas em situação de rua. Psicologia & Sociedade; 16 (2): 47-58, 2004.

36. Minayo, MCS. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social, [s.d].

35. Minayo, MCS. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

88. Minayo MCS. Laços perigosos entre machismo e violência. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):18-34, 2005.

71. Minayo, MCS. Um fenômeno de causalidade complexa. In: Violência e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

34. Minayo, MCS Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade, 26. ed. — Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
12. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. Impactos da violência na saúde. / organizado por Kathie Njaine, Simone Gonçalves de Assis e Patrícia Constantino. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.
39. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 14. ed. - São Paulo: Hucitec, 2014.
37. Minayo, MCS (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Deslandes, SF e Gomes R. Petrópolis. Vozes, 2016.
38. Minayo, MCS Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade, Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.
74. Minayo, MCS. Violência: impactos no setor saúde e respostas do sistema. In: Giovanella, L, Escorel, S, Lobato, LVC, Noronha JC, and Carvalho AI., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 1011-1036.
67. Möller, R. L. & cols. Manifestações Contratransferenciais no Processo Terapêutico de uma Paciente com Personalidade Borderline. Psico-USF, Bragança Paulista, 2018.
8. Monteiro D, Chagas JV. Pandemia de Covid-19 muda perfil de população em situação de rua. Publicado em 28 de agosto de 2021.
<https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-de-covid-19-muda-perfil-de-populacao-em-situacao-de-rua><acesso 03/06/2023>
77. Moura JF et al. Práticas interseccionais de discriminação contra mulheres negras: Um estudo sobre vergonha e humilhação. Psicologia Política. vol. 20. n.48. pp. 262-278. 2020.
2. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil, 2016.
3. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2023.
17. National Alliance to and Homelessneses. Racial Inequalities in Homelessness, by the Numbers, publicado em 01 de junho de 2020.

20. National Alliance to End Homelessness. <https://endhomelessness.org/homelessness-in-america/homelessness-statistics/state-of-homelessness/> <acesso em 11/04/2023>

6. Nogueira P. Fim da emergência de saúde pública para a covid-19 decretado pela OMS não implica término da pandemia. Jornal da UNESP, publicado em 09/05/2023. <https://jornal.unesp.br/2023/05/09/fim-da-emergencia-de-saude-publica-para-a-covid-19-decretado-pela-oms-nao-implica-termino-da-pandemia-alerta-pesquisadora-da-unesp/> <acesso em 04/06/2023>

85. Nunes M, Torrenté Maurice, Portugal CM. Com o que sonham os loucos? Projetos de vida e usuário (a) de saúde Mental. Psicologia & Sociedade, 2021.

69. OMS, Organização Mundial da Saúde. World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde) / editado por Etienne G. Krug ... [e outros.], 2002.

13. ONU – Organização das Nações Unidas. 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, 2015.

70. OPAS, Organização Panamericana de Saúde. Violência Contra a Mulher. <https://www.paho.org/en/topics/violence-against-women> <acesso em 01/05/2023>

75. Organization of American States, na Convenção Interamericana contra toda forma de Discriminação e Intolerância. 2013.

81. Piedade V. Dororidade. São Paulo. Editora Nós, 2017.

22. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, 2002.

80. Política Nacional de Assistência Social – PNAS 2004.

83. Ramos AP, Bortagarai FM. A Comunicação não verbal na área da saúde. Revista Comunicação e Saúde. 2012.

60. Rosa, AS. O sentido de vida para pessoas em situação de rua. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

30. Rosa AS, Bretas ACP. A Violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo. Interface (Botucatu). 2015
51. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev. Panam Salud Publica. 2012;31(3):260–8.
55. BRASIL, Manual do Pesquisador – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, 2018.
59. Santana CLA, Rosa AS. Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.
58. Schirmer J et al. Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.
17. Secretaria Especial de Comunicação, Prefeitura da Cidade de São Paulo. Censo antecipado pela Prefeitura de São Paulo revela que população em situação de rua cresceu 31% nos últimos dois anos. Publicado em 23 de janeiro de 2022. <https://www.capital.sp.gov.br/noticia/censo-antecipado-pela-prefeitura-de-sao-paulo-revela-que-populacao-em-situacao-de-rua-cresceu-31-nos-ultimos-dois-anos> <acesso em 03/06/2023>
53. Sem Abrigo por país, 2023. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/homelessness-by-country> <acesso em 16/04/2023>
87. Sicari, A. L. A cidade, a rua, as pessoas em situação de rua: (in)visibilidades e a luta por direitos. Florianópolis, 2018. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.
21. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
23. Travassos. C, Martins. M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2:S190-S198, 2004.
52. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. Parte I - Proteção social, políticas e determinantes de saúde. Editora FIOCRUZ, 2012.

79. Trino AL et al. Recomendações para os Consultórios na rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua. Pesquisadores colaboradores CEPEDES – Fiocruz, 2020.

78. Viotti MLR. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim, 1995.

66. World Health Organization (Who) Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Genebra: World Health Organization, 2014. <Acesso em 28/04/2023>.

Referências eletrônicas da codificação bibliográfica das entrevistadas com mulheres guerreiras africanas

<https://catracalivre.com.br/cidadania/17-mulheres-negras-brasileiras-que-lutaram-contras-escravidao/> <acesso em 17/03/2023>

<https://veja.abril.com.br/especiais/mulher-maravilha-a-mitologia-classica-e-a-mitologia-pop/>. <acesso em 17/03/2023>

<https://rainhastragicas.com/rainhas-tragicas-2/rainhas-na-africa/>. <acesso em 17/03/2023>

Hipólita:<http://www.mulheresdeluta.com.br/a-mitologia-das-guerreiras-amazonas/#:~:text=Na%20mitologia%20grega%20temos%20algumas,%2C%20Hip%C3%B3lita%2C%20Melanipe%20e%20Ant%C3%ADopa.> <acesso em 02/04/2023>

<https://blogueirasnegras.org/10-guerreiras-negras-poderosas-que-marcaram-a-historia/> <02/04/2023>

APENDICE

Resumo Executivo

Título: Mulheres Negras em Situação de Rua: da invisibilidade social a barreiras de acesso para o cuidado efetivo em saúde

Introdução: A situação de rua é um fenômeno mundial, que atinge principalmente os grupos minoritários compostos por afro-americanos, hispânicos, índio americanos e nativos. No Brasil esse fenômeno atinge majoritariamente os negros, constatação que nos faz reconhecer que as bases das iniquidades e injustiças sociais que acometem a população em situação de rua tem sua sustentação no racismo estrutural e sua prática no racismo institucional. Ser mulher em situação de rua, implica lidar com o machismo que reflete em todas as dimensões de suas vidas e relações sociais, atuando no controle de seus corpos, repercutindo inclusive na sua mobilidade e direito de ir e vir, incluindo o cuidado efetivo em saúde.

Justificativa

Esse trabalho tem sua origem no olhar atento de uma profissional da área da saúde, que no atendimento às pessoas em situação de rua, observa que os corpos femininos nessa condição acessavam menos os equipamentos de saúde. Outra característica interessante observou também que, quanto mais escuro o tom da pele, menor a presença nos espaços de cuidado. Diante dessas observações empíricas da prática cotidiana do trabalho, o

presente estudo tem por objetivo investigar o acesso de mulheres negras em situação de rua no cuidado à saúde.

Objetivos

Investigar como se dá o acesso das mulheres em situação de rua aos serviços de saúde, ressaltando o perfil da população em situação de rua com ênfase no recorte raça/cor, identificar as motivações para procurar os serviços de saúde, percepção das mulheres diante das situações de violência, bem como, se elas reconhecem os serviços de apoio presentes no território da pesquisa.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório. O campo da pesquisa ocorreu nos bairros de Santo Amaro e Campo Belo, distritos que compreendem a área de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde de Santo Amaro e Cidade Ademar (SACA). A escolha do território de deu por conta de a pesquisadora já ter atuado como Assistente Social na equipe do Consultório na Rua desta Supervisão de Saúde. A pesquisa ocorreu na ambiência da rua, ou seja, calçadas, malocas, embaixo de viadutos e praças, local de pertencimento dessas mulheres, bem como, espaço físico e subjetivo que aponta a vulnerabilidade delas.

Critério de inclusão: todas as mulheres que localizamos durante a pesquisa de campo, totalizando 32 mulheres, foram excluídas 3, que estavam fora do território de abrangência da SACA. Do total de 29 mulheres, 4 aceitaram responder ao questionário semiestruturado. As demais mulheres identificadas e localizadas, são apresentadas nessa

pesquisa, com nome de rainhas e guerreiras, para que sua existência fique registrada, considerando o anonimato e confidencialidade.

Critérios exclusão: Excluimos as mulheres que não pertenciam ao território da SACA, as que estavam em locais que colocavam em risco a integridade física das pesquisadoras ou que estavam sob efeito ou em uso de álcool ou outras drogas.

Coleta e análise dos dados: Utilizamos o diário de campo para anotações, principalmente da linguagem não verbal, gravação em smartphone, transcrição e preenchimento dos dados sociodemográficos no formulário *Google Forms* para quantificar as informações. Como categoria da análise definimos como dimensões visíveis e dimensões invisíveis.

Discussão

A população em situação de rua na cidade de São Paulo tem aumentado exponencialmente desde o primeiro Censo realizado para dimensionar a população em situação de rua na cidade. A população feminina, nesse contexto social, também cresceu e mesmo em menor número, revelam uma face da desigualdade social desta metrópole. A pandemia da COVID19, também trouxe ao contexto da situação de rua novos perfis de pessoas, que atingidas, perdem seus empregos e residências, ficando também, na situação de rua. A vulnerabilidade social, com a intersecção da raça/cor e gênero, aponta uma maior dificuldade das mulheres em acessar serviços públicos, principalmente o de saúde, a violência e o machismo, também operam como barreiras de acesso, como assinala alguns autores.

Resultados principais

Classe social, gênero e raça/cor são eixos que operam na desigualdade de acesso, a raça/cor predominante na rua é a negra (pretos + pardos). Ser mulher negra e em situação de rua é estar sempre em desvantagem. A pesquisa aponta a invisibilidade social das mulheres negras em situação de rua, que tem no racismo institucional e machismo, a maior barreira de acesso aos direitos sociais. Identificamos que as mulheres negras não são reconhecidas pelos serviços mais próximos (saúde e assistência social), o que reforça sua invisibilidade. O machismo, sentido na pele também pelas pesquisadoras, é outra forma de barreira de acesso, onde essas mulheres, podem circular apenas nos lugares onde eles, os homens permitem, são paredes invisíveis, em vias públicas, que restringem a mobilidade dessas mulheres. A pesquisa apresenta que, manter-se vivas é a maior barreira de acesso à saúde, ao passo que, as mulheres negras em situação de rua abrem mão do cuidado em saúde, considerando a necessidade em lidarem com questões urgentes da vida cotidiana.

Observação da autora

Mesmo com estudos recentes acerca da saúde das pessoas em situação de rua, poucos discutem em suas análises as causas estruturais que afetam as mulheres em situação de rua, causas que acabam por interferir no seu acesso à saúde. O racismo, o machismo e serviços públicos que invisibilizam as necessidades das mulheres em situação de rua, principalmente as negras, afetam além da saúde física e mental o acesso ao cuidado em saúde, considerando ainda, a urgência em sanar necessidades básicas, como trabalho informal, higiene e alimentação. Desconsiderar essas categorias estruturais, configura em não compreender as condições reais que influenciam na saúde e não acesso ao cuidado em saúde, de mulheres em situação de rua, maioria negras.

ANEXO 1

Significado dos nomes das mulheres em situação de rua

| Nome | Significado |
|--------------------------|--|
| Yaa Nana | Mulher forte e destemida, Yaa Asantewaa, também chamada de Nana, defendeu a integridade de sua terra e cultura e acabou se tornando um exemplo de liderança feminina africana, comprovando assim que as mulheres tiveram um papel decisivo na luta contra o imperialismo. |
| Tiye | Tiye detinha o título de “Grande Esposa Real” e desempenhou um papel ativo na política do Egito. Foi a primeira rainha egípcia conhecida cujo nome apareceu em atos oficiais. Governou o Egito por quase meio século exercendo forte influência sobre os primeiros anos do reinado de seu filho Aquenáton. Foi avó de Tutancâmon. |
| Nehanda | Nehanda Charwe Nyakasikana foi uma líder espiritual do povo Shona sobre o qual gozava de grande respeito e poder. Comprometida em defender a cultura tradicional shona, Nenhandá estimulou a revolta de 1896-1897 contra a colonização britânica. |
| Candace | Candace era um título atribuído a uma linhagem de rainhas guerreiras que governaram o reino de Kush ou Cuxe, no sul do Egito. Fontes antigas menciona as Candace como rainha da Etiópia, termo que na Antiguidade denominava a região onde se situavam os povos negros do continente africano, o que poderia se referir à Núbia, no sul do Egito e ao Sudão. |
| Nefertari | Seu nome significa “a mais bela, a mais perfeita”. Foi esposa do faraó Ramsés II e, tal como rainhas anteriores, Nefertari exerceu um importante papel nas negociações de paz com os povos vizinhos, nomeadamente com os hititas. Ficou a seu cargo realizar os rituais sagrados do estado, o que evidencia a sua importância na corte. |
| Mino | Elas formavam a tropa de elite do rei do Daomé, na atual República de Benin, e aterrorizaram africanos e colonizadores europeus. Eram chamadas de Mino, que significa “nossas mães”, |
| Tereza de Benguela | No Brasil, dia 25 de julho é comemorado o Dia de Tereza de Benguela em homenagem a líder quilombola. Era mulher do líder do Quilombo de Quarterê ou do Piolho, no Mato Grosso. Por lá, foram abrigados até índios bolivianos incomodando autoridades das Coroas espanhola e portuguesa. Tereza foi presa em um dos confrontos e como não aceitou a condição de escravizada suicidou-se. |
| Luíza Mahin | Passou muito tempo na Bahia e participou do levante na Revolta dos Malês, em 1835 e a Sabinada, em 1837. Trabalhava como ganhadeira (no comércio de rua). |
| Maria Felipa de Oliveira | Foi líder na Ilha de Itaparica, Bahia. Aprendeu a jogar capoeira para se defender. Tinha como missão principalmente libertar seus descendentes e avós. Ficava escondida na Fazenda 27, em Gameleira (Itaparica), para acompanhar, durante a noite, a movimentação das caravelas lusitanas. Em seguida, tomava uma jangada e ia para Salvador, passar as informações para o Comando do Movimento de Libertação. |

| | |
|----------------------------|---|
| Adelina Charuteira | Era uma das líderes no Maranhão. Era filha de uma escravizada com um senhor, por isso, sabia ler e escrever. Apesar do pai, não foi libertada aos 17 anos, mas era ativamente parte da sociedade abolicionista de rapazes, o Clube dos Mortos. Para arrecadar dinheiro vendia charutos fabricados pelo pai, com essa articulação descobria vários planos de perseguição aos escravos. |
| Rainha Tereza do Quariterê | Foi guerreira no Quilombo do Quariterê, em Cuiabá. Comandou toda a estrutura política, econômica e administrativa do quilombo. Mantinha até um sistema de defesa com armas trocadas com homens brancos ou resgatadas pelos escravizados. |
| Mariana Crioula | Era mucama em Vila das Vassouras, Rio de Janeiro. Se juntou com escravizados na maior fuga de escravos da história fluminense em 5 de novembro de 1838. Liderou a fuga e um quilombo com Manuel Congo. |
| Esperança Garcia | Ousou a escrever uma carta para o presidente da Província de São José do Piauí, Gonçalo Lourenço Botelho de Castro, denunciando os maus-tratos físicos de que era vítima, ela e seu filho, por parte do feitor da Fazenda Algodões. |
| Maria Aranha | Foi líder do Quilombo de Mola, no Tocantins. Venceu todos os ataques escravistas e organizou toda a sociedade do local. |
| Nzinga | Liderou uma revolta fracassada contra o governo colonial português depois de uma briga sobre o controle do comércio de escravos. |
| Anastácia | Ajudou escravos quando eram castigados, ou facilitando a fuga. Certa vez, lutou contra a violência física e sexual de um homem branco, por isso, recebeu o castigo de usar um mordaca de folha de flandres e uma gargantilha de ferro. Apesar de viver na Bahia e em Minas Gerais foi levada para o Rio de Janeiro no fim da vida, lá atribuíram vários milagres durante sua estadia. |
| Zacimba | Era princesa angolana e acabou no Espírito Santo. Provocou uma revolta das pessoas escravizadas contra a Casa Grande e liderou um quilombo onde foi rainha. Comandou durante anos ataques aos navios, surgindo no meio da noite em canos precárias para resgatar os negros escravos, a referência à sua morte seja em um desses enfrentamentos. |
| Aqaltune | Era filha do Rei do Congo e foi vendida para o Brasil. Grávida no Quilombo dos Palmares organizou sua primeira fuga. Ficou conhecida por ficar ao lado de Ganga Zumba, antecessor de Zumbi, seu neto. A guerreira morreu queimada. |
| Ranavalona | A história africana contada do ponto de vista dos colonizadores é marcada pelo abuso de estereótipos e interpretações racistas, que fizeram de uma mulher irreverente ser conhecida como “louca” e “cruel”, numa época em que os autores de tais epítetos cometiam verdadeiras atrocidades em outras partes do continente, motivados pela ambição imperialista disfarçada na suposta “missão civilizatória”. Sendo assim, o reinado de 33 anos de Ranavalona I pode ser considerado um marco importantíssimo na luta contra a dominação europeia e a degeneração dos costumes de sua gente. |
| Na Agontimé | Era rainha do Benim e foi vendida como escrava para o Maranhão, até ganhou um novo nome, Maria Jesuína. Ela fundou a Casa das Minas e reconstruiu o culto aos ancestrais. |

| | |
|----------------|--|
| Acotirene | Era considerada matriarca no Quilombo dos Palmares e conselheira dos primeiros negros refugiados na Cerca Real dos Macacos. Um dos mocambos (casa) foi batizado com o seu nome. |
| Nandi | Recentemente, muito se tem escrito sobre Jinga de Angola, a poderosa soberana que por quatro décadas usou a guerra e a diplomacia para impedir o progresso dos portugueses nos seus domínios. Por outro lado, poucos ouviram falar sobre Nandi ka Bhebhe, mãe do rei Shaka de Zulu, que criou seus filhos sozinha, convicta na crença de que era possível construir uma unidade entre os povos vizinhos. |
| Tia Simoa | Liderou a luta contra a escravidão no Ceará. Foi do Grupo de Mulheres Negras do Cariri, o Pretas Simoa. |
| Hipólita | Hipólita é famosa pelo seu cinturão mágico que recebeu de seu pai, mas o perdeu para Hércules que se empenhava em cumprir seu nono trabalho. Existem versões variadas sobre como Hércules conseguiu o cinturão. |
| Carlota Lukumí | Carlota foi sequestrada de sua tribo iorubá, trazida acorrentada a Cuba quando criança e forçada à escravidão na cidade de Matanzas, trabalhando para extrair e processar a cana-de-açúcar nas condições mais brutais. Ela era brilhante, musical, determinada e inteligente. Em 1843, ela e outra mulher escrava chamada Fermina lideraram uma rebelião organizada na plantação de cana de açúcar de Triunvirato. |

ANEXO 2

Roteiro entrevista semiestruturada

Data: _____/_____/_____

Local da entrevista: _____

Entrevistadoras: Raquel Suzan Evangelista Alves e Camila Boaventura

Dimensão perfil das mulheres em situação de rua

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: ____/____/_____
3. Naturalidade (local de nascimento): _____
4. Procedência: _____
5. Tempo em situação de rua: _____
6. Raça / cor autorreferida: () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela
7. Documentos: Na intenção de sabe se estão acessando os direitos mínimos

() RG

() CPF

() Certidão de Nascimento

() Título de Eleitor

() Carteira de Trabalho

() Outros

8. Recebe benefício:

() Auxílio Brasil

() BPC

() Auxílio Doença

() Aposentadoria

() Outros benefícios () sim () não. Se sim quais?

9. Escolaridade:

() ensino fundamental completo

() ensino fundamental incompleto

() ensino médio completo

() ensino médio incompleto

() curso superior completo etc.

() não frequentou a escola nos artigos

10. Como você faz para se sustentar na rua, realiza algum trabalho ou bico? () sim () Não: Qual:

Dimensão familiar

11. Você convive com um companheiro (a)? () sim () não Caso não, por qual motivo?

12. Como é a relação com seu companheiro (a)?

13. Como é a relação com sua família?

14. Você costuma visitá-los, sabe onde estão?

15. Me conte se você tem filhos. Se sim, quantos?

16. Me fale como é a relação com seus filhos?

Dimensão cuidados em saúde

17. Sua gravidez foi planejada?

18. Você conseguiu fazer o pré-natal: () sim () não - Se não fez, por quê?

19. Já passou em ginecologista? () sim () não

20. Faz uso de método contraceptivo: sim() não () qual?

21. Você tem algum problema de saúde? Se sim qual?

22. Faz ou fez algum tratamento de saúde? Se sim onde?

23. Você toma medicação para tratar algum problema de saúde? Se sim, onde você retira a medicação?

24. Você já precisou ficar internada? Qual foi o motivo da internação? Onde ficou internada?

25. Para onde você vai quando precisa cuidar de sua saúde?

26. Tem posto de saúde aqui perto?

27. Você costuma ir ao posto de saúde passar em atendimento?

28. Se sim, os profissionais te atendem bem no posto de saúde?

29. Para onde as mulheres que você conhece costumam ir quando precisam cuidar da saúde?

30. Você teve covid 19? Se sim procurou ajuda onde?

31. Você tomou a vacina da covid? Se sim quais doses já tomou 1º() 2º() 3º()

4º(). Caso não, por que não tomou?

Dimensão estilo de vida das mulheres em situação de rua

32. Onde você dorme?
33. Você faz uso de drogas: () sim () não Qual?
34. O uso de drogas já lhe causou algum problema de saúde? Ou outro tipo de dificuldade?
35. Como você faz para realizar sua higiene?
36. Você conseguiu se alimentar hoje? () sim () não
37. Quantas vezes se alimenta por dia? E onde consegue alimento?
38. Você pernoita ou tem vaga fixa em Centro de Acolhida? Caso não me fale por quê?

Dimensão violência

39. Como você observa a relação dos profissionais da saúde, assistência social, justiça com as mulheres em situação de rua?
40. De onde são os profissionais que procuram vocês na rua?
41. Em dias de chuva e frio onde você procura abrigo?
42. Como as pessoas tratam as mulheres em situação de rua?
43. Como os homens tratam as mulheres na rua?
44. Já sofreu algum tipo de violência? () sim () não, se sim Qual?
- () Violência Sexual
 - () Violência física
 - () Violência Psicológica
 - () Violência patrimonial
 - () Violência institucional
 - () Violência por estar em situação de rua
45. Há quanto tempo você está em situação de rua?
46. Quais foram os motivos que te fizeram vir para a situação de rua?
47. Conhece pessoas que sofreram algum tipo de discriminação?
48. Você já sofreu algum tipo de discriminação?
49. Como é ser uma mulher vivendo em situação de rua?

Dimensão projeto de vida

50. Você tem algum sonho que gostaria de realizar?
51. Quais os seus planos para o futuro?
52. O que você gosta de fazer que lhe dá prazer?

ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa “**Mulheres em situação de rua: violências, gênero, raça e acesso na unidade básica de saúde**”, que tem por objetivo investigar como se dá o direito ao acesso à saúde na unidade básica de saúde por mulheres em situação de rua. Esta pesquisa contribuirá para dar visibilidade as demandas das mulheres em situação de rua, além de promover a conscientização dos profissionais da unidade básica de saúde referente a uma prática em saúde com mais equidade diante das demandas e necessidades das mulheres em situação de rua. Serão incluídas nesta pesquisa as mulheres que estão em situação de rua, em suas variáveis ambiências, quais sejam, calçadas, marquises, debaixo de viadutos, barracas e malocas, local de moradia ou abrigo onde essas mulheres buscam refúgio, sob a supervisão técnica de saúde da Cidade Ademar e Santo Amaro (SACA) do município de São Paulo. Critérios de inclusão: mulheres que estão em situação de rua, idade entre 18 e 65 anos, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Critérios de exclusão, mulheres que apresentem dificuldade de comunicação ou comprometimento cognitivo, que comprometa o estabelecimento de um diálogo compreensível, que só esteja na rua de passagem tendo moradia e que estiver sob efeito de álcool ou outra substância psicoativa, afetando sua plena participação na entrevista. A participação na pesquisa é voluntária, não acarretando nenhuma despesa, bem como, não há formas de ressarcimento pela participação. A senhora responderá um questionário com perguntas de múltipla escolha, com duração de quarenta e cinco minutos, podendo se estender ou não, dependendo do curso da entrevista, também será utilizado registro de imagem e voz, a gravação de voz tem por objetivo detectar emoções que o registro escrito não detecta e as fotos serão registradas apenas do local onde a participante se encontra, de modo a registrar a realidade concreta dessas mulheres. A entrevistadora se compromete a utilizar os dados fornecidos de forma anônima, garantindo o sigilo das informações pessoais. A participante tem o direito de interromper a entrevista a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, bem como, tem o direito não responder perguntas que lhe causem desconforto. A participação na entrevista acarreta riscos e benefícios, considerando que os riscos concernem em desconforto em verbalizar a vivência na rua e situações de constrangimento, caso isso ocorra, a pesquisadora se compromete em auxiliar e direcionar para um serviço de saúde mais próximo, os benefícios referem-se em dar visibilidade as demandas em saúde das mulheres em situação de rua na unidade básica de saúde e com isso melhorar o acolhimento / recepção dessas mulheres nos serviços de saúde, na perspectiva de um atendimento em saúde de fato universal e equitativo. Caso ocorra alguma dúvida com relação a pesquisa, a senhora poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (11) 96436-9596 ou via e-mail: raquel.suzan31@gmail.com, ou pelo endereço R. Heitor Penteado, 1448 - Sumarezinho, São Paulo - SP, 05438-100, das 10h às 18h. Na análise dos dados coletados na entrevista, bem como na dissertação do mestrado, será mantido o sigilo sobre a identidade das participantes. Esta pesquisa segue as normas da Resolução 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. O comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde aprovou a realização deste projeto. Este projeto segue em acompanhamento pelo comitê e a comissão citados e podendo ser consultados em caso de dúvidas, perguntas ou denúncia em relação às questões éticas da pesquisa. Comitê de ética em pesquisa do instituto de saúde: pelo telefone (11) 3116-8648 ou pelo endereço rua Santo Antônio, 590, Bela Vista, São Paulo, de segunda à sexta-feira, das 10h às 16h ou pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma com cada uma das partes, assinando este documento a senhora concorda em participar da pesquisa.

Entrevistado Nome:

Entrevistador Nome:

Ass: _____

Ass: _____

São Paulo, ____/____/____

ANEXO 4**Termo de Autorização de uso de Imagem e Voz**

Eu _____ RG, CPF,
CNS _____ endereço: _____
_____, cidade _____, AUTORIZO o uso da
minha imagem e voz, em todo o material a ser utilizado pela pesquisadora Raquel Suzan
Evangelista Alves, referente a pesquisa “**Mulheres em situação de rua: violências,
gênero, raça e acesso na unidade básica de saúde**”, que poderá ser divulgado , SEM
QUALQUER TIPO DE IDENTIFICAÇÃO da participante, na dissertação de mestrado e
demais materiais que possam vir a surgir em decorrência desta pesquisa, sejam artigos,
apresentações em congressos, seminários, divulgação em revistas, folders em todo o
território nacional e / ou no exterior. A autorização é concedida a título gratuito.

São Paulo, ____/____/_____.

Nome completo: _____

Assinatura: _____

ANEXO 5

Termo de dispensa da Carta de Anuência

Eu, Raquel Suzan Evangelista Alves, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa: **Mulheres em situação de rua: violências, gênero, raça e acesso na unidade básica de saúde**, em atendimento a Resolução 510/2016 CNS/MS, Art.16. *o pesquisador deverá justificar o meio de registro mais adequado, considerando, para isso, o grau do risco envolvido, as características do processo da pesquisa e do participante. §1º Os casos em que seja inviável o Registro de Consentimento ou do Assentimento Livre e Esclarecido ou que este registro signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa deve ser justificada pelo pesquisador responsável ao sistema CEP/COEP.* Deste modo, venho solicitar ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, a dispensa da apresentação da carta de anuência, considerando que: as entrevistas ocorrerão em espaço público, não sendo realizada em nenhum espaço institucional. (Exemplo: calçadas, marquises, debaixo de viadutos, praças...), bem como, estando em seu espaço de pertença que é a rua, há maior possibilidade de desenvolvimento de vínculos de confiança e maior liberdade para expressar seus sentimentos, ideias e percepções, sem estar sob o risco de estar sendo observada por profissionais de quaisquer serviços de saúde, situação, que pode causar constrangimentos.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Local, ____ de _____ de _____.

Raquel Suzan Evangelista Alves

ANEXO 6

Parecer consubstanciado do CEPIS

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres em situação de rua: violências, gênero, raça e acesso na unidade básica de saúde

Pesquisador: RAQUEL SUZAN EVANGELISTA ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62841822.3.0000.5469

Instituição Proponente: Instituto de Saúde CEPIS - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.678.779

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Trata-se de um estudo exploratório, com característica de pesquisa etnográfica. A coleta de dados se dará por entrevista semiestruturada, observação e registros em diário de campo. Pretende entrevistar no mínimo cinco e no máximo dez mulheres com idade entre 18 a 65 anos, que estão em situação de rua na zona sul de São Paulo, território que compreende a área de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde da Cidade Ademar / Santo Amaro. As entrevistas serão realizadas in loco, nas ruas, calçadas, malocas, embaixo de viadutos e demais locais que sirvam de abrigo para essas mulheres. O referencial teórico será baseado no método dialético com abordagem qualitativa. Apesar das políticas públicas existentes como a Política Nacional de Saúde Integral da Mulher, Política Nacional de Saúde da População Negra e Política Nacional para a População em Situação de Rua, as demandas e necessidades das mulheres em situação de rua continuam inviabilizadas para os profissionais da Unidade Básica de Saúde.

Critério de Inclusão: Mulheres que estão em situação de rua sob a supervisão técnica de saúde da Cidade Ademar e Santo Amaro (SACA) do município de São Paulo, idade entre 18 e 65 anos, acompanhadas ou não pela equipe de Consultório na Rua.

Critério de Exclusão: Mulheres que apresentem dificuldade de comunicação ou comprometimento cognitivo, que comprometa o estabelecimento de um diálogo compreensível, que só esteja na rua de passagem tendo moradia e que estiver sob efeito de álcool ou outra substância psicoativa,

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar

Bairro: Bela Vista

CEP: 01.314-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3116-8648

E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



Continuação do Parecer: 5.678.779

comprometendo sua plena participação na entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é identificar os fatores que envolvem a condição de mulher em situação de rua e como podem influir na procura e ou adesão dessas mulheres aos cuidados na Unidade Básica de Saúde.

Objetivos Secundários: 1. Descrever o perfil da população em situação de rua com ênfase no recorte de gênero e raça/cor com base em documentos de levantamentos e censos; 2. identificar quais os principais motivos que fazem as mulheres em situação de rua procurar os serviços de saúde; 3. Traçar o perfil da população em situação de rua e das participantes desse estudo; 4. Identificar os serviços de apoio em saúde reconhecidos pelas mulheres em situação de rua; 5. Descrever como as mulheres em situação de rua percebem as situações de violência; 6. Promover a devolução dos resultados junto as mulheres em situação de rua, junto as entidades que defendem os direitos das pessoas em situação de rua, conselho gestor da unidade básica de saúde e serviços de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Desconforto em verbalizar a vivência na rua e situações de constrangimento, caso isso ocorra, a pesquisadora se compromete em auxiliar e direcionar para um serviço de saúde mais próximo.

Benefícios: Os benefícios referem-se em dar visibilidade as motivações que dificultam o acesso das mulheres em situação de rua na unidade básica de saúde e com isso melhorar o acolhimento / recepção dessas mulheres nos serviços de saúde, na perspectiva de um atendimento em saúde de fato universal e equitativo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema de extrema relevância, principalmente neste momento em que se verifica um grande aumento da população em situação de rua (incluindo mulheres e crianças), e da precarização das condições de vida e de saúde dessa população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos obrigatórios. Adequou o termo de uso de voz e imagem que estava contraditório com o projeto e com o TCLE.

Recomendações:

não há

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar

Bairro: Bela Vista

UF: SP

Telefone:

Município: SAO PAULO

(11)3116-8648

CEP: 01.314-000

E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

Continuação do Parecer: 5.678.779

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora solicitou dispensa do termo de autorização da instituição coparticipante da pesquisa Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro/ Cidade Ademar e da avaliado pelo comitê de ética correspondente da prefeitura de São Paulo (Portaria 2427/2013 SMS-G). Foi consultado o comitê da SMS que autorizou a dispensa, uma vez que a coleta dos dados não será feita em nenhuma unidade de saúde, mas na rua.

O termo de uso de imagem e som foi adequado.

Não há mais pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2007300.pdf | 16/09/2022 19:46:02 | | Aceito |
| Outros | CARTEDEAGRADECIMENTO.pdf | 16/09/2022 19:44:20 | RAQUEL SUZAN EVANGELISTA ALVES | Aceito |
| Outros | termodispensaanuencia.pdf | 16/09/2022 19:16:02 | RAQUEL SUZAN EVANGELISTA ALVES | Aceito |
| Outros | TermoImagemvoz.pdf | 16/09/2022 19:14:55 | RAQUEL SUZAN EVANGELISTA ALVES | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 16/09/2022 19:14:18 | RAQUEL SUZAN EVANGELISTA ALVES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 30/08/2022 22:33:38 | RAQUEL SUZAN EVANGELISTA ALVES | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.pdf | 30/08/2022 22:31:57 | RAQUEL SUZAN EVANGELISTA ALVES | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderosto.pdf | 30/08/2022 22:19:42 | RAQUEL SUZAN EVANGELISTA ALVES | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
 Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3116-8648 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS - 
SP

Continuação do Parecer: 5.678.779

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 03 de Outubro de 2022

Assinado por:
Maritsa Carla de Bortoli
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
Bairro: Bela Vista **CEP:** 01.314-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8648 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

Registro do espaço de moradia das mulheres entrevistadas



Foto 1 – pertences de Dandara, lateral da Biblioteca Municipal Prefeito Prestes Maia – fevereiro de 2023.



Foto 2 – vista da lateral da Biblioteca Prefeito Prestes Maia – fevereiro de 2023.



Foto 3 – local de moradia de Makeda, esquina com a Avenida Vicente Rao, janeiro de 2023.



Foto 4 – rotatória próximo do local onde fica Amina, esquina com a Avenida Vicente Rao, janeiro 2023.
