



# Vulnerabilidades entre mulheres em situação de rua vivenciando a gestação, parto e puerpério

*Vulnerabilities among homeless women experiencing pregnancy, childbirth and puerperium*

*Vulnerabilidades entre mujeres sin hogar viviendo el embarazo, parto y puerperio*

Cristina Elisa Nobre Schiavi<sup>1</sup>   
Vania Celina Dezoti Micheletti<sup>2</sup>   
Rosana Maffaccioli<sup>1</sup>   
Stela Maris de Mello Padoin<sup>3</sup>   
Adriana Roese Ramos<sup>1</sup>   
Letícia Becker Vieira<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Porto Alegre, RS, Brasil.

2. Universidade do Vale do Rio dos Sinos.  
São Leopoldo, RS, Brasil.

3. Universidade Federal de Santa Maria.  
Santa Maria, RS, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** compreender os aspectos que conferem vulnerabilidades às mulheres que vivenciam a gestação, o parto e o puerpério nas ruas. **Método:** pesquisa qualitativa desenvolvida com doze mulheres em um município do sul do Brasil, mediante análise temática de entrevistas em profundidade, sob a luz dos referenciais da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. **Resultados:** três categorias temáticas descrevem situações de discriminações e violências que repercutem em vulnerabilidades tanto durante a gestação e o pré-natal, quando as mulheres (invisíveis) se tornam mães (visíveis), quanto no momento do parto, em que se evidencia o (des)cuidado e a (des)assistência, e também no puerpério, marcado pelo rompimento dos vínculos com os bebês. **Conclusões e implicações para a prática:** sucessivas intervenções de controle, descaso, desinformação e negligência, bem como a falta de acolhimento e suporte, deixaram explícitas a carência de ações e políticas públicas que valorizem as singularidades dessas mulheres. A partir dos achados, entende-se a urgência da sensibilização dos profissionais de saúde para atuar respeitando a autonomia dessas mulheres para o exercício pleno de seus direitos sexuais e reprodutivos, bem como da efetivação de estratégias para a construção de um cuidado em saúde comprometido com a justiça e proteção social, mitigando vulnerabilidades e promovendo direitos.

**Palavras-chave:** Direitos Humanos; Mulheres; Mães; Pessoas em situação de rua; Vulnerabilidade em saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** to understand the aspects that confer vulnerabilities to the women who experience pregnancy, childbirth, and puerperium on the streets. **Method:** qualitative research developed with twelve women in a southern city of Brazil, through a thematic analysis with in-depth interviews, in light of the Vulnerability and Human Rights framework. **Results:** three thematic categories describe situations of discrimination and violence that have repercussions on vulnerabilities during pregnancy and prenatal care, when (invisible) women become (visible) mothers, and at the time of childbirth, in which (the lack of) care and assistance is evident, and also in the puerperium, marked by the breaking of bonds with the babies. **Conclusions and implications for practice:** successive interventions of control, carelessness, misinformation and negligence, as well as the lack of acceptance and support made explicit the lack of actions and public policies that value the singularities of these women. From the findings, it is understood the urgency of raising the awareness of health professionals to act respecting the autonomy of these women for the full exercise of their sexual and reproductive rights, as well as the implementation of strategies for the construction of a health care committed to justice and social protection, mitigating vulnerabilities and promoting rights.

**Keywords:** Human Rights; Women; Mothers; Homeless people; Health vulnerability.

## RESUMEN

**Objetivo:** comprender las vulnerabilidades de mujeres sin hogar que viven el embarazo, parto y puerperio. **Método:** investigación cualitativa realizada con doce mujeres de un municipio del sur de Brasil, a través del análisis temático de entrevistas en profundidad, a la luz de los marcos Vulnerabilidad y Derechos Humanos. **Resultados:** tres categorías temáticas describen situaciones de discriminación y violencia que inciden en vulnerabilidades durante el embarazo y prenatal, cuando las mujeres (invisibles) se convierten en madres (visibles), así como en el parto, cuando se evidencia la falta de cuidados y asistencia, como también en el puerperio, marcado por la ruptura de vínculos con los bebés. **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** sucesivas intervenciones de control, descuido, desinformación y negligencia, así como la falta de acogida y apoyo explicitaron la falta de acciones y políticas públicas que valoren las singularidades de estas mujeres. A partir de los hallazgos, se comprende la urgencia de sensibilizar profesionales de salud para actúen respetando la autonomía de estas mujeres para el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, así como la implementación de estrategias para la construcción de un cuidado en salud comprometido con la justicia y la protección social, mitigando vulnerabilidades y promoviendo derechos.

**Palabras-clave:** Derechos Humanos; Mujeres; Madres; Personas sin hogar; Vulnerabilidad en salud.

**Autora correspondente:**  
Cristina Elisa Nobre Schiavi.  
E-mail: cris\_schiavi@hotmail.com

Recebido em 07/12/2022.  
Aprovado em 08/09/2023.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0384pt>

## INTRODUÇÃO

Recentes investigações apontam que o número de pessoas em situação de rua tem crescido em diversos países do mundo. Destaca-se, entretanto, que o quantitativo de mulheres é significativamente menor quando comparado ao dos homens nos mais variados cenários.<sup>1-5</sup> Nos EUA, as mulheres correspondem a cerca de 28% das pessoas em situação de rua, enquanto na Europa, elas representam de 15% a 25% desse segmento social.<sup>4</sup>

No Brasil, no período de 2012 a 2020, observou-se um aumento expressivo (140%) da População em Situação de Rua (PSR). Estima-se que o quantitativo dessa população em 2020 era de 221.869 pessoas, com forte concentração nas capitais e municípios maiores.<sup>6</sup> Em Porto Alegre, capital localizada na região sul do Brasil, observou-se uma queda da porcentagem de mulheres de 18,2% em 2008 para 13,8% em 2016.<sup>5</sup>

Esses quantitativos tão discrepantes não são uma casualidade. Há enormes diferenças no impacto da vida nas ruas para homens e mulheres, revelando singularidades que tatuam nos corpos delas as expressões da subalternidade e da subjugação.<sup>7-9</sup> Embora em menor número, elas estão mais vulneráveis a discriminações, desigualdades, violências e opressões que marcam o cenário da rua.<sup>2,3,9-11</sup> Ademais, evidencia-se a escassez de ações e serviços de saúde que considerem suas especificidades e direitos como mulheres, sobretudo quando vivenciam a maternidade nesse contexto.<sup>1,7,11</sup>

As mulheres em situação de rua têm duas vezes mais chances de engravidar, maiores riscos de complicações obstétricas e recebem menos cuidados de saúde do que aquelas com acesso à moradia.<sup>1,12</sup> Seus bebês passam mais tempo no hospital após o nascimento, realizam menos exames e são menos propensos a serem amamentados.<sup>2</sup> Além do mais, são identificadas mais barreiras do que facilitadores no acesso aos serviços de saúde e na utilização deles entre mulheres em situação de rua durante o período pré e pós-natal,<sup>2,12</sup> o que as torna mais suscetíveis a piores desfechos de saúde para si e seus filhos.<sup>13</sup>

Tal conjuntura revela que a vivência da gestação, parto e puerpério em situação de rua se refere a um problema de saúde pública que impacta diferentes países em todo o mundo, sendo decorrente de uma série de condições de vulnerabilidade.<sup>1,7,14</sup> Trata-se de um tema que demanda investigações que identifiquem entraves e dificuldades vivenciadas nos cuidados em saúde, auxiliando na efetivação de ações que respeitem e atendam às necessidades e direitos dessas mulheres e seus filhos.<sup>2,7,14</sup>

Nesse sentido, este estudo tem como lente analítica o referencial teórico da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH), pois busca identificar situações potenciais de vulnerabilidades para subsidiar, com evidências, políticas públicas democráticas e efetivas. Parte-se do pressuposto de que onde há maior violação de direitos humanos, encontra-se maior grau de vulnerabilidade e menor impacto das ações de saúde. Desse modo, a intervenção de saúde não é apenas solução, mas também parte do problema em função do modo como é operada. Assim, o quanto e como os governos promovem o direito à saúde também são determinantes de vulnerabilidades.<sup>15</sup>

Considerando esses apontamentos, propôs-se um estudo que partiu da seguinte questão: como as mulheres em situação de rua vivenciam a experiência da gestação, parto e puerpério no que tange aos processos de vulnerabilização nesse cenário? O objetivo foi compreender os aspectos que conferem vulnerabilidades às mulheres que vivenciam a gestação, parto e puerpério nas ruas.

## MÉTODO

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa de cunho exploratório-descritivo, fundamentada no referencial teórico da V&DH.<sup>15</sup> Os campos desta pesquisa foram um Consultório na Rua e um Coletivo independente denominado Troque a Fome por Flor, ambos reconhecidos como espaços potentes para a assistência e resistência da PSR no município de Porto Alegre, localizado na região metropolitana do Rio Grande do Sul, Brasil. A escolha dos espaços envolveu critérios fundamentais para exequibilidade da pesquisa, pois viabilizou a aproximação da pesquisadora com possíveis participantes tanto em serviço formal quanto em espaço informal da rede de atenção voltada para essa população.

As participantes da pesquisa foram doze mulheres maiores de dezoito anos, que vivenciaram a gestação, parto ou puerpério em situação de rua. Excluíram-se da pesquisa as mulheres que apresentaram qualquer impedimento que tornou inviável a realização da entrevista, como, por exemplo, estar sob efeito de álcool e/ou outras drogas. Todas as participantes foram selecionadas e convidadas de modo intencional, mediante auxílio dos trabalhadores e apoiadores dos respectivos campos. O número de participantes delimitou-se à medida que as pesquisadoras encontraram, mesmo que provisoriamente, a lógica interna do objeto de estudo, considerando o aprofundamento, a abrangência e a diversidade acerca do fenômeno, conforme aponta Minayo.<sup>16</sup>

As informações foram coletadas de maio a novembro de 2021 por meio de entrevistas em profundidade desenvolvidas pela pesquisadora principal, pós-graduanda e com experiência nesta técnica de coleta com este público. Para atestar a sensibilidade do Roteiro de Entrevista, foi realizado o “estudo de sensibilização” proposto por Moré, cuja finalidade é avaliar se as questões que compõem o Roteiro têm potencial para estimular e proporcionar narrativas em torno do objetivo do estudo.<sup>17</sup> Durante tal processo, que ocorreu com a realização das primeiras entrevistas, foram feitas pequenas modificações no Roteiro, conforme as pesquisadoras reconheciam a necessidade de reformulações nos questionamentos, no sentido de facilitar a compreensão das participantes e qualificar a continuidade do diálogo em torno do objeto de investigação.

As entrevistas tiveram duração aproximada de 40 minutos. A escolha do momento e do local para a realização das mesmas ocorreu conforme cada caso e situação, considerando a disponibilidade da pesquisadora e das participantes. Sete entrevistas ocorreram nos domicílios das mulheres, que passaram a dispor de acesso à moradia; duas no serviço de saúde que foi campo de pesquisa e três ocorreram nas proximidades de seus locais de arquivar a vida nas ruas. Com duas participantes foram realizados dois encontros em momentos e dias distintos para que se pudesse

concluir a entrevista na íntegra, principalmente em decorrência das suas demandas do cotidiano nas ruas, que envolvem a busca por meios e recursos para a sobrevivência diária.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra de forma literal. Para a análise das informações obtidas, utilizou-se a análise temática de Minayo,<sup>18</sup> que se desdobra em três etapas: na pré-análise, realizou-se a leitura flutuante das entrevistas, permitindo apreender estruturas de relevância; na exploração do material, foi possível identificar e agrupar as unidades de significação, viabilizando a definição das categorias temáticas; no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, ocorreu a análise e discussão dos achados, trazendo embasamentos na literatura atual para melhor compreensão destes, articulando com o referencial analítico da V&DH.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS em maio de 2021 sob parecer nº 4.722.878. Após os devidos esclarecimentos acerca da pesquisa, as participantes comunicaram o consentimento por meio de expressão escrita, conforme prevê o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato das mulheres, todas foram identificadas por nomes de flores.

## RESULTADOS

Com relação ao perfil das participantes, identificou-se que as doze mulheres se encontravam entre 21 e 56 anos de idade. Sobre as relações afetivas, onze se declararam “solteiras”, sendo que cinco viviam junto aos seus companheiros, e apenas uma mencionou ser viúva. Quanto ao quesito raça/cor, nove se autodeclararam negras. Todas possuíam ensino fundamental incompleto e nenhuma tinha vínculo formal de trabalho, de modo que a renda provinha da venda de artigos diversos nas sinaleiras/ruas ou de benefícios sociais. O número de filhos variou de um a dez, e o tempo de permanência nas ruas oscilou entre alguns meses até mais de vinte anos.

A partir da análise das entrevistas, foi possível constituir três categorias temáticas, apresentadas a seguir, as quais permitiram a compreensão dos aspectos que conferem vulnerabilidades às mulheres que vivenciam a gestação, o parto e o puerpério nas ruas.

### **A gestação e o pré-natal: quando as mulheres (invisíveis) se tornam mães (visíveis)**

As mulheres que vivenciam o momento da gestação nas ruas realizam o acompanhamento pré-natal conforme suas possibilidades, sendo diversos os aspectos que indicam as dificuldades do cotidiano de vida nas ruas. Essas adversidades as impedem de utilizarem os serviços, uma vez que precisam priorizar suas necessidades básicas de sobrevivência diária em detrimento de cuidados de saúde específicos. Na vida dessas mulheres, são recorrentes as situações de violência ou o uso abusivo de substâncias, deixando-as constrangidas a ponto de não buscarem os serviços, especialmente pelo receio do julgamento dos profissionais, o que implica sua vulnerabilidade individual e social.

*Às vezes eu ia, às vezes os moço tinha que ir atrás de mim, era bem complicado. [...] Eu bebia bastante, daí não dava pra ir... Às vezes as pessoas me batiam, daí eu tinha vergonha de ir porque tava machucada (Petúnia).*

Destarte, as mulheres entrevistadas sinalizam que dão início ao acompanhamento pré-natal tardiamente, em geral, ao serem abordadas pelos serviços por meio de busca ativa. As instituições, ao identificarem gestantes em situação de rua, voltam seus esforços para o cuidado dessas mulheres e bebês, compreendendo seu acompanhamento como prioridade. Portanto, a condição de gestante provoca mudanças na atenção em saúde recebida. Fica evidente que as mulheres em situação de rua se tornam mais visíveis quando estão grávidas e, assim, são assistidas em relação ao acesso a cuidados de saúde.

*Comecei a fazer o pré-natal quando conheci o serviço de abordagem social, com quatro pra cinco mês [...]. Cada dia me encaminhavam, daí ou eu ia ou eles me davam carona. [...] E desde que o pessoal do Consultório na Rua descobriu que eu tava grávida, eles vem me vê [...]. Fiz exame, consultas... Quando não dava pra ir lá, elas sempre iam lá na barraca pra escuta o nenê, aquela coisa toda (Kalanchoe).*

Esse contexto reforça a profunda invisibilidade social das mulheres que vivem nas ruas, exceto ao engravidarem, quando, então, passam a ter maior visibilidade. Entretanto, logo após o parto, a atenção é direcionada à criança, e elas retornam às ruas sem seus bebês, novamente invisíveis à sociedade, vivenciando o puerpério desassistidas, o que implica na vulnerabilidade social. Em outras palavras, elas vivem em meio a ausências e excessos de atenção do Estado, legitimando-se dicotomias, como: visibilidade *versus* invisibilidade, atenção *versus* desassistência.

### **No momento do parto: o (des)cuidado e a (des)assistência**

Contraditoriamente à atenção recebida nas ruas enquanto gestantes, vários relatos revelaram discriminações e violências vivenciadas pelas mulheres no momento do parto. Isto posto, destaca-se uma série de dificuldades no deslocamento até o hospital, entre elas a negação de auxílio e transporte. Assim, elas vivenciam esse momento sozinhas, inseguras, sem apoio e sem informações, repercutindo na vulnerabilidade individual e social. Uma participante contou que fez seu próprio parto em uma casa abandonada, e outra revelou que, depois de muitas dificuldades, ao chegar à maternidade, teve seu acesso barrado.

*Eu fiz meu próprio parto dentro d'uma casa desalugada. [...] Eu pulei o portão e comecei a chamar todo mundo pra tentar ir pro hospital, mas ninguém parava. Daí pulei o portão de novo e fui pra baixo da água quente do chuveiro. Comecei a fazer força, e quando vê, ela saiu. Peguei ela, dei banho, enrolei numa toalha e botei na cama. [...] Daí que eu consegui chama a SAMU (Maravilha).*

*Fui a pé da barraca até o hospital. Era contração e contração, e meu marido se atirando no meio dos carro, mas nenhum quis para. Nem a polícia quis me dá carona [...] Chego lá no hospital e o segurança não queria deixa nós entra. Meu marido fez um barraco, e eu gritando de dor. Achei que ia perde meu filho (Kalanchoe).*

Aquelas que conseguem cruzar as portas dos hospitais percebem que as discriminações e violências persistem e se intensificam. Foram relatados sucessivos momentos de descuido e desassistência reproduzidos pelos profissionais nas instituições. Devido à sua situação de rua, são tratadas com descaso, desconfiança e desinformação. Assim, o momento do parto é compreendido como difícil e sofrido, o que repercute na vulnerabilidade social e programática.

*Lembro até hoje daquela sensação horrível. Demorou muito e eu não sabia o que tava acontecendo. Era minha primeira gravidez. [...] Eu fiquei uma semana internada com depressão pós-parto. Só queria fica cuidando dele, mas não me deixavam ficá perto dele. Nunca soube o porquê. Não sei se era por medo de eu fazê alguma coisa pra ele, mas eu nunca tive essa vontade. Nunca entendi (Torênia).*

Evidencia-se que as mulheres em situação de rua são privadas de amamentarem e estabelecerem vínculo com seus filhos, sendo separadas deles nas maternidades a partir de justificativas apoiadas na visão e valores dos profissionais. Ao invés de orientarem e auxiliarem essas mães com os cuidados nesse momento de vida, os profissionais as tratam com desrespeito, não fornecendo explicações e não as deixando permanecer próximas dos bebês. Trata-se da violação de seus direitos humanos, que está imbricada com as três dimensões da vulnerabilidade.

*Quando fui ganhar ele, eu sofri que tu nem imagina. Fui tratada que nem uma vaca. Eles foram bem estúpido. Eu fiquei muito pouco com ele no hospital, nem pude amamentar. [...] Ele nasceu de oito meses. Eu fui saber depois, no posto, porque eles não me explicaram que ele nasceu prematuro (Kalanchoe).*

Cabe sinalizar que o momento do parto, muitas vezes, é a única oportunidade de acesso dessas mulheres ao aparato de saúde. Porém, além de não serem adequadamente acolhidas, cuidadas e assistidas nos serviços de saúde, ainda são constantemente interpeladas por inúmeras violações de direitos humanos, que se fundamentam principalmente a partir do julgamento moral de que elas não podem e não devem ser mães. Por um lado, o não acesso aos serviços se configura como desassistência, mas, por outro lado, o acesso pode acarretar situações que ampliam as vulnerabilidades em saúde vivenciadas.

## **O puerpério marcado pelo rompimento dos vínculos**

Desvela-se que a saída dos hospitais é marcada pelo que se pode denominar de sequestro (ou tentativa de sequestro) dos bebês de mulheres em situação de rua. Elas contam que seus filhos são retirados de seus braços ainda nas maternidades, são levados compulsoriamente para o acolhimento institucional, mediante um discurso de proteção das crianças. E, uma vez nessas instituições, é dificultada, ou muitas vezes negada, qualquer possibilidade de se vincular, cuidar e até mesmo de receber informações sobre seus filhos.

*Faz três meses que não vejo meu filho. A última vez foi no hospital. Eles foram esperto. Mandaram ele mais cedo embora. Quando cheguei no hospital, ele já tinha ido. Não pude nem dá um beijo nele. Até hoje não consigo vê ele. É o que mais dói. [...] Me toca muito. Machuca [...]. Agora ele tá num abrigo, só que não sei onde é. Não soube mais nada dele. Tô com saudade (Kalanchoe).*

As entrevistadas revelaram que, quando as instituições desconfiam da sua situação de rua, vão investindo em intervenções e tentativas de sequestro de seus bebês. Com uma frequência que denunciam ser norma, são interpeladas por inúmeros questionamentos de profissionais, que realizam investigação minuciosa para verificar se elas têm condições de criar e cuidar dos filhos. Crisântemo relata que enfrentou intimidações e constrangimentos de profissionais na maternidade:

*Quase perdi minha filha porque a assistente social do hospital não queria me entregá. Tavam arrumando uma kombi do Conselho pra recolhe ela. A assistente social do abrigo teve que dizer que lá tinha estrutura pra uma criança. Se não fosse ela reclama, minha filha não ia ser liberada comigo. [...] Quando ela teve alta, as enfermeiras não deixaram nem eu vesti as roupinhas nela. Falaram “Tem que espera a assistente social libera. Vamo vê se ela vai embora contigo mesmo” (Crisântemo).*

Revela-se que o momento do puerpério é demarcado por inúmeras violações de direitos humanos, impactando nas três dimensões da vulnerabilidade. Diante dessa conjuntura, essas mulheres são tomadas pelo receio de que seus bebês sejam brutalmente retirados de seus braços com a justificativa da situação de rua, o que cerceia suas possibilidades de exercer a maternidade. Por conta desse medo, observou-se, como linha de fuga, que algumas mulheres vão arquitetando estratégias na intenção de impedir o sequestro de seus bebês, tentando escapar das amarras institucionais, como as trazidas por Perpétua:

*Tinha medo de ir pro hospital, eles vê que eu tô na rua e toma meu filho. Eu botei na cabeça que não podia mais fica aqui, que tinha que ir pruma fazenda que acolhe mulheres [...] pra não perdê a guarda. Na verdade, só consegui fica com ele porque quando fui fazê a baixa no hospital, tava um endereço antigo no computador.*

*Perguntaram se eu morava na rua tal e confirmei que sim. Eu meio que passei por cima, porque eu não morava mais lá (Perpétua).*

Também foi possível identificar que há mulheres que buscam nos abrigos de famílias uma proteção institucional para permanecerem junto com as crianças, como possibilidade de exercer a maternidade. No entanto, revelam que se tratam de locais rígidos, nos quais elas são constantemente ameaçadas pelos profissionais de terem seus filhos retirados pelo poder público caso descumpram as regras institucionais.

*Não queria ir. Tive que ir por causa dela. Eu sabia que não ia adiantar ficar longe do meu marido. Lá é horrível, a gente é humilhada e maltratada. Elas falam “Se tu for embora, não vai levá teu filho. A gente vai acioná o Conselho pra tirar”. Não querem saber se tu vai sofrer longe do teu filho (Crisântemo).*

Ainda assim, não são todas as mulheres em situação de rua que conseguem ser contempladas com essa alternativa de acolhimento em conjunto com os filhos, especialmente devido à falta de investimento nesses espaços por parte do poder público, o que revela aspectos da vulnerabilidade programática. Perpétua tentou ficar com todos os filhos juntos em um abrigo de famílias, mas o retorno que obteve foi de descaso e demora para conseguir vaga nessas instituições.

Torna-se evidente que os esforços das instituições, ao invés de irem na direção de efetivar uma rede de cuidado e proteção que auxilie as mulheres no exercício da maternidade, vão na perspectiva de retirar seus filhos e encaminhá-los para abrigos. Podemos interpretar, com essa linha de atuação, que os serviços de saúde se sustentam como aparatos ideológicos de manutenção de uma perspectiva moral, culpabilizante e de controle, que as julga como incapazes de serem mães. Esse cenário nos remete à vulnerabilidade social e programática que atravessam essas mulheres.

Por conseguinte, o puerpério é marcado pelo agravamento das condições de vulnerabilidade em saúde dessas mulheres e de seus filhos, ao passo que não se viabilizam outras possibilidades de vida e de cuidado. O Estado se prontifica a agir, contundentemente, no desfecho limítrofe dessas vulnerabilidades, ou seja, quando a situação é demasiado complexa, não restando outra alternativa a não ser a retirada dos filhos de suas mães.

## DISCUSSÃO

De modo geral, as políticas públicas no Brasil estão voltadas ora para a saúde da mulher, enquanto gestante, ora para a saúde da criança, seguindo uma tradição de priorizar as mulheres no contexto gravídico-puerperal. Com as mulheres em situação de rua, não é diferente. A política de saúde para as mulheres em situação de rua está vinculada, quase exclusivamente, à maternidade.<sup>19</sup>

Estudo sobre o tema revela que a gestação era o aspecto que ligava as mulheres em situação de rua aos serviços de saúde, em razão do pré-natal, demonstrando que a questão reprodutiva é mais valorizada que as demais necessidades envolvidas na saúde das mulheres.<sup>20</sup> Portanto, torna-se perceptível o cuidado extensivo dos agentes do Estado com mulheres que gestam em situação de rua, o que se encerra com o fim da gestação e com a retirada das crianças de suas mães nas maternidades.<sup>19</sup>

A literatura aponta que, no Brasil,<sup>7</sup> assim como no Reino Unido<sup>1</sup> e nos EUA,<sup>14</sup> as mulheres em situação de rua têm baixo acesso à assistência pré-natal, comparecendo a um menor número de consultas do que o preconizado pelos órgãos de saúde. Como barreiras que dificultam seu acesso aos serviços de saúde ou impedem-nas de acessá-los, evidenciam-se: a burocratização no acesso;<sup>2,13</sup> desarticulação da rede;<sup>2,13</sup> escassez de serviços especializados para as mulheres;<sup>2</sup> falta de suporte social;<sup>2,12</sup> baixo nível socioeconômico;<sup>1</sup> abordagem inadequada dos profissionais;<sup>2,12,21</sup> experiências anteriores negativas;<sup>12,21</sup> falta de informação e conscientização;<sup>2,11,12</sup> além do medo do estigma, preconceito e discriminação.<sup>1,2,11,12,22</sup> Tais fatores impactam na decisão das mulheres de buscar (ou não) os espaços institucionais de cuidado em saúde.<sup>1,2</sup>

Essas questões remetem ao referencial de Vulnerabilidade e Direitos Humanos,<sup>15</sup> que evidencia a ausência da ação do governo e da efetividade de programas voltados a organização de um suporte especial que considere a condição da pessoa como mulher, nesse caso afetada pelas desigualdades de gênero interseccionadas pelo racismo, pela pobreza e pela estigmatização da vida nas ruas. Aprendemos, com esse referencial, que, onde os governos se eximem de garantir direitos humanos essenciais, as populações experimentam os piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte.

No entanto, um dos principais empecilhos mencionados pelas participantes desta pesquisa para o acesso e vinculação ao pré-natal foi o medo de perder a guarda dos filhos, tornando o cuidado em saúde durante a gestação ainda mais complexo. Do mesmo modo, em outros estudos, evidencia-se que o medo da retirada dos filhos pelo poder público produz uma sensação de desconfiança com relação aos profissionais, o que as instiga a esconder a gravidez, influenciando de modo negativo a interação dessas mulheres com os serviços de saúde.<sup>1,12</sup> Por conta do receio da denúncia e da retirada das crianças, elas demoram a procurar os serviços de saúde, adiando o acompanhamento pré-natal na intenção de permanecerem despercebidas pelos equipamentos institucionais.<sup>1,2</sup>

Isto posto, frente ao medo da perda da guarda das crianças, aumentaram significativamente os casos de mulheres que se afastaram dos serviços de saúde. A evasão hospitalar, a recusa em procurar certas maternidades e o deslocamento para outros municípios são constatadas como alternativas para não terem seus filhos retirados. Há mulheres que fogem para parir seus bebês em regiões afastadas dos centros urbanos, assim como existem aquelas que saem dos hospitais com bebês escondidos em sacolas, na perspectiva de exercer a maternidade desejada.<sup>22-24</sup>

Também existem mulheres que omitem informações nos serviços de saúde e declaram endereços antigos ou de familiares na intenção de impedir que as instituições identifiquem sua condição de vida nas ruas e, conseqüentemente, sequestram seus filhos.<sup>1,3,22</sup>

No que diz respeito ao momento do parto propriamente dito, as mulheres em situação de rua também encontram inúmeras barreiras para acessar as maternidades, o que decorre de várias ausências, tais como: de informação; documentação; transporte; e endereço convencional.<sup>11,12</sup> Estudo realizado na Etiópia indica que elas não recebem informações suficientes acerca dos serviços de saúde, revelando que não sabem onde, quando e como procurá-los, desconhecendo a sua importância.<sup>12</sup> Tendo em vista a falta de orientações acessíveis, é complexo para elas percorrer o sistema de saúde e tomar decisões acertadas nesse escopo.<sup>2</sup>

A atitude discriminatória dos profissionais de saúde em relação a essas mulheres é apontada, tanto nesta pesquisa quanto em outros estudos, como aspecto que impacta negativamente a busca por ajuda em espaços institucionais. Ao trazerem os motivos das experiências negativas no acesso aos serviços durante a vivência da maternidade, com frequência elas relatam que são tratadas de forma diferente e têm pouco controle sobre seus cuidados de saúde, sentindo-se estigmatizadas, desrespeitadas e negligenciadas pelos profissionais.<sup>1,2,12</sup>

A realidade que essas mulheres vivenciam nas maternidades é que, a partir da suspeita ou confirmação da sua situação de rua, seus bebês são privados de seus cuidados, sendo afastados delas para aguardar a decisão judicial de destituição do poder familiar e a liberação de vaga em acolhimento institucional. Assim, mesmo tendo condições de amamentar e mesmo que evidências científicas recomendem o contato pele a pele, o aleitamento materno e o vínculo precoce, demonstrando repercussões negativas na separação imediata de mães e bebês, elas são impedidas de vivenciarem essas experiências com seus filhos.<sup>22-25</sup>

Portanto, o argumento de que a situação de rua inviabiliza o exercício seguro da maternidade tem sido utilizado como justificativa técnica para legitimar o afastamento compulsório, desconsiderando outras possibilidades para essas mulheres e crianças permanecerem juntas. Ademais, a insuficiência quantitativa e qualitativa de equipamentos institucionais voltados para o acolhimento de mães e filhos juntos tem sido outro argumento comumente utilizado nesse contexto.<sup>24-26</sup>

Pode-se dizer que essa insuficiência concretiza a precariedade e o desmantelamento das políticas públicas voltadas para mulheres em situação de rua. Isso não ocorre por acaso e acaba por produzir maior vulnerabilização delas, sustentando-se a produção de medidas cautelares e eugênicas, que pressupõem que a situação de rua, por si só, as tornariam mais propensas a perpetrar maus tratos ou negligências com suas crianças. Desse modo, inscreve-se na história mais uma marca perversa do sexismo, racismo e classicismo. Na perspectiva da Vulnerabilidade e Direitos Humanos,<sup>15</sup> as ações de cuidado deveriam ser guiadas pela consciência dessa condição social, a qual exige ações específicas na direção da promoção da equidade.<sup>22,24</sup>

Nessa direção, reforça-se que, em outros cenários, como Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro, também são recorrentes as intervenções institucionais para o sequestro dos filhos de mulheres em situação de rua, o que reflete a interdição dos seus direitos sexuais e reprodutivos, a partir da execução de um trabalho fundamentado em normativas oficiais que autorizam a retirada compulsória de seus bebês. Desmascara-se o recorte de classe e de raça por trás dessas normativas, explicitando a institucionalização do racismo e da pobreza, haja vista que os serviços de caráter privado, acessados majoritariamente por mulheres brancas e de classes sociais privilegiadas, não são acionados quanto a tais determinações.<sup>22-25</sup>

Tal conjuntura demonstra que a retirada compulsória dos filhos de mulheres em situação de rua acontece sem sutileza, sendo marcada por dor e sofrimento. Após o sequestro dos bebês, essas mães saem das maternidades sozinhas, voltam para as ruas sem saber para onde os levaram, e não recebem mais notícias sobre eles, vindo a efetivar-se o rompimento de vínculos. Autores chamam esse processo de desmaternização. Esses recorrentes sequestros correspondem a situações de violências injustificáveis, que têm deixado marcas irreparáveis nos corpos dessas mulheres que, tendo sua maternidade também sequestrada, voltam para as ruas abaladas e traumatizadas.<sup>22,27</sup>

Destarte, a condição de vida nas ruas as desautoriza a exercerem o direito à maternidade como idealizam, visto que as instituições, via de regra, operam o sequestro e a institucionalização de seus filhos.<sup>10,26</sup> Reforça-se que a separação da mãe, da família e da comunidade a que essas crianças estão sendo submetidas é responsável por prejuízos e danos imensuráveis, que refletem na formação de crianças institucionalizadas, desconectadas com suas histórias de nascimento e que acabam crescendo com uma narrativa distorcida de abandono e negação. Logo, é preciso considerar tal separação precoce e compulsória como potencial violadora também dos direitos das crianças.<sup>22,25</sup>

Cabe sinalizar que a violência cotidiana perpetrada pelos aparelhos institucionais é marcada por julgamentos morais e pelo massacre de desejos maternos. As mães, ao adentrarem as maternidades públicas, são vistas pelos profissionais como 'moradoras de rua', e essa denominação é suficiente para eliminar toda uma produção de vida anterior. Nessa direção, os equipamentos de saúde têm reproduzido inúmeras violações de direitos humanos direcionadas a elas, perpetuando um controle generalizado sobre corpos de mulheres negras, pobres e em situação de rua,<sup>28</sup> constituindo, desse modo, o que é reconhecido como vulnerabilidade programática.<sup>15</sup>

Dito isto, pontua-se que a violência institucional ocorre dentro de instituições por meio da imposição de regras e normas de funcionamento que reproduzem injustiças sociais. O modo como serviços públicos são (ou não) ofertados corresponde a essa violência.<sup>10</sup> Assim, o setor saúde tem gerado quebra de confiança e vínculo entre essas mulheres e os profissionais a partir de intervenções moralistas, higienistas e excludentes.

A naturalização das desigualdades de gênero, raça e classe social impulsiona essas práticas, de modo que esse esvaziamento da função do cuidado acaba por agravar o contexto de vulnerabilidade em saúde ao qual estão submetidas.<sup>23</sup>

A ação do Estado de afastar os bebês de suas mães, em contexto de extrema vulnerabilidade e de ameaça à vida das crianças, aparentemente apresenta-se como alternativa inquestionável. Pesquisa aponta que as próprias mulheres podem acreditar que viver nas ruas e em contexto de uso de drogas não favorece o cuidado do qual a criança necessita.<sup>25</sup>

O problema é complexo e não facilmente contornável em tempos de extremismos ideológicos e retração de políticas de proteção social. No entanto, acredita-se que essas questões poderiam ser melhor conduzidas ainda no pré-natal. Para essas mulheres, esse cuidado poderia envolver uma grande aposta de mitigação de vulnerabilidades com o estabelecimento de uma relação terapêutica profundamente humanizada e de mobilização de diferentes setores (serviço social, saúde, justiça/segurança pública, habitação, etc.) comprometidos com a vida e com os direitos humanos dessas famílias.<sup>25</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa permitiram evidenciar uma série de situações de discriminações e violências que repercutem em vulnerabilidades entre mulheres que vivenciam a gestação, parto e puerpério nas ruas. Tais vulnerabilidades ficam explícitas frente à carência de ações e políticas públicas que contemplem as especificidades dessas mulheres, sobretudo, na vivência da maternidade, bem como diante da falta de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para atuar com compromisso, ética e responsabilidade, promovendo direitos humanos e respeitando a autonomia dessas mulheres no que diz respeito ao exercício pleno de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Foi possível constatar o cenário de reprodução de uma verdadeira máquina de violações dos direitos de mulheres em situação de rua e seus filhos. A vivência da gestação, parto e puerpério nas ruas é atravessada por ações que reproduzem a vulnerabilização dessas mulheres mediante sucessivas e constantes intervenções de controle travestido de cuidado, nas quais permanecem explícitos o descaso, desinformação, desconfiança, desassistência e negligência, além da falta de suporte e acolhimento.

Entendemos a necessidade da criação de uma rede de apoio institucional eficaz e comprometida com a justiça e a proteção social para essas mulheres, especialmente ao reconhecer que as proposições no âmbito da saúde devem mitigar vulnerabilidades e promover direitos humanos. As estratégias para colocar em prática a construção de um cuidado em saúde que valorize singularidades e desejos, devem ir em direção à garantia do direito de ser mãe, sem reproduzir invisibilidades, silenciamentos, estigmas, opressões, sequestros e tutelas.

Destaca-se, como principal limitação deste estudo, a dificuldade de acessar mulheres em situação de rua, o que complexifica a exequibilidade de pesquisas com esse público. Em decorrência das especificidades de determinados locais nos quais foram realizadas as entrevistas, houve momentos em que estiveram presentes demais pessoas, como familiares e/ou profissionais da saúde, o que pode ter influenciado as opiniões expressas pelas participantes. Recomendam-se outros olhares que poderão explorar aspectos ainda incipientes nas investigações acerca da temática, a partir da escuta de profissionais e gestores, por exemplo, servindo como ferramentas para a implementação de ações e políticas públicas democráticas e efetivas.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Cristina Elisa Nobre Schiavi. Vania Celina Dezoti Micheletti. Rosana Maffaccioli. Stela Maris de Mello Padoin. Adriana Roese Ramos. Letícia Becker Vieira.

Coleta de dados. Cristina Elisa Nobre Schiavi. Vania Celina Dezoti Micheletti. Adriana Roese Ramos. Letícia Becker Vieira

Análise de dados. Cristina Elisa Nobre Schiavi. Vania Celina Dezoti Micheletti. Rosana Maffaccioli. Stela Maris de Mello Padoin. Adriana Roese Ramos. Letícia Becker Vieira.

Interpretação dos resultados. Cristina Elisa Nobre Schiavi. Vania Celina Dezoti Micheletti. Rosana Maffaccioli. Stela Maris de Mello Padoin. Adriana Roese Ramos. Letícia Becker Vieira.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Cristina Elisa Nobre Schiavi. Vania Celina Dezoti Micheletti. Rosana Maffaccioli. Stela Maris de Mello Padoin. Adriana Roese Ramos. Letícia Becker Vieira.

Aprovação da versão final do artigo. Cristina Elisa Nobre Schiavi. Vania Celina Dezoti Micheletti. Rosana Maffaccioli. Stela Maris de Mello Padoin. Adriana Roese Ramos. Letícia Becker Vieira.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Cristina Elisa Nobre Schiavi. Vania Celina Dezoti Micheletti. Rosana Maffaccioli. Stela Maris de Mello Padoin. Adriana Roese Ramos. Letícia Becker Vieira.

## EDITOR ASSOCIADO

Ana Luiza de Oliveira Carvalho 

## EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

## REFERÊNCIAS

1. Gordon ACT, Lehane D, Burr J, Mitchell C. Influence of past trauma and health interactions on homeless women's views of perinatal care: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2019 nov;69(688):e760 -7. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp19X705557>. PMID:31501164.
2. McGeough C, Walsh A, Clyne B. Barriers and facilitators perceived by women while homeless and pregnant in accessing antenatal and or postnatal healthcare: a qualitative evidence synthesis. *Health Soc Care Community.* 2020;28(5):1380-93. <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12972>. PMID:32147895.

3. Sadeghi S, Rasi HA, Parvin S, Salomoni F. Life experience of pregnancy among Iranian homeless women. *Int Soc Work*. 2021;64(1):24-39. <http://dx.doi.org/10.1177/0020872818804596>.
4. Johnson G, Ribar DC, Zhu A. Women's homelessness: international evidence on causes, consequences, coping and policies. Melbourne: Melbourne Institute; 2017. Melbourne Institute Working Paper; no. 7/17).
5. Gehlen I, Schuch P. Estudos quanti-qualitativos população em situação de rua de Porto Alegre. Porto Alegre: FASC; 2016. Contrato nº023/2015.
6. Natalino MAC. Estimates of the population living on the streets in Brazil (september 2012 to march 2020). Brasília: IPEA; 2020.
7. Barros KCC, Moreira RCR, Leal MS, Bispo TCF, Azevedo RF. Healthcare experiences of homeless pregnant women. *Rev Rene*. 2020;21:e43686. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20202143686>.
8. Souza MRR, Oliveira JF, Chagas MCG, Carvalho ESS. Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(3):e59876. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.59876>. PMID:27849284.
9. Esmeraldo AFL, Ximenes VM. Homeless women: psychosocial implications of stigmas and prejudices. *Psicologia*. 2022;42:e235503. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003235503>.
10. Sanchothene IP, Antoni C, Munhós AR. MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua. *Textos & Contextos*. 2019;18(1):146-60. <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2019.1.29297>.
11. Nardes S, Giongo CR. Mulheres em situação de rua: memórias, cotidiano e acesso às políticas públicas. *Estud Fem*. 2021;29(1):e66011. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n166011>.
12. Gebreyesus H, Mamo A, Teweldemedhin M, Gidey B, Hdush Z, Birhanu Z. Experiences of homeless women on maternity health service utilization and associated challenge in Aksum town, Northern Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):359. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4201-3>. PMID:31170981.
13. Kurata N, Minton L, Del Priore D, Merino D, Miller C, Lee MJ. An interim report on the provision of prenatal care for pregnant mothers experiencing homelessness in Hawai'i. *Hawaii J Health Soc Welf*. 2020;79(5, Supl. 1):118-21. PMID:32490398.
14. Yamamoto A, Gelberg L, Needleman J, Kominski G, Vangala S, Miyawaki A et al. Comparison of childbirth delivery outcomes and costs of care between women experiencing vs not experiencing homelessness. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e217491. <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.7491>. PMID:33885772.
15. Ayres JR, Paiva V, Franja Júnior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 43-94.
16. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual*. 2017;5(7):1-12.
17. Moré CLOO. A "entrevista em profundidade" ou "semiestruturada", no contexto da saúde: dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. Anais do 4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa; 6º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação; 2015 ago 5-7; Aracaju (SE), Brasil. Aracaju: CIAQ; 2015. p. 126-31.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
19. Sarmento CS, Pedroni G. Vulnerabilidade e resistência: um estudo sobre as mulheres em situação de rua em Porto Alegre. Anais do 11º Seminário Internacional Fazendo Gênero; 13º Women's Worlds Congress; 2017; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis: WWC; 2017.
20. Roso A, Santos VB. Saúde e relações de gênero: notas de um diário de campo sobre vivência de rua. *Av Psicol Latinoam*. 2017;35(2):283-99. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3379>.
21. Araujo AS, Santos AAP, Lúcio IML, Tavares CM, Fidélis EPB. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(Supl. 10):4103-10.
22. Karmaluk C, Lansky S, Parizzi M, Batista G, Almeida E, Dias ALF et al. De quem é este bebê? Movimento social de proteção do direito de mães e bebês juntos, com vida digna! *Saúde em Redes*. 2018;4(1, Supl. 1):169-89. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp169-189>.
23. Batista GF, Fonseca MC, Pontes MC. "É uma dor que não tem explicação, é a vida da gente que eles tiram": narrativas de mulheres na resistência pelo seu direito à maternidade em Belo Horizonte – MG. *Saúde em Redes*. 2018;4(1, Supl. 1):129-39. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp129-139>.
24. Jorge AO, Pontes MG, Carajá AF, Reis GM, Braga LS, Araújo MG et al. Das amas de leite às mães órfãs: reflexões sobre o direito à maternidade no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2022;27(2):515-24. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022272.36062020>. PMID:35137808.
25. Santos GC, Baptista TWF, Constantino P. "Whose baby is this?": challenges for homeless women's right to motherhood. *Cad Saude Publica*. 2021;37(5):e00269320. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00269320>. PMID:34076100.
26. Gomes JDG, Miranda JR, Salatino LC, Santos PL. Políticas públicas voltadas ao atendimento integral de mães e crianças em situação de rua na cidade de São Paulo. *Rev ESDM*. 2017;3(5):140-64.
27. Belloc MM, Cabral KV, Oliveira CS. A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado. *Saúde em Redes*. 2018;4(1, Supl. 1):37-49. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp37-49>.
28. Souza CMB, Pontes MG, Jorge AO, Moebus RN, Almeida DES. Mães Órfãs: o direito à maternidade e a judicialização das vidas em situação de vulnerabilidade. *Saúde em Redes*. 2018;4(1, Supl. 1):27-36. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp27-36>.