

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ALESSANDRA GOMES CONESSA DA SILVA**

**MULHERES GESTANTES QUE VIVEM NAS RUAS: UM OLHAR A
PARTIR DO ACESSO (OU NÃO) À POLÍTICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE SANTOS**

SANTOS

2020

ALESSANDRA GOMES CONESSA DA SILVA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

**MULHERES GESTANTES QUE VIVEM NAS RUAS: UM OLHAR A
PARTIR DO ACESSO (OU NÃO) À POLÍTICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE SANTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Profa. Dra. Gisele Aparecida Bovolenta.

SANTOS

2020

S586m Silva, Alessandra Gomes Conessa da.
Mulheres gestantes que vivem nas ruas: um olhar a partir do acesso (ou não) à política de saúde no Município de Santos. / Alessandra Gomes Conessa da Silva; Orientadora Gisele Aparecida Bovolenta. -- Santos, 2020.
116 p. ; 30cm

TCC (Graduação - Serviço Social) -- Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2020.

1. Mulher gestante em situação de rua. 2. Política de Saúde. 3. Município de Santos. I. Bovolenta, Gisele Aparecida, Orient. II. Título.

CDD 361.3

ALESSANDRA GOMES CONESSA DA SILVA

MULHERES GESTANTES QUE VIVEM NAS RUAS: UM OLHAR A PARTIR DO ACESSO (OU NÃO) À POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Profa. Dra. Gisele Aparecida Bovolenta.

Aprovação em: 22 / 10 / 2020

EXAMINADORES:

Gisele A Bovolenta

Profa. Dra. Gisele Aparecida Bovolenta
Universidade Federal de São Paulo

Joana das Flores Duarte

Profa. Dra. Joana das Flores Duarte
Universidade Federal de São Paulo

Sônia Regina Nozabielli

Profa. Dra. Sonia Regina Nozabielli
Universidade Federal de São Paulo

Dedico este trabalho de conclusão de curso ao meu avô que precisou partir antes da minha formação, mas que foi essencial em todas as etapas da minha vida. À todas as mulheres mães em situação de rua que tem suas vidas e seus direitos violados cotidianamente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, que é fonte de respiro e fé no meu coração e que me guiou com muita luz até aqui.

Aos meus pais, Flávia e Alexandre, primeiro por todo o amor, confiança, conselhos e educação que dedicaram a vida toda por mim. Por, além de escreverem a história da minha vida ao meu lado, me ensinarem a ser protagonista de mim mesma. Por terem me proporcionado condições financeiras e psicológicas para chegar até a universidade e me auxiliado a concluí-la. Pelo investimento nos meus sonhos, por terem permitido que eu voasse por outra cidade aos vinte anos e nunca terem soltado a minha mão ainda que a alguns bons quilômetros de distância de casa. À minha mãe, que me tornou a mulher forte que sou com a convicção de que eu me basto. A ela que é inspiração, parceira, luz e meu encontro de alma. Por ser colo, aconchego, por enxugar a dor junto com as minhas lágrimas com apenas um toque de mão. Ao meu pai que é exemplo de homem, de pai, de companheiro e de avô. Por ter confiado em mim quando tomou uma das decisões mais difíceis, de deixar eu morar sozinha para estudar. Pelo conforto em dias nebulosos, pelos conselhos, pelas broncas e por me deixar livre para escolher quem eu quero ser. Por ser base, fortalecimento e fonte de inspiração e amor.

As minhas irmãs por terem compartilhado o melhor da vida ao meu lado. À Michely com quem eu tenho uma ligação inexplicável. Por ser referência em diversos aspectos da vida, mas principalmente por me guiar quando eu sinto que vou desabar. À Mônica por me ensinar a ser forte e ter orgulho de mim mesma, por mostrar que é possível vencer os obstáculos da vida e sair de cabeça erguida.

Ao meu avô Antônio pelas conversas, conselhos, puxões de orelha e, acima de tudo, pelo amor. Minhas avós Maria e Sônia por serem mulheres maravilhosas e mostrarem que eu também posso ser, pelo amor e carinho demonstrados cotidianamente.

Ao meu avô Carlos, que precisou deixar esse plano antes de me ver formada, mas que rodeia meu coração e minha cabeça todos os dias me dando coragem para seguir. Por ter me ensinado como o amor é capaz de tudo, principalmente de deixar ir. Por ser para sempre, meu “pistolinha de galinha”.

À minha tia/madrinha Esther por ser a minha segunda mãe desde pequena. Por ser responsável por grandiosas memórias da minha infância e também do meu

percurso na universidade. Por ser calma, cuidado, colo, carinho e amor. Por me escutar quando tudo ia mal e me aconselhar a ser a minha melhor versão todos os dias. Pelo exemplo de mulher guerreira e batalhadora que és.

Ao meu companheiro, Alef, por respeitar minhas escolhas e me apoiar sempre que precisei. Por ouvir minhas reclamações, secar minhas lágrimas e me motivar a seguir buscando aquilo que acredito.

Aos meus amigos que construíram e compartilharam junto comigo as dores, risos, lutas, choros e alegrias de sermos quem escolhemos ser. Aos meus melhores amigos, pelo apoio, ombro, conselho e surtos cotidianos que me fortaleceram e me auxiliaram a chegar até aqui. Ao grupo mais gentil e companheiro que me acolheu com tanto amor e carinho, Jogatina, pelas noites da pizza, conversas aleatórias, karaokês, gatilhos, concursos, jogos e encontros virtuais. A turma 08 por ser incrível em diferentes aspectos, nos fortalecemos em coletivo desde 2016 e dividimos momentos sem igual. É um prazer imenso partilhar a profissão e a vida com essas pessoas.

Aos docentes do curso por terem sido essenciais no meu processo de formação e influenciado na escolha da Assistente Social que quero ser. Em especial a Profa. Dra. Andrea Almeida Torres que fez uma passagem maravilhosa nesse curso e nessa vida pelo companheirismo, troca, cuidado e acolhimento que passava a todos os estudantes em sala e rodas de conversa.

À minha orientadora Profa. Dra. Gisele Aparecida Bovolenta por ter acolhido minhas ideias desde o princípio, pela amizade que criamos ao longo desse caminho, pelos conselhos e calma que passou quando eu pensava que nada daria certo. Por ter me orientado duas vezes e ter sido excelente em ambas. Pelo seu conhecimento, repasse, atenção e dedicação em todos os momentos.

À todas as mulheres mães em situação de rua, que tem suas vidas violadas e desrespeitadas cotidianamente. Esse trabalho é principalmente dedicado a vocês, que são silenciadas e sofrem de forma ainda mais dramática nessa sociedade machista, patriarcal e racista. Que nossas vozes juntas possam ser ouvidas e ecoadas a todo canto. E que suas dores sejam transformadas em luta para que então, não doa em mais nenhuma.

RESUMO

Esse Trabalho de Conclusão de Curso propõe analisar como a mulher gestante em situação de rua acessa (ou não) os serviços de saúde na região central de Santos. De acordo com Carneiro Junior et al. (1998), compreender a saúde das pessoas em situação de rua pressupõe um olhar diferenciado do processo saúde-doença já que elas vivem em condições de grande vulnerabilidade social e, portanto, sofrem influência do trabalho ou da falta dele, da violência urbana, da ausência ou fragilidade de vínculos familiares, da cultura, da renda e etc. o que impacta na promoção de seu bem estar e no acesso aos serviços. A análise bibliográfica, documental e legal apresenta-se como fonte de extrema importância para identificar o processo histórico de pobreza e suas consequências no mundo contemporâneo para a população em situação de rua, em específico no que tange a Política de Saúde. Dentro desse grupo heterogêneo, destacam-se as mulheres gestantes que estão imersas em dois tipos de violência: a do Estado, que contribuiu para a condição que se encontram e a de gênero, marcada pela desigualdade que a sociedade patriarcal e machista impõe a elas. A Política de Saúde no Brasil sofreu inúmeras mudanças no decorrer dos anos sendo o maior destaque a criação do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, e os ataques ocorridos com o avanço da política neoliberal que impactam diretamente na vida das mulheres em situação de rua. O Ministério da Saúde prevê em sua “Nota Técnica Conjunta 001 – SAS e SGEP” que o Estado cumpra com sua função de garantir acesso igualitário e universal à elas assim como as diretrizes do Sistema Único de Saúde, porém explicita que há dificuldades observadas para essa garantia o que contribui por justificar a importância dessa pesquisa.

Palavras chave: Gestante em situação de rua. Violência. Estado. Política de saúde. Município de Santos.

ABSTRACT

This Monograph proposes to analyze how pregnant homeless women access (or not) health services in the central region of Santos. According to Carneiro Junior et al. (1998), understanding the health of people living on the streets presupposes a different view of the health-disease process since they live in conditions of great social vulnerability and, therefore, are influenced by work or lack of it, urban violence, absence or fragility of family ties, culture and income, which impacts on the promotion of their well-being and access to services. The documentary and legal analysis is presented as an extremely important source to identify the historical process of poverty and its consequences in the contemporary world for the homeless population, specifically with regard to the Health Policy. Within this heterogeneous group, they highlight - pregnant women who are immersed in two types of violence: that of the State, which contributed to their condition, and that of gender, marked by the inequality that patriarchal and sexist society imposes on them. The Health Policy in Brazil has undergone numerous changes over the years, the most notable being the creation of SUS, from the Federal Constitution of 1988, and the attacks that occurred with the advancement of neoliberal policy that directly impact the lives of homeless women. The Ministry of Health foresees in its "Joint Technical Note 001 - SAS and SGEP" that the State fulfills its function of guaranteeing equal and universal access to them, as it provides for the guidelines of the Unified Health System, however it explains that there are difficulties observed for this guarantee, which contributes to justify the importance of this research.

Keywords: Homeless pregnant woman. Violence. State. Health Policy. County of Santos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS - agente comunitária de saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

Cad Único - Cadastro Único

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CENTRO POP - Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CIDH/OEA - Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos

CF - Constituição Federal

CFM - Conselho Federal de Medicina

CIAMP-RUA - Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CMAS - Conselho Municipal de Assistência Social

CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONGEMAS - Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centros de Referência Especializado de Assistência Social

EC - Emenda Constitucional

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

eCR - Equipe do consultório na rua

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

FMI - Fundo Monetário Internacional

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensão

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LBA - Legião Brasileira de Assistência

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome

MNPR - Movimento Nacional da População de Rua

NASF - Núcleos de Apoio À Saúde da Família

NESSE - Núcleo de pesquisas e estudos socioeconômicos

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PBF - Programa Bolsa Família

PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PIB - Produto Interno Bruto

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEABRIGO AIF - Seção de Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua

SEACOLHE AIF - Seção de Acolhimento e Abrigo Provisório de Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua

SEAS - Serviço Especializado em Abordagem Social

SEDS - Secretaria de Desenvolvimento Social

SENARC - Secretaria Nacional de Renda de Cidadania

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: história e realidade	17
1.1 População em situação de rua como expressão da desigualdade social e papel do Estado.....	17
1.2 Particularidades e indicadores sociais sobre a população em situação de rua.....	24
CAPÍTULO 2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL PÓS 1988	31
2.1 A política de saúde no Brasil como um direito social constitucional.....	31
2.2 O reconhecimento do Sistema Único de Saúde nos anos 1990.....	37
2.3 A política de saúde para a população em situação de rua.....	42
CAPÍTULO 3. O SER MULHER EM UMA SOCIEDADE MACHISTA E PATRIARCAL: consequências dramáticas para as que utilizam a rua como local de moradia	48
3.1 Uma história de opressão e resistência.....	48
3.2 Desigualdade de gênero.....	55
3.3 O viver nas ruas na condição de mulher.....	58
CAPÍTULO 4. O PROCESSO GESTACIONAL DA MULHER EM CONDIÇÃO DE RUA: acesso (ou não) à política de saúde	66
4.1 Gestação de mulheres em situação de rua e a relação com os serviços de saúde.....	66
4.2 Serviços ofertados no município de Santos para a população em situação de rua.....	80
4.3 Violação de direitos com mulheres grávidas em situação de rua na região central de Santos.....	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

INTRODUÇÃO

O desejo por pesquisar essa temática, vem de uma trajetória acadêmica de aproximação voltada para a população em situação de rua. O primeiro trabalho realizado pela autora foi uma abordagem de território com esse público que expandiu seu interesse por compreender esse universo, suas características e demandas que o compõe. Assim, durante o curso, ela se inseriu em espaços de reflexão voltados a essa população sendo um deles como bolsista do Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão sobre População em Situação de Rua no Município de Santos organizado pela UNIFESP em parceria com a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Santos. Além disso, também realizou estágio em Serviço Social na Seção de Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua (SEACOLHE – AIF). A pesquisa com mulheres nessa condição se iniciou na Iniciação Científica compreendendo que são minoria nesse espaço e, portanto, sofrem de forma mais dramática com graves consequências para sua saúde. Investigar a gestação na rua teve como ponto de referência a IC, pois obteve-se como um dos resultados o aprofundamento do sucateamento de direitos relacionado às mães em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas.

Pessoas em situação de rua podem ser consideradas um fenômeno mundial, histórico e de grande complexidade, que requer estudos, pesquisas e políticas públicas que permitam atender as necessidades dessa demanda, reconhecendo sua complexidade e heterogeneidade; preservando a dignidade da pessoa humana; garantindo direitos e proteção social. A especificidade da condição da mulher gestante em situação de rua é destacada neste texto, buscando refletir sobre tal fenômeno e sua relação com a política de saúde na cidade de Santos, no litoral paulista.

Compreender tal segmento, necessita antes, refletir sobre as diferentes situações de quem utiliza a rua como espaço de sobrevivência. Assim é possível identificar três importantes categorias¹, segundo Rosa (2005): ficar na rua, estar na

¹ Rosa (2005) cita Vieira, Bezerra & Rosa para explicar tais categorias: “Ficar na rua reflete um estado de precariedade de quem, além de estar sem recursos para pagar pensão, não consegue vaga em um albergue. Pode ser fruto do desemprego, especialmente na construção civil, quando, junto com o trabalho, se perde a moradia no alojamento da obra. Há também os que, recentes na

rua e ser da rua. Isso auxilia na análise do grupo, pois permite identificar a heterogeneidade e a constante mudança de vida das pessoas em situação de rua.

De acordo com Carneiro Junior et al. (1998), a reflexão referente a saúde das pessoas em situação de rua remete a uma visão de totalidade do processo saúde-doença já que elas vivem em condições de precariedade e, portanto, sofrem com um não acesso à política de habitação, influência do trabalho ou da falta dele, da violência urbana, do uso de substâncias psicoativas, da ausência ou fragilidade de vínculos familiares, da cultura e da renda, etc. o que impacta diretamente nos cuidados de seu bem estar e no acesso aos serviços públicos.

Segundo o Censo da população em situação de rua realizado em 2007 pelo Governo Federal em 71 municípios brasileiros, 29,7% dos 31.922 entrevistados responderam possuir algum problema de saúde sendo os principais: hipertensão (10,1%); problema psiquiátrico/mental (6,1%); HIV/Aids (5,1%) e cegueira/problemas de visão (4,6%). Dos 18,7% que faziam uso constante de medicamentos, todos passavam pelos postos de saúde em busca de tais remédios, porém somente 48,6% destes conseguiam retirar por esse meio. Dos entrevistados, 43,8% responderam procurar a emergência de hospitais para tratamento quando estavam doentes e 27,4% procuravam o posto de saúde. O estudo considera que essas doenças são resultado da renda, idade e do local que essas pessoas dormem. Para Rodrigues e Callero (2015):

No entanto, a população em situação de rua tem encontrado barreiras para conseguir atendimento na rede SUS, entre as quais a exigência de um acompanhante estabelecida pelos hospitais; a não integração pelas Unidades básicas de Saúde; ao SAMU por considerar um problema social tem dificuldades em realizar o atendimento para este segmento; os horários de consulta são incompatíveis com a sobrevivência nas ruas; falta de

cidade, não conseguem emprego e não têm para onde ir. Geralmente as pessoas que se encontram nessa situação sentem-se desvalorizadas e demonstram medo de dormir na rua. Buscam rapidamente uma saída através de plantões de serviço social e procuram empregos ou bicos que lhes permitam pagar uma pensão. Rejeitam violentamente a identificação com o morador de rua, procurando distanciar-se dele.

Estar na rua expressa a situação daqueles que, desalentados, adotam a rua como local de pernoite e já não a consideram tão ameaçadora. Começam a estabelecer relações com pessoas da rua e conhecer novas alternativas de sobrevivência. Procuram empregos ou fazem bicos. Podem conseguir trabalho em outras cidades ou estados, aliciados por empreiteiros. Quando conseguem obter algum dinheiro, procuram pensões ou vagas em albergues. Começam a frequentar lugares de distribuição de comida gratuita e instituições assistenciais. Tentam se diferenciar dos moradores de rua apresentando-se como desempregados." "Ser da rua [...] A rua torna-se espaço de moradia de forma praticamente definitiva, ainda que ocasionalmente possa haver alternância com outros lugares". (Vieira, Bezerra & Rosa, 1992:93-5 apud ROSA, 2005, p. 42-44).

habilidade profissional para lidar com as pessoas em situação de rua, entre outras. As estratégias para dirimir estes obstáculos passam por ações mais acolhedoras que humanizem o atendimento e conhecimento sobre as dificuldades que a população que vive nas ruas tem em continuar os tratamentos quando são submetidos. (2015, p. 204).

De acordo com Monteiro e Moreira (2018, s/p.) as mulheres que vivem nas ruas estão mais “[...] expostas a crimes de feminicídio, abandono, abuso sexual, lesbofobia, estupro e outras violências específicas contra as mulheres, além da invisibilidade.” Também afirmam que as mulheres são julgadas e sofrem punição, primeiro por serem mulheres e segundo por estarem em condição de rua.

No município de Santos, de acordo com o Censo da População em Situação de Rua de 2013², as mulheres são minoria nas ruas ocupando 13% do total de pessoas que vivem nessa situação, mas ainda assim enfrentam questões de violência, preconceito, desigualdade de gênero e de direitos sociais (Biscotto et al, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015, p. 4), a falta de “[...] informação, documentação, endereço convencional etc. [...]” são os principais fatores que dificultam o acesso de mulheres e adolescentes em situação de rua aos serviços de saúde o que indica a necessidade que os profissionais e os gestores que trabalham no Sistema Único de Saúde (SUS) se atentem mais a essas pessoas para garantir o acesso universal previsto nas diretrizes desse sistema, podendo ser mediado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Consultório na Rua e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Assim sendo, entende-se a relevância de estudar o gênero feminino em seu período gestacional e as formas de acesso aos serviços de saúde deste grupo na perspectiva de identificar o papel e importância da política de saúde, no campo da proteção integral, junto a este segmento e dar visibilidade a este debate. Compreende-se a importância de que as diretrizes previstas no SUS, de acesso igualitário e universal aos serviços de saúde, sejam realmente efetivadas, garantindo condições dignas de vida para essa mulher durante as fases de sua vida, seja ela usuária de álcool e outras drogas ou não, estando grávida e/ou tendo sido vítima de quaisquer tipos de violência que a tenha levado as ruas ou a vivenciado durante sua

² A Prefeitura de Santos, junto com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – campus Baixada Santista -, realizou em 2019 um novo Censo da População em Situação de Rua na cidade. Entretanto, os dados contabilizados ainda não foram publicizados, dessa forma essa pesquisa baseia-se no último Censo divulgado, em 2013.

condição de rua. Compreende-se a necessidade de estudos qualificados que busquem analisar como se dá, ou não, o acesso aos serviços de saúde de mulheres que estão em situação de rua. Visto isso, este estudo busca analisar como o Estado, que é o responsável pela garantia de direitos, cuida da saúde desse público, contribuindo para o debate, para formulação e/ou reordenamento de políticas públicas no campo da proteção social, dando a visibilidade que esses sujeitos precisam.

A pesquisa teve como método de análise o materialismo histórico dialético de Marx, pois compreende-se a importância da história para abranger a totalidade da realidade social, sendo que esta última é fundamental para o desenvolvimento do estudo. Além disso, assim como previsto por ele, é necessário romper com a ideologia dominante para que seja possível concretizar a transformação da realidade social, demonstrando que o pauperismo e a população em condição de rua são resultado da dominação do sistema capitalista que valoriza o mercado e a mercadoria e não a pessoa e a vida. Foi utilizado o método qualitativo, pois de acordo com Minayo (2012), este promove uma maior aproximação com a realidade a partir das relações humanas. No processo metodológico foi feita a revisão bibliográfica, levantamento documental, legal e científico que perpassam o tema.

O primeiro capítulo propõe contextualizar a pobreza como um dos pontos principais para a condição de rua em constante crescimento no país, realizar uma apresentação e caracterização do público alvo a partir de documentos legais e teóricos sobre o assunto, além de especificar as legislações e alguns serviços que atendem as demandas desse grupo populacional e garantem (ou pelo menos deveriam garantir) constitucionalmente acesso aos direitos sociais.

O segundo capítulo do trabalho apresenta que foi com a Constituição Federal de 1988 que a saúde passou a ser reconhecida como um direito universal no âmbito de uma política pública, incorporando a população em situação de rua em seu campo de atenção. Ainda que inserida de forma tardia, foi essencial a luta do movimento da população em situação de rua para que de fato fosse efetivada atendendo suas especificidades e demandas. Apesar do significativo avanço e inclusão, a política neoliberal de Estado, que vem ganhando força desde os anos 1990, demonstra pouco ou praticamente nenhum interesse em manter as conquistas constitucionais e os deveres estatais de garantir um Sistema Único de Saúde

universal, integral, igualitário, gratuito e de qualidade, que possa de fato responder as necessidades da população, através de cortes orçamentários, precarização e terceirização, que impactam diretamente na manutenção da vida, sobretudo de quem depende exclusivamente dos serviços públicos. Apresenta ainda as principais legislações, decretos, portarias e cartilhas aprovadas para a manutenção da vida desse grupo populacional.

Já o terceiro capítulo aborda historicamente as diferenciações sociais que as mulheres sofreram ao longo dos séculos inseridas em uma sociedade machista e patriarcal que explora, oprime e viola os seus direitos por serem do gênero feminino. A partir disso é que surge a compreensão e conceituação do termo desigualdade de gênero e suas consequências na vida das mulheres, em especial para as que utilizam a rua como local de moradia e trabalho, visto que se encontram em menor número nesses espaços e sofrem muito mais risco de serem violentadas e coagidas a ações que não condizem com suas vontades. Além disso, também se preocupa em demonstrar as dificuldades encontradas por elas no acesso aos serviços de saúde em âmbito nacional.

Por fim, esse trabalho de conclusão de curso expôs as dificuldades encontradas pelas mulheres gestantes em situação de rua de acessar as instituições especializadas na política de saúde devido, dentre outros, ao: preconceito dos funcionários; falta de cursos de capacitação profissional voltados a essa demanda; medo que as mães sentem de procurarem atendimento e terem seus filhos retirados das mesmas de forma compulsória devido a sua condição ou ao uso abusivo de drogas, por exemplo, por recomendação do ministério público; falta de vínculo com a equipe profissional e negligência do Estado de se esquivar da sua função pública perante a sociedade etc. Caracterizou-se o município de Santos no sentido de materializar o debate e se aproximar de uma dada realidade, identificou-se os serviços da rede socioassistencial existentes numa perspectiva de proteção integral e apresentou-se dados do último Censo divulgado em 2013 com as principais queixas em saúde desse público. A partir disso foi possível evidenciar, através de outras pesquisas na cidade, se as gestantes moradoras de rua de Santos conseguem de fato acessar os serviços de saúde, se esses possuem qualidade no atendimento ou se são apenas estigmatizadas e ignoradas pela sociedade até que seus filhos nasçam.

CAPÍTULO 1

A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: HISTÓRIA E REALIDADE

1.1 População em situação de rua como expressão da desigualdade social e papel do Estado

O público do qual será tratado nesta pesquisa apresenta-se de forma heterogênea e atemporal, entretanto é preciso antes conhecer o histórico de pobreza e a noção de proteção social modificada ao longo dos anos considerando-as como algumas das questões que envolvem o grupo para ser possível tentar defini-lo e assim apresentar as legislações e as características que o compõe. Ainda que esse seja o debate inicial desse tópico, compreende-se que, apesar das pessoas em situação de rua viverem em uma situação de extrema vulnerabilidade social que os distanciam dos direitos básicos da cidadania, o pauperismo não pode ser considerado o único motivo para que haja pessoas vivendo nas ruas, pois este é um universo heterogêneo com diferentes motivos que os levam aquela situação: uso abusivo de álcool e outras drogas, pessoas vítimas de diferentes tipos de violência, saúde mental fragilizada, rompimento de vínculos familiares, ausência e/ou perda de trabalho e outras razões que veremos no decorrer desse trabalho.

Assim como apresentado por Fraga (2014), a pobreza acompanha a construção social permeada por tempo e lugar. Ela é debate constante desde a colonização da América, mas foi com a expansiva importação de africanos e a presença de indígenas que as noções de riqueza, pauperismo e caridade ficaram ainda mais evidentes.

No período colonial as pessoas da burguesia consideravam a caridade como uma “salvação da alma”, e que a riqueza era uma escolha de Deus, assim sendo, davam esmolas e ajudavam os mais pobres – como meio de agradecer a Deus e garantirem a vida eterna no Reino dos Céus –, separando-os pelo mérito de serem brancos, cristãos, e filhos de casamentos oficializados pela Igreja em uma perspectiva religiosa, em alguns casos os pobres eram colocados em testamentos.

Com caráter extremamente religioso, os pobres eram considerados pobres por escolha divina, portanto os ricos deveriam ajudar enquanto um caráter moral de favor. Ao longo dos séculos a noção de pobreza foi se modificando, pobres eram

vistos como violentos, assaltantes, espalhadores de doenças no século XIV, já no século seguinte acreditava-se que as pessoas fingiam que eram doentes para ganhar esmola em um comportamento homogêneo. Separaram-se os pobres em duas categorias: os merecedores que não tinham condição física ou moral de trabalhar (cegos, pessoas com deficiência, viúvas e órfãos menores) e os “falsos mendigos” que possuíam requisitos físicos para trabalhar, mas viviam de caridade.

As Santas Casas de Misericórdias surgidas no século XVI em Portugal, foram por muito tempo, na história do Brasil, a maior referência de atenção aos pobres. Criadas com o objetivo de auxiliar os miseráveis, as mesmas só poderiam ser dirigidas por homens maiores de 25 anos que não tivessem ligação com judeus, negros e mouros. A atenção a pobreza era compreendida e tratada como um “dever” dos mais ricos e não do Estado, algo que foi alterado ao longo do tempo. Nesse mesmo período a esmola passou a ser considerada como incentivo para as pessoas não trabalharem e por isso foram implementados os trabalhos forçados.

No século XVIII foram feitas ações de controle para inserir os pobres em trabalho obrigatório, pois o Estado acreditava que eles não eram “úteis” economicamente e assim se justificava a necessidade de obrigá-los a exercer determinadas funções. Dessa forma, havia certo “controle” e amparo sob as pessoas que perambulavam pelas ruas sendo consideradas como incomodadas, pois eram visíveis no caminho dos que circulavam pelos logradouros das cidades. Tratava-se, portanto, da pobreza explícita que despertava as ações caritativas dos mais ricos.

O século XIX trouxe mudanças significativas na forma de se compreender as noções de pobreza, sendo a situação de rua como uma de suas expressões. Foram as Revoluções de 1848 na Europa que trouxeram a ideia de direito e igualdade o que resultou em maiores reivindicações populares por trabalho e sobrevivência e, como consequência, o Estado passou a assumir a responsabilidade de garantir proteção social.

Conforme Fraga (2014), no Brasil a Bahia era considerada a segunda cidade mais impressionante para os estrangeiros e a que mais concentrava os pobres nas ruas, de acordo com a polícia eram em torno de 800 em 1841. Muitos ‘vadios e preguiçosos’ foram enviados para a Guerras com o objetivo do Estado “eliminá-los”. Foi também na Bahia que em 1876 foi fundado o Asilo de Mendicidade com o intuito claro de excluir os chamados mendigos das ruas, entretanto a pobreza era muito

maior do que apenas aplicar rigoroso controle. A ociosidade era constantemente vista como crime, sendo papel da polícia puni-la.

Em relação ao campo de proteção social este só passou a ser efetivamente papel do Estado no Brasil a partir do século XX quando leis trabalhistas começaram a ser implementadas. A Lei Eloy Chaves foi fundamental para esse início, tendo sido efetivada através do Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923, amparou os trabalhadores formais, do setor privado do meio urbano. Seus benefícios incluíam aposentadoria por velhice ou invalidez, pensão por morte e auxílio doença. Inicialmente foram beneficiados os trabalhadores que o Estado elencava como necessários para o desenvolvimento econômico do país como ferroviários, estivadores e marítimos, aos poucos outros trabalhadores passaram a ser incluídos nesse esquema de seguro social. Ou seja, a grande maioria da população brasileira permanecia descoberta pelo sistema de proteção social que ia sendo instituído.

Foi a partir de 1930, com Getúlio Vargas, que os trabalhadores passaram a ter alguns direitos garantidos no âmbito do trabalho formal no meio urbano, o que não alcançava a todos os cidadãos, e contribuía na manutenção da pobreza. Em 1943 foi instituída a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que modificou o campo da proteção social, apesar de não alcançar os trabalhadores rurais, domésticos e autônomos auxiliou os do meio urbano a lidarem com as mudanças do desenvolvimento capitalista que os colocavam em riscos sociais.

Enquanto alguns trabalhadores formais iam conquistando direitos, a população mais empobrecida da sociedade mantinha-se à margem sobrevivendo de caridade e assistencialismo de instituições religiosas, de voluntários, de serviços de assistência privados e do primeiro-damismo. Além da beneficência ser considerada tarefa feminina também passou a ser função da primeira-dama orientá-la. Assim, em 1942 foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA) gerida pela então primeira-dama Darcy Vargas com o objetivo de auxiliar as famílias dos soldados que prestaram serviços na Segunda Guerra Mundial. Após o fim da guerra, essa instituição passou a prestar assistência a famílias pauperizadas, principalmente no que diz respeito a maternidade e à infância. O avanço da LBA foi tão expansivo que passou a ocupar em 1945 90% dos municípios brasileiros. Apesar de receber verba estatal, as atividades propostas por ela eram apenas caridosas e não resolviam de fato a questão da pobreza.

Os benefícios previdenciários para trabalhadores formais não eram unificados no Brasil, sendo que cada Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP) respondia a demanda da sua categoria profissional. Essa mudança só ocorreu em 1960 com a publicação da Lei nº 3.807 que se refere a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Entretanto a unificação de todos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) e Caixas de Aposentadoria e Pensão só foi realmente concretizada em 1966 com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que passou a ser o responsável por toda a previdência social da iniciativa privada, vigorou-se desse modo até tornar-se Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) em 1990 após a Constituição Federal de 1988, que universalizou a garantia de acesso à esse serviço e a política de previdência social no país, muito embora mantendo esse extrato da proteção social amparada na lógica do seguro social, a qual requer contribuição direta por parte do cidadão.

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por expressivo desemprego e precarização das condições de trabalho, como consequência os trabalhadores circulavam em diferentes áreas de emprego, o que não permitia uma estabilidade permanente e, portanto, não possuíam um endereço fixo alternando em pensões, albergues e nos próprios logradouros públicos. Além disso, se alimentavam através dos serviços da assistência social ou de doações de distribuição de comida. Atribuiu-se isso, em parte, ao crescimento do número de pessoas vivendo nas ruas nas grandes e médias cidades do Brasil durante os anos de 1980.

A população em situação de rua permaneceu à margem da sociedade sem qualquer garantia de direitos, pois a proteção social no Brasil era vinculada aos trabalhadores formais, dessa forma esse público era deixado a própria sorte dependendo apenas das ações assistencialistas de entidades filantrópicas. Essa dura realidade só se modificou a partir da nova constituinte ainda que de forma gradativa e lenta.

Com a Constituição Federal de 1988 os direitos e deveres dos cidadãos brasileiros tornaram-se universais garantido acesso aos direitos civis, políticos e sociais como saúde, educação e trabalho de forma integral, pois tanto o Brasil como a América Latina apresentavam índices elevados de pobreza: “Em 1983 e 1984, segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad), metade dos

brasileiros estava abaixo da linha da pobreza, 25% eram considerados indigentes, em extrema pobreza” (FRAGA, 2014, p. 34).

Assim, a Seguridade Social – reconhecida na Constituição Federal de 1988 e constituída pelas políticas de assistência social, previdência social e saúde – foi um passo inédito e importante ao ampliar um sistema de proteção social a todos os cidadãos, no campo da cidadania, para além do Seguro Social, terreno estratégico para acesso aos direitos sociais e enfrentamento à pobreza e desigualdade social no país.

Em relação ao olhar sobre a população em situação de rua, Rosa (2005) pontua:

Do ponto de vista das políticas públicas, no período de 1989 a 1992, houve nesse campo muitos avanços políticos e científicos, em que se conjugaram e somaram interesses do poder público e da sociedade civil, cujos parceiros se reuniram tendo como horizonte a promoção da cidadania da população de rua. (ROSA, 2005, p. 40).

Ainda no que se refere aos anos de 1989 a 1992, por exemplo, a prefeitura de São Paulo, através da Secretaria Municipal do Bem-Estar Social de São Paulo em união com organizações não-governamentais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e o Centro Latino-Americano de Saúde Mental, realizou o primeiro estudo sobre a população em situação de rua do município, coletando dados sobre o perfil e características desse grupo. Foi uma importante pesquisa que demonstrou que essas pessoas, ao contrário do senso comum, eram trabalhadores desempregados, que faziam parte de um segmento heterogêneo, o que contribuiu para conhecer essa realidade (ROSA, 2005).

Segundo Fraga (2014) as políticas de combate à pobreza, sendo a vivência das ruas uma de suas expressões, começaram a ser ampliadas no governo de Fernando Henrique Cardoso, porém com amplas parcerias com o terceiro setor (ONG's) na tentativa de diminuir os gastos burocráticos sendo que as questões de pobreza eram o último quesito da lista de prioridades do governo da época. Vale pontuar aqui que se reconhece que o trato a pobreza, por sua constituição multifacetada, não é exclusivo de uma área ou de uma política pública.

Em 1996 o governo federal de FHC lançou o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti). Também a partir desse ano foi implementado o Benefício de

Prestação Continuada (BPC³). Já em 1998 o pauperismo passou a ser o terceiro objetivo do governo junto com o combate à fome e distribuição de renda, o programa afirmava que isso era tarefa do Estado e da sociedade e que era intransferível ao poder público. Foi no século XXI no governo Lula que tais políticas ganharam mais força ficando concentradas na esfera Federal, trazendo avanços sociais, como por exemplo a implementação do programa Fome Zero, que foi incorporado com o Peti, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Vale Gás transformando-se no Programa “Bolsa Família”.

O Programa Bolsa Família⁴ é concedido majoritariamente para as mulheres através de um Cadastro Único, sendo que as famílias em condição de extrema pobreza entram automaticamente no sistema, podendo mudar de acordo com a renda e com a quantidade de filhos, além disso são estabelecidos critérios para recebimento e permanência do mesmo⁵. Ele é um fator importante para a redução

³ Provisão de um salário mínimo assegurado na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), regulamentado pela Lei nº 1.744 de 08/12/1995, revogado pelo Decreto nº 6.214/2007, destinado às pessoas com deficiência e idosas acima de 65 anos, que não tenham meios de prover, por si e seus familiares, suas necessidades de subsistência, cuja renda per capita é de ¼ do salário mínimo.

⁴ O Programa Bolsa Família foi criado em 2003 em uma perspectiva de combater a pobreza e a miséria no Brasil, ele faz parte da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC). O Decreto nº 5.209/2004 apresenta os principais objetivos desse programa, sendo: “I - promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; II - combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; III - estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; IV - combater a pobreza; e V - promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público.” (BRASIL, 2004, p. 2). Com o intuito de atender as famílias que vivem em situação de extrema pobreza e pobreza, é o utilizado o critério da renda sendo que para receber é necessário: renda per capita de até R\$89,00 reais mensais e famílias com crianças e/ou adolescentes de 0 a 17 anos que possuam renda per capita de R\$89,01 até R\$178,00 reais mensais. Para auxiliar as famílias em extrema pobreza o governo libera R\$89,00 através do cartão do PBF. As famílias que possuem crianças e/ou adolescentes recebem os benefícios variáveis (até cinco por pessoa), sendo: no valor de R\$41,00 por adolescente de 0 a 15 anos desde que cumpram a frequência escolar estabelecida, para gestante e para a nutriz de bebês de 0 a 6 meses. Famílias com adolescentes (até dois) de 16 a 17 anos recebem R\$48,00 per capita com a condicionalidade de cumprirem a frequência escolar. Para garantir o acesso dessas pessoas ao PBF, o governo Federal estabeleceu condicionalidades nas áreas de saúde e educação dessa forma: crianças e adolescentes de 6 a 17 anos devem ser matriculados nas escolas por seus respectivos responsáveis, aquelas entre 6 e 15 anos devem cumprir frequência escolar de 85% e os adolescentes entre 16 e 17 anos 75% sendo que toda falta precisava ser justificada; todas as crianças de até 7 anos precisam estar com a caderneta de vacina atualizada e as gestantes tem que obrigatoriamente realizar o pré-natal e ir às consultas na Unidade de Saúde. De acordo com a página do programa no site da Caixa Econômica Federal, são atendidas 13,9 milhões de famílias em todo o país.

⁵ De acordo com o Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007 o Cadastro Único deve ser realizado pela pessoa responsável pela manutenção econômica da família sendo que a mesma deve ter mais de 16 anos e ser preferencialmente do sexo feminino. Essa mulher, de acordo com a Lei nº 10.836 de 9 de janeiro de 2004, também é a responsável por sacar o benefício vinculado ao Programa Bolsa Família. Conforme Bartholo et al. (2017) a justificativa dada pelos setores administrativos é que, antes mesmo da unificação do PBF, os programas de transferência de renda já eram definidos legalmente

da pobreza e miséria no país. Segundo Fraga (2014), 15 milhões de brasileiros, o que corresponde a 7,5% do total da população, são pobres sendo que 6,5 milhões estão abaixo da linha da extrema pobreza.

Tendo em vista o contexto da expansão da pobreza e de como essa população sempre foi marginalizada o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério das Cidades, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União, o Movimento Nacional da População em Situação de rua (MNPR) e a Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS) compreenderam a importância de criar no Brasil a Política Nacional para inclusão social de pessoas em situação de rua:

A existência de indivíduos em situação de rua torna patente a profunda desigualdade social brasileira, e insere-se na lógica do sistema capitalista de trabalho assalariado, cuja pobreza extrema coaduna-se com seu funcionamento (Novak, 1997). Fenômeno presente na sociedade brasileira desde a formação das primeiras cidades (Carvalho, 2002), a existência de pessoas em situação de rua, traz na própria denominação 'rua' a marca do estigma e da exclusão a que são submetidas. Sua presença incomoda e desconcerta quem busca ver nas ruas a mesma tranquilidade asséptica de conjuntos habitacionais com circulação restrita de pessoas. (BRASIL, 2008, p. 03)

Seguindo essa lógica de exclusão social permeada pelo sistema capitalista e como forma de dar voz para esse público, o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR)⁶ criou a cartilha “Conhecer Para Lutar” (2010) em que demonstra a relação direta da estrutura da sociedade com os motivos dessas pessoas ocuparem as ruas como local de moradia:

pela também preferência da mulher como chefe de família. Entretanto, as autoras afirmam que existem estudos que refutam essa afirmativa ao considerar um posicionamento machista do Estado de escolher a mulher, pois coloca sobre ela a responsabilidade de utilizar o dinheiro em prol da família reforçando o papel do cuidado e que, caso fosse dado aos homens, estes utilizariam com coisas desnecessárias para o sustento da casa. Para elas: “[...] de um lado, uma vertente da crítica feminista aponta o uso instrumental da mulher pelo Estado como forma de ampliar a eficácia da política pública e o reforço da naturalização do papel feminino de cuidado. De outro, argumenta-se que o acesso à renda pela titular pode ampliar seu poder de decisão e gerar mais autonomia, na medida em que permite à mulher participar da provisão financeira do lar, tarefa tradicionalmente masculina.” (BARTHOLO et al., 2017, p. 9).

⁶ O Movimento Nacional da População de Rua (MNR) foi criado em 2005 por iniciativa de grupos de São Paulo e de Belo Horizonte após a chacina que ocorreu na Praça da Sé na cidade de São Paulo em 2004, onde sete pessoas em situação de rua foram assassinadas e também motivados por outras violências que aconteceram em outras partes do país. Desde então o movimento se organizou para atuar em outros Estados Brasileiros reivindicando por direitos, efetivação de políticas públicas e condições dignas de vida para esse fenômeno.

As pessoas vão para a rua porque a estrutura da nossa sociedade é desigual. E por vivermos em uma sociedade capitalista, a desigualdade é condição para que o capital possa se reproduzir e aumentar sempre o seu lucro. Como a riqueza da sociedade se acumula cada vez mais nas mãos de poucos e os recursos não são destinados para atender aos direitos básicos, como saúde e moradia, acaba se reforçando a divisão entre pobres e ricos.

É no crescente desenvolvimento da sociedade que aqueles que não geram lucros, seja por baixa condição financeira, por doença, religião, orientação sexual e/ou cor da pele, são considerados inaptos ao convívio social e levados a condições indignas de vida em que são obrigados a sobreviver diante de toda a violência que estão expostos, sendo a primeira provocada pelo próprio Estado que não garante eficiência na criação e efetivação das políticas sociais.

1.2 Particularidades e indicadores sociais sobre a população em situação de rua

Diferentes termos são utilizados para conceituar as pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e trabalho sendo que muitos deles são baseados no senso comum e fortemente carregados de preconceito e estigma: vagabundo, mendigo, marginal, drogado, catador de lixo entre outros, o que contribui para reforçar a criminalização da pobreza. Diante da complexidade que esse grupo apresenta, a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (BRASIL, 2008) reconheceu que:

A população em situação de rua pode ser definida como um grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento. Naturalmente, existem muitas outras especificidades que perpassam a população de rua e devem ser consideradas, como gênero, raça/cor, idade e deficiências físicas e mentais. (BRASIL, 2008, p. 9).

Pessoas não domiciliadas e que utilizam os logradouros públicos como locais de moradia sempre existiram na história brasileira, embora elas não tenham a devida visibilidade no universo acadêmico, no âmbito da gestão pública e da própria sociedade, sobretudo antes dos anos 2000, nem tão pouco são incluídas em pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os estudos apresentados por Rosa (2005) mostram estimativas de periódicos dos anos 1972 a

2003 na cidade de São Paulo. De acordo com a mesma na década de 1970 o Jornal da Tarde publicou uma estimativa de cem pessoas vivendo em pontes e viadutos em bairros de São Paulo que, além de utilizar a rua como moradia, também realizavam atividades na mesma como forma de sobrevivência de si e de suas famílias.

Rosa apresenta uma síntese de 103 notícias que encontrou nesses anos em que é possível perceber o crescimento desse público que faziam de “[...] pontes, viadutos, marquises, casas abandonadas, calçadas e em jardins [...]” (ROSA, 2005, p.69) seu espaço de moradia. Ela apresenta que em 1972 o jornal identificou 558 pessoas em condição de rua.

A década de 1980 é marcada por elevado crescimento de pessoas em situação de rua por ter sido um período em que a pobreza se alastrou como consequência da recessão econômica e com o grande número de inflação vivido. A prefeitura de São Paulo realizou a primeira pesquisa oficial sobre a quantidade e o perfil dos que se encontravam vivendo nesse espaço público de 1989 até 1992 resultando em 3.392 pessoas em uma mostra de 329 lugares, o que demonstrava um número bem abaixo dos divulgados por periódicos nos anos anteriores, entretanto foi significativo ao demonstrar que eram trabalhadores que não estavam empregados no momento, assim deixando o estigma de desocupados e vagabundos antes estigmatizados pela sociedade.

Outras cinco análises foram feitas na mesma cidade apresentando 8.706 pessoas em 2000 e 10.399 em 2003. Apesar de ser um importante estudo sobre essa temática, não especifica o número de pessoas por sexo o que demonstra a necessidade de estudos acerca da mulher em situação de rua para conhecimento de suas necessidades e efetivação de políticas públicas.

Compreendendo que viver nas ruas é uma das expressões da pobreza e da miséria e que não havia dados oficiais sobre a população não domiciliada e que isso prejudicava diretamente na efetivação de direitos sociais para esses sujeitos, foi a partir de 2005 que pesquisas com esse público nos municípios passaram a ser aplicadas com o objetivo de elaborar e implementar políticas sociais. É preciso que as pesquisas sejam atualizadas, pois há a constante mudança no crescimento desse público visto que a crescente globalização e desenvolvimento capitalista não as incluem, pois não garantem o mínimo para sua sobrevivência restando, muitas vezes, a rua como única opção de moradia.

O primeiro censo da população em situação de rua realizado nacionalmente através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS) aconteceu entre agosto de 2007 e março de 2008 e foi publicado em 2009 visando gerar informações que formulassem as reais necessidades desse público para que políticas públicas fossem implementadas. Obteve como resultado 31.922 pessoas não domiciliadas nas 71 cidades pesquisadas sendo 48 municípios e 23 capitais, exceto São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre por terem realizado o Censo da população em situação de rua recentemente. Demonstrou que 70% do grupo são pardos, pretos e amarelos em um cenário majoritariamente masculino. O total pesquisado apontou que 4.964 eram mulheres, equivalente a 18%, em um conjunto de 22.669 homens que representavam 82% daquele grupo populacional. A categoria trabalho é um importante dado que desmistifica o senso comum que generaliza as pessoas em situação de rua como vagabundas, pedintes e mendigas, pois caracteriza que 70,9% realizava alguma atividade remunerada, ainda que informal como recolhedores de material reciclável e que apenas 15,7% pediam dinheiro como forma de sobrevivência.

A pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua de 2009 pontuou que 88,5% dos entrevistados afirmaram não acessar os programas sociais da política de assistência social, entretanto 3,2% recebiam aposentadoria; 2,3% o Programa Bolsa Família e 1,3% o Benefício de Prestação Continuada (BPC). O documento aponta que:

A cobertura dos programas governamentais é pequena na população em situação de rua e os grupos que menos recebem são os jovens (na faixa etária de 18 a 24 anos, 92,6% não recebem, enquanto que entre aqueles com 55 anos ou mais, 73,6% não recebem); os que dormem na rua (91,3% não recebem contra 77,1% dos que pernoitam em albergues); e os mais pobres (94,9% dos que ganham semanalmente até R\$20,00 não recebem, bem como 86,4% dos que possuem renda semanal superior a R\$120,00). (BRASIL, 2009, p. 97)

Além disso, caracterizou as principais queixas de saúde sendo que 29,7% relataram possuir algum problema de saúde e os principais apontados foram: hipertensão (10,1%), problemas de ordem psiquiátrica/mental (6,1%), HIV/ aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Também foi apontado que 18,7% utilizavam medicamentos através, principalmente, dos Postos e Centros de Saúde. Em relação a procura médica, 43,8% afirmaram buscar de início hospitais e centros

de emergência quando se sentiam mal em contrapartida aos 27,4% que iriam direto nos postos de saúde. Compreendendo que o bem estar físico e emocional supera a questão saúde-doença e que outros determinantes sociais influenciam nisso, é importante destacar ainda nesse eixo que 32,6% dos entrevistados afirmaram tomar banho na rua, 31,4% em albergues e abrigos, 14,2% em banheiros públicos e 5,2% na casa de parentes ou amigos. Ademais, 32,5% dos pesquisados declararam utilizar a rua para realizar suas necessidades fisiológicas, 25,2% realizavam em abrigos e albergues, 21,3% em banheiros públicos, 9,4% em estabelecimentos comerciais e 2,7% na casa de amigos ou parentes. Ainda revelou que 18,4% da população em situação de rua não se sentia confortável para procurar atendimento médico nos serviços públicos por já ter sido impedida de receber atendimento médico (BRASIL, 2008). Esses dados revelam a baixa qualidade da condição de vida e reforçam a importância da concretização de políticas públicas no enfrentamento dessa expressão da questão social garantindo dignidade a essa população.

Um documento que foi essencial para a luta do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), em se tratando de garantia de direitos, foi o Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, que reconheceu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento. Entre suas diretrizes destaque-se a articulação das políticas públicas em todos os segmentos governamentais (federal, estadual, municipal e do Distrito Federal), participação da sociedade civil, através do controle social e responsabilidade do Estado por seu financiamento e elaboração. Já nos objetivos é importante ressaltar a realização da contagem das pessoas que vivem nas ruas, produção e compartilhamento de dados oficiais relevantes sobre os serviços públicos destinados a essa população, incentivo a pesquisas que envolvem este segmento dentro de suas especificidades, garantir que acessem os serviços de previdência, assistência social e programas de transferência de renda, implementar serviços de acolhimento e centros de referências especializados para eles, assim como prevê o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e possibilitar que façam cursos de qualificação profissional visando o retorno ao mercado de trabalho para a saída das ruas.

O Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (Ciamp-Rua) no Decreto nº 7.053/2009 promulgou que o IBGE incluísse a população de rua no Censo 2020, sendo que este considerou dificultoso realizar pesquisas com ela, pois necessitaria de uma metodologia diferenciada do habitual. Ou seja, essa população permanece sendo tratada à margem da atenção público-estatal. Ele representou um marco na possibilidade de diálogo entre representantes da população em situação de rua com os do Estado. Foi revogado pelo Decreto nº 9.894 de 27 de junho de 2019, o qual determina que os membros do comitê serão seis representantes do governo e cinco da sociedade civil, ainda dispõe como atribuições:

- I - elaborar planos de ação periódicos com o detalhamento das estratégias de implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua;
- II - acompanhar e monitorar o desenvolvimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua;
- III - desenvolver, em conjunto com os órgãos federais competentes, indicadores para o monitoramento e avaliação das ações da Política Nacional para a População em Situação de Rua;
- IV - propor medidas que assegurem a articulação intersectorial das políticas públicas federais para o atendimento da população em situação de rua;
- V - propor formas e mecanismos para a divulgação da Política Nacional para a População em Situação de Rua;
- VI - catalogar informações sobre a implementação da Política Nacional da População em Situação de Rua nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios;
- VII - propor formas de estimular a criação e o fortalecimento dos comitês estaduais, distrital e municipais de acompanhamento e monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua; e
- VIII - organizar, periodicamente, encontros nacionais para avaliar e formular ações para a consolidação da Política Nacional para a População em Situação de Rua. (BRASIL, 2019, s/p.)

A Pesquisa Nacional não foi suficiente para compreender a demanda desse público e por ter sido realizada há anos atrás, o MDS contabilizou em uma nova pesquisa levantamentos de dados em 2015 por município do Censo SUAS através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centros POP). Como resultado surgiu que as grandes metrópoles possuíam um maior número de pessoas sem domicílio e apenas 22,6% dos municípios possuíam estimativa da população de rua. Apesar do Cadastro Único ter sido uma importante fonte para a estimativa comprovando que 48.351 pessoas estão cadastradas nessa condição, foi

considerado como única fonte, uma vez que junto com outras pesquisas consegue estimar o número real das pessoas em situação de rua.

A pobreza é um dos fatores que explicam a grande quantidade de pessoas sem domicílio, pois está ligada à exclusão social, vulnerabilidade social e privação econômica. Outro fator é a urbanização, pois é o local de maior concentração desse grupo populacional. Os resultados dessa pesquisa mostraram que existem 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil com maior concentração nas grandes metrópoles, sendo principalmente na região Sudeste (48,89%) enquanto o Norte tem a menor (4,32%). Entretanto, afirma-se que essa estimativa final não corresponde com precisão a quantidade da população por município e que é preciso um maior aprofundamento nos estudos e que abranja outras políticas públicas para essa população. (IPEA, 2016).

De acordo com a cartilha do MNPR (2010) esse público sempre teve seus direitos violados mesmo após a Constituição Federal de 1988, pois os mesmos não conseguem acessar com efetividade as políticas de saúde, moradia, alimentação, trabalho, educação, segurança, lazer, previdência, assistência social, transporte e cultura. Além do mais sofrem outros tipos de violência vivendo nas ruas: preconceito, retaliação, chacina, assassinato, tortura, espancamento, envenenamento, jatos de água, coação, agressão física e verbal, internação compulsória, impedimento de acessar os serviços públicos como o de saúde, são proibidos de frequentar determinadas regiões, expulsão do local onde dormem e transitam, seus documentos são apreendidos, não são atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a constante criminalização da situação de rua e da condição de pobreza.

A reportagem⁷ que foi divulgada em setembro de 2018 pela “A Tribuna” de Santos faz uma análise da população em situação de rua da Baixada Santista. Informa-se que nenhuma das cidades da região possuem um número oficial de pessoas não domiciliadas, entretanto há uma estimativa de que vivem 1.114 nessa situação, dado obtido através das secretarias municipais de Assistência Social, os quais estariam desatualizados. Santos é a única cidade atualizada, em 2013 apresentou que haviam 591 pessoas em situação de rua e 206 acolhidas em

⁷ MIRANDA, G. Aqueles que mais precisam e ninguém vê. A Tribuna, E1, 2018.

Instituições Públicas. O desemprego, menos moradias e menos possibilidades de trabalho e renda são as causas mais presentes para o aumento de pessoas vivendo em situação de rua na região. Os números variam de acordo com cada município e a concepção dada a elas também.

Essa população sofre de uma grande invisibilidade social e descaso público-estatal, isso fica evidente na falta de pesquisas e dados específicos e não contabilizados, além de políticas públicas efetivas que atendam essa demanda e suas necessidades.

Nesse sentido, o próximo capítulo se destina a analisar a política de saúde no Brasil, enquanto um direito constitucionalmente assegurado, e sua atenção dispensada aos cidadãos, sobretudo àqueles que vivem em situação de rua.

CAPÍTULO 2

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL PÓS 1988

2.1 A política de saúde no Brasil como um direito social constitucional

No Brasil vai ser a partir da Constituição Federal de 1988 que a saúde será reconhecida e promulgada como política pública universal passando a olhar para a população em situação de rua, como abordaremos a seguir.

Foi na década de 1980 que apareceram novos cenários que propiciaram uma ampliação e melhoria quanto à área de saúde tendo sido discutido as reais condições de vida da população, passando a associar tal setor diretamente à democracia em uma visão política. Para que isso ocorresse, foi essencial a participação de algumas pessoas e instituições: os profissionais da saúde, movimento sanitário e os movimentos sociais urbanos. Esse grupo defendia que a saúde tivesse acesso universal, que passasse a ser compreendida enquanto um direito de toda a sociedade e dever do Estado, que fosse organizada através de um Sistema Unificado de Saúde, priorizando uma mudança quanto a concepção da mesma através de uma visão individual e coletiva, ordenamento descentralizado para os Estados e Municípios, financiamento efetivo e que a gestão passasse a ser composta de forma democratizada com os Conselhos de Saúde. O aprofundamento desses ideais tornou-se possível após a redemocratização do Estado em 1984 quando ocorreu o V Simpósio Nacional de Saúde que teve como pautas:

1. Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado; 2. A melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida; 3. A democratização da saúde estreitamente vinculada ao processo de democratização da sociedade brasileira reflete a luta e aspiração dos mais amplos setores sociais. (PAIM, 2008, p. 96).

A discussão sobre essa temática foi amplamente debatida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. Teve três eixos principais de debate: saúde como direito do cidadão e dever do Estado e reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. Tal conferência foi muito importante para definir o Sistema Único de Saúde (SUS), para propor a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e considerar a participação popular como eixo de extrema importância para a organização e controle da política, pois

introduziu na sociedade a compreensão de saúde para além do processo saúde-doença. Dessa forma, participaram desse processo cerca de quatro mil e quinhentas pessoas (Bravo, 2006) com 135 grupos de trabalho e mil delegados, além da sociedade civil, os quais se fizeram presentes moradores, partidos políticos, profissionais, parlamento e também os partidos políticos através dos fóruns da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Medicina Preventiva e Saúde Pública.

O termo Reforma Sanitária foi utilizado pela primeira vez durante a 8ª CNS sendo então referenciada pela ABRASCO em seus editoriais demonstrando a importância de se construir um projeto voltado a isso.

A ABRASCO, engajada nesta luta, assume a bandeira da reforma sanitária, como a condição de viabilidade da conquista do direito universal à saúde. Reforma que implicará na reformulação das políticas públicas e do aparelho governamental burocrático que estão diretamente ligadas às condições de preservação da saúde e recuperação das condições de vida. Reforma que pressupõe o aprofundamento da consciência sanitária e no controle sobre os órgãos definidores e implementadores da política de saúde. Reforma que exigirá uma nova ética dos profissionais do setor no tratamento do usuário como cidadão na plenitude do exercício dos seus direitos. Neste sentido, a ABRASCO promoverá o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, cujo tema central será 'Reforma Sanitária: garantia do direito universal à saúde', como parte dos esforços comuns na continuidade deste processo, buscando canalizar a produção científica e a experiência política alcançadas para a formulação de um projeto de transformação que será a Reforma Sanitária Brasileira (EDITORIAL, 1986a, p. 1 apud PAIM, 2008, p. 101).

Tal proposta consistia em uma noção que considerava outros determinantes sociais como política, cultura e economia na atenção à saúde. Suas recomendações eram:

[...] incorporação das ações de saúde pública e de atenção ao trabalhador ao Sistema de Saúde, abrindo-se as portas das empresas para o acompanhamento da saúde dos seus trabalhadores pelos serviços locais de saúde.

As mudanças propostas no plano institucional e jurídico deverão, extrapolando o campo estrito do que se costuma conceber como "setor saúde" propiciar o estabelecimento de novas relações com outras instâncias da organização da vida social (habitação, trabalho, transporte, meio ambiente, etc.). Com isto se poderá ampliar, nos planos cultural e político, os conceitos de saúde e cura, abrindo desta forma o espaço para a difusão das idéias de prevenção. Esta recuperação da dimensão social do conceito de prevenção, superando sua restrição atual à concepção tradicional de saúde pública, vinculada ao controle de epidemias, constitui certamente um dos aspectos mais importantes e inovadores deste projeto de reorganização do sistema de saúde.

A partir desta nova concepção de proteção da saúde, seria possível passar da medicalização Reforma Sanitária Brasileira da sociedade à socialização – que não se identifica com estatização – da saúde (POSSAS, 1987, p. 250-251).

Vale destacar as considerações contidas no relatório final da 8ª CNS que deram subsídio para a noção de saúde como direito de todos e dever do Estado contida na constituição que viria posteriormente:

1 – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 – A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

4 – Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

5 – Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: – trabalho em condições dignas com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

6 – As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural.

7 – [...] As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde, e de uma organização de serviços socialmente adequada. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 382-383)

Após o fim da conferência, ficou a responsabilidade de dar continuidade a Reforma Sanitária para que fosse implementada de fato no país. Entretanto, foi preciso muita pressão do movimento e das organizações que o compõe para que fosse criado no governo Sarney, ainda que num modelo diferente do recomendado na 8ª CNS, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) sendo composta por lideranças da sociedade e do governo. Foi a partir disso que iniciou a execução do processo da RSB, compreendendo a para além de uma Reforma Administrativa como outras ocorridas no processo histórico brasileiro. A CNRS foi muito criticada

por considerarem a mal organizada e com pouca transparência, entretanto cumpriu um importante papel na RSB com a construção de um documento intitulado “O que é a Reforma Sanitária” em que caracteriza os princípios e as diretrizes para a formulação de um novo sistema de saúde.

O trabalho da CNRS foi importante para o avanço e o movimento social continua [...]. Há toda uma convergência de interesses mais amplos e gerais, como associações de bairros, profissionais e partidos políticos buscando um consenso. [...] O relatório final da CNRS explicita alguns pontos que, antes, eram apenas diretrizes. [...] No Ministério da Previdência houve um avanço. Já estão ocorrendo integrações entre as Ações Integradas de Saúde e os governos estaduais, com a assinatura de convênios entre as secretarias e as superintendências, concretizando a unificação da política. Hoje há uma busca de pontos estratégicos no Executivo onde as organizações convocam a burocracia a assumir compromissos (TEIXEIRA, 1987b, p. 6 apud PAIM, 2008, p. 133-134).

Em decorrência das ações da RSB, o Inamps⁸ (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) criou em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que representou um passo anterior a promulgação do SUS e foi um marco que modificou o Sistema Nacional de Saúde. Entretanto a opinião divergia dentro do movimento sanitário quanto a função do SUDS, pois a oposição acreditava se tratar de um esvaziamento da proposta inicial da Reforma Sanitária enquanto aqueles que defendiam acreditavam que era uma forma de progredir quanto ao sistema de saúde. Apesar disso, todos compreenderem que a RSB não se limitava ao SUDS e

Assim, admitia-se que o SUDS poderia acionar mudanças imediatas nos serviços de saúde, coerentes com os princípios da democratização da saúde, assegurando melhoras progressivas na assistência aos cidadãos e nas condições de trabalho e de remuneração dos que prestavam serviços de saúde. (PAIM, 2008, p. 138).

Foi nesse sentido de conquista de consciência quanto ao modelo sanitário democrático necessário para o país que uma nova constituinte foi formulada e implantada, a Constituição Federal de 1988 com ampla influência da RSB formulada na 8ª CNS.

Para que o texto constitucional referente à área de saúde fosse aprovado, foi necessário a participação de alguns setores durante a Assembleia Constituinte, sendo: de um lado, representando os interesses privados, estavam a Federação Brasileira de Hospitais e a Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais) e do outro, caracterizando os interesses públicos, os representantes da Reforma

⁸ Sistema de Saúde dos contribuintes e dependentes vinculados ao sistema previdenciário.

Sanitária através da Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte (contavam com duzentas entidades referentes à isso). Passou o texto que se referia, majoritariamente, aos interesses da sociedade e do movimento sanitarista, assim indo em contramão ao setor particular, mas sem interferir na indústria farmacêutica. Esse sucesso ocorreu devido a uma clara organização da Plenária das Entidades ao elaborar o texto constitucional, da pressão política para ser aprovada, além do apoio fundamental da população. O movimento foi tão forte que a Emenda Popular recebeu a assinatura de 167 entidades, sendo cerca de cinquenta mil eleitores.

Apesar das tentativas da oposição e do centrão de modificar o projeto fruto da luta da mobilização popular da constituinte, ela foi aprovada e promulgou uma visão ampliada quanto aos direitos sociais e seu acesso, garantindo igualdade e universalização dos mesmos em um contexto de muita desigualdade social e em meio a uma severa crise, pois, anteriormente, a política de privatização era dominante e assim buscou “[...] corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente [...]” (BRAVO, 2006, p. 10). Assim passou a compor o tripé da Seguridade Social como previsto no artigo 194 da CF: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 1988, s/p.).

Bravo (2006) cita Teixeira para exemplificar as principais demandas em relação à saúde que a constituinte aprovou:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (Teixeira, 1989, p. 50-51 apud BRAVO, 2006, p. 10-11)

Cabe destacar os artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal de 1988 que versam sobre a seção saúde denotando a importância dela para o atendimento

integral da população enquanto uma prática política e democrática, abrangendo as pessoas em situação de rua para atendimento integral.

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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988, s/p.)

A Constituição Federal de 1988 representou um avanço quanto a preocupação em melhorar as condições de saúde da sociedade, entretanto não foi suficiente na prática cotidiana. Para Bravo (2006):

No final da década de 1980, já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988. (BRAVO, 2006, p. 12).

O contexto de burocratização e despolitização da Reforma Sanitária deu espaço ao projeto neoliberal⁹ nos anos 1990, redirecionando os interesses antes firmados com a aprovação da constituinte. Assim, deu início a contrarreforma do Estado com medidas que retrocederam as conquistas sociais promulgadas na Constituição Federal de 1988 com o distanciamento das funções públicas do governo, repassando as mesmas para o setor privado deixando de ser responsável pelo desenvolvimento econômico e social. Essa política de Estado mínimo e mercado máximo utilizada no Brasil tem influência do governo inglês e

⁹Como forma de controlar os estados-nações da América Latina em decorrência da grande dívida gerada pela crise, o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e outras instituições financeiras se reuniram no que chamaram de Consenso de Washington em 1989. Seu objetivo foi criar recomendações para esses países a fim de “[...] realizar uma rigorosa disciplina fiscal, privatização, redução dos gastos públicos, reformas, liberalização comercial, desregulação da economia e flexibilização das relações trabalhistas, ou seja, medidas destinadas a mundialização do capital financeiro”. (MACIEL, 2017, s/p.).

estadunidense e a partir dela é possível explicar como os direitos, antes conquistados pelo movimento sanitário, foram sucateados apenas dois anos após sua promulgação.

2.2 O reconhecimento do Sistema Único de Saúde nos anos 1990

Na conjuntura preocupante dos anos de 1990, que desencadeou posteriormente um retrocesso quanto aos direitos conquistados, foi aprovada pelo Presidente Fernando Collor de Mello a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Ela promulgou as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços destinados ao atendimento integral à saúde. Além disso, sancionou o pleno funcionamento em todo o território nacional do país, de caráter universal e igualitário. O artigo 3º merece destaque, pois representa mais uma vitória do movimento sanitário de modificar a concepção do termo saúde:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990, s/p.).

Além disso, define os objetivos do SUS no artigo 5º, sendo:

- I. a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II. a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III. a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990, s/p.).

Os princípios definidos do SUS pela lei são: universalidade, integralidade, autonomia, igualdade, direito à informação sobre seu quadro de saúde, divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, uso da epidemiologia para a resolução das diversas situações, participação da sociedade, descentralização político-administrativa, integração em nível executivo das ações de saúde, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população, capacidade de resolução dos

serviços em todos os níveis de assistência, organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos e organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (BRASIL, 1988).

O SUS enquanto sistema público universal, integral, igualitário, que tem a equidade como princípio básico, é extremamente importante para atender toda população, sobretudo àquelas mais empobrecida da sociedade que não tem condições financeiras de pagar um plano de saúde. Além de se responsabilizar pela Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental que cuida da saúde geral da sociedade, ele responsabiliza o Estado capitalista a gerir e organizar as ações já que a desigualdade social é gerada pelo sistema capitalista e reforçada por ele.

O avanço da política neoliberal começou a se fortalecer nesse período, tanto que Collor vetou da Lei nº 8.080/90 nove artigos que correspondiam a descentralização, ao controle social e aos repasses. Apesar disso, a mobilização popular não permitiu que suas conquistas fossem retiradas e conseguiram a aprovação de outra lei complementar: a Lei Orgânica da Saúde, sendo ela a Lei nº 8142/90

[...] que regula a participação da comunidade no SUS, assegurando a existência de instâncias colegiadas como conferências e conselhos de saúde nos três níveis de governo, além de orientar as transferências inter-governamentais de recursos financeiros da área de saúde e de exigir a formulação de planos de saúde e a criação de fundos de saúde. (PAIM, 2008, p. 186).

Os ataques a RSB estavam postos de tamanha forma na conjuntura política do Brasil, que os esforços do movimento municipalista aumentavam na tentativa de breicar o retrocesso ainda que com o enfraquecimento da mobilização social.

Desde a negociação da Lei Orgânica da Saúde, já se evidenciava a reorganização dos interesses empresariais e corporativos, levando a que a sua aprovação fosse muito difícil; é claro que não poderia ser também de outra forma, pois afinal, tratava-se de 'dar nome aos bois', detalhar o 'como' fazer atuar e funcionar o SUS. E isso ocorre numa conjuntura em que o poder executivo ganha novo fôlego, com a eleição de Collor, legitimado pelas urnas, sobre uma plataforma modernizante, em contraponto ao período imediatamente anterior do Governo Sarney, por todos rejeitado pelo escrachado clientelismo e fisiologismo que o caracterizavam (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 89 apud PAIM, 2008, p. 187-188).

O avanço ocorrido através da Constituição Federal de 1988 passou a ser atacado com o intuito de dismantelar a saúde, sendo que ela começou a ser ampliada via mercado. Uma das ações realizadas para reduzir custos foi a refilantropização em que foram empregados agentes comunitários e cuidadores para o exercício profissional, além da parceria e responsabilização da sociedade civil nos custos da crise.

Ainda que enfraquecido, o movimento sanitário não desistiu da luta pela implementação de fato do SUS como previsto na constituinte e sob forte pressão, principalmente dos municipalistas, foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1992. Esse espaço também contou com protestos da sociedade sobre os rumos políticos, sociais e econômicos do país unificando-se pelo desejo do impeachment do Collor e de que a lei sanitária fosse cumprida assim como a municipalização já que a política de saúde não atendia as suas demandas e necessidades.

Essas políticas caracterizaram-se pelos seguintes fatos: apoio ao modelo médico-assistencial privatista “reciclado” (expansão da assistência médica supletiva); reforço à centralização decisória a ao controle burocrático; “operação descrédito” da Reforma Sanitária; municipalização discriminatória (“presente de grego”); implantação distorcida do SUS; privilegiamento da lógica da produtividade nos serviços públicos por intermédio do Sistema de Informação Hospitalar e do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS [...]. (PAIM, 2008, p. 191).

O impeachment de Collor saiu ainda em 1992, mas suas falhas governamentais deixaram consequências para a estrutura da política de saúde no país que enfrentou muitos desafios no governo Itamar, como por exemplo a disputa da saúde entre o Estado e o mercado que se tornava cada vez mais evidente, visto que ocorreu naquele período uma expansão dos planos de saúde e da indústria farmacêutica.

As ações definidas na 9ª CNS foram primordiais para a aprovação da Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, que promulga a Norma Operacional Básica - SUS 01/93, regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no SUS e estabelece o financiamento para a política. Esse documento é importante, pois reforça a distribuição do poder e do financiamento nas três esferas do governo; a necessidade da regulamentação dos Conselhos de Saúde deliberativos; rompimento com a organização que até então prevalecia; regionalização e

f) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistência hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual,

assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema. (Ministério da Saúde, 1993, s/p.).

Apesar do SUS ser excelente, a prática profissional dos serviços de saúde encontra muitos desafios com problemas estruturais desde o início. Seus usuários “[...] eram repelidos no cotidiano dos serviços de saúde pelas filas, maus-tratos, burocratização, humilhações, greves e baixa qualidade dos serviços.” (PAIM, 2008, p. 206) assim como vivenciado atualmente.

A precariedade desses espaços e da política fortaleciam os movimentos sociais da Reforma Sanitária que disputavam o projeto de saúde junto com a política neoliberal ultraconservadora, que considerava saúde como mercadoria e não como direito, e também com a chamada reforma da reforma, que pretendia restabelecer o sistema de saúde no âmbito da gestão. Entretanto a lógica mercantil ganhava mais espaço enquanto a RSB era desmontada agudizando a pobreza.

No centro deste processo do setor saúde encontramos a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo federal e parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos internacionais e pela elite financeira nacional, desenvolve-se esta nefasta política que produz: dependência e endividamento interno e externos, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas, exclusão social, violência, doença e morte. Sob o discurso da ‘modernização’ estabelece-se, de fato, o ‘Estado mínimo’ para as políticas sociais, e o ‘Estado máximo’ para o grande capital financeiro nacional e internacional. Esta é a lógica [...] do atual projeto de Reforma Administrativa e do Estado (CARTA da 10a CNS, 1996, p. 1 apud PAIM, 2008, p. 207)

Bravo (2006) traz uma reflexão em seu texto sobre falhas do governo no que diz respeito a política de saúde, de acordo com ela:

Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico. (BRAVO, 2006, p. 14).

Além da má gestão do setor, ainda não se investe o necessário, o que ajuda a contribuir para um serviço precarizado e de baixa qualidade. Esse novo projeto de

saúde prevê que o SUS atenda aos mais necessitados e que, para aqueles que possuem melhor condição financeira, fiquem em função dos hospitais privados responder às suas demandas. Isso faz com que o serviço de saúde seja descentralizado, também defende a privatização e o seguro privado, além de incentivar a focalização dele. Vai na contramão da universalização contida nas diretrizes do SUS, pois propõe ações individuais e fragmentadas, enquanto aquela, idealizada pela Reforma Sanitária, previa ações coletivas de caráter universal.

As concepções dessa política estatal enfraqueceram a organização popular e principalmente a Reforma Sanitária que passou a ser muito criticada, inclusive por seus idealizadores e participantes do movimento sendo engolida pela lógica mercantil.

A convivência e simultaneidade de padrões democráticos baseados nos direitos individuais e na igualdade, existentes na forma legal e a experiência cotidiana de adequação à uma sociedade altamente hierarquizada e discriminadora, através de seus conhecidos rituais de passagem entre estes dois mundos, bem como a inexistência de um projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade e exclusão como cerne da questão democrática, acabaram por minar as possibilidades de concretizar um sistema igualitário de saúde. Ao contrário, em uma situação de crise econômica e ajuste liberal, com redução de gasto público e da atuação redistributiva do Estado, como a que enfrentamos nos últimos anos, a segmentação social manifesta-se como predomínio da lógica individualista, na qual cada um busca defender seus interesses egoístas, transformando a política pública em palco da disputa de privilégios corporativos (FLEURY, 1997, p. 34 apud PAIM, 2008, p. 216).

Entretanto, os últimos anos do primeiro mandato de FHC, 1997 e 1998, demonstraram avanços quanto ao projeto setorial reformista no âmbito do SUS, com conquistas contundentes do processo da RSB, demonstrando a importância de se concretizar um sistema público de saúde capaz de atender toda a população com qualidade e desenvolvimento tecnológico, ainda que não contemplasse a RSB na sua totalidade:

[...] estimava-se que o SUS se responsabilizava pela cobertura de 95% da população em atenção primária, 70% na secundária e 90% na chamada “alta complexidade”; todos os 27 estados e 436 municípios já respondiam pela gestão plena dos seus sistemas de saúde, enquanto 4.228 municípios exerciam a gestão da atenção básica a saúde das suas respectivas populações, de modo que somente 15,3% das cidades e 17,2% da população do país ainda não participavam do SUS.

Quando comparados certos indicadores selecionados antes (anos 1980) e depois da reforma (anos 1990), verificam-se, objetivamente, certos avanços vinculados ao SUS, tais como: cobertura em atenção básica: de 73% para 95% (+30,0%); cobertura vacinal de rotina de menores de 1 ano: de 53,2% para 78,7% (+47,8%); cobertura de controle pré-natal: de 74% para 85% (+15%); cobertura de partos em instituições de saúde: de 80% para 91%

(+13,7%); mulheres em uso de anticoncepcionais: de 65,8% para 76,7% (+16,5%); consultas por 1.000 hab. financiadas pelo setor público: de 1.670 para 2.200 (+31,7%); hospitalizações por 1.000 hab. financiadas pelo setor público: de 81 para 75 (- 7,4%). (PAIM, 2008, p. 223)

Essa aproximação com o projeto neoliberal continua até os dias atuais e é responsável pelo desmonte e sucateamento dos direitos sociais que repercute diretamente na vida da população e, entre eles, também se encontra a política de saúde compreendendo que o neoliberalismo transforma a sociedade no âmbito cultural, social, político e não apenas no econômico.

2.3 A política de saúde para população em situação de rua

Buscando identificar a trajetória dessa política voltada para a população em situação de rua, temos como exemplo a cidade de São Paulo onde, mesmo que garantida na CF/88, a política de saúde voltada para essa demanda foi efetivada apenas em 2004 após manifestações desse grupo em prol de atendimento público em serviços próprios da área:

Até então, o atendimento básico geralmente realizava-se nos albergues, casas de convivência e de cuidados. Só após a manifestação do Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua (26 de junho de 2003) - no qual representações dessa população, de forma organizada e expressiva, reivindicaram o direito à saúde - é que surge o projeto A Gente na Rua - que tem o objetivo de viabilizar o acesso aos serviços de saúde e garantir uma atenção integral às necessidades desta população, com enfoque importante na emancipação destes. (SOUZA; SILVA; CARICARI, 2007, p. 812).

Em âmbito nacional foi promulgada a portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009 que aprovou a criação do Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Vale destacar duas considerações importantes para essa resolução sendo a primeira que na 13ª Conferência Nacional de Saúde uma de suas monções diz respeito à inclusão da população de rua no SUS e a segunda sobre a escassez de recursos técnicos e acadêmicos para o cuidado em saúde. A partir disso então ficou estabelecido no artigo 2º as seguintes atribuições do comitê:

- I - propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS;
- II -apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde;
- III -elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde;

- IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e
- V - colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua. (BRASIL, 2009, s/p.)

Outra importante ação desse período, que abrange esse grupo populacional, foi o Decreto nº 7.179 de 2010, que criou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

A publicação da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica da saúde, especifica a criação de equipes do Consultório na Rua (eCR) para atender as pessoas que utilizam os logradouros públicos das cidades como locais de moradia. Compreende-se que o cuidado com a saúde deste público é de responsabilidade do SUS e, preferencialmente, da atenção básica, portanto, ficou estabelecido que as eCR prestarão atendimento integral a essa população. Sua atividade ocorre através de dois eixos: unidade móvel ou então na Unidade Básica de Saúde (UBS) do território de atuação. As ações são articuladas com outras unidades de saúde e outras políticas públicas, pois somente esse serviço não consegue responder a demanda de forma integral. Essa mesma portaria afirma que no caso de não possuir eCR nos municípios, o atendimento dessas pessoas deverá ser realizado pelos Núcleos de Apoio À Saúde da Família (NASF) e pelos profissionais de saúde bucal seguindo a lógica da atenção básica e do serviço por território. Ela reflete a importância do cuidado, pois

[...] abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p. 12)

O fenômeno população em situação de rua são pessoas que transitam por diferentes territórios e não possuem um local fixo de moradia, diante disso, como forma de incluí-los nos atendimentos médicos da rede pública, foi decretada a Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, que retira a necessidade de moradores de rua, ciganos, nômades e estrangeiros apresentarem comprovante de residência no serviços de saúde do SUS.

A partir disso foi publicada a Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012, que definiu como as Equipes de Consultório na rua (eCR) seriam organizadas e sua

forma de funcionamento. Em seu artigo 2º, §1º estabelece que o cuidado em saúde incluirá os usuários de álcool e outras drogas o que demonstra uma política humanizada que capta a integralidade dos sujeitos. A equipe deve ser multiprofissional e foram divididas em modalidades sendo que na primeira o mínimo é de quatro profissionais em que, obrigatoriamente, dois deles devem ser entre enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, e os demais podem ser agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. Já na modalidade dois, o mínimo exigido é de seis profissionais, sendo que três deles precisam estar entre enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional e os outros três se dividirem entre esses e agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. A modalidade três é igual a dois, porém com o acréscimo de que deve ter um médico. Como complemento para o trabalho, pode haver Agentes Comunitários de Saúde em todas as modalidades. É interessante destacar que as equipes funcionarão de acordo com as demandas da população em situação de rua e deverão atender de oitenta a mil pessoas (BRASIL, 2012).

O atendimento deve ter como foco a compreensão do cuidado para além do processo saúde-doença com vistas a reconhecer a importância dos determinantes sociais e suas implicações na vida desse público. Assim, a equipe deve levar em consideração o território¹⁰, pois este tem relação direta com a forma de viver e sobreviver às questões que os cercam.

Anterior a criação do Consultório na Rua, os atendimentos realizados por eles eram em conjunto com a Coordenação Nacional de Saúde Mental e, de acordo com a Nota Técnica Conjunta/2012, ficou estipulado a integração desses serviços. Assim,

Esta mudança firma o interesse compartilhado entre as áreas envolvidas, qual seja, de que estas equipes abordem os diferentes tipos de demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua, incluindo aquelas pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de crack,

¹⁰ Território aqui entendido a partir das considerações de Trino et. al para o Manual sobre Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua “Desta forma, a noção de território em suas várias dimensões, tais como o “território físico” (material, visível e delimitado), o “território como espaço-processo” (construído cultural e socialmente, de forma dinâmica) e o “território existencial” (referido às conexões produzidas pelos indivíduos e grupos na busca de sentidos para a vida).” (TRINO, et. al, 2012, p. 35).

álcool e outras drogas bem como a prática da Redução de Danos em sua abordagem. (Ministério da Saúde, 2012, p. 1).

Outro documento importante foi a Portaria nº 123 de 25 de janeiro de 2012, que deliberou que a quantidade necessária de eCR será realizada de dois modos: de acordo com o número de pessoas divulgados pelo Censo dos municípios com 100 mil e 300 mil habitantes e para aqueles que possuem mais de 300 mil habitantes a base será através da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social, de 2008, e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em situação de rua, levantados pela Secretaria de Direitos Humanos, em 2011. Além disso também promulgou que, para municípios que não contemplem mais de 100 mil pessoas, os mesmos deverão comprovar a existência de população em situação de rua para que o Ministério da Saúde financie a eCR.

Em mais uma medida de proteção e promoção a saúde, de quem utiliza os espaços públicos como forma de moradia, foi reconhecida a Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, que demarca o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, considerando definir estratégias e diretrizes para enfrentar a forma desigual de saúde que essas pessoas sofrem no SUS. São objetivos gerais: garantir o acesso desse fenômeno às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida.

Como forma de aprofundar o debate em torno desse grupo, o Ministério da Saúde criou em 2014 o documento “Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano” em que especifica:

[...] diretrizes, estratégias e ações destinadas à melhoria das ações de saúde para a População em Situação de Rua; combater o preconceito em relação a essa população no SUS e garantir seu acesso aos serviços de saúde, com atendimento integral e humanizado. (BRASIL, 2014, p. 5)

Esse documento traça a trajetória histórica e política do povo da rua e suas características relatando importantes conquistas no âmbito legal dando destaque para aquelas relacionadas a política pública de saúde. Por fim, afirma os desafios encontrados para a efetivação do cuidado e a importância dos profissionais e da sociedade reconhecerem a população em situação de rua como cidadãos de direitos, para que assim haja o fim do preconceito e que as equipes trabalhem de forma integralizada para responder a essa alta demanda. Além disso, deve-se

garantir espaços de participação e controle social, pois é preciso ouvir as questões do sujeito para que seja possível atendê-lo em sua totalidade.

Ainda que tenham sido conquistadas importantes legislações, retrocessos se acirraram no âmbito do neoliberalismo. Em 2016 foi aprovada a PEC do Teto dos gastos 241-55, posteriormente EC nº 95, que propôs “[...] a privatização da Saúde, diminuição das obrigações do Estado na sua garantia enquanto direito social e aumento do Mercado na prestação desses serviços.” (BARROS & BRITO, 2019, p. 79). Tal Emenda trata-se do congelamento do teto de gastos por 20 anos de algumas áreas sendo uma delas a da saúde, que agudizou a precarização do sistema, privatização e terceirização dos serviços.

A Resolução nº 31 de 30 de novembro de 2017 foi essencial para a população em situação de rua, pois trata sobre o II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de diminuir as desigualdades sociais sofridas por esse público no âmbito da saúde. Suas ações visam incluir a população em situação de rua nos serviços públicos, através de atendimento humanizado e considerando suas especificidades. São eixos estratégicos:

- I - Acesso à saúde Integral da População em Situação de Rua;
- II - Promoção e Vigilância em Saúde;
- III - Educação Permanente e Educação Popular em Saúde;
- IV- Mobilização, Articulação, Participação e Controle Social;
- V - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a População em Situação de Rua; (BRASIL, 2017, s/p.).

Apesar das tentativas incessantes de desmontar o SUS, uma medida que foi importante para o atendimento médico para a população em situação de rua foi a aprovação da Lei nº 13.714 de 24 de agosto de 2018. Ela apresenta um avanço na política destinada a essa população, pois retira a obrigatoriedade de se apresentar comprovante de residência nos serviços públicos de saúde de forma específica ao grupo.

Art. 19. A atenção integral à saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, dar-se-á independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a diretriz de articulação das ações de assistência social e de saúde a que se refere o inciso XII deste artigo. (BRASIL, 2018, s/p.)

O ano de 2020 trouxe consigo uma pandemia que atingiu o globo de forma intensa gerando a morte de muitas pessoas, essa doença atinge com mais intensidade as pessoas que vivem em situação de rua, por possuírem condições menores ou inexistentes de cumprir com as medidas sanitárias propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 15 de julho foram contabilizados 13.150.645 casos de COVID-19 no mundo e 54.464 mortes (OPAS BRASIL, 2020), já no final de agosto o Brasil possuía 120.262 óbitos. A OMS, após declarar estado de emergência internacional, definiu como recomendações necessárias o isolamento social e o uso de máscaras que podem evitar um colapso do sistema de saúde. Entretanto a lógica neoliberal seguida pelo presidente Jair Bolsonaro, preocupada com a baixa lucratividade dos grandes empresários com o isolamento, refletiu seus ideais minimizando a complexidade da doença.

Diante desse contexto e compreendendo o papel da política de saúde, o próximo capítulo se propõe a problematizar o que é ser mulher em uma sociedade machista e patriarcal, pontuando as consequências dramáticas para as que utilizam a rua como local de moradia e sobrevivência, buscando elementos que auxiliem na análise do objeto proposto.

CAPÍTULO 3

O SER MULHER EM UMA SOCIEDADE MACHISTA E PATRIARCAL: consequências dramáticas para as que utilizam a rua como local de moradia

3.1 Uma história de opressão e resistência

Ao longo deste capítulo se abordará a temática da mulher em situação de rua, as violações e sofrimentos vividos devido à sua condição. Porém, para que seja possível compreender esse debate de forma mais ampla é preciso realizar um breve resgate histórico do que significa ser mulher na sociedade e suas implicações na contemporaneidade, compreendendo que a desigualdade de gênero é ainda mais prejudicial para esse grupo que utiliza os espaços públicos como local de moradia.

A forma desigual que as mulheres são tratadas não é exclusiva dos tempos modernos, pois ela é histórica e atemporal. Ferreira (2014) demonstra que a chegada dos europeus para colonizar os índios determinou a deterioração do relacionamento de índios e índias, pois foram passados a eles que o domínio deveria ser sempre masculino enquanto a elas caberia tarefas domésticas assim como era difundido na Europa. Como muitas mulheres resistiram a esse novo sistema imposto pelos colonizadores, eles utilizaram da religião e da fé para justificar a desigualdade que estavam impondo para aquelas pessoas. Além disso,

Os missionários, ansiosos por impor o casamento cristão, foram fundamentais na fragmentação dos grupos extensivos na forma com que as famílias se constituíam, pois consideravam estes como centro de vício sexual. Tiveram como resultado o isolamento entre as mulheres, enfraquecendo a categoria feminina. (FERREIRA, 2014, p. 80).

Ferreira (2014) traz em seu texto um estudo realizado no Brasil entre os anos 1600 e 1900 por Nazzari (2001) que demonstram mais um exemplo da desigualdade de gênero estabelecida naqueles anos. Inicialmente a família da noiva escolhia os homens mais ricos das cidades para casar suas filhas, sendo que eles pagavam um dote de valor considerável e por isso tinham poder de escolha sobre todas as decisões relacionadas ao casamento. Entretanto com a expedição do ouro, os rapazes passaram a conquistar fortunas e então começaram a escolher com quem se casariam e não mais serem escolhidos pelos pais das noivas até que não houvesse mais o dote, o que leva a reflexão de que “[...] No decorrer desse processo, percebemos como as relações de gênero são afetadas e determinadas

pelos interesses econômicos, refletindo nas relações de poder.” (FERRARI, 2014, p. 81). Com essa transformação, elas deixam de ser domínio da família de origem e passam a ser subordinadas aos seus maridos ao adotarem seus sobrenomes.

Os estudos demonstram que durante o período da escravidão americana, as escravas sofreram com o trabalho árduo e pesado nas lavouras assim como os escravos, sendo que elas eram vistas como propriedades dos senhores. Como trabalhadoras não eram consideradas a partir de seus gêneros, “No que dizia respeito ao trabalho, a força e a produtividade sob a ameaça do açoite eram mais relevantes do que questões relativas ao sexo.” (DAVIS, 2016, p. 25). Entretanto, as escravas enfrentavam dores que eram exclusivas da sua condição de mulher:

Mas as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos a elas. A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas como desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas. (DAVIS, 2016, p.25)

Dessa forma sofriam dos açoites da escravidão, do trabalho incessante e das mutilações assim como os homens, mas também eram violentadas sexualmente, o que garantia o domínio econômico dos proprietários de terra sobre elas. Do ponto de vista de serem vítimas da “coerção sexual” (DAVIS, 2016) não há muita diferença do que ocorre atualmente no cotidiano das mulheres, principalmente nas que se encontram em situação de rua, que submetem seus corpos em troca de algum benefício ou são estupradas por se encontrarem vulneráveis naquele espaço ocupado majoritariamente por homens.

Diferente do status que as mulheres brancas recebiam na época da escravidão, apesar de machista e subordinado ao patriarcalismo, às negras não cabia o termo “dona de casa” e muito menos “sexo frágil” (Davis, 2016). Diferente do que acontecia nas casas de não escravos, dividiam igualmente o serviço doméstico junto de seus companheiros.

Para elas a maternidade não era reconhecida como sagrada e respeitosa, os senhores de escravo escolhiam as que possuíam maior índice de fertilidade com o objetivo de conquistar mais força de trabalho com os filhos que viriam. Assim como Davis (2016) “[...] Elas eram “reprodutoras” – animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar.” (DAVIS, 2016,

p. 26). Não ficavam isentas do trabalho enquanto grávidas e nem mesmo quando seus filhos nasciam, na lavoura tinham algumas “opções”: deixar seus bebês no chão perto da região em que se encontravam; trabalhar o dia todo com eles amarrados ao seu corpo ou então entregar seus filhos a crianças ou escravas mais velhas que não conseguiam trabalhar na lavoura para que cuidassem dos mesmos.

Diante da realidade imposta, as mulheres negras aprenderam a se fortalecer e a resistir a vida de exploração. A força que emanava delas permitiu que encontrassem formas de relutarem as diversas violações sofridas:

Resistiam ao assédio sexual dos homens brancos, defendiam sua família e participavam de paralisações e rebeliões. Como Herbert Aptheker mostra em sua precursora obra *American Negro Slave Revolts* [Rebeliões dos escravos negros estadunidenses], elas envenenavam os senhores, realizavam ações de sabotagem e, como os homens, se juntavam às comunidades de escravos fugitivos, seguindo com frequência rumo ao Norte em busca de liberdade. Dos numerosos registros sobre a repressão violenta que os feitores infligiam às mulheres, deve-se inferir que aquela que aceitava passivamente sua sina de escrava era a exceção, não a regra. (DAVIS, 2016, p. 36).

O período Pré-Industrial demarcou a vida de muitas mulheres brancas, pois sua função era essencial para a economia doméstica e tinha tanta importância quanto a de seus maridos já que contribuía de forma produtiva. De acordo com Davis “[...] enquanto os homens lavravam o solo (frequentemente com a ajuda da esposa), as mulheres eram manufadoras, fazendo tecidos, roupas, velas, sabão e praticamente tudo o que era necessário para a família. [...]” (2016, p. 52).

Já os anos de 1830, com a movimentação do período Industrial, transformou essas mulheres em modelos ideais de mães, glorificando a maternidade como ação essencial na vida delas e as inferiorizando enquanto força produtiva. A imagem passada era de que só os homens deveriam sair de casa para trabalhar e a elas restava cumprir o papel de boas esposas podendo até mesmo ser comparadas como serviçais de seus maridos. Quanto a isso, não houve muita mudança no mundo contemporâneo visto que a maternidade continua sendo glorificada, exceto para às mães que vivem nas ruas que tem seus direitos violados e seus filhos retirados de forma compulsória como abordaremos no capítulo 4.

Diante desse cenário de opressão, as mulheres começaram a se unir e resistir pelo direito de terem uma educação de qualidade e construir uma carreira profissional fora de seus lares. As mulheres brancas pobres ficaram destinadas a trabalhar nas fábricas, porém também sofriam de má qualidade do trabalho e assim

organizaram junto com as crianças greves e paralisações nas indústrias têxteis. Enquanto isso, ocorria a rebelião de Nat Turner contra o sistema escravocrata, visto que os escravos ansiavam por liberdade e melhores condições de vida e conseguiram se organizar para construir o primeiro movimento abolicionista.

Como forma de denunciar e dar visibilidade a opressão machista que sofriam dentro de suas casas, as mulheres brancas passaram a compará-la com a escravidão argumentando que o casamento as tornava escravas. Além disso, as operárias afirmavam que eram exploradas financeiramente e em seus respectivos empregos e assim também se assemelhava ao sistema escravocrata. Entretanto tal comparação faz com que a escravidão seja minimizada, já que o casamento difere em muitos sentidos daquilo sofrido por escravos e escravas todos os dias desde seu nascimento. Apesar disso, é importante ressaltar que foi dessa forma que as mulheres brancas da classe média passaram a reconhecer e a participar do movimento abolicionista como forma de alcançar sua pauta principal de conquista pelos direitos das mulheres.

De forma muito semelhante ao que ocorreu no Brasil, o sistema opressor vivenciado no período da escravidão para mulheres americanas negras não teve muitas mudanças. Após a abolição, elas continuaram trabalhando nas mesmas áreas, salvo raras exceções que foram para as indústrias. Se dividiam entre domésticas, meeiras, trabalhadoras de lavanderias, na agricultura e nas manufaturas (DAVIS, 2016). Além dos precários salários que recebiam, ainda eram submetidas a um novo sistema de escravidão nos presídios caso se recusassem a ter relações sexuais com homens brancos. O fim da escravidão chegou, mas isso não significou a libertação de negros e negras para se ter uma vida digna longe da exploração. Para muitas a única opção de sobrevivência era trabalhar como domésticas e com isso ficavam a mercê de muita humilhação e violência:

Desde a Reconstrução até o presente, as mulheres negras empregadas em funções domésticas consideraram o abuso sexual cometido pelo "homem da casa" como um dos maiores riscos de sua profissão. Por inúmeras vezes, foram vítimas de extorsão no trabalho, sendo obrigadas a escolher entre a submissão sexual e a pobreza absoluta para si mesmas e para sua família. (DAVIS, 2016, p. 107).

Essa realidade começou a mudar durante a Segunda Guerra Mundial, pois as mulheres tiveram que assumir a responsabilidade pela economia o que levou a 400 mil mulheres negras deixarem seus empregos como domésticas para assumirem

funções nas fábricas e indústrias. Entretanto, essa realidade não atingiu todas em sua maioria, pois “[...] ainda nos anos 1960, pelo menos um terço das trabalhadoras negras permanecia presa aos mesmos trabalhos domésticos do passado e um quinto delas realizava serviços fora do ambiente doméstico.” (DAVIS, 2016, p. 112-113).

Um momento importante do movimento feminista ocorreu entre os anos 1960 e 1970 ainda muito estruturado em cima do racismo para com as mulheres negras. Elas lutaram contra as desigualdades sociais, culturais e políticas ocorridas naquele período contestando o papel imposto de serem apenas mães quando queriam ser também profissionais. De acordo com Ferreira (2014)

Em 1963, Betty Friedan escreve *Mística Feminina*, livro no qual critica a ideia de que as mulheres se satisfazem apenas com a criação dos filhos e atividades do lar. Conceituado como um dos livros mais influentes do século XX, levanta a hipótese de que as mulheres seriam vítimas de um falso sistema de crenças que exige delas o encontro de identidades e significados para suas vidas por meio de seus maridos e filhos, perdendo, assim, sua identidade para a família. (FERREIRA, 2014, p. 85).

O movimento feminista brasileiro não se desassocia daquele vivenciado em nível mundial, visto que a história de luta e resistências das mulheres teve como inspiração um cenário global que se espelha, em alguns aspectos, na realidade brasileira.

Uma difícil expressão da desigualdade de gênero ocorreu no Brasil durante o período militar visto que os sistemas repressores do Estado utilizavam a violência sexual e a relação com os filhos para torturarem as mulheres militantes (COSTA, 2005). Nesse período, feministas de todo o país se organizaram em partidos políticos, sindicatos, grupos de estudo e ação para refletir sobre o papel da mulher na sociedade. Suas pautas de luta eram por resistência a opressão sofrida em decorrência de seu gênero e pela redemocratização do país nos anos de 1970. A década seguinte foi de vitórias frente a responsabilização do Estado para a garantia de políticas sociais e bem-estar para esse público com ampla participação delas na formulação da CF/1988.

Destaca-se nesse período a conquista feminista de uma política de saúde específica para as mulheres tendo se desvinculado do Programa Nacional de Saúde Materno-infantil nos anos de 1980, esse tinha como objetivo cuidar das questões maternas como pré-natal, parto e puerpério. Dessa forma, foi criado em 1983 no Brasil o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) tendo com

uma das pautas de sua criação a reivindicação das mulheres referente ao acesso seguro de métodos contraceptivos no contexto da Reforma Sanitária. Isso demonstrou um avanço de extrema importância, pois o olhar aos cuidados com o público feminino passou a considerar suas especificidades na totalidade em diferentes fases da vida. Em 2004 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes em conjunto com o movimento feminista, movimento negro e outros setores da sociedade civil.

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. (BRASIL, 2004, p. 5).

Ainda que com importantes vitórias, o movimento feminista sofreu duros ataques no final dos anos 1980 visto que se intensificava uma política conservadora que deslegitimava movimentos e participações sociais. Ainda assim,

No início dos anos 1990 se multiplicaram as várias modalidades de organizações e identidades feministas. As mulheres pobres articuladas nos bairros através das associações de moradores, as operárias através dos departamentos femininos de seus sindicatos e centrais sindicais, as trabalhadoras rurais através de suas várias organizações começaram a autoidentificar-se com o feminismo, o chamado feminismo popular. As organizações feministas de mulheres negras seguem crescendo e ampliando a agenda política feminista e os parâmetros da própria luta feminista. (COSTA, 2005, p. 8)

A forma de organização social pautada no machismo e patriarcalismo demonstra que medidas protetivas só são tomadas quando há severas, e até mesmo irreversíveis, consequências da violência do homem contra a mulher como ocorrido com Maria da Penha¹¹. O caso dela foi essencial para que outras situações

¹¹ Maria da Penha lutou 19 anos por justiça devido as agressões que sofreu de seu companheiro em um ciclo de violência que parecia não ter fim. Em 1983, enquanto dormia levou um tiro nas costas que a deixou paraplégica e com severos traumas na sua saúde mental. O agressor alegou terem sido vítimas de um assalto e, após a alta médica, Maria foi mantida em cárcere privado que durou 15 dias e foi acometida com duas tentativas de eletrocussão. Após muitas situações e desconfianças, ela recebeu apoio familiar e jurídico e conseguiu se desvincular do marido sem que perdesse a guarda de suas filhas. Demorou oito anos para que ele fosse sentenciado, entretanto não durou e ganhou direito à liberdade duas vezes. Seu caso ganhou repercussão internacional, mas o Estado brasileiro continuou omissos sem resoluções efetivas. Diante da gravidade, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (CIDH/OEA) fez denúncias contra o país em 2001 em que “[...] o Estado foi responsabilizado por negligência, omissão e tolerância em relação

de violência doméstica fossem denunciadas e escandalizadas de forma a chamar atenção para o que muitas mulheres sofriam cotidianamente em seus lares e que era normalizada pela sociedade e pelo Estado. Diante disso, em 2002 o movimento de mulheres se uniu em um Consórcio de ONGs feministas com o objetivo de criar uma lei que combatesse a violência doméstica de forma a não deixar impune os agressores. Após muito esforço e luta, conseguiram que o Presidente Lula aprovasse a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 conhecida popularmente como Lei Maria da Penha.

Art. 1º Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. (Presidência da República, 2006, s/p.)

A lei enquadra violência contra a mulher as de cunho físico, psicológico, sexual, patrimonial e moral. Assim a legislação define que serão protegidas a partir de ações integradas da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de serviços não governamentais. É uma importante conquista do movimento feminista, como previsto na lei, a criação de Delegacias de Atendimento à Mulher que priorizam suas especificidades e demandas.

Ainda que promulgada de forma tardia, as ações estatais de proteção à mulher vítima de violência doméstica e familiar possuem grande valor para a manutenção da vida e na garantia de direitos rompendo com a lógica machista de normalização do sofrimento feminino. Sendo ainda mais valiosa para as que se encontram em situação de rua, visto que sofrem com muitas violações no cotidiano de suas vidas sendo a doméstica uma delas.

Nesse mesmo sentido, e com atraso social, foi promulgada pela Presidenta Dilma Roussef a Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015 que considera o homicídio contra a mulher como feminicídio pela questão do sexo feminino e da violência doméstica e familiar podendo ser cometida contra criança, adulta ou idosa. A luta do

à violência doméstica praticada contra as mulheres brasileiras.” (Instituto Maria da Penha, 2018, s/p.). Impôs recomendações para que o agressor fosse sentenciado, que uma investigação séria ocorresse e que a vítima fosse reparada de forma simbólica, material pela negligência adotada até então e que houvesse ações estatais no que refere à violência contra a mulher.

movimento feminista é coerente e essencial para que, assim como essas medidas, outras sejam adotadas buscando o fim da desigualdade de gênero.

Mesmo que entre opressões, ofensas, violências, estupros, torturas e demonização de igrejas, as mulheres não desistiram de lutar por seus ideais e assim seguem até os dias atuais sendo que suas conquistas foram fundamentais para a garantia de alguns direitos que temos hoje, principalmente para as que vivem em situação de rua que podem (ou ao menos deveriam) contar com a proteção do Estado, sobretudo considerando o quão estão expostas a toda forma de violência. Ainda há muito o que ser conquistado e a mudança só ocorrerá concretamente com o fim da sociedade capitalista que utiliza da violência e da opressão como esferas para manter seu poder desumanizando quem não pertence a supremacia branca, masculina e de classe social alta.

3.2 Desigualdade de gênero

Assim como Saffioti (2011) “[...] o gênero, a raça/etnicidade e as classes sociais constituem eixos estruturantes da sociedade.” (2011, p. 78), portanto compreende-se que, historicamente, dentro da sociedade machista e patriarcal¹² que vivemos, homens e mulheres ocupam diferentes espaços sociais sendo que a elas está imposto, muitas vezes, papéis inferiores caracterizando a desigualdade de gênero. Segundo Maria Alves (2013) para compreender os motivos que levaram mulheres a irem morar nas ruas, é preciso antes analisar a questão do gênero que também implica no processo do viver e, mais ainda, sobreviver nos logradouros públicos. Ainda afirma que a desigualdade de gênero não é exclusiva da mulher em situação de rua, ainda que com maior potencial, pois todas as mulheres estão sujeitas a sofrer tal violação por estarem inseridas em uma cultura opressora que a hierarquia e a relação de poder prevalecem, sendo que a relação de gênero é também uma relação de poder.

¹² Compreender o conceito de patriarcado é considera-lo como “[...] o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens.” (SAFFIOTI, 2011, p. 44) que antecede ao sistema capitalista visto que, de acordo com a autora, foi a partir das mudanças ocorridas na relação entre o homem e a mulher que ele surgiu datando, portanto, de pouco mais de dois mil anos após intensa luta dos homens para inserirem tal processo político e sexual de domínio e controle sob a vida e os corpos delas.

De acordo com Ferreira (2014) é possível definir a reflexão sobre o termo gênero como:

Compreende-se, portanto, que falar em gênero implica a priori discorrer sobre uma identidade de gênero, a qual diz respeito à percepção subjetiva de ser masculino ou feminino, conforme os atributos, comportamentos e papéis convencionalmente estabelecidos para homens e mulheres no contexto social. (FERREIRA, 2014, p. 67)

Ele foi utilizado inicialmente pelas feministas americanas da década de 1970 como forma de denunciar e diferenciar as formas desiguais de tratamento baseada no sexo das pessoas. Além do mais, elas e outros pesquisadores consideravam que gênero, raça e classe eram determinantes essenciais para compreender as desigualdades que homens e mulheres sofriam por não se encaixarem nos padrões tido como ideais para a sociedade naquele período. Dessa forma, compreende-se que não tem como dissociar um termo do outro enquanto categoria de análise e que ambos perpassam a realidade social do tempo que estão inseridos.

Além disso também é possível compreender que gênero está ligado à cultura e ao contexto social, a qual os sujeitos estão inseridos. Assim é possível relacionar com o tempo histórico que demonstra as desigualdades de gênero as quais as mulheres sempre estiveram expostas.

Se nos voltarmos para as sociedades de classes da antiguidade ocidental (Grécia e Roma) ou, oriental (China e Japão) ou, na Idade Média, para as sociedades da América pré-colombina (Incas e Astecas) ou para as sociedades de castas na Índia, nelas a vida social é dominada pelos homens. Possuir a terra da cidade, sacrificar aos deuses, defender suas terras de armas na mão, exercer as magistraturas e a soberania política, desenvolver a Filosofia, a Matemática entre outras questões, eram privilégios masculinos na Atenas clássica. Para um grego, ser um homem plenamente é, antes de tudo, ser um homem e não uma mulher, ser livre e não escravo; ser ateniense e não estrangeiro. (GODELIER, 1980, p. 10-11 apud FERREIRA, 2014, p. 70).

Assim como explica Saffioti (2011) o campo dos direitos sempre foi exclusivo do homem tanto que quando uma mulher, Olympe de Gouges, escreveu em 1792 a “Declaração Universal dos Direitos da Mulher e da Cidadã” ela foi condenada à morte. Enquanto categoria de relação de poder é perceptível como a mulher sempre foi retirada da vida política tendo que deixar seus direitos nas mãos de homens, que não entendem o que é a opressão vivida por elas e acabam por afirmar, ainda com mais afinco, padrões ideais a partir de suas vontades e ideologias, que não refletem aquilo que elas gostariam de ser e fazer. Dessa forma, as meninas são ensinadas desde pequenas a terem comportamentos considerados femininos e reconhecerem

qual seu papel (de inferioridade) na sociedade diferenciando-as daquele exercido por pessoas do gênero masculino.

Sobre a base simbólica repousam as definições de papéis de gênero que se acentuarão no comportamento dos sujeitos, se manifestando na escolha da profissão e na postura que apresentarão na sociedade, entre outras coisas. Aos homens é relegado o espaço, o poder e a liberdade, portanto o carro, o cargo, a política e o domínio público. Às mulheres a serenidade, o trato com as coisas da natureza, a solidariedade, o cuidado, o carinho, a delicadeza, a obediência, a maternidade vivenciada desde a infância ao brincar de boneca, o dever de servir e o limite do espaço privado. Nesse sentido, a herança filosófica tem definido por muitos séculos os espaços onde mulheres e homens devem estar, bem como a forma com que devem se comportar. (FERREIRA, 2014, p. 70-71).

Assim como explica Ferreira (2014), a partir dos conceitos definidos por Godelier (1980), a desigualdade que as mulheres sofrem podem ser exemplificadas de três maneiras: econômica, política e simbólica. Isso porque, economicamente, elas não recebem os mesmos salários para cargos iguais aos dos homens, sofrem preconceito por serem mães já que precisam se afastar do trabalho por pelo menos três meses para cuidarem de seus filhos recém-nascidos e não possuem tantas oportunidades profissionais como pessoas do sexo masculino. Também por não ocuparem tantos cargos políticos expressivos e, quando estão no poder, são ofendidas, hostilizadas, desacreditadas e desafiadas cotidianamente a demonstrar seu conhecimento perante dezenas de homens machistas. E por último, de forma simbólica, quando são estereotipadas a todo momento a cumprirem o papel ideal de mulher do lar, mãe e obediente ao seu marido e são retaliadas quando não atendem aos padrões sociais e de beleza impostos por determinada cultura e religião.

De fato, as conquistas feministas auxiliaram na retomada do controle de suas vidas em detrimento de decisões que eram de outrem, porém isso não significa que houve mudanças no comportamento masculino. As tarefas do lar sempre foram de exclusividade da mulher, sendo que o homem quando troca esse papel com a esposa é hostilizado por outros com termos ofensivos e/ou debochados. Fica na responsabilidade dela o cuidado e a limpeza da casa, a educação dos filhos e prover a alimentação de todos enquanto seus companheiros descansam. O trabalho como dona de casa nunca foi reconhecido, não é assalariado e muito menos contabilizado em horas. Dessa forma a mulher “[...] tem se submetido a uma dupla ou tripla jornada de trabalho para garantir sua presença no espaço público sem abandonar o mundo privado que ainda não conseguiu socializar.” (FERREIRA, 2014, p. 79).

Saffioti (2011) auxilia nessa reflexão ao explicar que “Violência de gênero, inclusive em suas modalidades familiar e doméstica, não ocorre aleatoriamente, mas deriva de uma organização social de gênero, que privilegia o masculino.” (2009, p. 81). Assim permanece no campo ideológico que homens e mulheres possam se igualar quanto aos direitos sociais, exatamente pela sociedade patriarcal e machista que vivemos não permitir que isso ocorra. Refletir sobre a desigualdade de gênero é compreender que as mulheres foram e continuam sendo desumanizadas quanto ao seu direito por igualdade, são obrigadas a seguirem um padrão estético e social e quando não o fazem são, em certa medida, abandonadas por seus companheiros e recriminadas diante de suas religiões. Além do mais sofrem os mais diversos tipos de violência sendo estupradas e expostas a todos os tipos de coerção sexual, sobretudo olhando a situação das mulheres que vivem nas ruas. É preciso, portanto, conhecer a história para que se dê continuidade ao movimento anterior das mulheres na busca por reconhecimento de direito iguais aos homens.

3.3 O viver nas ruas na condição de mulher

São variados os fatores que levam as mulheres as ruas, dentre eles pode-se citar: rompimento familiar, álcool e drogas, situações de extrema pobreza, transtornos mentais e principalmente situações de violência (ROSA e BRÊTAS, 2015). De acordo com Biscotto et al. (2016), as mulheres correm alto risco de serem violentadas sexualmente por dividirem o espaço na rua com outros homens acarretando sérios danos físicos e mentais nelas, sendo, portanto, essencial que o Estado efetive o acesso delas às políticas públicas.

Para compreender o ciclo de violência as quais são submetidas diariamente, é preciso relacionar tal violação ao que Saffioti (2011) denomina como codependência, pois demonstra que a violência caracteriza a relação com o homem. Entretanto, algumas mulheres conseguem se libertar e sair desse relacionamento abusivo. Ao citar Guiddens, ela conceitua o termo como

Uma pessoa codependente é alguém que, para manter uma sensação de segurança ontológica, requer outro indivíduo, ou um conjunto de indivíduos, para definir as suas carências; ela ou ele não pode sentir autoconfiança sem estar dedicado às necessidades dos outros. Um relacionamento codependente é aquele em que um indivíduo está ligado psicologicamente a

um parceiro, cujas atividades são dirigidas por algum tipo de compulsividade [sic]. Chamarei de relacionamento fixado aquele em que o próprio relacionamento é objeto do vício. (GIDDENS, 1992, p. 101-102, apud SAFFIOTI, 2011, p. 84)

As mulheres ao sofrerem violência doméstica¹³ por parte de seus parceiros, não se sentem mais confortáveis em voltar para seu lar e procuram as ruas como forma de garantir sua liberdade. Para Rosa e Brêtas (2015):

A partir do recorte gênero, depreendemos que homens e mulheres apresentaram diferenças substanciais nas formas que vivem e internalizam a situação de rua. Dentre elas, destacamos que, para o homem, a rua foi o desfecho de uma condição terminal de ruptura e degradação social; neles mantinham-se vivos o desejo de retornar às condições de vida perdidas. Já para algumas mulheres, representou uma solução inicial para situações de violências e insatisfações com o espaço doméstico. Não nutriam o desejo de voltar para o lar perdido ou abandonado, mas de construir outro. Enfim, a experiência de terem sido vitimizadas permitiu a elas conferir significados a sua experiência e constituir a si mesmas. (ROSA E BRÊTAS, 2015, p. 281)

Rosa e Brêtas (2015) apresentam algumas pesquisas realizadas em outros países. Dentre elas uma que ocorreu na cidade de Nova Iorque com 141 mulheres em situação de rua revelou que, das entrevistadas, 21 haviam sido estupradas; 42 estupradas e agredidas e 62 foram apenas agredidas e que os cuidados em saúde eram oriundos dessas violências que causavam danos físicos e mentais nas entrevistadas. Outra análise realizada na cidade de Los Angeles, teve como público 974 mulheres em situação de rua sendo que delas 13% haviam sido vítimas de estupro no último ano em que ocorreu a pesquisa. De acordo com os autores:

As mulheres que vivenciaram este tipo de violência apresentaram um pior estado geral da saúde: houve aumento dos sintomas ginecológicos, aumento do uso e abuso de álcool e outras drogas, e acentuado aumento dos casos de depressão. (ROSA E BRÊTAS, 2015, p. 276).

Os autores também apresentam em sua cartografia um estudo realizado na cidade de Toronto no Canadá sobre o risco de morte entre mulheres em situação de rua, demonstrando que 43,3% das vítimas haviam sofrido estupro, enquanto 14,1% dos homens haviam passado pela mesma situação. Os autores dessa análise no Canadá compararam os dados com outras pesquisas realizadas nas cidades de Montreal, Copenhague, Boston, Nova Iorque e Brighton obtendo como resultado que:

Os dados revelaram que essas mulheres, entre 18 e 44 anos de idade, têm entre oito e trinta vezes mais chances de morrer do que as mulheres da

¹³ Saffioti (2011) trás uma reflexão que relaciona a violência doméstica com o desemprego, de acordo com ela o primeiro aumenta em decorrência do segundo. A impotência que o homem sente de não conseguir mais ser o provedor econômico do lar é o que auxilia nesse abuso sob a mulher.

mesma faixa etária da população em geral. Para as mulheres com mais de 44 anos, este índice cai para, em média, 1,5 vezes mais chances de morrer. Essas mortes estão relacionadas a: doenças mentais, vício em drogas e overdose, infecção por HIV, tuberculose e traumas; e a uma maior dificuldade de acesso a atendimento e tratamento para a saúde de qualidade. Daisk, a partir de relatos de mulheres em situação de rua no Canadá, descreveu que, para elas, a saúde e suas necessidades de saúde tinham um sentido holístico. Relataram preocupações com doenças físicas, saúde mental, vícios e estresse. A vida nos albergues promoveu a propagação de doenças e falta de privacidade. A violência era premente em abrigos e nas ruas, levando ao medo constante. Houve sofrimento emocional sobre a exclusão social e despersonalização. Queriam trabalhar e serem alojadas em segurança. Sentiam-se presas em um sistema desumanizante. (2015, p. 276).

Ainda sobre essa cartografia, os autores aplicaram uma pesquisa na cidade de São Paulo com mulheres em situação de rua sendo que foram entrevistadas 100 pessoas do sexo feminino em logradouros públicos e 22 de 49 acolhidas no abrigo Centro de Acolhida tipo II da prefeitura. A história de vidas dela é marcada por diversos tipos de violência: física, sexual, psicológica, verbal e negligência, praticada, em sua grande maioria, pelo próprio parceiro. Além de serem vítimas de violência doméstica, não conseguiam independência financeira para sustentarem a si e também aos filhos, não recebiam apoio familiar e institucional, sofriam ameaças de morte, o que dificultava o processo de saída dessa condição que viviam dentro de casa, aumentando o sofrimento ao lado dos companheiros.

Assim sendo, algumas dessas mulheres encontraram a rua como forma de fugir dessa situação de violência, entretanto emergiram em um novo contexto que também as violava. O uso de drogas também foi um fator determinante para algumas das entrevistadas irem morar nas ruas, pois o mesmo degradava suas vidas fazendo com que os vínculos familiares fossem rompidos, perdessem a noção de responsabilidade com fatores importantes da vida (família, estudo, trabalho e filhos), ficando mais vulneráveis a serem vítimas da violência e de contraírem doenças sexualmente transmissíveis, além de uma gestação indesejada, se prostituírem e adentrarem a criminalidade. O uso abusivo dessas substâncias gerava a perda da guarda dos filhos, o que aumentava o sofrimento dessas mães causando assim um maior vício. Dentre as violências vivenciadas enquanto encontravam-se em situação de rua destaca-se a sexual praticada por homens que utilizavam os logradouros como espaço de moradia, ou não, provocando sofrimento físico e mental na vida dessas mulheres. Ser viciada em crack na rua potencializava o risco de serem violentadas pelos traficantes, usuários e policiais.

Além disso, também havia o fato de que deixavam de cuidar da saúde como higiene, alimentação e descanso utilizando todo o dinheiro que recebiam para consumir droga. Algumas das mulheres entrevistadas relataram que estavam em um relacionamento abusivo com os homens que conheceram nas ruas, mas que não se separavam por amor e por medo do agressor. Os autores afirmam que se surpreenderam ao descobrir que elas só entravam em uma relação amorosa quando se sentiam atraídas e não como forma de proteção nas ruas.

A estereotipização da mulher como doméstica, mãe e de beleza singela não mudou ao longo dos anos e esse quadro se agrava ainda mais para as que vivem nas ruas, pois ao não atingir esse determinado padrão sofrem com os diversos tipos de ofensa e preconceito da sociedade e também dos homens com quem convivem cotidianamente. Como forma de sobreviver às diversas situações vividas nesses espaços, elas passaram a também utilizar da violência como medida de proteção quando escolhem não se vincularem a companheiros:

Optam por estarem sós e circunscrevem corporalmente essa opção ao se lançarem em posturas fortes, agressivas, com relação aos homens com quem convivem. Essa postura é necessária para impedir a apropriação de sua condição feminina por parte destes. São mulheres muito agressivas, que, se necessário, utilizam facas para se proteger. Muitas vezes, essas fronteiras de isolamento são marcadas pela performance corporal exacerbada, movimentos de mãos, olhos arregalados, voz alta, tornando difícil situar se tal comportamento é um sintoma de algum distúrbio mental ou uma manifestação de defesa (Frangella, 2004, p. 197-198 apud COSTA et al., 2015, p. 1094).

Uma reportagem realizada na cidade de São Paulo por Lima (2019) narrou o machismo vivido pelas mulheres que utilizam a rua como espaço de moradia e sobrevivência. A fala de uma das entrevistadas evidencia como a violência faz parte do cotidiano de suas vidas:

Na rua, sendo mulher, tem muito estupro e agressão, porque não é todo mundo que bate assim igual eu, aí os caras se aproveitam. Na Cracolândia, por incrível que pareça, é onde eu me sinto mais refugiada. Essas coisas são, tanto de quem tá na rua, quanto dos policiais. Teve um dia que um policial falou 'vamos lá pra minha casa'. Nessa hora, eu tava bêbada, aí eu corri atrás deles. Podia ter levado um tiro ou ter sido presa, mas fiquei muito brava.

Para ser mulher na rua tem que ter coragem. Eu durmo, às vezes, com pedra embaixo da coberta ou cubro minha cabeça, mas essa segunda opção não é muito boa porque tem um pessoal que coloca fogo em morador de rua. Tenho muita vontade de parar, mas não tenho muita força para começar essa mudança. Cada um aqui tem uma história, a gente não pode julgar. (LIMA, 2019, s/p.).

Para Maria Alves (2013), em um estudo realizado com mulheres em situação de rua da cidade de Fortaleza - CE, para a proteção e sobrevivência que o viver nas ruas implica, é necessário que se submetam a algumas situações como o envolvimento sexual com outros homens e permanência em grupos. Afirma que muitas mulheres sofrem violência física e sexual dos próprios parceiros que deveriam as proteger na rua.

Soma-se todos esses fatores de opressão e desigualdade de gênero as mulheres negras e tem-se como resultado uma exploração ainda maior do corpo e da vida delas como “legado” do seu passado histórico marcado pelo preconceito e desumanização como visto, pois, mesmo com o fim da escravidão, continuaram sendo vistas de forma sexualizada e recebendo tratamento diferenciado daquele dado às brancas.

[...] a forma como as mulheres, especialmente as negras, vivenciam essa condição e são atendidas pelas políticas públicas. Esse atendimento, muitas vezes, reforça um lugar de criminalização da condição feminina, de objetificação do corpo da mulher em relação ao uso de drogas. Muitas são “tratadas” para não se tornarem “vetores” de transmissão de HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), na medida em que é comum toda sorte de abuso e uso sexual de seus corpos.[...] [A] sacralização da família e da centralidade da mulher nas condições de sua reprodução só reforça estigmas e lugares em relação a elas. (PEREIRA, 2018, p. 28-29)

O I Censo e Pesquisa Nacional de População em Situação de Rua de 2007/2008 apresentou como resultados que 18% (4.964) do público pesquisados eram mulheres, o que demonstra como a supremacia masculina também faz parte da realidade de quem ocupa os logradouros públicos das cidades como espaço de moradia e sobrevivência. Além das situações humilhantes que são obrigadas a passar, também são responsabilizadas pelo cuidado dos filhos em uma sociedade que minimiza o dever do pai para com suas crianças sendo que 20% delas relataram serem as guardiãs de alguma criança ou adolescentes nos acolhimentos institucionais ou na rua. Tendo em vista a desigualdade de gênero que as mulheres sofrem na sociedade de forma atemporal, essa situação degradante que é ser do gênero feminino morando nas ruas e a pressão historicamente colocada em cima delas, de instinto e obrigação para serem femininas, mães e no cumprimento também dessas funções é que é possível compreender o porquê dessa diferença do número entre os dois sexos que vivem na condição de rua.

O Censo também indicou que a grande maioria das mulheres em situação de rua possuíam idade entre 18 e 55 anos, sendo com maior expressividade (30,20%) entre 26 a 35 anos. Dentre as pesquisadas, 35,94% se autodeclararam pardas em um contexto que 45,87% haviam concluído apenas o ensino fundamental. Isso denota, mais uma vez, como a desigualdade de gênero e as opressões sofridas historicamente as colocam como inferiores e sem igualdade de oportunidade de ensino para as que não faziam parte da supremacia branca.

Outro fator que pode colaborar para a ida às ruas é o fato de terem sua saúde mental extremamente comprometida como representando no Censo em que 21,4% relataram terem sido internadas em hospitais psiquiátricos e 20,5% fizeram tratamentos para o uso abusivo de álcool e outras drogas.

O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2019) apresenta dados sobre violências sofridas por pessoas em situação de rua no Brasil de 2015 a 2017 a partir das notificações contabilizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Os dados mostram que 17.386 pessoas foram vítimas de algum atentado as suas vidas, tendo como razão a condição de rua que se encontravam com predominância na faixa etária de 15 a 24 anos (38,1%). O reflexo da desigualdade de gênero nesse contexto apresenta-se de forma expressiva, pois 50,8% dos casos eram mulheres visto que as mesmas romperam com os princípios ideais de uma sociedade que previamente definiu a estética, o trabalho e o modo de vida que deveria cumprir para ser vista, admirada e cuidada. O indicador raça/cor é relevante, pois 54,8% eram pretos (as) e pardos (as) denotando o caráter racista da sociedade “A violência contra as pessoas negras em situação de rua é impulsionada pelo preconceito racial. De acordo com Pinho, Grando e Pinho (2014), a privação material das pessoas em situação de rua é uma das manifestações do racismo.” (BRASIL, 2019, p. 8). Preconceito racial materializado historicamente na sociedade, principalmente devido ao período escravocrata que ainda mantém suas raízes a partir da exploração de pessoas pertencentes à raça negra que, apesar da abolição, não criou condições dignas de trabalho e vida a elas refletindo, portanto, no número crescente da população em situação de rua.

Vale destacar os principais tipos de violência sofridos por esse grupo populacional ainda nesse boletim, sendo eles: física (92,9%), psicológica/moral (23,2%), tortura (3,8%) e sexual (3,9%). Foi constatado que 7,3% dos atos violentos

foram autoprovocados, esse número representa as consequências de uma vida precária e de riscos sociais na saúde mental desse público que sofrem do desemprego, do uso abusivo de álcool e outras drogas, das violências e da falta de apoio de políticas públicas. Como responsável pelo ato encontra-se em maior número pessoa desconhecida (37%), seguido de amigos/conhecidos (33,7%), familiar (6,1%), parceiro atual (5,4%), policial/agente da lei (4,2%) e ex-parceiro (2,9%). A região sudeste foi a área pontuada de maior concentração dessas violências ocupando 54% das notificações e São Paulo foi a capital que mais se destacou com 788 casos.

Esses dados citados acima referem-se aos casos que passaram por algum serviço de saúde e, portanto, foram notificados, entretanto isso não abrange todo o universo da população em situação de rua. Existem muitos casos que são subnotificados pelo não acesso do grupo a esses serviços.

O não acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua é influenciado por várias condicionantes. Muitas vezes, a busca é realizada apenas em circunstâncias mais extremas de agravamento dos sintomas ou quando as pessoas em situação de rua são conduzidas por meio dos serviços de urgência/emergência ou por instituições assistenciais. Todavia, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte dessa população apresenta aspectos também relacionados à organização destes serviços, como preconceitos, exigência indevida de documentação e limitação para o atendimento por meio de busca espontânea, entre outros entraves. (BRASIL, 2019, p. 8).

No que refere a atendimentos médicos em hospitais, 79,2% das mulheres em condição de rua afirmaram ter passado por algum acompanhamento em comparação aos 44,8% dos homens que afirmaram o mesmo. O que de acordo com o Censo:

Estas situações podem indicar, uma vez mais, a maior vulnerabilidade das mulheres e as razões da sua ida - ou permanência - nas ruas ou, por outro lado, a reprodução de uma situação amplamente comentada pela literatura de que as mulheres, de forma geral, tendem a ter mais cuidados com a saúde do que os homens. (BRASIL, 2009, p. 160)

Diante das precárias condições de saúde, as quais são submetidas diariamente, é preocupante analisar como estão expostas as diversas doenças e péssima qualidade de vida com a falta dos condicionantes essenciais para se ter uma saúde adequada. Como mostra na pesquisa nacional, 81,1% dessas mulheres referiram que realizavam pelo menos uma refeição no dia, sendo que 35,54% possuíam algum problema de saúde em que 9% eram saúde mental; 8,3%

hipertensão; 8,3% diabetes; 5,1% relacionadas à problemas para enxergar como cegueira; e 5,1% sofriam de Aids.

Assim como visto no decorrer da história de machismo vivenciada pelas mulheres, que auxiliam em mais um fator da desigualdade de gênero, as oportunidades de trabalho para elas sempre foram piores e precárias. E isso não mudou quando questionadas na pesquisa nacional, sendo que apenas 26,4% afirmaram já ter trabalhado com carteira assinada em universo de 52,2% de homens que responderam o mesmo.

Outro dado preocupante e ao mesmo relevante para justificar o teor dessa pesquisa, é o número considerável de mulheres que tiveram seu direito negado ao tentarem acessar tratamento de saúde (20,3%). Isso demonstra a ineficiência do Estado de garantir direitos básicos para a sobrevivência dessa população, que é extremamente oprimida e marginalizada, tanto em sua saúde física como mental, visto que são objetificadas e expostas às mais cruéis violências.

As mulheres em situação de rua sofrem preconceito duplicado, primeiro por serem do gênero feminino, em uma sociedade que historicamente prioriza os homens em detrimentos das mulheres, e segundo por estarem em situação de rua em um espaço que também é marcado majoritariamente por pessoas do gênero masculino.

Assim, a partir da trajetória de pesquisa percorrida até aqui, o próximo capítulo busca analisar o processo gestacional da mulher em condição de rua e seu acesso (ou não) à política de saúde, tomando por base a realidade da cidade de Santos.

CAPÍTULO 4

O PROCESSO GESTACIONAL DA MULHER EM CONDIÇÃO DE RUA: acesso (ou não) à política de saúde

4.1 Gestação de mulheres em situação de rua e a relação com os serviços de saúde

De acordo com Rios (2017) antes do século XVIII não existia a ideia de instinto materno, pois não havia vínculo da mulher com o filho e não se dava importância a mãe e a infância como acontece atualmente tanto que “[...] a morte de uma criança era sentida como um evento quase banal (altos índices de mortalidade infantil)” (RIOS, 2017, p. 57). A partir do último terço do século que surgiu o ideal de maternidade com mudanças comportamentais da sociedade, pois o Estado passou a compreender os nascidos vivos como uma peça monetária importante para a manutenção do sistema e a mulher como fonte de riqueza para isso. Portanto:

[...] “o amor materno” começa a se desenhar uma nova imagem de mulher, em que o bebê e as crianças transformam-se nos objetos privilegiados da atenção materna. Essa atitude de vigilância materna, que outrora não existia, estende-se de maneira ilimitada. Mudam-se os hábitos: além de voltar a amamentar, há forte preocupação com a saúde do bebê. Esse novo papel da “nova mãe” adquire um caráter gratificante, uma vez que está impregnado de ideal e foi promovida a “nobre função”. Entretanto, ressalta já aí o “atraso” das classes desfavorecidas: “compreende-se que a atenção materna é um luxo que as mulheres pobres não se podem permitir”. (BADINTER, 1985; apud RIOS, 2017, p. 58).

A maternidade apresenta-se como componente sagrado da mulher em uma cultura machista que entende o corpo dela como mera máquina reprodutora, sem considerar seus desejos e sua vida como um todo. Assim, forçam a naturalização de ser mãe como algo obrigatório com forte caracterização religiosa. Entretanto, quando a gestante é pessoa em condição de extrema vulnerabilidade social a visão societária transforma-se em julgamento e criminalização como abordaremos a seguir.

Visando o cuidado com a gestante e seu bebê, considerando a redução da morte materna e neonatal, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 referente a Rede Cegonha no âmbito do SUS. As medidas previstas possuem o objetivo de assegurar o acesso dessas mulheres a um atendimento de qualidade e humanizado à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao

bebê, além do direito ao planejamento reprodutivo. Os componentes que compõem a rede são: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico: transporte sanitário e regulação. As ações voltadas ao pré-natal como apontado no artigo 7º são:

I - Componente PRÉ-NATAL:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

Outra importante conquista na atenção à saúde da mulher gestante é a Nota Técnica Conjunta nº 001/2015 do Ministério da Saúde, que especifica recomendações para que os profissionais da área possam garantir às mulheres e as adolescentes em situação de rua usuárias de crack e outras drogas o direito de acessarem com qualidade o serviço público de saúde além da convivência familiar e comunitária assim como seus filhos recém-nascidos. O documento é essencial em um contexto em que as crianças têm sido retiradas de forma compulsória das mulheres que se encontram nessa condição, alegando proteção as mesmas. No que tange ao período gestacional, as orientações são adequadas as especificidades que uma gravidez necessita, sendo:

[...] o acompanhamento da gestação por meio do pré-natal; a disponibilização de orientações sobre os cuidados necessários nessa fase; a vinculação ao local do parto; a garantia de acesso qualificado a esse local e a um parto humanizado; a atenção à criança recém-nascida e a continuidade da atenção à mulher no puerpério, incluindo o planejamento reprodutivo pós-parto; as articulações intersetoriais necessárias de acordo com suas demandas, por exemplo, o acolhimento em serviços da Assistência Social e a inserção em programas habitacionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 5-6).

O viver na rua não retira a condição de pessoa portadora de direitos, assim o Estado deve garantir o acesso igualitário e universal as políticas sociais amparando os sujeitos a partir de suas demandas, sem que haja caráter punitivo no caso de uso

abusivo de álcool e outras drogas e/ou da mãe não querer continuar com a gestação quando violada sexualmente. Nesse sentido, é importante que os profissionais da saúde sigam a nota explicitada acima para os cuidados necessários à mulher gestante em conjunto com a rede socioassistencial:

- Após a testagem positiva, é preciso que o profissional identifique se a gravidez é fruto de desejo da mulher e em caso de resposta negativa têm-se que investigar se ela foi violentada sexualmente e assim ampará-la no âmbito legal e social dando as devidas instruções. Cabe ressaltar a importância de não julgar essa gestante e garantir sua autonomia para qualquer que seja sua decisão.
- A assistência ao pré-natal é direito de toda mulher grávida e dever do Estado garanti-la. Assim, as gestantes em situação de rua podem realizar tal acompanhamento através da UBS e do consultório na rua devendo ser atendida de acordo com suas especificidades e, em caso de risco deve ser encaminhada para o serviço especializado de alto risco e outros serviços referentes à gravidez e casas de acolhimento quando necessário. Os profissionais da área devem realizar o vínculo da mulher com a maternidade de referência.
- Os cuidados devem permanecer após o nascimento, tanto para a mãe quanto para seu filho. O apoio da sua equipe de referência (UBS ou consultório na rua) deve permanecer com orientações sobre o puerpério, amamentação e planejamento sexual e reprodutivo.

Em 2016 o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome em parceria com o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica Conjunta 001/2016 que também refere sobre as diretrizes, fluxo e fluxograma para atenção à saúde das mulheres e adolescentes em situação de rua ou usuárias de substâncias psicoativas e seus filhos recém-nascidos. Esse documento, apesar de possuir tema em comum com o anterior, diferencia-se ao apresentar a necessidade e importância do SUAS na atenção integral à vida dessas pessoas em conjunto com o SUS assim como outras políticas sociais, como forma de garantir atendimento multidisciplinar visto que são sujeitos de direitos e devem acessar os serviços públicos com qualidade. Dessa forma, apresenta recomendações para os profissionais dessas duas áreas sobre como acolher essas pessoas no espaço da rua ou não.

A nota reflete a importância de se garantir o direito sexual e reprodutivo desse grupo, pois de acordo com o Ministério da Saúde:

É fundamental o reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos para a qualificação da proposição de políticas públicas que contemplem as especificidades dos diversos segmentos da população. A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos(as), que devem ser garantidos pelo Estado. (Ministério da Saúde, 2016, p. 6).

Para manter o cuidado integral do grupo quando possuem seus direitos violados, a recomendação é que se conheça todos os serviços da rede para que os devidos encaminhamentos sejam realizados de forma a tratar da sua saúde e do fortalecimento de vínculo com os familiares, sendo eles:

Serviços da Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Ambulatórios Especializados, Policlínicas, Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência (CRAM), Casa da Mulher Brasileira, entre outros. (Ministério da Saúde, 2016, p. 6-7).

A articulação e intersetorialidade entre os serviços das diferentes políticas públicas são necessárias para que as gestantes sejam amparadas e acolhidas no período gestacional e no período do puerpério, mantendo-se protegidas e criando novas opções de vida e autonomia.

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à Saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade como prática de gestão na Saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da Saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em Saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança Alimentar e outros. Intersetorialidade remete, também, ao conceito/ideia de Rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. (BRASIL, 2009 apud RIOS, 2017, p. 162).

É importante destacar que todas as medidas recomendadas, tanto na nota técnica de 2015 quanto na de 2016, são fundamentais para o cuidado em saúde

dessas gestantes e também para que não seja necessário retirar o filho da mãe após o nascimento assim diminuindo os impactos de uma vida rodeada de trauma no futuro.

Assim como visto no decorrer deste trabalho, as pessoas em situação de rua encontram dificuldades no acesso aos serviços públicos de saúde, isso pode estar relacionado à falta de informação; a não adaptação da equipe para atender as demandas específicas desse público; por não possuírem local de moradia fixo, o que dificulta a aceitação e acompanhamento ao tratamento indicado. Isso se torna ainda mais dificultoso às gestantes nessa condição, pois a falta do pré-natal prejudica a saúde da mãe e a do bebê.

A gestação enquanto condição de rua é cercada pelo medo, dúvidas, falta de informação e experiências individuais, que são repassadas de uma mulher para a outra gerando um grande círculo vicioso que as deixam inseguras quanto a procurar serviços de saúde.

Coloca-se sobre essa mulher em condição de vulnerabilidade a responsabilidade de amar o bebê que está sendo gerado na sua barriga, sem considerar seus desejos e a realidade concreta que a faz refletir sobre o segmento ou não da gestação. Criminaliza-se aquela que não possui afeto e/ou decide pelo aborto, pois ele é proibido no Brasil por não corresponder com o ideal de cuidado materno da sociedade. E mesmo a mãe que decide pelo seu direito legal à maternidade, é também hostilizada e condenada a perder a guarda de seu filho devido a situação de extrema pobreza e uso abusivo de álcool e outras drogas. Dessa forma:

No primeiro momento a censura advém da crítica à mãe desnaturada que não quer ficar com seu filho. No segundo momento, a indignação se insurge contra aquela mãe que vai ficar com a criança mesmo sem ter condições socioeconômicas e/ou familiares para fazê-lo: Vai ficar com a criança pra passar fome com ela? (MOTTA, 2015; apud RIOS, 2017, p. 59-60).

Essas gestantes escutam que as drogas causam prejuízos a saúde de seus bebês e que seus filhos são retirados das mesmas assim que nascem, dessa forma encontram estratégias para escapar da burocracia dos hospitais e do julgamento que sofrem quando buscam por atendimento. Um fator decisivo para a não adesão ao pré-natal são as constantes ameaças da possibilidade de perderem a custódia devido à falta de moradia fixa e do uso constante de drogas. Além disso, perpassam por muitos períodos gestacionais em que o resultado é a desmaternização e por

isso, quando engravidam novamente, preferem manter sigilo na expectativa de continuarem com a maternidade.

Um artigo de Belloc et al. (2018) apresenta as dificuldades enfrentadas por mulheres usuárias de drogas em situação de vulnerabilidade social em Porto Alegre, destaca que algumas gestantes optaram por terem seus filhos nas ruas por receio da desmaternização correndo risco de saúde para ambos, mas com a esperança de poderem criá-los sem a interferência estatal. Outras conheciam um hospital específico que dava a possibilidade de não perderem seus bebês. Ainda encontraram mães que não conseguiam realizar o pré-natal por mitos e medos do que as substâncias psicoativas poderiam causar nas crianças. E mulheres que pariram em ambientes precários e entregavam os filhos a pessoas conhecidas para que pudessem visitá-los posteriormente.

São diferentes fatores que estimulam o não acesso aos serviços de saúde, mas o que permanece é a intensa culpabilização da mãe por não aderir ao tratamento ou por não se cuidar e assim perder a guarda de seu filho. Entretanto, a falta de um amparo adequado do poder público para a manutenção da vida dessa mulher é decisiva para a condição precária que se encontra, sendo que ela não pode ser responsabilizada pelo pauperismo característico do sistema capitalista. De acordo com Siqueira et al. (2018) o preconceito vem dos próprios profissionais de saúde:

Falas que fazem um juízo moral da situação da gravidez e colocam na mulher a responsabilidade por “aderir ou não” ao que é programado para seu acompanhamento, sem preocupação em construir de modo compartilhado um plano de cuidado conforme suas necessidades / possibilidades. (SIQUEIRA et al., 2018, p. 56).

Além disso entende-se que gestantes que fazem uso abusivo de drogas não o fazem com o intuito de causar mal a seu filho como dito pelo senso comum, mas sim devido ao vício que é inerente a seu desejo. Seguindo a lógica da redução de danos, a abstinência não é a saída e não deve ser utilizada para hostilizar e criminalizar essa mãe. Diferente do argumento moral, Rios (2017) apresenta estudos que demonstraram que mães usuárias de crack conseguiram reduzir o uso da substância como forma de preocupação e proteção aos seus filhos durante a gestação.

A equipe que compõe a rede de atenção básica é essencial no processo de saúde das mulheres em situação de rua em especial no cuidado a gestação. Apesar das queixas de preconceito e negligência, Chagas e Abrahão (2018) apresentam a

narrativa de profissionais que compõe esses serviços e que compreendem na totalidade a importância de trabalhar nas demandas específicas desse público a partir da escuta qualificada, considerando também o território como parte integrante desse processo.

Assim relatam a história de uma mulher com um passado de violação sexual que auxiliou em um presente violador de direitos ao ocupar as ruas como local de vivências e moradia, usuária de cocaína e crack, que havia perdido a avó com quem mantinha forte vínculo e ainda gestante. A agente comunitária de saúde (ACS) e a equipe da estratégia da família, com quem fortaleceu relação, foram essenciais durante a gestação, pois buscavam-na nos logradouros públicos para encaminhá-la até a UBS a fim de realizar o pré-natal, além das orientações necessárias. Diferente do previsto para a cidade do Rio de Janeiro¹⁴, a assistente social não cumpriu com a recomendação de avisar o Conselho Tutelar quando uma gestante usuária de drogas desse entrada para realizar o nascimento do filho, mas sim acionou a equipe de vínculo com a paciente e, a partir do trabalho em rede, conseguiram contato com a tia da mesma que a recebeu em sua casa juntamente com sua filha.

A não desmartenização dessa mãe foi de extrema importância para a manutenção de sua saúde, visto que saiu das ruas e diminuiu o uso abusivo das drogas passando a utilizar apenas maconha. Os cuidados continuaram após o parto, ainda que a rede de serviços disponibilizados não fosse totalmente eficiente para manter essa mãe longe das substâncias psicoativas, os profissionais continuaram com seu plano de atendimento. Esse caso demonstra como o cuidado com a vida do outro é potencializador para outros processos.

O Consultório na Rua é um serviço essencial para gestantes usuárias de drogas, principalmente por ser o primeiro contato delas ao serviço de saúde com quem constroem vínculos e relações de confiança. Procuram os profissionais

¹⁴ Assim como apresenta Chagas e Abrahão (2018) “Com o argumento de que o aumento do número de gravidez e o aumento do número de filhos de usuárias de drogas apresentava como consequência o abandono ou maus tratos aos recém-nascidos, em algumas capitais do Brasil como Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte a justiça, em interpretação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e com vistas à “proteção da criança”, através dos Conselhos Tutelares e das Varas da Infância e Adolescência, “normatizou” que todas as gestantes que dessem entrada nas maternidades com informação de uso de drogas ou se a mãe recebesse “diagnóstico” por parte dos profissionais da instituição de saúde de ser usuária de drogas, passaria a ser considerada inapta e perderia imediatamente a guarda do recém-nascido(a) que poderia ser recolhido para abrigo e colocado para adoção, ou algum membro da família (geralmente avós) passaria a ter a guarda da criança.” (CHAGAS; ABRAHÃO, 2018, p. 63).

quando desconfiam da gravidez e para realizar o pré-natal, confiam suas histórias de vida, seus sonhos e esperanças de uma maternidade possível e ainda quando não querem permanecer com os bebês. O apoio da equipe é primordial para que consigam sair da maternidade com seus filhos, assim como demonstrado nas narrativas de Cecília et al. (2018).

Ou seja, para as mulheres gestantes das cenas de uso, ofertamos o laço para que juntos possamos desatar os vários nós que perpassam suas vidas ao longo do caminho. O nosso olhar se apresenta para além do abdômen preenchido, como já nos ensinou uma trabalhadora da rede. É o sujeito mulher, construindo a maternidade possível que nos interessa. É a partir disso, que se constrói a possibilidade de adesão à oferta de cuidado, evitando nos pautar no modelo de maternidade ideal constituída pelo patriarcado. Trabalhamos com o Real, com a maternidade possível, cheia de contradições, alegrias, sofrimento e dor, assim como toda a extensão da condição humana. (CECÍLIA et al., 2018, p. 112).

Ainda sobre a importância do cuidado em rede, Rios (2017) (pesquisadora e psicóloga da Defensoria Pública) apresenta o caso de uma das gestantes em situação de extrema vulnerabilidade social que entrevistou para a realização de sua pesquisa em Jundiaí. Rosa, nome fictício dado pela autora, estava na sua décima gestação com forte vício em crack desde os 18 anos, sem vínculos com a família e com o pai do bebê. Todos os outros filhos foram judicializados, portanto também não mantinha contato com nenhum deles. Dada a relevância de sua situação, foi analisada de forma separada na dissertação como será apresentado a seguir.

A princípio Rosa era atendida pela equipe do Consultório na rua com quem mantinha vínculo, o atendimento desses profissionais era pautado na redução de danos mesmo no período gestacional. Mulher solteira, 40 anos, residia em um “barraco” no alto do morro na Toca de São Camilo. Não havia realizado pré-natal anteriormente e com 28 semanas foi diagnosticada com gravidez de alto risco, sendo recomendado internação devido a hemorragia, diabetes gestacional e placenta prévia, porém não aguentou e fugiu após dois dias no hospital. A equipe voltou ao seu território para convencê-la a voltar a se internar já que estava correndo risco de vida, mas sem muito sucesso. Diante da gravidade do seu quadro clínico, a rede se reuniu (consultório de rua, a pesquisadora, Caps AD, comissão Flores de Lótus¹⁵ e a Coordenação de Saúde Mental do município) e depois de muita

¹⁵ De acordo com Rios (2017): “[...] a Comissão Flores de Lótus desenvolve um trabalho de rede intersetorial no município de Jundiaí/SP que foi articulado/fecundado inicialmente pela Defensoria Pública e alguns parceiros (Consultório de Rua e CAPS ad).” (p. 155). Seu objetivo é fortalecer as políticas públicas tendo como um dos eixos mulheres gestantes usuárias de álcool e outras drogas.

discussão decidiram pela internação involuntária judicializada pela Vara da Infância e Juventude para ser internada no Hospital Universitário de Jundiaí como medida para salvar a vida de Rosa. De acordo com a autora:

Naquele momento, decidimos enfrentar esse dilema que já estava posto há tempos, por meio de um caso em que a demanda era explícita. Claro que o que estava em jogo era o cuidado que ROSA necessitava, entretanto, é interessante observar que no decorrer desse mesmo dia (ainda sem o pedido judicial em mãos) o CR foi até a Toca e após uma hora de “abordagem”, mas eu prefiro dizer que foi de muito diálogo, espera (a condição para ela aceitar ir foi “usar uma pedra” antes) e afetos, ROSA os acompanhou até o hospital. Chegando lá, ROSA passou por nova avaliação e a indicação foi de internação até o momento do parto. Nesse momento, o Hospital/Maternidade já havia recebido o pedido judicial. (RIOS, 2017, p. 142).

Sua saúde mental também se mostrava fragilizada, sendo acompanhada pelo serviço de saúde mental do município já que o hospital não contava com suporte necessário para além do médico psiquiatra contratado para atender a enfermaria da infância e juventude. Isso demonstra a necessidade da qualidade do serviço e capacitação dos profissionais para atender esses casos sem que haja desassistência. Após algumas semanas internada Rosa fugiu, no mesmo dia retornou e pariu seu filho prematuro e, com seu consentimento, foi realizada laqueadura. O bebê ficou internado por vinte dias, enquanto isso Rosa aceitou realizar tratamento no CAPS III onde permaneceu internada. Fugiu algumas vezes desse serviço e depois do abrigo, encontrou três dos seus filhos em que a mais velha demonstrou interesse em ficar com a mãe e o irmão. Rosa continuou fazendo uso de drogas, apesar de altos e baixos no processo para manter seu direito à maternidade e não ter seu filho retirado, até a finalização da pesquisa ainda não havia uma resposta concreta do judiciário.

O que permanece é o cuidado que a rede teve para lutar por Rosa e depois por seu filho, com entrega de muitos relatórios para o juiz e com as buscas ativas que fez para manter o atendimento integral à saúde dessa mãe.

Sabemos que essa narrativa não chegou ao fim. Mas esse caso emblemático, permitiu dar visibilidade ao jogo de forças presente na rede de atendimento de Jundiaí, aos preconceitos e estigmas, à desassistência, à necessidade de qualificação da rede, à complexidade de manejo dos casos, mas, por outro lado, foi por meio desse caso que, também, conseguimos empreender a mobilização do início de uma jornada para construção de mudanças necessárias para garantir uma nova modalidade de equipamento que poderá proporcionar o cuidado compartilhado da mãe e do bebê. (RIOS, 2017, p. 153-154).

A criminalização da condição de rua é adoecedora em diferentes aspectos, entretanto quando direcionada às gestantes e seus recém-nascidos pode ser potencializadora para a piora da condição do vício já que são colocadas punições devido ao uso de drogas. Em Belo Horizonte – Minas Gerais, o Ministério Público, no ano de 2016, promulgou normas, posteriormente reforçadas pela Vara da Infância e Juventude da Comarca de Belo Horizonte, que condicionam a permanência ou não de bebês com suas mães em situações de extrema vulnerabilidade social. Assim como apresentado por Franco (2018):

Art. 1º. Quando, durante o atendimento médico-hospitalar de gestante, parturiente ou puérpera, houver constatação ou ponderadas evidências de que qualquer dos genitores e/ou a criança recém-nascida se encontram em situação de grave risco, inclusive em virtude de dependência química ou de trajetória de rua, o profissional de saúde e/ou a instituição hospitalar deverão comunicar o fato ao Juízo de Direito da Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte encaminhando os documentos pertinentes. (PODER JUDICIÁRIO, portaria 03/2016; apud FRANCO, 2018, p. 87).

Essas normas utilizadas tanto no Rio de Janeiro como em Belo Horizonte, caracterizam a violência do Estado que prefere não tratar o uso abusivo de álcool e outras drogas de pessoas em situação de rua como questão de saúde pública deixando essas famílias a própria sorte sem políticas efetivas que cuidem dos danos mentais e sociais causados pelo afastamento imediato. Além do mais, faz com que as mulheres escondam a gravidez quando questionadas, prejudicando a elas e seus filhos já que dessa forma não realizam o pré-natal. Ainda caracteriza a gestação por repetição, pois ela procura substituir o filho tirado sem consentimento prévio por outro em um círculo vicioso.

A falta de elaboração adequada da entrega de um filho pode, a nosso ver, talvez explicar os casos nos quais o ciclo abandono-adoção tende a se repetir. Não raro, após a entrega de um filho decorrem sucessivas gravidezes que parecem grosso modo, objetivar preencher o vazio de um luto não elaborado, talvez até aplacar a culpa decorrente de tal ato. (MOTTA, 2015; apud RIOS, 2017, p. 60).

A movimentação de grupos da sociedade e profissionais foram essenciais para que outra norma fosse aprovada em Belo Horizonte revogando a anterior, assim foi definido pelo Conselho Municipal de Saúde da cidade que os profissionais dos serviços públicos não teriam mais a obrigação de informar à Vara da Infância e da Juventude sobre mães gestantes com trajetória de rua usuárias de drogas (FRANCO, 2018).

É possível incluir ainda nesse debate o discurso ultra conservador que impõe como saída ideal para essas mulheres uma laqueadura forçada como forma de controlar seus corpos, sem considerar o planejamento familiar¹⁶ como essencial para uma nova organização de vida. Assim explica:

Uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira que trabalham com essa mesma população e o discurso: “laqueadura nelas!”. Todas com a plena certeza de que mulheres em situação de rua, em especial usuárias de drogas, devem fazer laqueadura por serem incapazes de criar um filho. E, por uma cruel e (oh!) injusta realidade, são mulheres incrivelmente férteis, segundo palavras da psicóloga. Problema: Esse é um discurso HIGIENISTA, pois insinua que pobre não deveria se reproduzir, FRACASSADO porque assume que aquela mulher estará sempre nessa condição, MACHISTA, pois atribui a responsabilidade da gravidez e dos filhos somente à mulher e, portanto, desrespeita totalmente os direitos humanos. (CASALOTI, 2012, s/p.; apud RIOS, 2017, p. 52-53).

Na cidade de São Paulo, em 2017, uma mulher em situação de rua teve seu direito e seu corpo violado após o Ministério Público emitir um parecer determinando que fosse realizada uma esterilização compulsória, sendo então cumprida pelo estabelecimento de saúde. Não houve escuta qualificada e muito menos consentimento, o juiz - Djalma Moreira Gomes Junior - tomou essa decisão considerando a recomendação da rede socioassistencial e de saúde, em que afirmavam que ela era usuária de drogas e que não estava cumprindo com o atendimento indicado pela equipe do serviço. Dessa forma, após parir o sexto filho, sofreu com a violência obstétrica¹⁷.

De acordo com a notícia divulgada no site HuffPost Brasil (2018), a advogada Ana Lúcia Keunecke apontou que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e com o Conselho Federal de Medicina (CFM), há risco de morte quando a mulher realiza laqueadura após a cesariana. Dessa forma, a justificativa do promotor Frederico Liserre Barruffini, de que tal procedimento era a única possibilidade de salvar a vida dessa mãe, é, no mínimo, hipócrita e incoerente já que Janaína poderia

¹⁶ De acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 em seu artigo 2º: “Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.” (BRASIL, 1996, s/p.).

¹⁷ Rios (2017) apresenta que a violência obstétrica está presente na vida de muitas mulheres e a conceitua como “A violência obstétrica é o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos. Isso acontece através de tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre seus corpos. A violência obstétrica pode ocorrer tanto na gestação, quanto no parto e pós-parto. Além da mulher, a violência obstétrica pode ocorrer com o bebê e com seus familiares, podendo causar danos físicos, psicológicos e sexuais.” (Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2013, apud RIOS, 2017, p. 132).

ter vindo a óbito na mesa cirúrgica. De acordo com a defensora Paula Machado Souza em entrevista ao canal de jornalismo:

Fica claro que ela não fez esse pedido. No nosso entender, na realidade, não existe possibilidade jurídica para fazer isso. O juiz ou juíza deveriam ter declarado que, por não existir previsão legal para esse tipo de procedimento, ele não poderia ser pedido seja pelo Ministério Público ou qualquer outra instituição. A única pessoa que poderia realizar esse pedido é a usuária. E isso não aconteceu. (SOUZA, apud MARTINELLI & ANTUNES, 2018, s/p.).

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que dispõe sobre o planejamento familiar, é essencial para refutar a decisão do Ministério Público de São Paulo definindo o procedimento compulsório como ilegal, salvo exceções como apresentado em seu artigo 10º. Assim

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei. (BRASIL, 1996, s/p.).

O argumento utilizado pelo juiz e promotor não confere com os dizeres da lei, possui caráter de julgamento devido a condição de vulnerabilidade dessa mãe denotando os princípios conservadores e machistas da sociedade. Está previsto no Art. 12º “É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da

esterilização cirúrgica.” (BRASIL, 1996, s/p.). Mulheres gestantes em situação de rua necessitam de acolhimento e de uma escuta qualificada pela equipe responsável para a devida compreensão de suas demandas, assim realizando as orientações adequadas como propõe o planejamento familiar.

Assim como essa mulher sofreu com violência obstétrica, este universo está presente na vida de muitas outras gestantes e puérperas. Ainda que existam leis, normativas e diretrizes sobre o direito à saúde da mulher abominando tal violação é uma prática presente nos serviços de saúde. De acordo com a declaração da OMS:

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio-econômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos. (OMS, 2014, s/p.)

A falta de respeito com a vida do outro deve sempre ser questionada e combatida através de políticas públicas, para que seja reforçada a sua importância. A OMS considera que esse tipo de violência é uma contravenção aos direitos humanos e assim apresentou recomendações com ações efetivas, sendo elas: 1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos; 2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; 3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; 4. Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais; e 5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas (OMS, 2014).

A condição de extrema pobreza é um dos fatores condicionantes para outros sofrimentos e vícios, como o uso abusivo de álcool e outras drogas. Além disso, a violência é fator comum na vida de mulheres gestantes em situação de rua, sendo

até mesmo naturalizada e considerada como um castigo devido ao vício, como apresentado nas narrativas de Rios (2017).

A violência é designada como uma problemática universal, globalizada, diversificada, complexa, crítica, assustadora, de caráter endêmico, constituindo uma questão multifatorial de ordem social, econômica, estrutural, institucional, política, cultural e espiritual. (RIOS, 2017, p. 135).

A violência do Estado é também proibicionista, pois é na guerra às drogas e ao tráfico que a vida de jovens, em grande parte negras e negros, são perdidas diariamente. A rua é ocupada majoritariamente por pessoas pretas e pardas, o descaso é, portanto, com corpos pobres que sozinhos não possuem força suficiente para questionar a forma desumana a qual são tratados. Assim são esquecidos, não acessam direitos e não há uma prática contundente em fortalecimento e criação de autonomia que os reintegrem à sociedade de forma justa e coerente. As políticas públicas não conseguem responder completamente a demanda e quem sente tem sua voz silenciada por um sistema opressor, racista e machista. Entretanto, quando a intenção é criminalizar a condição de pobreza, essas pessoas deixam de ser invisíveis aos olhos da sociedade e do poder público para serem responsabilizadas individualmente e julgadas, principalmente quando gestantes e usuárias de drogas ilícitas.

Observa-se uma falha quanto a forma de se produzir políticas públicas e espaços adequados que deem conta de compreender e acolher mulheres em situação de rua que estão na fase mais sensível e preocupante de suas vidas, que é a gestação. Vale destacar que essa demanda não é apenas da política de saúde, mas também da assistência social, da habitação, da educação e de todas as outras áreas que compõem os direitos sociais.

O avanço ou a melhora da situação problemática está relacionada à capacidade dos atores envolvidos de evitar a tendência ao surgimento de ações estereotipadas que emirjam de uma padronização de aspecto transcendente e geral que dita os modos de compreender e legitimar os “problemas de saúde”, tornando redundante e desnecessária a discussão de problemas e objetivos singularizados. Em outras palavras, tudo o que no geral, ou de forma abstrata significa saúde, doença, sofrimento, melhora, sucesso e fracasso, deve ser dobrado pela singularidade do caso de tal modo que se desdobre num projeto factível, segundo as possibilidades de recursos e princípios éticopolíticos do SUS, sendo portador de uma significação interna própria que considere as singularidades do caso. Será importante cada ator envolvido na co-produção de um PTS perguntar-se o que significa produzir saúde e autonomia naquele caso específico em discussão e procurar trocar suas impressões com o grupo. (BRASIL, 2008, apud RIOS, 2017, p. 137-138).

Nessa perspectiva, a pressão popular diante dos movimentos sociais é essencial para cobrar mudanças no âmbito das políticas e na qualidade do atendimento que deve ser humanizado.

4.2 Serviços ofertados no município de Santos para a população em situação de rua

A cidade de Santos está localizada no litoral paulista e completa um dos nove municípios da Baixada Santista. Conta com o maior Porto da América Latina com 13km de extensão e é responsável por 26% da balança comercial do país, o que a torna uma importante fonte de riqueza e influência em grandes movimentações populacionais. Um dos pontos que movimentam a economia da cidade é o setor do turismo que atrai migrantes e imigrantes que buscam se aventurar nos sete quilômetros de praia, no maior jardim de orla do mundo (Prefeitura de Santos) e no Centro Histórico. Como importante cidade turística, também atrai trincheiros e pessoas em situação de rua de diferentes locais do país que se adaptam e se sentem atraídas a permanecer ali.

De acordo com dados divulgados no site da prefeitura de Santos, o Produto Interno Bruto da Cidade (PIB) em 2010 era de R\$27,616 bilhões configurando a 17ª cidade com maior riqueza no Brasil. Ainda aponta baixa taxa de desemprego entre os anos de 2011 e 2012 entre 8% e 11%. Além do mais a Fipe (2013) apontou que no ano de 2010 “[...] 20% dos mais pobres se apropriavam de 3,3% da renda, enquanto os 20% mais ricos, de 59,7%.” (FIPE, 2013, p. 3).

Dados do IBGE¹⁸ apontam que Santos possui área territorial de 281,033km², a população estimada de 2019 era 433.311 pessoas, o último dado atualizado do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 2010 com 0,840, a taxa de escolaridade de crianças de 6 a 14 anos também é de 2010 com 98,2% e o PIB de 2017 era de R\$51.829,99 reais. Em 2017 a cidade ocupava a 36ª posição entre os maiores municípios em questão de riqueza no Brasil. O valor adicionado bruto a preços correntes em relação aos serviços de administração, defesa, educação, saúde pública e seguridade social de 2017 foi R\$ 15.410.578,00 reais.

¹⁸ IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?t=pib-por-municipio&c=3548500>>.

Apesar de Santos possuir ótimos indicadores econômicos e sociais e ocupar a 36ª posição no ranking econômico, a realidade concreta da classe trabalhadora e dos mais pobres não é essa já que o município gera desigualdade social e pobreza. Dados retirados do Núcleo de Pesquisas e Estudos Socioeconômicos (NESSE) da Unisanta com residentes da cidade apresentaram que em 2015 a cidade possuía 26.512 desempregados (6,3%), 189.736 (45,2%) empregados e 203.152 (48,4%) inativos com mudança significativa ao ano anterior (em setembro de 2014 os desempregados ocupavam 4,23% da população) sendo que o índice de desemprego estava em 12,2% em 2015. Há ainda a prevalência da desigualdade de gênero visto que os homens empregados ocupavam 53,9% e as mulheres 46,1%, entretanto quando comparado em relação aos desempregados pessoas do gênero feminino estavam em menor número ocupando 45,8% do total. Quanto ao nível de escolaridade, mulheres desempregadas possuem maior nível de ensino médio completo sendo 55,3% em contrapartida a 46,7% dos homens no mesmo aspecto, já em relação ao ensino superior completo eram 5,3% de mulheres contra 11,1% de homens. De acordo com dados divulgados pelo G1 (2020) entre março e maio desse ano foram admitidas 7.197 pessoas, mas em contrapartida foram demitidas 12.303 devido a pandemia da Covid-19.

Além desse número alarmante de desempregados, Santos possui a maior favela de palafitas do Brasil, lugar onde se concentram os bolsões da pobreza e é a área mais afastada da cidade localizando-se no bairro do Rádio Clube. “Maior comunidade de palafitas – tipo de habitação sustentada por estacas às margens de um rio – do Brasil, a favela do Dique Vila Gilda abriga cerca de 26 mil pessoas” (Garcia e Richmond, 2020, s/p.). São 3.490 casas em cima do rio Bugres, seu espaço é de 20m² chegando a abrigar até dez moradores. São sujeitos que sofrem com a falta de saneamento básico, riscos constantes de alagamento e incêndio que acometem muitas famílias. Em tempo de pandemia, em que o recomendado é o distanciamento social, essas pessoas não conseguem se prevenir diante do grande número de pessoas que ali vivem e não tem dinheiro suficiente para comprar álcool em gel e itens de higiene. Dessa forma, muitos são infectados e se contaminam simultaneamente como apresentado na reportagem de Garcia e Richmond (2020).

A Fipe (2013) foi a responsável por realizar o Censo da população em situação de rua em Santos em 2013 e apresentou que:

De modo geral, pode-se afirmar que Santos apresenta bons resultados e em quase todos indicadores que medem as condições socioeconômicas da população. A cidade está situada na faixa de desenvolvimento humano muito alto, com IDHM de 0,840. Esse índice sintetiza três aspectos do desenvolvimento humano: vida longa e saudável, acesso a conhecimento e padrão de vida, traduzidos nas dimensões de longevidade, educação e renda [...]. (FIPE, 2013, p. 2).

Realidade que não se estende a toda população da cidade, sobretudo àqueles que vivem nas bordas do município e/ou estão em situação de rua.

O centro¹⁹ da cidade de Santos é composto pelos bairros Centro, Valongo, Paquetá, Vila Nova e Vila Mathias e possuía em 2013 16.462 habitantes. Como apresentado pela Fipe (2013), a região tinha uma boa estrutura de saneamento básico, iluminação adequada, abastecimento de água e outros condicionantes sociais. Ainda naquele período o município apresentava relevante economia com relação direta ao Porto com atividades comerciais e serviços financeiros.

Nos bairros de ocupação mais antiga, como o Valongo, Centro e Paquetá, observa-se a existência de numerosos logradouros cujos imóveis apresentam graus variados de deterioração, muitos deles transformados em bares, pensões, oficinas, galpões, e cortiços. (FIPE, 2013, p. 4).

Os serviços socioassistenciais para a população em situação de rua presentes na cidade de Santos são organizados pela Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDS) a partir do que está configurado no SUAS e SUS. Assim²⁰:

- **Centro Pop – Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua:** o serviço funciona de segunda à sexta feira das 8h às 17h da tarde através de demanda espontânea ou por encaminhamento de outras instituições. Oferta café da manhã, banho, espaço para deixar os cachorros e atendimento individual ou coletivo com o objetivo de auxiliar na organização da vida dos sujeitos em busca de autonomia. Também realiza recâmbio para a cidade de origem dos migrantes em situação de rua, de acordo com o jornal Diário do Litoral (2018) nos anos entre 2016 e 2017 foram contabilizados 1936 recâmbios.

¹⁹ Esta região da cidade está sendo aqui destacada devido ao tema principal da pesquisa ser de concentração nela.

²⁰ Informações retiradas do Jornal Vozes da Rua do Município de Santos, edição 00 de 2019 e do site do programa Novo Olhar da prefeitura de Santos disponível em: <<https://www.santos.sp.gov.br/?q=hotsite/programa-novo-olhar>>. Acesso em 14 de julho de 2020.

- **Serviço Especializado em Abordagem Social - SEAS:** a equipe identifica os locais onde ficam as pessoas em situação de rua e realizam contato com o intuito de assegurar o acesso aos direitos sociais em serviços e políticas públicas, através de escuta qualificada e criação de vínculos. Seu horário de funcionamento é das 7h às 00h, porém contam com plantonistas de madrugada para caso seja necessário em alguma ação de emergência.
- **Serviço Especializado em Abordagem Social para crianças e adolescentes em situação de rua e/ou trabalho infantil:** busca ativa a esse grupo através de parceria sendo que referenciam aqueles que encontram nos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS). Possuem o objetivo de acolher essas crianças e jovens através da proteção social e com um processo educativo.
- **SEACOLHE/AIF - Abrigo Provisório para Adultos, Idosos e Famílias:** este é um serviço de acolhimento específico para homens configurando-se como casa de passagem que atua 24h por dia. Oferecem 62 vagas e os usuários podem acessar o serviço através do Centro POP, CRAS e CREAS. Suas ações são voltadas para o fortalecimento e autonomia desse público realizando os encaminhamentos necessários para a rede e políticas públicas.
- **Albergue Noturno – Sociedade Amiga dos Pobres:** o serviço é realizado através de parceria com instituição privada, funciona 24h por dia e possibilita 50 vagas (30 masculinas e 20 femininas com filhos ou não). Ele também se configura como casa de passagem e acolhe de forma emergencial e imediata, realiza plano de atendimento e encaminha para os locais necessários a cada um. As pessoas podem acessar através do Centro POP ou por demanda espontânea.
- **SEABRIGO/AIF - Abrigo de Adultos, Idosos e Famílias:** abrigo para homens, mulheres e famílias com 45 vagas e funcionamento 24h por dia. Os usuários podem acessar o serviço através do Centro POP, CRAS, CREAS e outros serviços de acolhimento. Fornece permanência mais longa que a SEACOLHE com o intuito de auxiliar na garantia de autonomia e saída da situação de rua.

- **Casa das Anas - Associação Vidas Recicladas:** serviço especializado para mulheres fornecido por instituição privada com parceria com a prefeitura de Santos. Funciona 24h por dia possibilitando 24 vagas incluindo seus filhos. Podem acessar através de encaminhamento do Centro POP ou dos serviços de acolhimentos. Seu objetivo é que através de plano de atendimento e ações essas acolhidas consigam conquistar autonomia para saírem da condição de rua ou de emergência.
- **Congregação das Missionárias da Caridade:** serviço particular de acolhimento (inscrito no Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS) que fornece 17 vagas para mulheres idosas em situações de violência, negligência, rua e/ou abandono com funcionamento 24h por dia. Elas podem acessar o serviço através de encaminhamento da rede socioassistencial, demanda espontânea e busca ativa.
- **Fraternidade de Aliança Toca de Assis:** instituição privada inscrita no CMAS, fornece 8 vagas para mulheres em situação de rua com funcionamento 24h por dia. Seu acesso se dá através de encaminhamento da rede ou por busca ativa.
- **Programa Fênix:** trata-se de uma bolsa de qualificação profissional em que os usuários recebem um salário mínimo, cesta básica e vale transporte por doze meses. Suas atividades ocorrem nos equipamentos da prefeitura de Santos. Assim como explicado no site da prefeitura, “O programa também incentiva e orienta para participação em outros cursos profissionalizantes e de qualificação, assim como o retorno aos estudos.” (2019, s/p.).
- **Consultório na rua:** assim como previsto na Política Nacional de Atenção Básica da saúde de 2011, esse serviço compõe a rede de serviços públicos específicos para a população em situação de rua. No município funciona em atendimentos móveis na rua e na unidade de saúde do Porto. As ações são articuladas com outras unidades de saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e outras políticas públicas e outros serviços de urgência e emergência, pois somente esse serviço não consegue responder a demanda de forma

integral. São atendimentos que priorizam o território de residência dessas pessoas, além de trabalharem na perspectiva de redução de danos com usuários de álcool e outras drogas, considerando que abstinência não é a forma mais adequada de lidar com a situação. Buscam o fortalecimento de vínculos com seu público para que haja atendimento específico as suas especificidades. Apesar de ser considerado serviço de referência, o dever do cuidado com pessoas em situação de rua é de toda a rede de assistência à saúde do SUS.

Andrade et al. (2014) apresenta em pesquisa realizada na cidade com reclamações de seis dos 12 entrevistados quanto a Seacolhe – AIF (nesse período era um serviço de casa aberta, porém atualmente sua modalidade não é mais essa), os mesmos afirmaram que a estrutura do local é inadequada para habitação, além de sofrerem maus tratos dos funcionários. “Na Casa Aberta todo mundo fica junto, não dá pra escolher se vou ficar perto ou não de uma pessoa fedida, bêbada, drogada... Tem tráfico, tem gente usando droga... Eu, hein! Sou mais ficar aqui fora! (F.D.)” (ANDRADE et al., 2014, p. 1257). As autoras afirmam que esse grupo referiu não querer voltar mais para lá por influência da falta de higiene ao qual reflete nas suas condições de saúde. Já o Albergue noturno teve avaliações mais positivas quanto a comida e limpeza do espaço.

O ambiente de praia permite que esse grupo populacional durma nessa região em barracas para cuidar dos acessórios de ambulantes que trabalham durante o dia como cadeira, guarda-sol, mesa e alimentos de forma a proteger esses itens “Graças ao estacionamento e à barraca da praia, tenho sempre onde dormir, e ainda é um trampo (F.D.)” (ANDRADE et al., 2014, p. 1258).

O processo de higiene das pessoas em situação de rua analisadas por Andrade et al. (2014) perpassa por uso de banheiros públicos localizados na orla da praia ou nas praças, além dos que utilizam em bares e padarias que tem algum contato com os donos. Os banhos são tomados nos chuveiros disponibilizados na praia, no cais e em serviços assistenciais. A fome aparece como fator comum entre eles, sendo que conseguem se alimentar através do pagamento de algum trabalho, pedindo em comércios/restaurantes/pessoas na rua e em instituições que fornecem alimentos. Ainda vivem de restos de comidas encontradas em lixos ou apenas de água para dar a falsa sensação de satisfação.

O Censo da cidade de 2013 apresentou que 44% dos participantes da pesquisa dormem nas ruas, 29,2% sob marquise e 11,2% em área externa de imóvel. Ainda apontou que 40,1% ficam em regiões próximas a comércios e serviços e 39,2% em locais mistos (área residencial e comercial). Esses dados auxiliam na reflexão sobre as reais condições de vida desse grupo e os meios os quais utilizam para sobreviver nesse espaço, tendo em vista que a preferência por permanecer próximos a lugares com atividade econômica tem relação com a facilidade de conseguirem “[...] alimentação, algumas oportunidades de obtenção de renda, seja catando material reciclável, guardando carros, prestando serviços de carregador, ou mesmo esmolando.” (FIPE, 2013, p. 49).

A pesquisa dividiu-se entre pessoas que dormem nas ruas e acolhidas em alguma instituição. Na primeira constatou-se 591 pessoas em situação de rua, sendo 94,9% adultas e majoritariamente composta por homens (86,6%) e 40,8% declararam serem pardas. Já nas instituições de pernoite (albergue noturno, cristolândia²¹, Casa do Higino²², seabrigo AIF, seacolhe e seacolhe AIF) foram identificados 206 acolhidos em que 86,6% eram homens, 85% adultos e, diferente do que foi encontrado nas ruas, 44,4% se declararam como brancos.

A característica turística que a cidade possui reflete também na população em situação de rua, pois a pesquisa censitária demonstrou que 72% do fenômeno são migrantes em contrapartida a 28% de santistas. A média encontrada foi de 6 anos como tempo de permanência dos não moradores de Santos, sendo 60 anos o máximo identificado e menos de um ano como mínimo. De acordo com a instituição responsável pelo Censo “A informação sobre o tempo de permanência é importante para a formulação de políticas públicas, uma vez que permite aferir o fluxo de moradores de rua em Santos e as demandas assistenciais daí decorrentes.” (FIPE, 2013, p. 60). Além do mais, os dados mostram a predominância de migrantes do Estado de São Paulo (80%). Em relação aos acolhidos as respostas não foram muito diferentes, pois há também a predominância de não nascidos na cidade

²¹ Cristolândia é um serviço mantido pela Igreja Batista que fornece abrigo temporário e propõe a prevenção, recuperação e assistência a usuários dependentes de substâncias psicoativas voltado para homens em situação de rua. Foi inaugurado na cidade de Santos em 2013, porém a última notícia encontrada da unidade na cidade é de 2016. (CRISTOLÂNDIA, 2013), (Autor desconhecido, site o verbo, 2016).

²² De acordo com o Censo de 2013, essa é uma instituição privada que abriga indeterminadamente pessoas em situação de rua dependentes de drogas. Para fins dessa pesquisa, não foi encontrada mais nenhuma informação a respeito do serviço além do explicitado pela Fipe (2013).

(72%), com tempo de permanência em média 8,2 anos e máxima de 55 anos sendo que 76% destes são do Estado de São Paulo.

Pesquisa realizada por Andrade et al. (2014) em Santos com pessoas em situação de rua apresentou uma fala de um dos entrevistados que reflete a atração que esse fenômeno tem com a cidade: “Quem mora na rua de outras cidades, se descobrisse Santos nunca mais ia embora. Em Santos tem tudo. Tem onde comer, onde tomar banho, onde cortar cabelo, onde arrumar roupa (M.S.)” (ANDRADE et al., 2014, p. 1257).

Miranda (2018) refere que as políticas sociais não dão conta de responder toda a demanda de forma isolada e que é preciso que haja articulação entre as políticas de assistência social, a habitação, a saúde, a educação, a previdência social e outras políticas sociais. Uma pesquisa realizada na Assistência Social demonstrou que os recursos repassados pelo governo para benefícios assistenciais diminuíram do ano de 2017 para 2018. O governo implementou duas medidas na tentativa de resolver a questão da situação de rua sendo elas o recâmbio e o acolhimento, porém considera-se que ambas não são eficientes, pois nem todas as pessoas que vivem na rua são advindas de outros lugares.

A Política de Inclusão da População de Rua promulgada em 2009 ainda não foi implementada (MIRANDA, 2018) uma vez que isso passa, dentre outros aspectos, pelo seu reconhecimento e elaboração de um plano de ação voltado a população em situação de rua. A Emenda Constitucional 95, aprovada em 2016, que congelou os gastos públicos por 20 anos diminuirá a capacidade da política pública em responder por suas demandas, além do crescimento da pobreza, da miséria e do desemprego que impactará diretamente nas pessoas não domiciliadas. Serviços do terceiro setor da cidade de Santos (Casa da vó Benedita e o Centro Espírita Mensageiros da Luz) que atendem crianças e adolescentes passaram a receber menos recursos do governo para repasses assistenciais, o que tem comprometido sobremaneira os trabalhos desenvolvidos, prejudicando fortemente os usuários, os funcionários e a própria Instituição.

4.3 Violação de direitos com mulheres grávidas em situação de rua na região central de Santos

A edição 00 do Jornal Vozes da Rua (2019) em Santos apresenta alguns depoimentos dos motivos que levaram as mulheres a adotarem os logradouros e espaços públicos como local de moradia. As falas de algumas mulheres são potentes na reflexão dessa pesquisa:

Estou na rua por causa do desemprego, da desigualdade social... e acho também que imigrante não tem oportunidade em Santos. Alessandra, 34 anos.

Eu não queria mais morar com meu marido. Ele me tratava feito um saco de pancada e decidi me jogar na rua. Vai fazer nove meses. Mas vou juntar o Bolsa Família, o 13º e arrumar um lugar pra mim. Tem muita mulher nóia na rua com ciúme dos maridos. E para quem não mora na rua eu queria dizer uma coisa: pare de discriminar. Não estamos aqui porque a gente quer. Na vida acontece coisas que a gente menos espera. Ana Lúcia.

Quando minha mãe morreu eu tinha 12 anos. Meu pai se foi em 2017. Nasci em Santos, mas o perigo tá em todo lugar. Numa cidade grande é pior. Peguei 10 anos de cadeia. Sou atendida pela Audra do CAPS Centro. Ela me ajudou muito... eu amo ela de paixão. Põe aí no jornal. Eu não tô mais tomando os remédios porque tô na rua. Aí fica difícil, né? Um conselho: 'viva a vida'. Eu já passei pela morte um monte de vezes e já fui feliz e não sabia. O que eu queria é uma casinha simples, sem faltar arroz e feijão, sem ouro nem prata. Sabrina, 31.

Pra mim, o maior motivo que leva as pessoas pra rua é o desemprego. Mas cada um que está na rua tem sua história. Você vai conhecer advogados, doutores, cantores. Eu passei por depressão. Eu comecei nas drogas mais por causa dela. Tristeza. Eu desde pequena sempre tive muitos problemas, como muito brasileiros. Meu padrasto tentou fazer coisas comigo. Depois casei, e o marido espancava. Foi um acúmulo de decepções. Foi aí que conheci a bebida, o pó e depois do crack acabei com a minha vida. Mas cada um tem sua história e seu motivo. Laura, 48 anos. (JORNAL VOZES DA RUA, 2019, s/p.)

Esses relatos demonstram a estrutura desigual de uma sociedade permeada por uma cultura que viola suas vidas e seus corpos de tamanha forma que a única opção possível para continuar sobrevivendo vem das ruas. Entretanto o viver nesses espaços não melhora a condição física, mental e social sendo que pode gerar ainda mais danos para essas mulheres. Não são casos isolados do município, mas sim uma repetição do que ocorre em diversos outros lugares e que demonstram um Estado negligente em sua obrigação de garantir direitos sociais para a manutenção da vida e da dignidade da pessoa humana.

O preconceito com a mulher em situação de rua é facilmente identificado na fala de homens quando são questionados quanto as relações e parceiros (as) sexuais que estabelecem nas ruas. A pesquisa realizada em Santos denota essa situação "Mulher fácil de conseguir são aquelas nóia, drogada, doidona. Eu não gosto. As mulheres da vida é difícil, porque não tenho dinheiro pra pagar (J.P.)" (ANDRADE et. al, 2014, p. 1259). Outro depoimento reforça a influência negativa

das que vivem no Centro para a satisfação do prazer sexual ao mesmo tempo que reflete a preocupação com o contágio de doenças “Essas mulher aqui do centro, Deus me livre. Não gosto não! Tenho medo de doenças. E como o medo faz acontecer coisas, então eu evito [...] (D.L.)” (ANDRADE et al., 2014, p. 1259).

De acordo com dados disponibilizados para consulta no SINAN, no ano de 2017 no município de Santos foram registrados 52 casos de violência contra mulher em vias públicas, sendo importante destacar que desse número 13 foram violência sexual, 6 estupros e 28 de violência física. Em 2019 foram notificados sete casos de mulheres em situação de rua com tuberculose.

A mulher em situação de rua quando engravida necessita de um cuidado ainda maior na perspectiva de garantir seu direito de acessar a saúde e também seu direito reprodutivo de querer ou não continuar com a gestação, devendo ser orientada por profissionais da área sobre a realização do aborto em caso de abuso sexual e respeitada em qualquer que seja sua decisão.

A gravidez na rua implica em riscos de saúde tanto para a mãe quanto para o filho, pois ela não possui condições estruturais mínimas de cuidado como uma moradia adequada com saneamento básico, não tem acesso a uma alimentação nutricional saudável, além de encontrar-se em situação de desemprego. Soma-se a isso o fato de que os serviços de saúde trabalham por território exigindo a obrigatoriedade de os pacientes residirem naquela região, o que torna dificultoso para essa mãe realizar seu pré-natal com regularidade já que esse público, em sua maioria, não possui local de moradia.

Uma pesquisa²³ realizada na cidade de Santos entre os anos de 2009 a 2013 contabilizou, com o auxílio da Equipe de Abordagem de Rua do município, 13 mulheres com idade acima de 18 anos que havia passado pela gestação morando nas ruas e narraram que não utilizaram nenhum método contraceptivo. Em entrevista, elas contaram ainda que utilizam dos espaços públicos da Prefeitura para realizarem a higiene diária como tomar banho e escovar os dentes, seja nos chuveiros gratuitos da orla da praia, nos banheiros dos cais ou então nos abrigos e centro de acolhida para população em Situação de Rua. Além disso, quando questionadas sobre pré-natal e cuidados em saúde nesse período, foi avaliado que,

²³ COSTA, S.; et al. Gestantes em Situação de Rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.3, p.1089-1102, 2015.

do total de entrevistadas, sete delas fizeram atendimento médico sendo que apenas uma dessas não fazia uso abusivo de drogas. Em contrapartida todas as outras seis relataram fazer uso abusivo de drogas.

Costa et al. (2015) revelaram no seu estudo que, apesar da gestação, nove das treze mulheres continuaram fazendo o uso de álcool e onze do cigarro. Interromper por completo o uso abusivo de álcool e outras drogas não é, assim como os autores afirmam, uma tarefa de simples complexidade até porque algumas dessas gestantes relataram não compreender as reais complicações que o vício pode causar no bebê durante a gestação.

Identificou-se um excessivo consumo de drogas por essa população. Das 13 gestantes entrevistadas, 11 relataram usar drogas todo dia. Dessas 11 mulheres, 7 relataram não ter parado o uso durante a gestação, e as outras disseram estar tentando suspender o uso: duas tinham parado havia 15 dias, uma tinha parado havia 3 dias e outra não usava droga havia 1 dia. O crack é a droga mais consumida, sendo usado por 9 delas, em associação com outras substâncias psicoativas, como maconha e cocaína. (COSTA et al., 2015, p. 1097).

Por ser uma droga barata ela torna-se de fácil acesso para as pessoas mais pobres, como essas mulheres, que passam a utilizá-la cotidianamente como forma, dentre outros aspectos, de fugir da realidade cruel que enfrentam nas ruas causando graves prejuízos para a saúde. De acordo com Costa et al. (2015):

[...] A ação dessa droga acontece instantaneamente, ou seja, entre 5 e 10 segundos depois de aspirada a fumaça o sistema nervoso central do usuário é estimulado, ocorrendo o bloqueio da ação da noradrenalina, dopamina e serotonina nas sinapses. Esse processo leva o usuário de crack a sensações intensas de prazer, euforia, poder, excitação e hiperatividade; porém, esses efeitos não perduram por mais de duas horas. Em seguida o usuário começa a ficar sonolento, seu apetite é reduzido, há um aumento do ritmo respiratório, da hipertensão arterial, da temperatura corporal, ocorrem tremores nas mãos e agitação psicomotora (Nassif Filho et al, 1999). O usuário tem desejo de repetir o uso, além de apresentar alucinações e delírios. A utilização gera também sensação de arrependimento, depressão e perseguição, intensificando o medo e a angústia, estimulando comportamentos repetidos e atípicos. Há, ainda, efeitos psíquicos motores como contrações involuntárias e intensa protrusão do globo ocular, que expressa seu pânico. (COSTA et al., 2015, p. 1097).

Identificaram ainda alguns serviços públicos de saúde que atendem mulheres gestantes, mas não especificamente para as que vivem em condição de rua o que pode gerar preconceito. As políticas públicas encontradas foram: “[...] como segurança alimentar, orientação sexual, prevenção de DST/aids, amamentação materna e acompanhamento pré-natal periódico. [...]” (COSTA et al., 2015, p. 1099). Diante desse cenário, as gestantes entrevistadas demonstraram seu

descontentamento e revolta quanto a péssima qualidade de atendimento dos serviços públicos de saúde, como relata uma delas com nome fictício:

Dei entrada no pré-natal, mas ainda não estou consultando como devia. O sistema de saúde é péssimo, horrível. Primeiramente pelos locais para atendimento serem muito longe e pela demora do serviço; também pela falta de médicos (Bianca). (COSTA et al., 2015, p. 1097).

Na pesquisa realizada no ano de 2013 para o Censo da População em Situação de Rua de Santos, foi observado que em relação ao uso de droga ilícita o número de mulheres que consumiam era maior que o dos homens - 65% contra 52%. Além disso, 47,5% declararam fazer uso do crack em comparação aos 34,3% de pessoas do sexo masculino, que também afirmaram utilizar tal substância. Assim como esclarece a Fipe (2013) “Destá forma, jovens e mulheres aparecem como os grupos mais vulneráveis na população de rua considerando o uso de álcool e drogas, requerendo uma atenção especial.” (FIPE, 2013, p. 86). Em relação aos acolhidos em instituições na cidade, constatou-se que as mulheres fazem menos uso de substâncias psicoativas (30,6%) do que os homens (54,3%). Tendo em vista toda a discussão traçada ao longo dessa pesquisa, compreende-se que essas mulheres, principalmente as que dormem nos espaços públicos que estão em situação de grande vulnerabilidade, necessitam de um maior apoio por parte do Estado sendo necessário a criação e implementação de políticas públicas voltadas para esta questão, que abranja a realidade social vivida por elas levando em consideração todas as dimensões presentes e não apenas o uso abusivo da droga para que o cuidado seja feito em sua totalidade.

Pesquisa realizada por Santos (2018) no município santista denunciou as violências sofridas por mulheres gestantes em situação de rua, destaca-se o uso abusivo da força coercitiva do Estado para controlar e punir seus corpos.

Quando eu fui pro hospital pra ganhar ele, depois de dois dias me tiraram de lá e foi nessa gravidez que fizeram a laqueadura involuntária, por ordem do juiz. Eu não queria ter feito, assim, não pelo meu histórico, mas não precisava ser a força, né? [...] A assistente social falou pra mim: olha você vai ter que ser laqueada porque não adianta, você está usando, está na rua, vai continuar colocando filho no mundo? (“B”, 2018 apud SANTOS, 2018, p. 47)

A mesma situação ocorrida com Janaína, como abordado no item 4.1 deste trabalho, se repetiu com essa gestante na cidade de Santos. Ambas as situações demonstram um ciclo vicioso de violar direitos, não escutar o desejo das mães e atropelar seus sonhos e suas vidas. Além de demonstrar uma violência ética

(SANTOS, 2018) dos profissionais que seguiram a orientação jurídica sem realizar uma análise crítica da situação, culpabilizando o sujeito pela condição que se encontrava, como feito pela Assistente Social apresentado no trecho. São traumas intensos que não são tratados da maneira adequada.

Sempre quis, né? [Ser mãe] Hoje eu quero e não posso. [...] Na minha cabeça passa um filme sabe? Muita coisa que aconteceu, muita... mais os maus tratos da parte dos parceiros que eu tive, e dessa laqueadura compulsória que mesmo se eu quiser tentar reverter, eu não vou conseguir e isso me dói muito, todos os dias, de eu estar com um parceiro que eu sei que agora é um parceiro, sabe? [...] vou tentar reaver as guardas deles, mas eu queria ter mais um, mais uma, porque, pra dar tudo o que eu não pude dar para os outros, né? ("B", 2018 apud SANTOS, 2018, p. 53)

A autora demonstra a preocupação das duas mulheres entrevistadas de cuidarem da sua saúde durante a gestação para que o uso abusivo das drogas não afetasse seus filhos e que o apoio da família foi essencial nesse processo de cuidado.

Minha mãe quando vinha de São Paulo... ela nunca deixou de vim, principalmente quando eu fiquei grávida ela que me levava para fazer ultrassom, ela pagava do bolso dela pra ver se estava tudo em ordem com o bebê. Porque ela tinha medo de acontecer alguma coisa comigo ou com o bebê. [...] A minha mãe descobriu e me levou, foi quando tive a primeira internação. Depois eu fugi de lá e nunca mais... Ai o CAPS mudou pra cá, pra perto daqui, na Silva Jardim, foi onde eu ficava mais perto e acessava todo dia. ("B", 2018 apud SANTOS, 2018, p. 49)

A fala dessa mulher denota a dificuldade do acesso aos serviços de saúde que se encontram longe do seu local de moradia e que a mudança para a rua Silva Jardim (compõe o centro da cidade) foi essencial para dar continuidade ao tratamento proposto anteriormente. É preciso que os estabelecimentos que têm a função de cuidar desse público permaneçam próximos ao território de uso, compreendendo que isso facilita a adesão aos atendimentos.

Ainda é possível identificar que, em muitas situações, tiveram acesso negado ao solicitarem atendimento inclusive para a realização do pré-natal exclusivamente pela condição de rua.

Pra mim sempre foi negado [...] Mas se você for lá e falar que você é moradora de rua para ser atendida, você não é atendida. De tanto que eu nunca passei em ginecologista, nunca passei em médico nenhum. Eu fui fazer o preventivo, primeira vez agora, com 41 anos, o primeiro exame da mama. Eu nunca passei em médico pra ver o meu corpo. ("A", 2018 apud SANTOS, 2018, p. 51)

A segunda entrevistada já se responsabilizou por não procurar atendimento por conta própria em decorrência do uso de drogas, mas fica evidente que não

houve uma orientação anterior sobre a importância do cuidado em saúde e que ela não foi abordada pelos serviços especializados de rua e que sofreu com forte preconceito.

[...] eu me tratava no SECRAIDS aqui em Santos, como eu estava muito enfiada nas drogas... eu tinha acesso a saúde, as pessoas me atendiam bem, não tenho do que reclamar, mas tinha muitas coisas que por eu estar na rua e usando drogas, eu evitava. As vezes não vinha em consultas [...] Fora isso, eu não tinha um lugar, um abrigo, não consegui vaga em nenhum, mesmo estando grávida. Tentaram me colocar no SEACOLHE, antigamente era o Casa Aberta e nunca tinha vaga, mas em questão de saúde sempre fui muito bem tratada." E antes da gestação "Nem me preocupava com isso. No máximo se eu passasse mal ia pra Santa Casa, para o PS e mesmo assim tinha aquela questão de por ser moradora de rua, por estar naquelas situações, o povo ficava meio, atende ou não atende? Tinha meio que uma restrição, sabe? Aquele outro olhar, que olham o povo de rua como se fosse um animal, um ser qualquer. ("B", 2018 apud SANTOS, 2018, p. 52).

Em outra gestação, "A" relatou como o atendimento do consultório na rua foi essencial para garantir que ela conseguisse realizar todos os pré-natais sem que seu direito fosse violado. Quando a equipe compreende sua função com pessoas em situação de rua e se propõe a cumprir com os pactos estabelecidos para auxiliar no processo de sociabilidade desses sujeitos há adesão e esperança de mudança de vida.

[...] Eu pedi ajuda pro consultório quando eu engravidei, eu não sabia que eu estava grávida, a barriga crescendo, mas eu não percebia. E uma conhecida minha falou pra mim, "você tá grávida", eu falei, "não tô" e aí eu conversei com a assistente social e ela falou "quer fazer um exame?" e eu falei "quero" aí foi que deu positivo. Conversei com ela e falei "eu tô grávida, mas eu nunca fiz pré natal, eu como tô na rua eles não vão querer me atender". Ela disse que eles iam me atender. Na hora que ela pegou meu exame que deu positivo, na hora ela já marcou o pré natal. Todo mês eu tava lá com ela, eles subiam a van, era lá no morro, ela me colocava dentro da van e subia comigo, eles iam comigo até o consultório, fazer pré natal, fazer exame de sangue. Inclusive eu tinha pegado até um Sífilis, tava no começo, e eu não sabia. Ela mostrou a foto pra mim e tudo, eu falei que queria me tratar e eles me levaram pra tomar injeção direitinho, fui curada, tava no comecinho, tomei quatro benzetacil. E assim, é um vínculo que eu tive com o consultório de rua e se não fosse eles eu não sei o que seria, porque por eles eu fui atendida, por eles eu fiz o pré natal, passado pelo médico e conseguiram uma clínica que eu me internei e tive meu bebê na clínica. Eu tô cinco anos limpa, meu filho ficou comigo na clínica. Foi aí que minha história mudou. Eu saí da clínica através deles também. ("A", 2018 apud SANTOS, 2018, p. 54-55). (Grifos nossos).

A desproteção e desmaternização do Estado também é ponto principal do trabalho realizado por Santos (2018), apresentando as dificuldades que essas mulheres tiveram ao terem seus direitos violados com o afastamento imediato dos filhos para adoção e que esse processo foi primordial para outros sofrimentos,

demonstrando que só se tornaram visíveis aos olhos da sociedade quando gestantes e para puni-las.

[...] o meu sonho era ter uma família, meu sonho era ter um filho, meu sonho era ser mãe, mas eu nunca tive essa oportunidade, de ter chance de criar meus filhos, né? [...] Foi assim minha vida... Foi tirando, ai eu fui tendo outros, foram tirando, mas nunca quiseram se interessar pela mãe, nunca se interessaram por mim, nunca se interessaram se eu queria ajuda, se eu queria viver com meus filhos, o que eu pensava disso, eles não queriam saber do meu sentimento, da minha dor. [...] Não é fácil ... Não é fácil, mesmo... Isso eu não desejo pra nenhuma mãe. O que eu passo, a dor, o que eu senti, a proteção, o sofrimento que eu passei, não é fácil ... Sabe, não tem um tratamento, porque eu não tive. (“A”, 2018 apud SANTOS, 2018, p. 53)

A fala de “A”, carregada de tamanho sofrimento e violência, revela a importância de se socializar as informações a respeito dos direitos sociais e de orientar os usuários a conhecerem aquilo que está estabelecido na Constituição Federal. São sujeitos de direitos, inseridos em um sistema que os tornam invisíveis e os viola pela condição de vulnerabilidade social que se encontram. Cabe a nós, especialmente estudantes em formação e profissionais, nos responsabilizarmos a garanti-los uma vida digna escutando e dando voz a eles no âmbito das políticas sociais.

Se senti, se senti traída. Porque eu tinha os direitos e eu não sabia que eu tinha meus direitos. Eu fui saber dos meus direitos aqui. Nesse grupo, nessa equipe, nesse projeto, na redução de danos. [...] Eu me sentia mal, muito humilhada, porque eu sou ser humano. Qual a diferença do morador de rua pra uma pessoa normal? Quando você morre, o pobre e o rico vai pro mesmo buraco, pro mesmo caixão. O bicho que come o pobre vai comer o rico. Não é verdade? Mas, isso o ser humano não pensa. Tem uma discriminação ainda. Existe essa parte. (“A”, 2018 apud SANTOS, 2018, p. 55)

Santos finaliza seu trabalho com a fala emblemática da entrevista que nos auxilia a refletir a nossa importância na vida de todas as gestantes que necessitam de cuidado e proteção “E vocês que agora tão começando que lute por elas, porque nós mãe merece ficar com nossos filhos...” (SANTOS, 2018, p. 57).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de 2019, a cidade de Santos conta com 111 serviços que atendem o Sistema Único de Saúde (SUS) cadastrados, sendo que 96 são responsabilidade da administração pública, 8 de entidades sem fins lucrativos e 7 de entidades empresariais. De acordo com o Censo da População em Situação de Rua de Santos realizado em 2013 foram recenseadas 797 pessoas nessa condição na cidade sendo que estas estão espalhadas pelas regiões dividindo-se entre casas de acolhimento e logradouros

(591), com maior concentração na área do Centro²⁴ I e II correspondendo a 40,7% de frequência nesses locais (11,8% e 28,9% respectivamente). A população Santista, em 2013, era de 381.640 habitantes²⁵, as 797 pessoas em situação de rua representam 0,18% da população total das 9 áreas em que a pesquisa foi realizada. As mulheres nessa condição se apresentam em menor quantidade sendo apenas 13% da população total que estão em condição de rua, assim sendo compreende-se que os 96 serviços de saúde de responsabilidade pública deveriam conseguir responder a esta demanda, entretanto não é o que ocorre.

²⁴ Para a realização da pesquisa censitária a cidade foi dividida em nove territórios, sendo estes Centro I: Centro; Paquetá e Valongo, Centro II: Vila Nova e Vila Mathias, Intermediária: Vila Belmiro; Campo Grande e Encruzilhada, Área mista: Jabaquara; Marapé e José Menino, Porto Macuco: Macuco e Estuário, Orla Marítima I: Pompéia e Gonzaga, Orla Marítima II: Boqueirão e Embaré e por último Orla Marítima III: Aparecida e Ponta da Praia. Como explica no Censo “[...] As áreas censitárias constituem as unidades básicas de planejamento do trabalho de campo, sendo compostas pela agregação de dois ou mais bairros. A identificação dessas áreas teve como base o conjunto de informações quantitativas e qualitativas [...]. Foi considerada a distribuição de equipamentos urbanos mais significativos pelo território, as características predominantes do uso e ocupação do solo dos bairros, bem como a presença de atividades econômicas, em especial aquelas que geram polos de atração à população de rua.” (FIPE, 2013, p. 21).

A Fipe explica a razão pela qual há maior concentração de pessoas nos Centros I e II “Trata-se de área predominantemente comercial e com muitas edificações antigas e deterioradas, onde se localizam alguns serviços que atendem a essa população como o Centro Pop da Prefeitura, instituições de acolhimento e o restaurante Bom Prato. O mercado municipal também está situado nessa área e é um ponto que atrai os moradores de rua. Essa preferência pela área central e por locais deteriorados e ermos é recorrente nas grandes cidades.” (FIPE, 2013, p. 53).

²⁵ Esse número não inclui os habitantes dos morros, da área continental e do bairro do Alemoa, pois essas áreas não foram consideradas no Censo de 2013 faltando, portanto, 419.400 pessoas. (FIPE, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa estava programado para o primeiro semestre de 2020 entrevistas semiestruturadas com três mulheres gestantes que vivem ou viveram em situação de rua na região central da cidade de Santos. Entretanto, devido a pandemia da Covid – 19 não foi possível realizar o que impactou nos resultados já que estes foram analisados a partir da pesquisa bibliográfica, documental e legal sem a vivência propriamente dita do tema. Ainda assim, esse Trabalho de Conclusão de Curso se propôs a dar visibilidade e espaço de luta para gestantes que são silenciadas e violadas em condição do uso abusivo de álcool e outras drogas e/ou pela situação de rua através de pesquisas e narrativas que traziam o tema em suas análises.

Refletir sobre a população em situação de rua, é considerar as falhas que obtivemos no percurso histórico do país. Estar nessa condição no século XXI demonstra que houve ineficiência quanto à execução de políticas públicas e de falta de reconhecimento e garantia dos direitos desse grupo, muitas vezes, tendo o Estado se omitido em seu dever perante a Constituição Federal de 1988, a qual dentre suas conquistas reconhece um sistema de proteção social a todas as pessoas, baseado na cidadania e estruturado no tripé da Seguridade Social, a partir das políticas de assistência social, previdência social e saúde.

Temos muitos desafios na consolidação desse campo na garantia de acesso às políticas de saúde, sobretudo considerando a guinada da máquina pública aos preceitos neoliberais, de modo mais amplo, pós 1990, que dentre suas orientações preconiza a adoção de um Estado Mínimo na área social, reduzindo sobremaneira importantes conquistas historicamente reconhecidas e conquistadas. Também é possível destacar o atual contexto político-econômico como um entrave na manutenção de tais conquistas, o que contribui no sucateamento das políticas sociais, de modo específico no campo de saúde aqui proposto.

A conjuntura atual que vivemos no Brasil demonstra o retrocesso e o desmonte dos direitos sociais conquistados com uma exposição clara de desumanização do Presidente da República e seus aliados à classe trabalhadora com destaque à população mais pauperizada da sociedade. A pandemia da Covid-19 escancarou tamanha desigualdade social vivenciada no país e, mais que isso,

reafirmou a política genocida do governo de não se preocupar com o colapso do SUS e com as 120.262²⁶ mil vidas que foram a óbito vítimas dessa doença até o momento de finalização desta pesquisa.

Como analisado pelo economista americano Jeffrey Sachs em entrevista a BBC News em maio de 2020, a pandemia agravou a condição de desigualdade social podendo levar centenas de milhões de pessoas a um elevado grau de pauperismo. A preocupação do governo brasileiro é de “aliviar” a quarentena reabrindo os serviços não essenciais para não quebrar a economia²⁷, entretanto, como bem articulado por Sachs, “Agora, economia é saúde pública.” (SACHS, 2020, apud LISSARDY, 2020, s/p.). Se não controlada, essa pandemia pode gerar uma crise mundial caracterizada por ele como Grande Depressão, pois os impactos nos países pobres serão incontroláveis. A economia emergente brasileira segue essa lógica e está sendo coordenada, de acordo com ele, por um governo “miserável” que demorou quatro meses para nomear um Ministro da Saúde capaz de organizar as ações e estratégias da pasta.

O Brasil está tão desastrosamente governado que já estava em crise, mas com Bolsonaro está se transformando numa crise ainda mais profunda porque o governo federal é, como nos EUA, incoerente e dá pouca ajuda para deter a epidemia além do que fazem os governadores estaduais. (SACHS, 2020, apud LISSARDY, 2020, s/p.)

Essa grave doença que atingiu o mundo em níveis catastróficos auxilia a reforçar a importância de um sistema público capaz de cuidar da sua população e evitar ainda mais mortes de pessoas empobrecidas que não conseguem pagar por um plano de saúde e que não tem vínculo empresarial que o forneça. Dessa forma, não há como comparar o Brasil com os EUA que não possui um sistema de saúde público universal como idolatra Bolsonaro.

Em Manaus, uma internação durante 6 dias no sistema privado, com UTI, custa de 50 a 100 mil reais. Nos EUA, uma consulta sobre covid, sem nenhum dia de internação, custa de 3 a 7 mil dólares. Já uma internação durante 6 dias, no mesmo país, possui um custo que pode variar entre 10 e 75 mil dólares. Em média 38 mil dólares para quem possui um plano de saúde, chegando a 75 mil dólares para quem não dispõe de nenhum plano. Não por acaso, mesmo antes da pandemia, muitas pessoas só procuravam um médico quando havia um agravamento dos seus sintomas,

²⁶ Dados obtidos no dia 29 de agosto de 2020 através da página oficial do Coronavírus no Brasil. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>.

²⁷ Agência o Globo. Bolsonaro defende reabertura da economia e quer ampliar atividades essenciais. Disponível em: <<https://economia.ig.com.br/2020-05-07/bolsonaro-defende-reabertura-da-economia-e-quer-ampliar-atividades-essenciais.html>>. Acesso em 29 de agosto de 2020.

pois o alto custo da saúde faz com que boa parte dos norte americanos se dirijam ao hospital como última alternativa. (SOUZA, 2020, s/p.).

De acordo com Souza (2020), 75% da população brasileira depende exclusivamente do SUS e se não possuíssemos esse sistema de saúde, teríamos muito mais mortes e um aprofundamento muito maior da economia. Ainda que demonstrado por estudiosos como sendo valioso para o país, a resposta governamental é de redução do financiamento para o setor como aprovado pela EC 95 de congelamento de gastos que tirou da saúde em 2019 R\$ 20 bilhões de reais (SOUZA, 2020). Dessa forma, consideramos que a sua caracterização como direito e não mercadoria dificulta a coexistência da saúde com uma política neoliberal de Estado Mínimo. Assim sendo, a mudança tem que ser estrutural e que alcance uma nova forma de sociabilidade que não comporte o capitalismo como modelo econômico superando a desigualdade social.

O sistema capitalista sobrevive da desigualdade social e de todas as expressões da questão social para manter a ordem e a acumulação do capital. O conservadorismo, o neoliberalismo e a necropolítica estão legitimados na sociedade brasileira com ações que visam o genocídio da classe baixa que é também composta majoritariamente pela população negra. Assim, realizam ações de cunho higienista com a população em situação de rua em uma tentativa de limpar a cidade, expulsando-os para os centros mais precários sem de fato trabalhar em políticas públicas que os atendam de maneira efetiva. Além do mais, auxiliam para a propagação da violência entre esse público como demonstrado abaixo:

[...] as diferenças de uma visão popular sobre a violência que a associa ao crime, corrupção e pecado e uma visão erudita que apresenta pelo menos três fontes explicativas para a violência: “como expressão de crises sociais como que levam a população mais atingida negativamente, à revolta frente à sociedade ou ao Estado”, ou seja, com negação de direitos do outro; como instrumentos para a conquista de poder e, por fim, uma abordagem que articula a violência à cultura, ou seja, os conflitos de interesse nas sociedades modernas passaram a ser mediados pelo direito e pela lei; e a comunidade de interesses, pela identidade e pela busca do bem coletivo. (RIOS, 2017, p. 130).

Assim torna-se compreensível as diferentes manifestações desse grupo na luta por moradia digna, alimentação e trabalho frente as violações, silenciamentos e desigualdades as quais estão expostos vivendo na rua com o auxílio assistencialista de instituições de caridade.

As mulheres, de maneira geral, têm suas vidas perpassadas pela dominação patriarcal e pela cultura do machismo como apresentado historicamente ao longo deste trabalho, mas essa desigualdade de gênero é ainda mais expressiva para as negras e que utilizam a rua como local de moradia e trabalho sendo oprimidas cotidianamente pela sociedade civil e pelo Estado.

A partir dos documentos e estudos apresentados neste texto, é possível considerar que as mulheres em situação de rua estão expostas aos mais diversos tipos de violência, seja na rua e/ou nos serviços que deveriam acolher e auxiliá-las na busca por tratamento de saúde adequado, assim como na saída dessa condição. Entretanto, apesar da política de saúde assegurar acesso universal e igualitário às mesmas, há ineficiência quanto a esse objetivo. Por vezes, o que é ofertado a elas é o acesso a higiene e alimentação, ou seja, uma forma paliativa que pode não as proteger de fato, deixando-as expostas ao universo desigual e opressor que é a rua.

São muitos os motivos que as levam a adotar os logradouros públicos como local de moradia, reconhecendo, dentre outros, a não adequação delas ao padrão feminino “ideal” definido pela sociedade. As ações que tomam conscientemente ou não para sobreviver nas ruas são diversas, como por exemplo, o não uso da feminilidade ao se vestirem com roupas ditas masculinas e o uso da violência física de forma a se protegerem de desconhecidos. Se não escolhem a solidão, estão sujeitas, por vezes, a cumprirem o papel de submissas aos seus parceiros ainda que vivam nas ruas. Também são discriminadas por outros homens na mesma condição, pois estes não querem se envolver com usuárias de álcool e outras drogas definindo-as como fonte de contágio imediato das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Se o acesso aos serviços de saúde de mulheres em situação de rua já encontra muitos empecilhos para sua efetivação, torna-se ainda mais dificultoso para as gestantes que se encontram nessa condição ainda mais se elas são usuárias de drogas. Devido a ineficácia de um atendimento seguro, longe de preconceitos e que não condiz com as recomendações e diretrizes do Ministério da Saúde, as mães não se sentem confortáveis de realizar pré-natal nas UBS's e nem de parir nos hospitais públicos pelo medo de terem seus filhos retirados de sua guarda a partir da criminalização do vício que, de acordo com o ECA e com a CF, não são justificativas plausíveis para tal.

É diante desse cenário que se faz importante o debate sobre o atendimento humanizado, a partir da qualificação do pré-natal como fonte primordial para a criação do vínculo da mãe com o filho compreendendo a ação no seu território como fundamental para o cuidado gestacional, visto que a falta desse atendimento causa prejuízos na vida da mãe e do bebê. Essa compreensão

[...] é capaz de estabelecer reflexões dessa mulher com seu território existencial; com seus desejos; com seus medos; com a droga; com aqueles a quem ela reconhece como sua família; com suas condições sociais; com seu projeto de vida. (RIOS, 2017, p. 92).

Para além do acesso ao serviço de saúde, é preciso que os profissionais e os estabelecimentos mantenham o pacto com os princípios e as diretrizes do SUS de forma a garantir qualidade, preservando um espaço livre de julgamentos, preconceitos, punitivismo e criminalização em decorrência da vivência nas ruas e, eventualmente, do uso de drogas por parte das gestantes. Assim como previsto na Nota Técnica 01/2016 do Ministério da Saúde, o uso de drogas não implica na retirada ou flexibilização de direitos regulamentados por lei e dessa forma não podem ter seu acesso negado ou negligenciado. O Estado deve tratar a questão do vício em substâncias psicoativas como questão de saúde pública e assim concretizar as ações previstas na política de drogas.

Portanto, sustentar uma política de álcool e outras drogas mediada pela conscientização das diversas estratégias para se fazer o uso protegido de substâncias psicoativas, em detrimento de uma política proibicionista, é fundamental para o enfrentamento da violência de gênero. A construção de um modelo de legalização e regulamentação do uso de drogas pode apontar alternativas ao Estado, até então, punitivista; que encarcera e recolhe compulsoriamente os filhos de mulheres pobres, em sua maioria negras. Violências legitimadas a partir do discurso da “guerra às drogas”. (CECÍLIA, et. al, 2018, p. 111)

Nesse sentido os profissionais da saúde devem, entre outros, receber cursos profissionalizantes para compreender as demandas advindas desse público, a partir da escuta qualificada e assim atendê-los com as especificidades que necessitam. O cuidado das equipes dos Consultórios na Rua, Estratégia da Família, UBS's, CAPS's, hospitais gerais e de maternidade e da rede socioassistencial é primordial para garantir acesso digno aos direitos dessas gestantes evitando um sofrimento posterior a saúde física e mental das mulheres e seus filhos com a desmaternização compulsória.

Que as redes de saúde mental, da mulher e de atenção a criança do estado e municípios sejam acionadas, bem como toda a rede de assistência à

saúde e demais políticas setoriais logo que se identifique o abuso de álcool e outras drogas, para que se amenize o impacto criminalizador e excludente das mulheres, pautando em enfrentamentos complexos que deem conta de conciliar os direitos das mulheres e dos recém-nascidos. (Manifesto internet apud FRANCO, 2018, p. 97).

Os serviços públicos referentes ao SUS devem corresponder com as conquistas da Reforma Sanitária dos anos 1980 para romper com a lógica neoliberal intensificada a partir de 1990 de considerar a saúde como mercadoria e assim retomar a visão dela como direito de todos e dever do Estado, com a concepção do cuidado integral para além do processo saúde-doença. Dessa forma, vale destacar a fala de Sérgio Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz, em 1987 referente a concepção de saúde de forma democratizada no qual deveríamos nos inspirar para seguir lutando pela implementação da Reforma Sanitária no Brasil.

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até à informação sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...]. Cada vez, enfim que tais direitos são assegurados há uma população que luta mais e com maior consciência para transformar essa sociedade (AROUCA, 1987a, p. 36-37 apud PAIM, 2008, p. 120).

Santos é uma cidade economicamente ativa que atrai diversos turistas o ano todo e onde há pessoas em situação de rua. Apesar do último Censo de 2013 apontar 797 pessoas nessa condição, considera-se uma estimativa maior do que os dados obtidos naquele período. A Secretaria de Desenvolvimento Social também realizou ações com o objetivo de assegurar acesso efetivo aos direitos sociais, como por exemplo a construção de um novo Centro Pop e com a contagem oficial desse grupo no ano de 2019 em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – campus Baixada Santista. Entretanto, os serviços públicos destinados a esse público estão longe de atingirem o ideal de atendimento.

O município não possui uma instituição de acolhimento exclusiva para mulheres, sobretudo gestantes, que seja de ordem pública-estatal, apenas em parceria com instituições privadas como é o exemplo da Casa das Anas. Isso demonstra os impactos da política neoliberal, em que o Estado cada vez mais tenta

atingir mínima interferência quanto ao ser dever constitucional, deixando a vida desse público a um caráter minimalista assim como era antes de 1988, além de transferir a responsabilidade estatal para a sociedade civil o que caracteriza o Estado Mínimo.

A região central de Santos é onde se concentra majoritariamente pessoas em situação de rua que ocupam as calçadas e marquises para dormir no período da noite e transitam pelas ruas de dia nos serviços destinados a eles. A região é composta por dois serviços de acolhimento - SEACOLHE -AIF e Albergue noturno –, pelo Centro Pop e pelo restaurante popular Bom Prato²⁸. Também compõe a área o Mercado Municipal localizado no bairro Vila Nova amplamente conhecido na cidade, pois ao seu entorno há muitos usuários de álcool e outras drogas.

De acordo com uma reportagem divulgada pelo jornal A Tribuna (2019)²⁹, moradores santistas relataram que pessoas em situação de rua tem feito uso constante de maconha e crack em frente à Escola Municipal Maria Helena Roxo próxima ao Mercado, o que causa prejuízos para os estudantes. Como resposta, a prefeitura ampliou ação da Guarda Civil Municipal e pretende revitalizar o local. Além disso, referiu que a rede socioassistencial tem feito trabalho constante na região tendo sido realizadas no mês de maio de 2019, 59 abordagens sociais e 21 pela equipe do Consultório na rua que resultou em três encaminhamentos para o serviço de saúde. A revitalização do Centro parece mais como uma forma de retirar as pessoas em situação de rua do local sem de fato concretizar políticas públicas já que a solução tomada foi a repressão através do medo que a figura da GCM causa.

As unidades de saúde pública³⁰ que compõe a região do Centro I e II são: UPA central na Vila Mathias, Centro de Saúde Martins Fontes na Vila Mathias, Unidade de Cuidado do Porto no Paquetá e Policlínica da Vila Nova. Além do Consultório na Rua, que realiza abordagens na região. Apesar da quantidade de serviços de saúde no território, como visto nos Censos, na Cartilha do MNPR e nas

²⁸ Devido a pandemia esse último passou a fornecer refeição gratuita para pessoas em situação de rua. Ver mais em Prefeitura de Santos disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/pessoas-em-situacao-de-rua-terao-refeicoes-gratuitas-no-bom-prato>.

²⁹ CISTERNA, E. Moradores reclamam do estado da área próxima ao Mercado Municipal. 14 de jun. 2019. Disponível em: <<https://www.atribuna.com.br/cidades/santos/moradores-reclamam-do-estado-de-%C3%A1rea-pr%C3%B3xima-ao-mercado-municipal-1.55626>>. Acesso em 17 de julho de 2020.

³⁰ Prefeitura de Santos, disponível em: <<https://www.santos.sp.gov.br/?q=servico/enderecos-das-unidades>>. Acesso em 17 de julho de 2020.

pesquisas realizadas no município de Santos, compreende-se que o acesso a saúde das mulheres gestantes em situação de rua no centro da cidade santista, quando ocorre, é precário e não condiz com os princípios e diretrizes previstas no SUS.

Analisando as dificuldades encontradas pelas mulheres gestantes em situação de rua do município em acessar os serviços, compreendemos que a maior queixa é da negação de atendimento para o pré-natal por preconceito, principalmente quando está vinculado ao uso de substâncias psicoativas. O segundo ponto a destacar é o medo de procurarem e serem punidas com uma laqueadura compulsória e de perderem a guarda de seus filhos para um Estado que criminaliza e não escuta. Além disso, as mulheres entrevistadas por Santos (2018) denunciaram a dificuldade de irem até os estabelecimentos quando estes estavam longe de seu território de convivência. São histórias permeadas por tristezas e desvinculação familiar que causam traumas profundos e irreversíveis.

São muitas queixas quanto as falhas dos serviços públicos de saúde no atendimento desse público, pois o preconceito e o estigma prevalecem para a recusa de não permitir o acesso dele ou de o tratar de forma desumanizada. As pessoas não querem contato com aqueles que estão sujos e com mal odor, os veem sofrendo e com um claro pedido de ajuda em seus corpos e mesmo assim preferem ignorá-los. Existem leis e diretrizes que definem estratégias para o atendimento de pessoas em situação de rua no setor saúde, entretanto ainda há muitas dificuldades e desafios para serem efetivamente implementados.

O Assistente Social está inscrito na divisão social e técnica do trabalho e encontra inúmeros desafios para atuar na garantia de direitos, pois a política neoliberal vigente diminui os recursos das políticas públicas, o que impacta no cotidiano da prática profissional. Dentro da pasta saúde, a precarização e terceirização do serviço causam aglomeração de demandas e assim as repostas a elas não são concretizadas em sua totalidade. De toda forma, o trabalho desse profissional é essencial para garantir o acesso dessa população aos direitos sociais que podem ser desconhecidos ao grupo social. A escuta qualificada permite o conhecimento da realidade das gestantes em situação de rua, assim como os condicionantes sociais que impactam sua saúde, possibilitando o direcionamento e encaminhamentos necessários junto a rede socioassistencial.

Ainda que o acesso aos serviços de saúde de natureza universal e igualitária tenham sido assegurados na CF/1988, a efetivação da política para a população em situação de rua demorou a ser concretizada e ainda enfrenta muitos obstáculos, falhas e negligências para amplo funcionamento. Nesse sentido o campo da política de saúde requer ser sólido, consistente e estruturado de modo que consiga atender e responder as demandas trazidas pelos cidadãos principalmente aqueles que se encontram em situação de extrema vulnerabilidade social. E, como lembra a história da sociedade brasileira, a conquista pela implementação dos direitos sociais vem acompanhada da luta dos movimentos sociais e no que refere a política de saúde não pode ser diferente, pois é através da mobilização que se enfrenta a política neoliberal do Estado “[...] O público é revigorado justamente porque o sentido coletivo é resistente às repartições, uma vez que se expressam não em formas identitárias, mas por meio de forças múltiplas e heterogêneas.” (SOUZA, 2009 apud RIOS, 2017, p. 87).

Visto que esse grupo social está altamente exposto a situações de opressão social, entende-se a importância de pesquisas relacionadas à ele, a fim de dar visibilidade a essa demanda na academia, no espaço sócio-ocupacional e na sociedade para que se compreenda sua complexidade, de forma que o Estado atenda de modo assertivo, preservando a dignidade da pessoa e assegurando o campo dos direitos humanos e sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. **As moradoras de rua entram em cena: a violência contra a mulher moradora de rua como uma das expressões da “questão social”**. In: VI JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, 2017/2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo7-questoesdegeneroetniaegeracao/pdf/asmoradorasderuaentramemcena.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2019.

ANDRADE, L.; COSTA, S. & MARQUETTI, F. **A rua tem um ímã, acho que é a liberdade**: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. In: Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1248-1261. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1248.pdf>> Acesso em 14 jul. 2020.

Baixada Santista soma quase 13 mil desempregados durante a pandemia. **G1 Santos**, 2 jul. 2020. Santos e Região. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2020/07/02/baixada-santista-soma-quase-13-mil-desempregados-durante-pandemia.ghtml>. Acesso em: 21 ago. 2020.

BARTHOLO, L.; PASSOS, L.; FONTOURA, N. **IPEA**. Bolsa família, autonomia feminina e equidade de gênero: o que indicam as pesquisas nacionais? IPEA, 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8051/1/td_2331.PDF>. Acesso em: 25 mai. 2020.

BARROS, B.; BRITO, A. **A política de saúde sob o governo Temer**: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. 2019. In: O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019. Disponível em <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art3.pdf>. Acesso em 02 maio 2020.

BELLOC, M; CABRAL, K; OLIVEIRA, C. A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado. **Revista Saúde em Redes**. v. 4. p. 37-50, 2018.

BISCOTTO, P.; JESUS, M.; SILVA, M.; OLIVEIRA, D.; MERIGHI, M. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 749-755, 1 out. 2016.

Bolsonaro defende reabertura da economia e quer ampliar atividades essenciais. **Agência O GLOBO**, 7 mai. 2020. Brasil Econômico. Disponível em: <<https://economia.ig.com.br/2020-05-07/bolsonaro-defende-reabertura-da-economia-e-quer-ampliar-atividades-essenciais.html>>. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 17 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil. **Painel Coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 19 de set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 12 jan. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 9 jan. 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm>. Acesso em 25 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 12 jan. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Bolsa Família**. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. **Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004.** Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 17 set. 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/decreto/Decreto_no_5209_de_17.09.2004-1.pdf>. Acesso em 25 maio 2020.

BRASIL. **Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007.** Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 26 jun. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6135.htm>. Acesso em 25 maio 2020.

BRASIL. **Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007.** Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 26 set. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/Decreto/D6214.htm. Acesso em 25 maio 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 23 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm#:~:text=Decreto%20n%C2%BA%207053&text=DECRETO%20N%C2%BA%207.053%20DE%2023,que%20lhe%20confere%20o%20art.. Acesso em: 22 ago. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.** Brasília: Presidência da República, 20 maio 2010. Disponível em: <[BRASIL. **Decreto nº 9.894, de 27 de junho de 2019.** Dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília: Presidência da República, 27 jun. 2019. Disponível em: \[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9894.htm#art9\]\(http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9894.htm#art9\). Acesso em: 28 maio 2020.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm#:~:text=Decreto%20n%C2%BA%207179&text=DECRETO%20N%C2%BA%207.179%2C%20DE%2020%20DE%20MAIO%20DE%2010.&text=Institui%20o%20Plano%20Integrado%20de,que%20lhe%20confere%20o%20art.>. Acesso em 26 maio 2020.</p></div><div data-bbox=)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota técnica conjunta nº 001 – SAS e SGP.** Brasília: Ministério da Saúde, 16 mai. 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/08/Nota-t--cnica--diretrizes-e-fluxograma-mulher-sit-rua.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 14**. População em situação de rua e violência – uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017. Brasília: Ministério da Saúde, jun. 2019. v. 50. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/13/2019-010-publicacao.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota técnica conjunta/2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 23 jan. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/20120412004951716.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretária Nacional de Assistência Social. **Nota técnica conjunta nº 01/2016/MDS/MSaúde**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 10 mai. 2016. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf. Acesso em: 17 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 25 jan. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/161272.html>. Acesso em: 25 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012**. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Brasília: Ministério da Saúde, 25 jan. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html. Acesso em: 27 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 20 mai. 1993. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html#:~:text=1%C2%BA%20%2D%20Aprovar%20a%20Norma%20Operacional,particular%20da%20assist%C3%A2ncia%20hospitalar%20e. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011**. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Brasília: Ministério da Saúde, 28 abr. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html. Acesso em: 30 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 24 jun. 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 17 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 21 out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 30 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009**. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 24 dez. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html. Acesso em: 29 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 23 dez. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 27 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013**. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 27 fev. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html. Acesso em 30 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Resolução nº 31, de 30 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017/2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 30 nov. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0031_22_12_2017.html. Acesso em: 14 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 30 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013**. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de

enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 27 fev. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res000202_2013.html. Acesso em: 30 mai. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

BRASIL. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília: Presidência da República, 9 mar. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. Brasília: Presidência da República, 24 ago. 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13714.htm>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual sobre Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 23 jan. 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 28 mai. 2020.

BRAVO, M. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social em Saúde: Formação e Trabalho Profissional, p. 1-24. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.

CARNEIRO J. N., NOGUEIRA E, LANFERINI G, Ali D, MARTINELLI M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde Soc**, 7:47-62, 1998.

CEF - Caixa Econômica Federal. **Bolsa Família**. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/paginas/default.aspx>. Acesso em: 25 maio 2020.

CECÍLIA, B. *et al*; Gestar o real do corpo: o direito à maternidade possível. **Revista Saúde em Redes**. v. 4. p. 99-114, 2018.

CHAGAS, M.; ABRAHÃO, A. Desobediência Civil na produção singular de cuidado em rede: outros olhares para a mãe usuária de drogas. **Revista Saúde em Redes**. v. 4. P. 61-74, 2018.

CISTERNA, E. **Moradores reclamam do estado da área próxima ao Mercado Municipal**. 14 de jun. 2019. Disponível em: <<https://www.tribuna.com.br/cidades/santos/moradores-reclamam-do-estado-de-%C3%A1rea-pr%C3%B3xima-ao-mercado-municipal-1.55626>>. Acesso em 17 jul. 2020.

Cristolândia. **O que é a cristolândia?** Disponível em: <https://www.cristolandia.org/quemsomos>. Acesso em: 11 set. 2020

Cristolândia realiza passeata contra as drogas em Santos. 2016. **Overbo**, 21 abr. 2016. Disponível em: <https://overbo.news/cristolandia-realiza-passeata-contra-as-drogas-em-santos/>. Acesso em: 11 set. 2020.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-389. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 25 ago. 2020.

COSTA, Ana Alice Alcantara. **O movimento feminista no brasil: dinâmicas de uma intervenção política**. Revista Gênero. V. 5, n. 2. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/download/31137/18227>. Acesso em 30 de setembro de 2020. DOI: <https://doi.org/10.22409/rg.v5i2.380>.

COSTA, Samira Lima da et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, set. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000301089&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 mai. 2020.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2016.

FERREIRA, AJ., org. **Relações étnico-raciais, de gênero e sexualidade: perspectivas contemporâneas** [online]. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2014, 182 p. ISBN 978-85-7798-210-3. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/btydh/pdf/ferreira-9788577982103.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2020.

FRAGA, W. Uma esmola “pelo amor de Deus”. A História da Pobreza. **História Viva**, São Paulo, ano XI, n. 131, set. 2014.

FRANCO, T. Fobia de Estado e a Resistência ao Recolhimento Compulsório de Bebês. **Revista Saúde em Redes**. v. 4. p. 85-98, 2018.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. **Censo da População em Situação de rua da cidade de Santos**. São Paulo, 2013.

GARCIA, D; RICHMOND, K. Maior favela de palafitas do Brasil enfrenta pandemia, incêndio e enchentes. **Folha de São Paulo**, São Paulo, sessão cotidiano, 02 jun. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/06/maior-favela-de-palafitas-do-brasil-enfrenta-pandemia-incendio-e-enchentes.shtml#:~:text=Maior%20comunidade%20de%20palafitas%20%E2%80%933tipo,cerca%20de%2026%20mil%20pessoas>. Acesso em 21 ago. 2020.

IBGE. **Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/santos.html>. Acesso em: 21 ago. 2020.

IBGE. **Produto Interno Bruto por Município**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?t=pib-por-municipio&c=3548500>. Acesso em: 21 ago. 2020.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. **Quem é Maria da Penha**. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-e-maria-da-penha.html>. Acesso em: 30 ago. 2020.

Jornal Vozes da Rua. Santos, São Paulo. Edição 00. 2019.

LIMA, V. Estupros, humilhações e agressões: a vida das mulheres em situação de rua. **Bem Blogado**, 29 nov. 2019. Disponível em: <https://bemblogado.com.br/site/estupros-humilhacoes-e-agressoes-a-vida-das-mulheres-em-situacao-de-rua/>. Acesso em: 18 mai. 2020.

LISSARDY, G. Crise da pandemia no Brasil está mais profunda por causa de Bolsonaro, diz Jeffrey Sachs. **BBB BRASIL**, sessão News Mundo, 24 de mai. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52744233>. Acesso: em 29 ago. 2020.

MACIEL, S. **Reforma (contrarreforma) do Estado**: reflexos na política de saúde. *In*: VIII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo1/reformacontrarreformadoe-stadoreflexosnapoliticadesaude.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2020.

MARTINELLI, A; ANTUNES, L. Janaína, a mulher que submetida a uma laqueadura sem consentimento. **HUFFPOST Brasil**, sessão mulheres, 11 jun. 2018. Disponível em: https://www.huffpostbrasil.com/2018/06/11/janaina-a-mulher-que-foi-submetida-a-uma-laqueadura-sem-consentimento_a_23456403/. Acesso em: 15 de ago. 2020.

MINAYO, M. C. S. (Org) & DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 31ª ed. Rio de Janeiro, Vozes, 2012.

MIRANDA, G. Aqueles que mais precisam e ninguém vê. **A Tribuna**, E1. 2 set. 2018.

MONTEIRO, Y., MOREIRA, M., OMS. C. Eu moro na luta: quem são as mulheres que lutam por moradia no Brasil. **Revista Azmina** (online). 26 mai. 2018. Disponível em: <https://azmina.com.br/especiais/eu-moro-na-luta/>. Acesso em: 17 abr. 2019.

Movimento Nacional da População de Rua. Conhecer para lutar. **Cartilha para formação política**. MNPR: outubro 2010. Disponível em: http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf. Acesso em: 18 mai. 2020.

NATHALINO, Marco Antônio Carvalho. **IPEA**. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf. Acesso em: 17 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS**. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em 20 ago.2020.

Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha informativa – COVID 19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875. Acesso em 15 jul. 2020.

PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3.

PEREIRA, T. Higienização social e disputas de projetos de cidade. **Revista Emancipa: o cotidiano em destaque**/ Revista do Conselho Regional de Serviço Social de São Paulo – CRESS 9ª Região. n.3, mai. 2018.

Prefeitura de Santos. **Conheça Santos**. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=hotsite/conheca-santos>. Acesso em 15 jul. 2020.

Prefeitura de Santos. **Endereços das Unidades**. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=servico/enderecos-das-unidades>. Acesso em 17 jul. 2020.

Prefeitura de Santos. **Pessoas em situação de rua terão refeições gratuitas no Bom Prato**. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/pessoas-em-situacao-de-rua-terao-refeicoes-gratuitas-no-bom-prato>. Acesso em 17 jul. 2020.

Prefeitura de Santos. **Programa Novo Olhar**: pessoas em situação de rua. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=hotsite/programa-novo-olhar>. Acesso em 15 jul. 2020.

POSSAS, C. de A. Descentralização e democratização do sistema de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 235-252. Disponível em:

http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 25 ago. 2020.

RIOS, A. **O fio de Ariadne: sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2017.

RODRIGUES, L.; CALLERO, J. **O direito fundamental à saúde para a população em situação de rua de Salvador**. Revista Juris Poiesis ano 18, nº 18, jan-dez. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.estacio.br/index.php/jurispoiesis/article/viewFile/1710/912>>. Acesso em 24 set. 2019.

ROSA, C. **Vidas de rua**. São Paulo: Hucitec: Associação Rede Rua, 2005.

ROSA, A., BRÊTAS, A. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo. **Interface**, Botucatu, v. 19, n 53. Ab./jun. 2015, p. 275-85, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832015000300275>

&script=sci_arttext#. Acesso em: 7 abr. 2019. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0221>.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed.- São Paulo: Brasil Urgente, 2011.

SANTOS, Mariane Cavalcante dos. **A (des)proteção social de mulheres mães nas ruas de Santos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de São Paulo, Santos 2018.

SIQUEIRA, P.; HERNANDEZ, M.; FURTADO, L.; FEUERWERKER, L.; MORENO, H.; SANTOS, H. “Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim...”. **Revista Saúde em Redes**. v. 4. p. 51-60. 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/919/259>. Acesso em: 15 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp51-59>.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação. SINAN. **Dados Epidemiológicos Sinan**. 13 maio 2016. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan>>. Acesso em 15 de julho de 2020.

SOUZA, M. É impossível coexistir SUS, Estado Mínimo e Austeridade. **Justificando**. 2 de jun. 2020. Disponível em: <https://www.justificando.com/2020/07/02/e-impossivel-coexistir-sus-estado-minimo-e-austeridade/>. Acesso em: 29 de ago. de 2020.

SOUZA, E.; SILVA, S.; CARICARI, A. Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. **Rev. Esc. Enferm.** USP: São Paulo, 2007; 41(Esp):810-4.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea11.pdf>. Acesso em: 11 set. 2020.

Universidade Santa Cecília. Núcleo de pesquisas e estudos socioeconômicos da Unisanta (NESE). **Ped- pesquisa de emprego e desemprego**. Disponível em: <http://ww2.nese.unisanta.br/Emprego/PED>. Acesso em: 21 ago. 2020.