



A saúde e a doença no contexto da rua: compreensão das mulheres

Health and disease in the street context: women's understanding

Salud y enfermedad en el contexto de la calle: la comprensión de las mujeres

Keila Cristina Costa dos Santos¹, Marília Emanuela Ferreira de Jesus¹, Andréia Vanessa Carneiro de Moraes¹, Larissa Santos da Silva Marques², Jeane Freitas de Oliveira¹, Dejeane de Oliveira Silva³, Eliana do Sacramento de Almeida¹, Maria Carolina Ortiz Whitaker¹.

RESUMO

Objetivo: Compreender a relação saúde e doença para mulheres em situação de rua. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com utilização de entrevista individual semiestruturada em um grupo de 5 mulheres que vivem em uma situação de rua assistidas pelo projeto social que se encontravam em uma Comunidade Terapêutica, denominada Harmonia, em um município do estado da Bahia. A coleta ocorreu entre os meses de outubro a dezembro de 2020. **Resultados:** No processo de análise foram organizadas duas categorias temáticas: "Saúde é prevenir e tratar doenças" em que a saúde aparece como sinônimo de cuidado, o Consultório na Rua como dispositivo integral e o apoio da espiritualidade. A segunda "Doença é ficar vulnerável nas ruas" o consumo de drogas foi apontado com doença e as relações sexuais com desconhecidos como um fator de risco para as mesmas. **Conclusão:** Dessa forma, nota-se que a relação com a saúde e a doença no contexto das ruas partilhado por essas mulheres estão ancorados a um modelo curativista de cuidado à saúde como também a percepção fortemente marcada pela vivência de privações, discriminações e exposição constante a riscos.

Palavras-chave: Saúde da mulher, Pessoas em situação de rua, Processo saúde-doença.

ABSTRACT

Objective: To understand the relationship between health and illness for women experiencing homelessness. **Methods:** This is a qualitative research using semi-structured individual interviews with a group of 5 women who experience homelessness and are assisted by the social project who were in a Therapeutic Community, called Harmonia, in a city in the state of Bahia. Data collection took place between October and December 2020. **Results:** During the analysis process, two thematic categories were identified. The first, "Health means preventing and treating diseases", revealed that health was perceived as synonymous with care, with the *Consultório na Rua* (Street Clinic) seen as a comprehensive care device, and spirituality providing support. The second category, "Illness means being vulnerable on the streets", highlighted drug use as an illness and sexual relations with strangers as a risk factor. **Conclusion:** It is evident that the women's perceptions of health and illness in the context of street life are rooted in a curative model of healthcare, as well as in experiences marked by deprivation, discrimination, and constant exposure to risk.

Keywords: Women's health, Homeless persons, Health-disease process.

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador - BA.

² Programa Multiprofissional de Residência da FIOCRUZ/FESFSUS, Salvador - BA.

³ Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus - BA.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la relación entre la salud y la enfermedad de las mujeres sin hogar. **Métodos:** Se trata de una investigación cualitativa mediante entrevistas individuales semiestructuradas con un grupo de 5 mujeres en situación de calle atendidas por el proyecto social que se encontraban en una Comunidad Terapéutica, denominada Harmonia, en un municipio del estado de Bahía. La recolección se realizó entre octubre y diciembre de 2020. **Resultados:** En el proceso de análisis se organizaron dos categorías temáticas: “La salud es prevenir y tratar enfermedades” en la que la salud aparece como sinónimo de cuidado, la Clínica de Calle como dispositivo integral y el apoyo de la espiritualidad. La segunda “Enfermedad es ser vulnerable en las calles”: el consumo de drogas se identificó como una enfermedad y las relaciones sexuales con desconocidos como un factor de riesgo para la misma. **Conclusión:** Así, se advierte que la relación con la salud y la enfermedad en el contexto de las calles compartidas por estas mujeres está anclada en un modelo curativo de atención a la salud así como en una percepción fuertemente marcada por la vivencia de privaciones, discriminación y exposición constante a riesgos.

Palabras clave: Salud de la mujer, Personas con mala vivienda, Proceso salud-enfermedad.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 1988) define saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não devendo esta ser considerada simplesmente como a ausência de doenças. Essa perspectiva ampliada de saúde vem sendo reconhecida frente aos órgãos governamentais, de modo que foi criado o Plano Nacional Ruas Visíveis, o qual reconhece e prioriza as pessoas em situação de rua a partir de sete eixos, incluindo a saúde (BRASIL, 2023).

A população em situação de rua é conceituada como um grupo heterogêneo, marcado pela ausência de moradia adequada, condições de extrema pobreza e vínculos familiares rompidos ou enfraquecidos. Essas pessoas utilizam espaços públicos e áreas degradadas tanto para viver quanto para buscar meios de subsistência, de forma temporária ou permanente (BRASIL, 2009).

No Brasil a população em situação de rua cresceu 38% entre 2019 e 2022, quando atingiu 281.472 pessoas segundo os dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2022). Em um município da Bahia, apenas 24% da população em situação de rua acessou o serviço de atenção psicossocial para cuidados à saúde, 33% dessas pessoas costumam realizar suas necessidades fisiológicas na rua, 41% não obteve atendimento médico, e 61% informaram problemas com uso SPA (CARVALHO J, et al., 2016). Diante do acesso restrito, infere-se que esses sujeitos criam estratégias de cuidado a partir de suas experiências, ratificando a presença de fatores externos na relação do cuidado à saúde (QUEIROZ GVR, et al., 2022).

As mulheres em situação de rua, encontram-se em números menores, tornando-as mais vulneráveis por estarem em um contexto permeado por preconceitos, desigualdade de gênero além de estigmatizadas pela sociedade ao serem vistas por não valorizarem a família (VILLA EA, et al., 2017; BISCOTTO PR, et al., 2016). Essa visão da sociedade, se dá, pelo papel social muitas vezes remetidos às mulheres, sendo consideradas aquelas que devem manter o lar, a família e a vida doméstica. A ida das mulheres para as ruas está relacionada a experiências progressivas, vivenciadas desde a infância, como abuso físico e emocional, maus tratos, exploração financeira, intimidação sexual, estresse ambiental e exposição ao crime (BARROS KCC, et al., 2020).

Corroborando com essa abordagem, um estudo revelou que 62,7% das mulheres em situação de rua deixaram suas casas devido problemas familiares, 34,8% por questões econômicas; e das 128 mulheres que possuíam patologias, 19,7% foram parar nas ruas devido a problemas mentais (BISCOTTO PR, et al., 2016). Esses dados nos remetem a pensar e compreender que o caminhar dessas mulheres até as ruas, é permeado por violações que elas já vivenciavam, antes mesmo de estarem em situação de rua.

A partir disso, este estudo surge no intuito de conhecer as particularidades das experiências sociais, que perpassam pelo cuidado, e estratégias de resistência, além de dar visibilidade ao protagonismo dessas mulheres em relação à saúde e à doença. Dessa forma, questiona-se: Como as mulheres compreendem a relação saúde e doença no contexto das ruas? Sendo assim, o objetivo é compreender a relação saúde e doença para mulheres em situação de rua.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual possibilita a aproximação do sujeito investigador com um conjunto de substantivos que complementam: experiência, vivência, senso comum e ação (MINAYO MC, 2020).

Tal enfoque científico busca atender a complexidade das relações construídas numa sociedade cada vez mais diversa em suas produções de sentidos. Assim, os estudos qualitativos têm se preocupado com o significado dos fenômenos e dos processos sociais, levando em consideração as motivações, crenças, valores e representações que permeiam a rede de relações sociais (GIL AC, 2010).

O grupo investigado foi constituído de 5 (cinco) mulheres que vivenciam a situação de rua assistidas pelo projeto social Cuidando da Maloca, que se encontravam em uma Comunidade Terapêutica, denominada Harmonia, em um município do estado da Bahia. A referida Comunidade tem cooperação técnica e financeira com a Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS), visando o desenvolvimento de ações gratuitas para o acolhimento residencial transitório e tratamento psicossocial de usuárias de substâncias psicoativas, que se encontrem em situação de vulnerabilidade e risco social.

O acesso às mulheres da Comunidade Terapêutica Harmonia se deu em virtude do projeto social “Cuidando da Maloca”. Este projeto foi criado em 2017, com objetivo promover assistência de Enfermagem para a população em situação de rua através da capacitação dos estudantes da graduação (BARROS KCC e BARROS MO, 2020).

O projeto tem parceria com o Movimento Nacional da População de Rua – Núcleo Feira de Santana, Pastoral do Povo da Rua. Em 2021 este projeto foi premiado pelo Conselho Federal de Enfermagem do Brasil, passando a compor o conjunto de Iniciativas do *Nursing Now* Brasil.

Ao iniciar a pesquisa foi informado a cada participante os objetivos do estudo, método de coleta e preceitos éticos. Para produção dos dados utilizamos a entrevista individual semiestruturada. As entrevistas foram gravadas em celular, obtendo em média 20 (vinte) minutos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

A produção dos dados ocorreu entre os meses de outubro a dezembro de 2020 e foram analisados de acordo com as etapas da análise de conteúdo temática proposta por Minayo (MINAYO MCS, 2013), que visa a compreensão de fenômenos sociais e do comportamento humano a partir da investigação dos mesmos. Para isso, a autora propõe a organização em 3 etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos dados e interpretação.

A fim de manter o anonimato, as mulheres foram identificadas como Entrevistada e enumeradas em ordem crescente (1, 2, 3, 4, 5), conforme a ordem de entrevistas realizadas. Foram atendidos os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos apresentados na Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS) que recomenda as seguintes observações: a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a ponderação entre os riscos e benefícios, a garantia de que danos previsíveis serão evitados e a relevância social da pesquisa (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre de Feira de Santana, sob o nº CAAE 13354918.5.0000.5654 e aprovado sob parecer nº 3.758.100. Visando a garantia da qualidade da apresentação dos dados, foram consideradas as diretrizes do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização dos grupos vulnerabilizados é extremamente relevante quando realizamos pesquisas qualitativas, oriundos das suas singularidades e peculiaridades. A forma com que as populações são estratificadas de acordo com fatores como ocupação e renda, escolarização, gênero, raça/etnia, geração, por vezes moldam determinantes específicos do estado de saúde e refletem o lugar dessas pessoas nas hierarquias sociais, levando-as a experimentar diferentes exposições e vulnerabilidades a condições comprometedoras da saúde conforme a World Health Organization (WHO, 2010).

Assim, as participantes desta pesquisa foram cinco mulheres em situação de rua, nascidas e moradoras do município de Feira de Santana-BA, que vivem em situação de rua há mais de nove anos, que se autodeclararam da raça/cor negra; solteiras; com idade entre 24 e 46 anos; economicamente ativas; com grau escolaridade ensino fundamental e todas com mais de um filho. As mulheres relataram vivenciar desigualdades no acesso à saúde.

Os caminhos através dos quais a desigualdade prejudica a saúde destas mulheres estão relacionados a fatores que envolvem a privação econômica e social; o excesso de exposição a toxinas, perigos e patógenos; o trauma social, ou estresse tóxico; respostas à discriminação que podem ser danosas à saúde; e cuidados médicos (inclui-se aqui, cuidados multiprofissionais em saúde) inadequados. Este conjunto de fatores dificulta a real percepção do que vem a ser saúde e dos direitos historicamente negados às mulheres em situação de rua, repercutindo na compreensão em relação à saúde e à doença (RIOS AG, et al., 2021).

No processo de análise foram organizadas duas categorias temáticas: **“saúde é prevenir e tratar doenças”** e **“doença é ficar vulnerável nas ruas”**. Na primeira categoria temática **“Saúde é prevenir e tratar doenças”** a saúde aparece como sinônimo de cuidado, como pode ser visto nos trechos abaixo:

***Entrevistada 1:** Saúde para mim. Oi, você sabe que dor de dente é terrível! Saúde para mim é você fazer limpeza no dente, fazer tratamento no dente, arrancar o dente que tá furado. Saúde para mim é cuidar do estômago quem tem problema de gastrite! Saúde pra mim é...é...saúde pra mim é isso aí, arrancar meu dente, fazer limpeza no dente, arrancar meu dente que tá furado, é cuidar do meu estômago que tá inflamado, tenho problema de gastrite. Ainda mais que eu tenho cisto no útero, eu tenho que me operar desse cisto no útero.*

***Entrevistada 2:** Uma pessoa que trata da sua vida, da sua saúde, faz seus exames, se cuida, fora de droga, se cuida.*

***Entrevistada 3:** Saúde é se cuidar, se tratar, evitar, não ter as doenças que é bem possível a pessoa que tá na rua ter! Fica vulnerável a todo tipo de doença. É tentar evitar essas doenças.*

Pelas falas das participantes, ter saúde está associado ao fato de realizar exames e tratamentos de acordo com suas necessidades. Partindo do pressuposto da subjetividade vinculada aos sentidos atribuídos por estas mulheres, que se encontram em situações extremas de vulnerabilidade, podemos inferir que para as mesmas, conseguirem algum tipo de cuidado, mesmo que curativo, desperta a sensação de estar saudável.

As construções sociais em torno dos conceitos saúde e doença, consolidadas ao longo do tempo, remete à visão antagonista, de saúde enquanto ausência de doença, pautada no modelo biomédico que foca suas ações na patologia, desconsiderando o indivíduo e suas especificidades. Tais afirmações, embora tenham conformado o modelo de atenção à saúde durante várias décadas, vem cedendo espaço nos últimos trinta e cinco anos, para um modelo de atenção à saúde que tem foco na prevenção de doenças e promoção da saúde, e que para tal adota o conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), enquanto um estado de completo bem-estar físico, mental e social (RIOS AG, et al., 2021). Em um estudo utilizando a cartografia com mulheres em situação de rua, verificou-se que a dimensão do cuidado foi apontada como difícil e complexo no campo da saúde conforme preconizado pelo modelo higienista (BRASIL, 2011). A referida pesquisa mostrou também que de modo geral, as demandas de cuidado de mulheres em

situação de rua geralmente fogem da rotina dos serviços de saúde e da zona de conforto dos profissionais que as atendem (RIOS AG, et al., 2021).

Em relação aos equipamentos de saúde disponíveis e que as mesmas conseguem acesso efetivo, o Consultório na Rua (CnaR), estratégias da Atenção Básica para reafirmação e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), formada por uma equipe multiprofissional, objetivando a garantia do acesso, a inclusão e o cuidado da população em situação de rua à saúde (BRASIL, 2011), foi apontado:

Entrevistada 3: *Hoje por ter o consultório de rua, é bem mais fácil de se tratar. Então por ter o consultório na rua, a gente tem várias formas de se tratar e não pegar nenhuma doença, não tá acessível às doenças por causa do consultório na rua.*

Entrevistada 4: *Aqui mesmo nunca tem remédio, às vezes eu mando comprar uma cartela de dorflex guardo, porque eu sinto muita dor de cabeça, e os médicos daqui é mais consultório na rua, eles vêm mês em mês. Por sinal, estou até esperando eles pra marcar meu pré-natal.*

A condição de vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres em situação de rua não assegura condições básicas de vida. Essas mulheres enfrentam muitas vezes dificuldades para o acesso à educação - o que se confirma dentre as cinco participantes deste estudo, e se depararam com dificuldades para obter cuidados com higiene e saúde. Diante do sofrimento cotidiano, do excesso de exposição a toxinas e perigos, e à falta de possibilidades de melhorias, há perda gradativa da autoestima e, por conseguinte, a ausência de preocupação com o autocuidado (NARDES S e GIONGO CR, 2021).

Deste modo, é necessário conhecer e considerar as especificidades de mulheres vivendo em situação de rua suas experiências e vivências, com vistas a qualificação da assistência prestada, assegurando um atendimento respeitoso e que atenda minimamente suas demandas de saúde. Neste sentido, o CnaR surge como dispositivo que objetiva atender integralmente as demandas de saúde e ampliar o acesso aos serviços de saúde e cuidados, através da identificação e acolhimento no território ou no serviço mais próximo (NARDES S e GIONGO CR, 2021; OLIVEIRA MA, et al., 2021).

Nessa pesquisa foi mencionado o reconhecimento das equipes de Consultórios na Rua (eCnaR) como estratégia que facilita o seu acesso à atenção à saúde, como retrata a fala de Kalilândia 1. Remete ainda para os avanços recentes nas políticas públicas de saúde, reforçando que é imprescindível, através de ações intersetoriais, a garantia dos direitos básicos, como cuidados à saúde, educação, higiene, condições de dignidade, entre outros. Tais ações auxiliam na promoção da autonomia dos indivíduos em uma sociedade excludente e desigual (OLIVEIRA MA, et al., 2021). Torna-se importante ressaltar o estigma e os preconceitos vivenciados pelas mulheres em situação de rua e a forma como geralmente são atendidas, por meio de desqualificação e descrédito, o que lhes impõem sentimentos de vergonha e humilhação, com potencial para repercutir negativamente sobre seus modos de vida e sobre o seu cuidado à saúde (ESMERALDO AFL e XIMENES VM, 2022). Nessa pesquisa, o exercício da religiosidade se apresentou como elemento que promove saúde nas ruas, como pode ser visto nas falas abaixo:

Entrevistada 1: *Saúde para mim é você não ter enfermidade nenhuma, é você ter um bom estar, acordar de manhã, orar, conversar com Deus, louvar, é você acordar de bem com a vida. Saúde pra mim é você esquecer os problemas, esquecer as coisas ruins, esquecer aquelas pessoas que faz mal para você e pensar em coisas boas. Isso pra mim que é saúde!*

Entrevistada 5: *Primeiro lugar eu procuro Deus, mas só que não tem como ninguém ouvir a voz de Deus.*

A religiosidade e/ou espiritualidade são apontadas como uma estratégia de enfrentamento aos fatores de risco, fator de proteção e cuidado para grupos vulneráveis, sobretudo no que tange a saúde mental, possibilitando a criação de vínculos e permitindo a construção do sentimento de pertencimento a uma comunidade (CORTEZ AC e BARROSO PF, 2023).

A dinamicidade que cerne a vida nas ruas, com suas complexidades, a espiritualidade apresenta-se, para muitas pessoas em situação de rua, como forma de lidar com a dores e doenças, reproduzindo dessa forma, modos de subjetivação.

No entanto, a espiritualidade está muito mais guiada pela modificação do estilo de vida do que necessariamente na cura das enfermidades, trata-se de trazer significado à existência dos indivíduos, não havendo a obrigatoriedade de envolvimento com comunidades ou cultos religiosos, como na religião (FILHO FJR et al, 2020). Assim os aspectos relacionados à espiritualidade e ou religiosidade estão intimamente relacionados à saúde, envolvendo várias dimensões, não apenas as questões biológicas, mas também os paradigmas mentais, sociais e culturais (CASTILHO CN e CARDOSO PT, 2015).

A vivência em situação de rua expõe as mulheres a situações de extrema vulnerabilidade, sobretudo no exercício da sexualidade, de modo que, um desafio apontado pelas mulheres participantes desta pesquisa é a convivência com as doenças. Dessa forma, surge a segunda categoria temática **“doença é ficar vulnerável nas ruas”**, em que o consumo de drogas foi apontado com doença e as relações sexuais com desconhecidos como um fator de risco para as mesmas. Ambas de forma interligadas e determinantes no contexto da rua. No que tange ao uso de drogas, o *crack* foi apontado como uma doença e também como um fator potencializador de vulnerabilidades e, suscetibilidade a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), em especial quando estão sob efeito de drogas e/ou utilizam o sexo como moeda de troca para sustentar a dependência.

Entrevistada 5: *Essa doença que eu tenho do crack, é a pior do mundo, a pior doença que tem no mundo é essa, não existe, ter uma coisa incontrolável, é uma coisa ligeira. O que mais prejudica a saúde é a questão de sexualidade, envolvimento. Mulheres são capazes de fazer...eu mesmo não tenho vergonha de falar infelizmente, fui capaz de me envolver com vários homens por causa de droga, e ali como eu vou saber, eu só Deus pra tá dentro de mim, infelizmente.*

Entrevistada 3: *O crack, o crack ele debilita a pessoa.*

Entrevistada 2: *O que eu peguei, Tuberculose! A esfriedade, o frio, dormir debaixo de chuva, doença, uma AIDS, porque a pessoa quando está drogado não tá nem aí, pagou, tá com dinheiro na mão, pagou ai está abrindo as pernas, pra falar verdade sincera, sou sincera, pegar uma doença.*

Entrevistada 1: *Eu vejo ruim, porque a gente precisa muito de cuidar da saúde! A saúde está em primeiro lugar, é muito bom a pessoa se prevenir, cuidar da saúde. Você vê que gente que mora na rua, mulheres que moram na rua, atraem muitas doenças, porque você se envolve com esses homens de rua, não sabe se ele tem AIDS, se ele tem diabetes, se ele tem sífilis, o que é que ele tem né!?*

Entrevistada 3: *Não me envolvia com ninguém para não ter relação sexual, para não atrair uma situação, uma gravidez, era essas coisas.*

Muitas mulheres em situação de rua, como nos relatos supracitados, acabam aderindo às práticas indignas, quando realizam a troca do sexo pela droga, pois como foi evidenciado, o uso da droga é uma rotina, e essa condição gera a possibilidade de uma gestação, como salienta Kalilândia, em muitos casos, não desejado (BARROS KCC, et al., 2020a). Estudo realizado com pessoas em situação de rua, mostrou que a droga é representada tanto com elementos de conotação negativa, expressado pelos termos “destruição”, “coisa ruim” e “tristeza”, quanto como um objeto que promove prazer, sobrevivência, e seu uso está relacionado ao contexto da rua, apesar de potencializar outras vulnerabilidades (CAMPOS LCM, et al., 2020).

A droga é representada pelas participantes como um elemento de conotação negativa, sendo considerado uma doença por expor essas mulheres a situações que comprometem de forma significativa a sua saúde, ao deixar suscetível ao surgimento de outras doenças. As participantes apontaram que ser mulher em situação de rua, impõe vulnerabilidades para agravos e danos à saúde, de acordo com os trechos abaixo:

Entrevistada 3: *Por ser mulher é bem mais fácil pegar uma doença né! É bem mais fácil pegar doença porque você fica mais vulnerável de todas as formas, de todas as formas a mulher fica vulnerável na rua. Não tem mulher que diga que não fica vulnerável na rua.*

Entrevistada 1: *O que mais prejudica a saúde é ficar na rua, é ter contato com pessoas que não estão do seu agrado, pessoas ruins né! Porque essas pessoas do mundo só fazem você usar drogas, você beber, você se prostituir, só atrai o que não presta, porque coisa boa não atrai né!*

Ao tempo, que as mulheres reconhecem situações de maior exposição que podem levá-las ao comprometimento da sua saúde, mesmo havendo o medo e ciência dos riscos, a vivência na rua e necessidade de sobrevivência nesse espaço, conduzem as suas existências cotidianas. Pois, como elas mesmas trazem, *“a mulher na rua fica mais vulnerável de todas as formas”*.

O existir dessas mulheres na situação de rua é envolto de uma rotina de dificuldades, humilhações, discriminação, preconceitos, racismo e violências de diversas formas, aos olhos de uma sociedade que as veem como indignas, o qual as expõem as diversas doenças (BARROS KCC, et al., 2020).

CONCLUSÃO

Nota-se que a compreensão de saúde e doença entre as mulheres em situação de rua está fortemente ancorada tanto ao modelo biomédico e curativista de cuidado quanto com a percepção fortemente marcada pela vivência de privações, discriminações e exposição constante a riscos. Assim, mesmo com os avanços das políticas públicas, há barreiras significativas para a autonomia e a dignidade dessas cidadãs. Como limitação, pode-se caracterizar um número reduzido de participantes, o que restringe a generalização dos resultados e o período curto além da exploração dos aspectos subjetivos com abordagens interdisciplinares e longitudinais. Diante disso, sugere-se novos estudos com ampliação da amostra e recorte temporal e incorporação de outras metodologias e de práticas intersetoriais no cuidado a esse grupo. Assim, será possível avançar na implementação de políticas públicas mais sensíveis, inclusivas e efetivas, e na avaliação das ações voltadas à promoção da saúde e cidadania dessas mulheres a partir de uma abordagem ampliada de saúde.

REFERÊNCIAS

1. BARROS KCC, BARROS MO. Cuidando da Maloca: relato e experiência sobre o cuidado de enfermagem as pessoas em situação de rua. Rev. Extensão, 2020; 17: 33-40.
2. BARROS KCC, et al. Mulheres da maloca: vivências no contexto das ruas. Enfermagem Brasil, 2020a; 19(5): 394-402.
3. BARROS KCC, et al. Vivências de cuidado por mulheres que gestam em situação de rua. Revista Rene, 2020; 21: e43686.
4. BISCOTTO PR, et al. Compreensão de vivência de mulheres em situação de rua. Revista da Escola de Enfermagem USP, 2016; 50(5): 750-756.
5. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.
6. BRASIL. Decreto 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, 2009.
7. BRASIL. Portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes do Consultório na Rua. Brasília, 2011.
8. BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2012.

9. BRASIL. Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2016.
10. BRASIL. Vice-Presidência. Planalto. Governo federal lança “Plano Ruas Visíveis - Pelo direito ao futuro da população em situação de rua” com investimento de cerca de R\$ 1 bilhão. Brasília, DF. 11 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-federal-lanca-201cplano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investimento-de-cerca-de-r-1-bilhao>. Acessado em: 10 de agosto de 2024.
11. CAMPOS LCM, et al. Na rua, a droga é destruição e cortiço: um estudo em representações sociais. *Rev. Eletr. Enferm.*, 2020; 22: 1-8.
12. CARVALHO J, et al. Somos Invisíveis? Conhecendo a população de Usuários (as) de Drogas em Situação de Rua de Feira de Santana. Editora: ACN. Feira de Santana -BA, 2016.
13. CASTILHO CN, CARDOSO PT. Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade. *REFACS*, 2015; 3(1): 28-39.
14. CORTEZ AC, BARROSO PF. Espiritualidade como categoria resultante de interações (conflituosas) entre comunidades terapêuticas e Estado. *Religião e Sociedade*, 2023; 43(1): 49-73.
15. ESMERALDO AFL, XIMENES VM. Mulheres em Situação de Rua: Implicações Psicossociais de Estigmas e Preconceitos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2022; 42: e235503.
16. FILHO FJR, et al. A relação entre saberes e práticas espirituais e o processo saúde-doença: revisão integrativa. *Rev Enferm Contemp.*, 2020; 9(2): 255-264.
17. GIL ANTONIO C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
18. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil. 2022.
19. MINAYO MCS. Pesquisa Social Qualitativa para Compreensão da COVID-19. *Enferm. Foco*, 2020; 11(3): 4-5.
20. MINAYO MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
21. NARDES S, GIONGO CR. Mulheres em situação de rua: memórias, cotidiano e acesso às políticas públicas. *Revista Estudos Feministas*, 2021; 29(1): e66011.
22. OLIVEIRA MA, et al. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. *Rev. esc. enferm. USP*, 2021; 55: e03744.
23. QUEIROZ GVR, et al. A systematic review of the effect of stigma on the health of people experiencing homelessness. *Health Soc Care Community*, 2022.
24. RIOS AG, et al. A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: Uma cartografia com mulheres em situação de rua. *Cien Saude Colet.*, 2021; 26(08): 3077-3086.
25. VILLA EA, et al. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. *Rev. Enferm. UFPE on line*, 2017; 11(5): 2122-2131.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. TEAM Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Genebra, 2010.