



MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: VIOLÊNCIA, INTERSECCIONALIDADE, ACESSO À SAÚDE E JUSTIÇA REPRODUTIVA

Cássia Rozária da Silva Souza

Universidade do Estado do Amazonas.
<http://lattes.cnpq.br/3871070918626174>
<https://orcid.org/0000-0001-9790-3713>
E-mail: crsouza@uea.edu.br

Frankly Cardoso Nunes Silva

Secretaria Municipal de Saúde de Parintins.
<https://lattes.cnpq.br/3642979811126203>
<https://orcid.org/0009-0006-5451-9483>
E-mail: nunescardoso74@gmail.com

Maria do Livramento Coelho Prata

Universidade do Estado do Amazonas.
<http://lattes.cnpq.br/2664876149819119>
<https://orcid.org/0000-0002-8486-4484>
E-mail: mprata@uea.edu.br

Yone Almeida da Rocha

Universidade do Estado do Amazonas.
<https://lattes.cnpq.br/8613343658580918>
<https://orcid.org/0000-0001-9407-469X>
E-mail: yoneroch@gmail.com

DOI-Geral: <http://dx.doi.org/10.47538/RPS-2026.V3N3>

DOI-Individual: <http://dx.doi.org/10.47538/RPS-2026.V3N3-04>

RESUMO: Este manuscrito analisa as condições de vida e as barreiras de acesso a direitos enfrentadas por mulheres em situação de rua, com ênfase nas relações entre violência, gênero, raça, classe, estigma, acesso à saúde, saúde sexual e reprodutiva e diversidade de identidades de gênero. Trata-se de revisão bibliográfica de caráter integrativo e analítico, construída a partir de sete artigos científicos anexados e complementada por referências teóricas, documentos normativos e legislação brasileira. Os estudos analisados convergem ao demonstrar que a situação de rua não pode ser compreendida apenas como ausência de moradia, mas como resultado e, simultaneamente, intensificador de processos de desproteção social. A violência física e sexual aparece como importante elemento precipitador da ida para as ruas, porém se insere em trajetórias marcadas anteriormente por pobreza, racismo, sexismo, desproteção na infância, precarização do trabalho e fragilidade das redes de proteção. A literatura também evidencia barreiras institucionais e relacionais no acesso aos serviços de saúde, incluindo discriminação, estigma, ausência de documentação, dificuldades de transporte e atendimento pouco sensível às especificidades dessas mulheres. A dimensão reprodutiva revela obstáculos à contracepção, ao pré-natal e ao aborto seguro, enquanto os estudos sobre mulheres negras e mulheres trans demonstram a necessidade de uma leitura interseccional. Conclui-se que a garantia de direitos exige políticas públicas



articuladas, cuidado em saúde territorializado e não discriminatório e estratégias capazes de reconhecer as diferenças internas da população feminina em situação de rua.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres em situação de rua. Violência de gênero. Interseccionalidade. Acesso à saúde. Justiça reprodutiva.

HOMELESS WOMEN IN BRAZIL: VIOLENCE, INTERSECTIONALITY, ACCESS TO HEALTHCARE, AND REPRODUCTIVE JUSTICE

ABSTRACT: This manuscript analyzes the living conditions and barriers to rights faced by women experiencing homelessness, emphasizing the relationships among violence, gender, race, class, stigma, access to health care, sexual and reproductive health, and gender identity diversity. It is a bibliographic review with an integrative and analytical approach, based on seven scientific articles provided for the study and complemented by theoretical references, normative documents, and Brazilian legislation. The reviewed studies converge in showing that homelessness cannot be understood merely as the absence of housing, but rather as both a consequence and an intensifier of processes of social deprivation. Physical and sexual violence emerges as an important trigger for entering homelessness, yet it is embedded in trajectories previously marked by poverty, racism, sexism, childhood neglect, precarious work, and fragile protection networks. The literature also identifies institutional and relational barriers to health care, including discrimination, stigma, lack of documentation, transportation difficulties, and services insufficiently responsive to the specific needs of these women. The reproductive dimension reveals barriers to contraception, prenatal care, and safe abortion, while studies on Black women and transgender women demonstrate the need for an intersectional approach. It is concluded that the protection of rights requires coordinated public policies, territorialized and non-discriminatory health care, and strategies capable of recognizing the diversity within the population of women experiencing homelessness.

KEYWORDS: Women experiencing homelessness. Gender-based violence. Intersectionality. Access to health care. Reproductive justice.

INTRODUÇÃO

A situação de rua constitui um fenômeno social complexo, multidimensional e atravessado por desigualdades históricas. No Brasil, a Política Nacional para a População em Situação de Rua reconhece essa população como heterogênea e associa sua condição à pobreza extrema, ao enfraquecimento ou rompimento de vínculos familiares e à inexistência de moradia convencional regular, além do uso de espaços públicos e unidades de acolhimento como lugares de moradia e sobrevivência (Brasil, 2009). Essa definição é relevante porque afasta uma compreensão simplificadora segundo a qual viver na rua



seria apenas uma circunstância individual ou uma consequência isolada de escolhas pessoais.

Quando o fenômeno é observado a partir da experiência das mulheres, tornam-se visíveis dimensões específicas de gênero. Richwin e Zanello (2023) demonstram, a partir de pesquisa clínico-qualitativa, entrevistas aprofundadas e aproximação etnográfica, que as violências físicas e sexuais aparecem como importantes deflagradores da ida para as ruas, mas não constituem uma causalidade absoluta. Elas incidem sobre trajetórias já marcadas por pobreza, fome, desproteção na infância, racismo, sexismo, precarização do trabalho, fragilidade das redes socioassistenciais e criminalização da miséria.

Essa distinção é fundamental. Se a violência é tomada exclusivamente como um episódio ocorrido imediatamente antes da chegada às ruas, perde-se a continuidade histórica das vulnerabilidades. A literatura analisada indica, ao contrário, um continuum de violências que atravessa a infância, a adolescência, a vida adulta e a própria experiência cotidiana nas ruas. A rua pode representar um espaço de risco e exposição, mas, em determinadas trajetórias, também aparece como alternativa diante de relações familiares e conjugais extremamente violentas (Richwin; Zanello, 2023).

O acesso aos serviços de saúde constitui outro eixo central. Alves et al. (2024), em revisão integrativa de dez artigos, identificaram que mulheres em situação de rua frequentemente procuram atendimento quando há necessidade intensa ou urgência, enfrentando discriminação por profissionais, barreiras documentais, estigma, dificuldades de acesso a serviços especializados e problemas relacionados a condições crônicas. O estudo aponta ainda a relevância das equipes de Consultório na Rua como porta de entrada importante para esse público.

A discussão torna-se ainda mais complexa quando se consideram raça e classe. Alves (2023) argumenta que mulheres negras em situação de rua são afetadas por expressões da colonialidade que se manifestam na desumanização do corpo negro, no racismo e na invisibilização de necessidades de saúde. O recorte racial não é, portanto, um complemento estatístico, mas uma dimensão analítica indispensável para



compreender por que determinados corpos encontram maiores obstáculos para serem reconhecidos como sujeitos de direitos.

Também é necessário considerar que a categoria “mulheres em situação de rua” não é homogênea. O censo da cidade de São Paulo analisado por Barboza (2023) identificou, no universo censitário de 2021, 31.884 pessoas em situação de rua, das quais 668 pessoas declararam identidades não cisgênero, constituindo o universo LGBTQIA+ analisado pelo estudo. Entre as pessoas LGBTQIA+ recenseadas, havia expressiva presença de mulheres trans, e o artigo evidencia desafios metodológicos e programáticos para o desenho de políticas públicas de saúde sensíveis às especificidades dessa população.

O estudo de Marcus et al. (2024), realizado nos Estados Unidos com 1.566 mulheres trans, reforça essa dimensão. Embora seus dados não possam ser transferidos diretamente para o contexto brasileiro, eles ajudam a evidenciar como violência por parceiro íntimo, sexo forçado, discriminação habitacional, encarceramento, pobreza e baixo suporte social podem se associar a períodos mais longos de ausência de moradia. A utilização desse estudo neste manuscrito tem, portanto, finalidade comparativa e não de generalização para a realidade brasileira.

A saúde sexual e reprodutiva também precisa ser compreendida como parte da proteção integral. Brott e Townley (2023) identificaram, em revisão de 21 artigos, barreiras à contracepção, ao aborto medicamentoso e ao pré-natal entre mulheres e jovens sem moradia, organizando os obstáculos em níveis individual, relacional e contextual. A justiça reprodutiva, nesse sentido, amplia a análise para além da disponibilidade formal de serviços, considerando a possibilidade concreta de decidir se, quando e em que condições reproduzir, receber cuidado durante a gestação e exercer autonomia sobre o próprio corpo.

Partindo dessas contribuições, o objetivo deste manuscrito é analisar como violência, gênero, raça, classe, estigma, orientação sexual e identidade de gênero se articulam na produção de vulnerabilidades e barreiras de acesso à saúde entre mulheres em situação de rua. Busca-se, ainda, discutir as respostas institucionais previstas no



ordenamento brasileiro e apontar elementos necessários para políticas públicas intersetoriais e sensíveis às diferenças.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo caracteriza-se como revisão bibliográfica de caráter integrativo e analítico. O corpus principal foi composto por sete artigos científicos disponibilizados para análise: Richwin e Zanello (2023), sobre violência e mulheres em situação de rua; Esmeraldo e Ximenes (2022), sobre estigma e preconceito; Alves (2023), sobre mulheres negras, colonialidade e acesso à saúde; Alves et al. (2024), sobre acesso de mulheres em situação de rua aos serviços de saúde; Barboza (2023), sobre a população LGBTQIA+ em situação de rua em São Paulo; Brott e Townley (2023), sobre justiça reprodutiva; e Marcus et al. (2024), sobre mulheres trans em situação de rua nos Estados Unidos.

A leitura foi orientada por quatro eixos analíticos: a) trajetórias de violência e produção da situação de rua; b) estigma, preconceito e efeitos psicossociais; c) acesso à saúde e barreiras institucionais; e d) especificidades produzidas pela interseção entre gênero, raça, classe e identidade de gênero, incluindo a dimensão sexual e reprodutiva.

Os artigos apresentam desenhos metodológicos distintos. Richwin e Zanello (2023) realizaram nove entrevistas aprofundadas e pesquisa de campo de cunho etnográfico. Esmeraldo e Ximenes (2022) desenvolveram pesquisa qualitativa com sete mulheres em situação de rua em Maracanaú, no Ceará, utilizando entrevistas em profundidade e análise de conteúdo. Alves (2023) desenvolveu um ensaio fundamentado em experiência profissional no Consultório na Rua, articulando literatura e reflexão sobre colonialidade. Alves et al. (2024) realizaram revisão integrativa com dez artigos selecionados nas bases LILACS, MEDLINE, SciELO e PubMed. Barboza (2023) analisou dados censitários da cidade de São Paulo. Brott e Townley (2023) realizaram revisão integrativa da literatura, com 21 artigos incluídos. Marcus et al. (2024) analisaram dados da National HIV Behavioral Surveillance Among Transgender Women, referentes a sete áreas urbanas dos Estados Unidos.



Além do corpus principal, foram consultados documentos normativos e referências teóricas para contextualização jurídica e conceitual, especialmente a Constituição Federal, a Lei nº 8.080/1990, o Decreto nº 7.053/2009, a Portaria nº 122/2011, a Portaria nº 992/2009, além de autores associados às categorias de violência estrutural, estigma e interseccionalidade.

Não se pretendeu realizar uma revisão sistemática com estimativa de efeito ou metanálise. A finalidade foi integrar resultados qualitativos, quantitativos, censitários e teóricos presentes no material selecionado, identificando convergências, diferenças e lacunas. Da mesma forma, os resultados internacionais foram utilizados para ampliar a discussão, sem serem apresentados como evidência diretamente representativa da realidade brasileira.

SITUAÇÃO DE RUA COMO FENÔMENO SOCIAL E QUESTÃO DE DIREITOS

A definição jurídica brasileira de população em situação de rua é um ponto de partida importante para deslocar o debate da moralização para a garantia de direitos. O Decreto nº 7.053/2009 instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e definiu essa população como um grupo heterogêneo, marcado pela pobreza extrema, por vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e pela inexistência de moradia convencional regular (Brasil, 2009). Essa concepção reconhece que a situação de rua envolve dimensões econômicas, familiares, territoriais e institucionais.

A literatura analisada reforça esse entendimento. Richwin e Zanello (2023) destacam que o problema não se limita à falta de moradia, pois as pessoas nessa condição sofrem destituições de capitais econômicos, culturais e sociais e têm suas vidas atravessadas por violências e estigmatizações. Esmeraldo e Ximenes (2022) igualmente identificam que a vida nas ruas envolve relações de poder, processos de exclusão, invisibilidade perante políticas públicas e práticas discriminatórias.

A situação de rua, portanto, pode ser entendida simultaneamente como expressão de desigualdades anteriores e como contexto que intensifica vulnerabilidades. Essa dupla dimensão impede interpretações lineares. A ausência de moradia pode aumentar a



exposição à violência, dificultar o acesso a alimentação, higiene, descanso e serviços de saúde e, ao mesmo tempo, resultar de processos prévios de violência, precarização e ruptura de vínculos.

No caso das mulheres, a própria ocupação do espaço público possui dimensão de gênero. Alves (2023) observa que as ruas, viadutos, marquises e demais espaços de sobrevivência são historicamente ocupados majoritariamente por homens, fazendo com que mulheres que passam a viver nesses territórios enfrentem abusos físicos, morais e sociais e novas formas de retaliação. A saída do espaço privado, portanto, não significa simplesmente deslocamento geográfico: envolve a exposição a outras normas, controles e violências.

Esse cenário deve ser articulado ao direito à saúde. A Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). A Lei nº 8.080/1990, por sua vez, estabelece a universalidade do acesso e a integralidade da assistência como princípios do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990).

A existência de normas universais, contudo, não garante automaticamente acesso material. A diferença entre direito formal e direito efetivamente usufruído aparece de maneira recorrente nos artigos analisados. Mulheres podem possuir o direito abstrato de acessar serviços, mas encontrar obstáculos concretos relacionados à documentação, transporte, horários, estigma, discriminação, violência e ausência de serviços adequados às suas necessidades.

VIOLÊNCIA DE GÊNERO E PRODUÇÃO DAS TRAJETÓRIAS DE RUA

A violência é um dos eixos mais consistentes do conjunto analisado. Richwin e Zanello (2023) demonstram que as violências físicas e sexuais praticadas por homens estiveram estreitamente relacionadas à transição das mulheres entrevistadas para a situação de rua. Entretanto, as autoras ressaltam que tais eventos não constituem



causalidade isolada: funcionam como deflagradores em trajetórias que já estavam submetidas a múltiplas formas de precarização.

Essa distinção entre causa única e elemento precipitador é essencial. A experiência da violência doméstica, por exemplo, pode levar uma mulher a deixar sua residência para proteger a própria vida, mas a existência de uma rede de proteção frágil pode fazer com que essa saída resulte em situação de rua. Assim, a análise deve considerar não apenas o ato violento, mas as condições sociais que determinam as alternativas disponíveis após a violência.

O estudo de Richwin e Zanello (2023) identifica, antes da ida às ruas, desproteção na infância, trabalho infantil, interrupção da escolarização, dificuldades de geração de renda, trabalhos precários, ineficiência de redes socioassistenciais e envolvimento em atividades criminais e encarceramento. Esses elementos não atuam necessariamente de forma isolada. Eles podem se reforçar e estreitar progressivamente as possibilidades de escolha.

A violência também persiste após a chegada às ruas. Os relatos analisados apontam agressões físicas e sexuais, violência de parceiros íntimos, violência policial e violência relacionada ao tráfico de drogas. Ao lado das agressões mais visíveis, aparecem violências vinculadas às necessidades elementares: alimentação, higiene, sono e proteção. O estudo descreve ainda situações em que a submissão à violência ou a relações violentas pode ser utilizada como estratégia de sobrevivência.

A noção de violência estrutural permite compreender essa continuidade. Para Farmer (2004; 2017), o sofrimento pode ser produzido por mecanismos sociais e históricos que distribuem desigualmente riscos, oportunidades e proteção. Nessa perspectiva, pobreza, racismo e sexismo não são apenas características individuais das trajetórias, mas forças sociais que podem limitar escolhas e produzir danos.

A análise de Esmeraldo e Ximenes (2022) acrescenta a dimensão do estigma. A pesquisa com sete mulheres em Maracanaú revelou processos de desqualificação e descrédito, associados a sentimentos de humilhação e vergonha. As participantes descreveram situações em que a presença de uma mulher na rua era percebida a partir de



julgamentos morais sobre sua sexualidade, comportamento, maternidade e capacidade de cuidado.

O estigma produz efeitos que ultrapassam a dimensão simbólica. Quando a pessoa internaliza expectativas de desvalorização, pode reduzir sua procura por serviços, evitar espaços institucionais ou desenvolver estratégias de ocultamento. Em sentido inverso, práticas institucionais que tratam a mulher como suspeita, incapaz ou moralmente inferior reforçam a própria dinâmica de exclusão.

A perspectiva de gênero também ajuda a compreender por que determinadas condutas são interpretadas de maneira diferente. Esmeraldo e Ximenes (2022) mostram que as mulheres entrevistadas são avaliadas à luz de expectativas de feminilidade, docilidade, maternidade e responsabilidade familiar. A mulher em situação de rua pode ser simultaneamente exposta à violência e responsabilizada pela própria exposição.

RAÇA, COLONIALIDADE E INTERSECCIONALIDADE

A dimensão racial atravessa de modo decisivo o conjunto dos estudos. Alves (2023) problematiza a presença majoritária de pessoas negras na população em situação de rua e pergunta de que forma essa composição afeta o acesso das mulheres negras aos cuidados de saúde. A autora utiliza a categoria colonialidade para analisar processos de desumanização e naturalização da desigualdade.

A colonialidade, na formulação apresentada por Alves (2023), não depende da permanência de colônias formais. Trata-se de uma lógica que pode continuar produzindo hierarquizações, subalternização e invisibilidade. Aplicada à saúde, essa abordagem chama atenção para a forma como determinados corpos podem ser reconhecidos menos prontamente como merecedores de cuidado.

Os dados apresentados no artigo são ilustrativos. Na cidade de São Paulo, entre as pessoas em situação de rua recenseadas, mulheres autodeclaradas pardas e pretas constituíam parcela expressiva do segmento feminino. O estudo registra que 68% das mulheres em situação de rua eram negras, considerando pretas e pardas, no recorte



analisado. Esse dado não deve ser tratado como explicação automática da situação de rua, mas como evidência da necessidade de incorporar raça e gênero à interpretação das desigualdades.

A interseccionalidade, formulada por Crenshaw (1989), contribui para compreender que discriminações podem ocorrer de forma combinada e produzir experiências que não são explicadas adequadamente pela análise isolada de um único marcador. No caso das mulheres negras em situação de rua, gênero, raça e classe se articulam com a própria condição territorial e socioeconômica.

Akotirene (2019) destaca que a interseccionalidade não corresponde simplesmente à soma de opressões. Ela permite observar como diferentes sistemas de poder se encontram e moldam experiências concretas. Essa abordagem é especialmente pertinente quando se analisa a mulher negra em situação de rua: sua experiência de gênero não é idêntica à de uma mulher branca, e sua experiência racial não pode ser dissociada da pobreza e da ausência de moradia.

O artigo de Alves (2023) evidencia que racismo estrutural e institucional, sexismo e classismo podem operar como barreiras ao acesso aos direitos sociais. A autora destaca que a invisibilidade das demandas específicas favorece tratamentos genéricos, dificultando a construção de respostas adequadas.

A interseccionalidade também impede a construção de uma imagem única da “mulher em situação de rua”. Mulheres cisgênero, mulheres negras, mulheres trans, mulheres lésbicas, mulheres com deficiência, mulheres idosas, gestantes e mulheres com filhos podem compartilhar a ausência de moradia, mas vivenciar barreiras diferentes. Políticas que ignoram essa diversidade podem reproduzir desigualdades mesmo quando formalmente destinadas à proteção.

ESTIGMA, PRECONCEITO E EFEITOS PSICOSSOCIAIS

O estigma constitui mecanismo importante na produção de desigualdades. Goffman (1988) descreve o estigma como atributo que desqualifica socialmente o



indivíduo em determinadas interações. No caso das mulheres em situação de rua, a marca social da ausência de moradia pode se somar a julgamentos de gênero, raça, maternidade, sexualidade e uso de substâncias.

Esmeraldo e Ximenes (2022) identificaram que os estigmas e preconceitos aparecem na forma de desqualificação, descrédito, humilhação e vergonha. As autoras mostram que essas experiências repercutem nos modos de vida e nas relações estabelecidas pelas mulheres no cotidiano.

O estigma pode atuar em diferentes níveis. No nível interpessoal, aparece em insultos, suspeitas e julgamentos. No nível institucional, manifesta-se quando serviços adotam práticas que dificultam o acesso ou quando profissionais não reconhecem as necessidades específicas. No nível estrutural, relaciona-se às próprias condições sociais que tornam determinadas populações mais expostas à precariedade e menos protegidas.

A culpabilização merece atenção particular. Quando a situação de rua é interpretada como resultado exclusivo de decisões pessoais, deixam de ser consideradas as condições de violência, pobreza e ausência de políticas que compõem as trajetórias. A culpabilização desloca a responsabilidade social para o indivíduo e pode justificar a ausência de respostas públicas.

Essa dinâmica aparece também na maternidade. Mulheres em situação de rua podem ser avaliadas a partir de expectativas rígidas de cuidado, sendo responsabilizadas simultaneamente pela precariedade material e pelas dificuldades de exercer a maternidade em condições adversas. A literatura analisada sugere que esse tipo de julgamento pode reforçar medo e afastamento dos serviços.

O estigma também interfere na relação com profissionais de saúde. Alves et al. (2024) registram experiências de discriminação e julgamento, enquanto Alves (2023) destaca o despreparo profissional para lidar com especificidades das mulheres em situação de rua. Dessa forma, a barreira de acesso não está apenas fora do serviço; pode ser produzida dentro dele.



ACESSO À SAÚDE E BARREIRAS INSTITUCIONAIS

O direito universal à saúde convive com desigualdades concretas de acesso. A revisão integrativa de Alves et al. (2024), que incluiu dez estudos publicados entre 2009 e 2023, indica que mulheres em situação de rua tendem a procurar atendimento principalmente em situações de urgência ou quando a necessidade se torna intensa. O padrão sugere dificuldades para a construção de um cuidado contínuo, preventivo e longitudinal.

Entre as barreiras identificadas aparecem discriminação por profissionais, ausência de documentação, estigma associado à situação de rua e ao uso de substâncias, dificuldades linguísticas e culturais, problemas de transporte e acesso desigual a serviços especializados. O conjunto dessas barreiras demonstra que o conceito de acesso não pode ser reduzido à existência física de uma unidade de saúde.

Acesso envolve disponibilidade, possibilidade de chegada, acolhimento, vínculo, continuidade e adequação do cuidado. Uma unidade pode estar geograficamente próxima e, ainda assim, ser pouco acessível se a mulher teme julgamento, não consegue apresentar documentação, não possui recursos para transporte ou não encontra profissionais preparados para lidar com sua situação.

Nesse cenário, o Consultório na Rua possui papel estratégico. A Portaria nº 122/2011 define diretrizes para a organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua, vinculadas à atenção básica e destinadas ao atendimento da população em situação de rua (Brasil, 2011). A estratégia permite aproximar o cuidado dos territórios de vida e reduzir parte das barreiras relacionadas ao deslocamento e à institucionalização do atendimento.

O estudo de Alves et al. (2024) identifica justamente as equipes de Consultório na Rua como serviços frequentemente procurados pelas mulheres. Entretanto, a existência dessas equipes não elimina a necessidade de integração com os demais pontos da rede. Saúde bucal, saúde mental, atenção especializada, assistência social, proteção contra violência e serviços de saúde sexual e reprodutiva precisam funcionar de maneira articulada.



A Portaria nº 992/2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, também oferece fundamento relevante. A política tem como objetivo geral promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais e o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS (Brasil, 2009). Para mulheres negras em situação de rua, a implementação efetiva dessa diretriz exige reconhecimento da interseção entre racismo, sexismo, pobreza e ausência de moradia.

O cuidado integral exige ainda considerar necessidades que podem não ser explicitadas no momento do atendimento. Saúde mental, violência sexual, infecções sexualmente transmissíveis, contracepção, gestação, doenças crônicas, uso problemático de substâncias e necessidades odontológicas podem coexistir. A abordagem fragmentada tende a tratar cada demanda isoladamente, enquanto a experiência concreta da mulher é integrada.

SAÚDE SEXUAL, REPRODUTIVA E JUSTIÇA REPRODUTIVA

A saúde reprodutiva é uma dimensão particularmente relevante para mulheres em situação de rua. Brott e Townley (2023), em revisão integrativa de 21 artigos, organizaram as barreiras à contracepção, ao aborto e ao pré-natal em níveis individual, relacional e contextual. Entre os fatores identificados encontram-se conhecimentos e percepções sobre métodos contraceptivos, medo de efeitos adversos, barreiras financeiras, transporte, apoio social, coerção reprodutiva e dificuldades próprias dos sistemas de saúde.

O conceito de justiça reprodutiva permite deslocar a discussão de uma perspectiva exclusivamente biomédica para uma abordagem de direitos. A questão não é apenas se existe um método contraceptivo ou um serviço de pré-natal, mas se a mulher consegue acessar esse recurso, compreendê-lo, utilizá-lo de forma voluntária e decidir sobre sua vida reprodutiva sem coerção.

A revisão de Brott e Townley (2023) mostra uma concentração maior de literatura sobre barreiras à contracepção do que sobre aborto e pré-natal. Essa assimetria é relevante



porque pode indicar que a pesquisa científica dedica mais atenção à prevenção da gravidez do que à experiência integral das pessoas sem moradia. As autoras também apontam escassez de estudos sobre justiça reprodutiva entre pessoas sem moradia que não se identificam como mulheres cisgênero.

A violência reprodutiva pode aparecer de forma direta ou indireta. A coerção de parceiros, por exemplo, pode dificultar o uso de métodos contraceptivos. A falta de privacidade e segurança pode comprometer a continuidade de tratamentos. O medo de perder a guarda dos filhos pode fazer com que mulheres evitem determinados serviços. Barreiras de transporte podem dificultar consultas de pré-natal.

O artigo de Alves et al. (2024) também identifica a importância do cuidado de gestantes em situação de rua. A análise dos estudos incluídos indica que as gestantes desejam melhorar suas condições de vida e construir projetos para seus filhos, mas encontram obstáculos relacionados às condições sociais e às próprias políticas públicas. A atenção pré-natal, nesse contexto, precisa estar articulada à assistência social, à proteção da maternidade e à garantia de direitos.

No Brasil, o direito à saúde reprodutiva deve ser interpretado em conjunto com os princípios constitucionais de dignidade, igualdade e saúde. Isso não significa ignorar os limites legais específicos existentes em matéria de aborto, mas reconhecer que o atendimento em saúde deve ser prestado sem discriminação e com respeito aos direitos assegurados pelo ordenamento.

A perspectiva da justiça reprodutiva também exige atenção à maternidade. Mulheres em situação de rua podem exercer maternidade em condições extremamente adversas, e a resposta estatal não deveria ser reduzida à retirada de crianças ou à punição da pobreza. A proteção integral deve buscar fortalecer vínculos, reduzir vulnerabilidades e oferecer condições materiais para o exercício de direitos, sempre observando a legislação aplicável e o melhor interesse da criança.



MULHERES TRANS, POPULAÇÃO LGBTQIA+ E DIVERSIDADE DE EXPERIÊNCIAS

A inclusão da população LGBTQIA+ amplia a análise sobre a heterogeneidade das experiências de rua. Barboza (2023), ao examinar o censo da cidade de São Paulo de 2021, identificou 668 pessoas que declararam identidades não cisgênero, correspondendo a 3,05% do universo analisado no recorte apresentado pelo estudo. A pesquisa destaca que as pessoas LGBTQIA+ enfrentam vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que exigem políticas públicas intersetoriais.

O dado censitário precisa ser interpretado com cautela. O próprio artigo aponta dificuldades metodológicas na coleta, além de possíveis limitações da autodeclaração. Ainda assim, a presença de identidades de gênero diversas no censo demonstra que políticas destinadas à população em situação de rua precisam considerar explicitamente questões de identidade de gênero, expressão de gênero e orientação sexual.

O estudo de Marcus et al. (2024) fornece evidências internacionais sobre mulheres trans. Na amostra de 1.566 participantes de sete áreas urbanas dos Estados Unidos, 31% relataram 30 a 365 noites de situação de rua nos 12 meses anteriores e 9% relataram 1 a 29 noites. Entre as participantes que relataram violência física por parceiro íntimo, 49,8% estavam no grupo de 30 a 365 noites; entre as que relataram sexo forçado, 47% estavam nesse grupo. O estudo também encontrou associação entre maior duração da situação de rua e discriminação habitacional, encarceramento, pobreza, deficiência e menor suporte social (Marcus et al., 2024).

Esses dados não devem ser generalizados para o Brasil, mas mostram mecanismos que merecem atenção: rejeição familiar, discriminação habitacional, violência, encarceramento, pobreza e baixa rede de apoio podem se combinar na produção de instabilidade habitacional. No contexto brasileiro, tais mecanismos devem ser investigados por pesquisas específicas.

A presença de mulheres trans também exige cuidado com linguagem e práticas institucionais. O reconhecimento do nome e da identidade de gênero, a proteção contra violência, o atendimento sem discriminação e a adequação dos serviços são elementos



básicos de acesso. Quando o serviço exige que a pessoa se adapte a padrões institucionais incompatíveis com sua identidade, a própria instituição pode se transformar em barreira.

O estudo de Brott e Townley (2023) também chama atenção para uma lacuna semelhante ao discutir pessoas com sistemas reprodutivos femininos que não se identificam como mulheres cisgênero. A conclusão é importante para evitar que “mulher” seja utilizada como sinônimo de “pessoa com capacidade reprodutiva”. Políticas de saúde sexual e reprodutiva precisam reconhecer a diversidade de identidades e experiências.

POLÍTICAS PÚBLICAS E RESPOSTA INTERSETORIAL

Os estudos convergem na necessidade de respostas que ultrapassem a fragmentação. A situação de rua atravessa saúde, assistência social, habitação, segurança alimentar, educação, trabalho, justiça e direitos humanos. Uma política de saúde isolada não consegue responder a todos os determinantes que produzem e perpetuam a vulnerabilidade.

O Decreto nº 7.053/2009 estabelece que a Política Nacional para a População em Situação de Rua deve ser implementada de forma descentralizada e articulada entre os entes federativos. A diretriz reforça a necessidade de coordenação intersetorial e de participação social (Brasil, 2009).

No campo da saúde, a universalidade não deve ser confundida com tratamento idêntico. Equidade exige reconhecer que pessoas diferentes podem necessitar de estratégias diferentes para alcançar condições semelhantes de acesso. A mulher que vive em uma unidade de acolhimento, a que dorme em via pública, a gestante, a mulher negra e a mulher trans podem precisar de mecanismos específicos de busca ativa, acompanhamento e proteção.

A formação permanente das equipes é outro ponto central. Alves (2023) destaca a importância de discutir interseccionalidade de raça, gênero e classe entre profissionais de saúde. Alves et al. (2024) também apontam a necessidade de sensibilização e



capacitação dos profissionais para lidar com as especificidades das mulheres em situação de rua.

Essa formação não deve se limitar a conteúdos técnicos sobre doenças. É necessário abordar racismo institucional, violência de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, diversidade de gênero, uso de substâncias, saúde mental, redução de danos, proteção contra violência e comunicação não estigmatizante.

A produção de dados também precisa ser aprimorada. Barboza (2023) evidencia dificuldades metodológicas na coleta de informações sobre identidade de gênero. Sem dados adequados, torna-se mais difícil planejar políticas públicas. Entretanto, a coleta deve respeitar privacidade, segurança e autodeterminação, evitando transformar informações sensíveis em instrumentos de controle ou discriminação.

A intersetorialidade precisa ocorrer no cotidiano, não apenas em documentos. Encaminhar uma mulher de um serviço para outro sem acompanhamento pode apenas transferir a barreira. A construção de fluxos de referência e contrarreferência, equipes de rua, busca ativa e acompanhamento longitudinal pode produzir maior continuidade do cuidado.

DISCUSSÃO

CONVERGÊNCIAS, TENSÕES E LACUNAS DA LITERATURA

A principal convergência entre os estudos é a rejeição de explicações individualizantes. As pesquisas analisadas mostram que a situação de rua é produzida em trajetórias complexas, nas quais violência, pobreza, racismo, sexismo, precarização do trabalho e fragilidade institucional se relacionam. A rua não aparece como ponto inicial do processo, mas como parte de uma trajetória de desproteção.

Outra convergência diz respeito à violência. Richwin e Zanello (2023) identificam violência física e sexual como elementos deflagradores; Esmeraldo e Ximenes (2022) destacam violência e estigma nas relações cotidianas; Alves (2023) ressalta violência estrutural e institucional; Alves et al. (2024) apontam discriminação e julgamento nos



serviços de saúde; e Marcus et al. (2024) identificam associações entre violência e duração da situação de rua entre mulheres trans nos Estados Unidos.

Há, entretanto, diferenças metodológicas importantes. Os estudos brasileiros incluem pesquisas qualitativas, revisão integrativa e análise censitária, enquanto o estudo de Marcus et al. (2024) utiliza análise quantitativa de vigilância comportamental. Essas diferenças impedem uma síntese estatística direta, mas permitem observar mecanismos recorrentes em diferentes desenhos de pesquisa.

A dimensão racial aparece com maior centralidade em Richwin e Zanello (2023) e, sobretudo, em Alves (2023), enquanto a dimensão LGBTQIA+ recebe tratamento específico em Barboza (2023) e Marcus et al. (2024). Essa distribuição evidencia uma lacuna: ainda são necessárias pesquisas brasileiras que articulem simultaneamente gênero, raça, identidade de gênero, orientação sexual, idade, maternidade, deficiência e trajetória de violência.

Outra lacuna importante está na participação das próprias mulheres na formulação das políticas. Alves et al. (2024) ressaltam a necessidade de amplificar a voz dessas mulheres nas etapas de formulação das políticas públicas. A participação social não deve ocorrer apenas de maneira consultiva ou eventual; pode envolver mecanismos permanentes de escuta, avaliação de serviços e construção conjunta de protocolos.

A literatura sobre justiça reprodutiva também apresenta lacunas. Brott e Townley (2023) identificaram escassez de estudos sobre aborto e pré-natal em comparação com contracepção e pouca atenção a pessoas sem moradia que não se identificam como mulheres cisgênero. No Brasil, há espaço para estudos que investiguem experiências de gestação, maternidade, perda ou manutenção da guarda dos filhos, contracepção, violência sexual e acesso a serviços de saúde reprodutiva em diferentes regiões.

O campo das políticas públicas também demanda avaliações de implementação. A existência de uma política ou protocolo não significa que ele seja efetivamente conhecido, financiado, executado e monitorado. A distância entre norma e prática é uma questão recorrente nos estudos sobre acesso à saúde.



A discussão permite formular uma síntese: mulheres em situação de rua não constituem um grupo vulnerável por uma característica única, mas por uma configuração de desigualdades que se reforçam em determinados contextos. O reconhecimento dessa configuração é condição para políticas capazes de produzir acesso efetivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos sete artigos selecionados demonstra que a situação de rua vivenciada por mulheres precisa ser compreendida como fenômeno social atravessado por relações de poder, desigualdades históricas e falhas de proteção. A ausência de moradia é apenas uma dimensão de uma realidade mais ampla, que envolve violência, pobreza, racismo, sexismo, estigma, precarização do trabalho, ruptura de vínculos e dificuldades de acesso às políticas públicas.

A violência física e sexual aparece de forma recorrente como elemento precipitador da ida para as ruas, mas os estudos demonstram que sua compreensão exige olhar para as trajetórias anteriores. A violência não começa necessariamente no momento da rua. Ela pode ser antecedida por abuso na infância, desproteção, violência doméstica, trabalho infantil, evasão escolar, pobreza e ausência de oportunidades. Nas ruas, novas violências podem surgir ou antigas formas podem ser atualizadas.

A dimensão racial demonstra que não é possível analisar a população feminina em situação de rua como um grupo homogêneo. Mulheres negras enfrentam efeitos específicos do racismo estrutural e institucional, que podem interferir na forma como são percebidas e atendidas pelos serviços. A colonialidade, nesse debate, ajuda a compreender como determinadas hierarquias podem permanecer naturalizadas nas instituições.

O acesso à saúde também não se resolve pela simples existência de serviços. As barreiras identificadas incluem documentação, transporte, estigma, discriminação, falta de profissionais preparados e dificuldades de continuidade. O Consultório na Rua constitui estratégia relevante, mas precisa estar articulado à rede de atenção à saúde e às políticas de assistência, habitação, segurança alimentar e proteção contra violência.



A justiça reprodutiva amplia a discussão ao demonstrar que o direito à saúde sexual e reprodutiva envolve autonomia e condições materiais de escolha. Contracepção, pré-natal e atenção ao aborto devem ser analisados considerando coerção, transporte, apoio social, discriminação e demais barreiras que afetam a capacidade real de decisão.

A presença de mulheres trans e de outras identidades LGBTQIA+ exige políticas que reconheçam a diversidade. Os dados brasileiros analisados e as evidências internacionais demonstram a necessidade de produzir informação, garantir atendimento sem discriminação e considerar as relações entre violência, discriminação habitacional, pobreza, encarceramento e rede de apoio.

Diante desse quadro, políticas públicas efetivas devem combinar universalidade e equidade. Isso significa garantir o direito de todas as pessoas e, simultaneamente, criar estratégias específicas para grupos que enfrentam barreiras adicionais. A formação permanente dos profissionais, a busca ativa, a territorialização do cuidado, a articulação intersetorial, a produção qualificada de dados e a participação das próprias mulheres são caminhos coerentes com os achados da literatura.

Por fim, o conjunto analisado reforça que a proteção de mulheres em situação de rua não deve ser orientada por práticas moralizantes ou culpabilizadoras. O ponto de partida deve ser o reconhecimento dessas mulheres como sujeitos de direitos, com histórias, identidades, necessidades e capacidades diversas. A superação das barreiras exige não apenas ampliar serviços, mas transformar as condições institucionais que fazem com que algumas pessoas consigam acessar direitos com facilidade enquanto outras precisam superar sucessivas camadas de exclusão para serem atendidas.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019.

ALVES, Keyse Christine; MENDES, Paulo Cezar; SANTOS, Flávia de Oliveira; MOURA, Gersa Gonçalves. Acesso de mulheres em situação de rua aos serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Hygeia**. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, v. 20, p. e2069, 2024. doi: 10.14393/Hygeia2074947.

SOUZA, C.R.S.; SILVA, F.C.N.; PRATA, M.L.C.; ROCHA, Y.A. Mulheres em situação de rua no Brasil: violência, interseccionalidade, acesso à saúde e justiça reprodutiva. **Revista Eletrônica Pesquisas em Saúde**, Natal/RN, v. 3, n. 3, p. 31-52, jul./set., 2026.



ALVES, Raquel Suzan Evangelista. Mulheres negras em situação de rua: colonialidade e acesso à saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 98-103, 2023.

BARBOZA, Renato. O censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo: perfil das pessoas LGBTQIA+ e os desafios das políticas públicas de saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 81-90, 2023. doi: 10.52753/bis.v24i1.40027.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

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, DF: Presidência da República, 2009.

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, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BROTT, Holly; TOWNLEY, Greg. Reproductive justice for unhoused women: an integrative review of the literature. **Journal of Community Psychology**, v. 51, n. 5, p. 1935-1960, 2023. doi: 10.1002/jcop.22980.

CRENSHAW, Kimberlé. **Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics**. University of Chicago Legal Forum, Chicago, v. 1989, n. 1, p. 139-167, 1989.

ESMERALDO, Andréa Ferreira Lima; XIMENES, Verônica Moraes. Mulheres em situação de rua: implicações psicossociais de estigmas e preconceitos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 42, e235503, 2022. doi: 10.1590/1982-3703003235503.

FARMER, Paul. An anthropology of structural violence. **Current Anthropology**, Chicago, v. 45, n. 3, p. 305-325, 2004.

FARMER, Paul. **Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor**. Berkeley: University of California Press, 2005.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

MARCUS, R.; TRUJILLO, L.; OLANSKY, E.; CHA, S.; HERSHOW, R. B.; BAUGHER, A. R.; SIONEAN, C.; LEE, K.; NATIONAL HIV BEHAVIORAL SURVEILLANCE AMONG TRANSGENDER WOMEN STUDY GROUP. Transgender women experiencing homelessness. National HIV Behavioral Surveillance Among Transgender Women, seven urban areas, United States, 2019-2020. **MMWR Supplements**, v. 73, n. 1, p. 40-50, 2024. doi: 10.15585/mmwr.su7301a5.

SOUZA, C.R.S.; SILVA, F.C.N.; PRATA, M.L.C.; ROCHA, Y.A. Mulheres em situação de rua no Brasil: violência, interseccionalidade, acesso à saúde e justiça reprodutiva. **Revista Eletrônica Pesquisas em Saúde**, Natal/RN, v. 3, n. 3, p. 31-52, jul./set., 2026.



RICHWIN, Iara Flor; ZANELLO, Valeska. “Desde casa, desde berço, desde sempre”: violência e mulheres em situação de rua. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 31, n. 1, e77926, 2023. doi: 10.1590/1806-9584-2023v31n177926.

Submissão: junho de 2026. Aceite: julho de 2026. Publicação: setembro de 2026.

SOUZA, C.R.S.; SILVA, F.C.N.; PRATA, M.L.C.; ROCHA, Y.A. Mulheres em situação de rua no Brasil: violência, interseccionalidade, acesso à saúde e justiça reprodutiva. **Revista Eletrônica Pesquisas em Saúde, Natal/RN**, v. 3, n. 3, p. 31-52, jul./set., 2026.