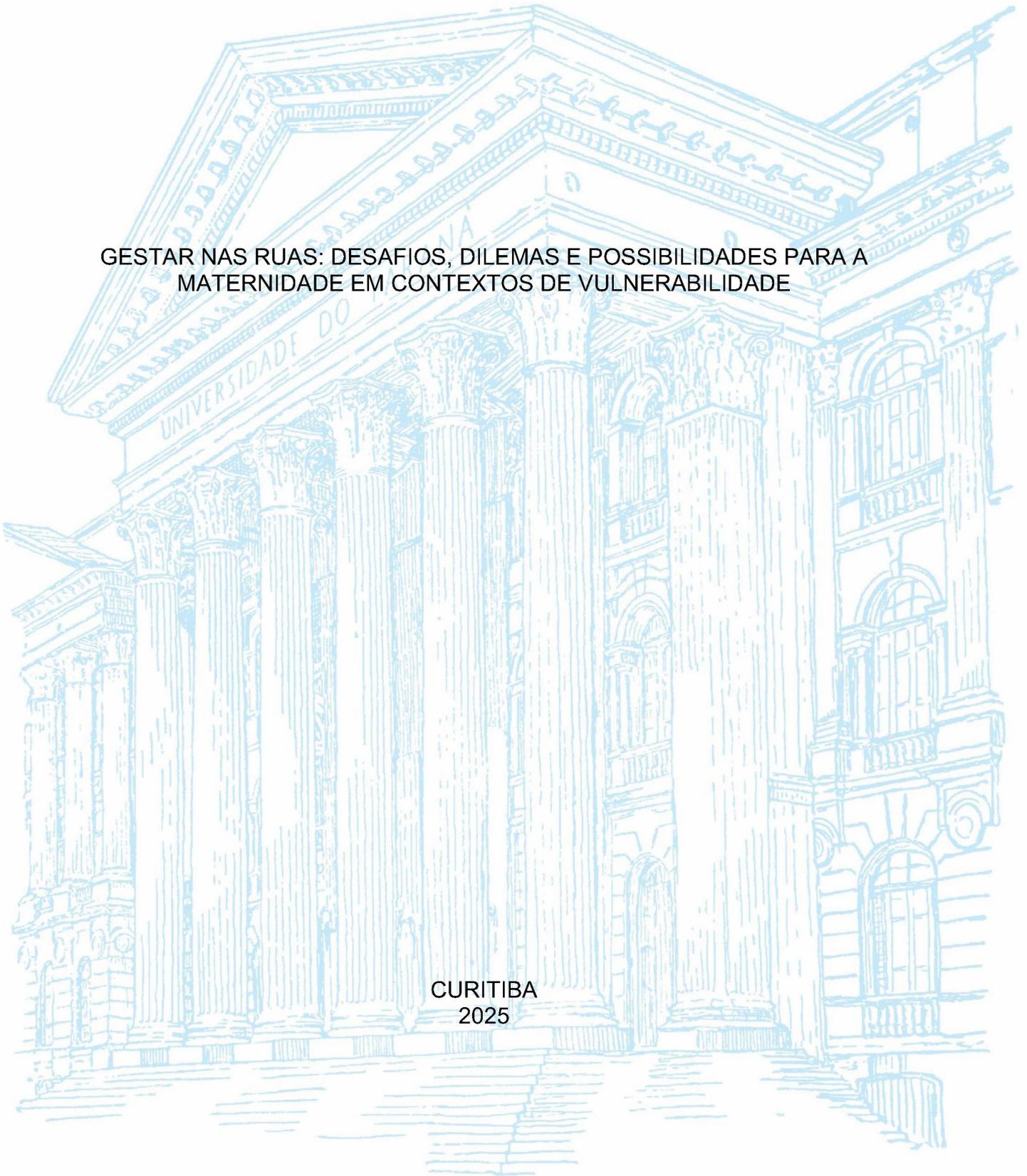


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RAFAELLA RIESEMBERG DE SOUZA

GESTAR NAS RUAS: DESAFIOS, DILEMAS E POSSIBILIDADES PARA A
MATERNIDADE EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE

CURITIBA
2025



RAFAELLA RIESEMBERG DE SOUZA

GESTAR NAS RUAS: DESAFIOS, DILEMAS E POSSIBILIDADES PARA A
MATERNIDADE EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr Luis Felipe Ferro

CURITIBA
2025

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Souza, Rafaella Riesemberg de

Gestar nas ruas: desafios, dilemas e possibilidades para a
maternidade em contextos de vulnerabilidade. - 2025.

1 recurso on-line: PDF.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de
Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas.

Orientador: Luis Felipe Ferro.

1. Políticas Públicas. 2. Grávidas. 3. Pessoas desabrigadas. 4. Direito à
moradia. I. Ferro, Luis Felipe. II. Universidade Federal do Paraná. Setor
de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas. III. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **RAFAELLA RIESEMBERG DE SOUZA**, intitulada: **GESTAR NAS RUAS: DESAFIOS, DILEMAS E POSSIBILIDADES PARA A MATERNIDADE EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE**, sob orientação do Prof. Dr. LUIS FELIPE FERRO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 18 de Fevereiro de 2025.

Assinatura Eletrônica

26/02/2025 09:09:31.0

LUIS FELIPE FERRO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

26/02/2025 11:06:10.0

EVELISE ZAMPIER DA SILVA

Avaliador Externo (null)

Assinatura Eletrônica

01/03/2025 13:34:10.0

JOSÉ RICARDO VARGAS DE FARIA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico a presente pesquisa a todas as mulheres em situação de rua que tiveram o seu direito à maternidade negado, em especial à Andrea. Que os finais possam ser diferentes dos vividos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à **Universidade Federal do Paraná (UFPR)** e ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas pela oportunidade de realização deste mestrado e pelo suporte institucional que permitiu o desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu **orientador**, Luís Felipe Ferro, pela orientação formal durante esta trajetória, mesmo diante dos inúmeros desafios enfrentados.

Com todo o meu coração, deixo um agradecimento especial a **Tomas Melo**, cuja generosidade, paciência e dedicação não apenas marcaram profundamente esta dissertação, mas também me ajudaram a continuar quando pensei em desistir. Tomás foi mais do que um apoio técnico ou acadêmico: ele foi a força que me manteve em movimento, alguém que acreditou em mim quando eu já não acreditava. Este trabalho carrega a marca de sua humanidade e competência, sem as quais ele não seria possível.

À **Vanessa Lima**, minha melhor pessoa desde 2018, que foi muito mais do que uma amiga nesta jornada. Vanessa foi inspiração, força e refúgio nos momentos mais difíceis. Dividir os altos e baixos desse processo com ela me mostrou que não estamos sozinhos, e sua resiliência me impulsionou a seguir em frente. Este trabalho também é um reflexo da força que ela sempre me transmitiu.

Ao **Ezequiel**, por todo apoio e incentivo em longas conversas, além das responsabilidades assumidas em momentos que precisei renunciar a algumas atividades.

Ao **Projeto Mãos Invisíveis**, que me acolheu, me ofereceu oportunidades transformadoras e foi o ponto de partida para tantas reflexões e tantos aprendizados que marcam esta dissertação.

Às **gestantes em situação de rua**, que confiaram em mim para compartilhar suas histórias e vivências. Vocês são a essência deste trabalho, a inspiração por trás de cada página e a prova viva da resiliência e da força humana.

À **minha família**, especialmente aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando em todas as fases da vida, e à minha sobrinha **Helena**, por ser a ternura, a alegria e a motivação dos meus dias.

Aos meus amigos e voluntários do **Mãos Invisíveis**. **Letícia**, pelo cuidado incansável na revisão deste texto, que o tornou ainda mais rico e acessível. **Oksana**

pela construção sensível de seu livro de contos que eu tive o privilégio de poder utilizar na composição da epígrafe deste trabalho. **Ana Hilda** pelas palavras de carinho e motivação que sempre faziam com que eu pudesse ir mais longe.

À minha **banca examinadora**, Evelise e José Ricardo, pela leitura atenta, pelas críticas e sugestões que contribuíram para aprimorar este trabalho e o tornaram mais consistente e completo.

E, finalmente, ao meu companheiro, **Emerson**, que foi meu porto seguro em meio ao caos. Seu apoio incondicional, seu amor e sua capacidade de transformar os momentos mais difíceis em algo suportável e, às vezes, até leve, foram fundamentais para que eu pudesse concluir este trabalho. Este caminho foi menos árduo porque você esteve ao meu lado.

“A decisão de fugir e o tempo na rua, dormindo sentada com a cabeça sobre os joelhos para diminuir a chance de abuso, mijar na calça de propósito para o cheiro servir de repelente de homem, as parcerias duras para se proteger de violências maiores. A sensação química da fome, não isso que as pessoas por aí chamam de fome entre uma refeição e outra. Fome é quando o corpo só enxerga ausência e o vazio toma conta da razão. A boca mastiga raiva e o ácido do estômago transborda instinto. Antes das primeiras 48 horas sem comer, Marina não entendia alguém comer do lixo. Do lixo. Demora até a pessoa pegar a manha das ruas, saber o lugar que dá para pedir um prato de comida sem levar porrada, a loja mais fácil de afanar um pacote de biscoito, procurar fruta em árvore nas praças, contar uma história triste para emocionar alguém. Todo mundo tem uma história triste para contar, mas tem quem pegue emprestada a história de outra pessoa, porque umas são mais tristes que as outras, e algumas dão vergonha de contar. Tem esmola que é para salvar a alma de gente ruim, tem escarro e coisa pior. Tá na rua porque quer, oferece trabalho pra ver se aceita. Podia estar num abrigo da prefeitura, fica aí porque quer usar droga, não quer seguir regra, gosta da liberdade. A liberdade de viver na merda, dormir em calçada molhada, comer resto e agradecer. Dói o corpo e dói também o olho seco, a última vez que Marina chorou foi com 12 ou 13 anos, foi tanto engole esse choro que ela engoliu o dela para sempre.”
(Pohlod, 2024, p.25)

RESUMO

A população em situação de rua no Brasil enfrenta violações frequentes de direitos e dificuldades no acesso a políticas públicas. Inseridas nesse contexto, as gestantes em situação de rua constituem um subgrupo que enfrenta desafios específicos, relacionados à vulnerabilidade social e à maternidade. Este trabalho tem como objetivo discutir as problemáticas enfrentadas por gestantes em situação de rua, com foco no impacto ocasionado pela separação entre mãe e bebê e nas alternativas que poderiam minimizar essas vulnerabilidades. A justificativa do estudo reside na necessidade de compreender as peculiaridades desse grupo, considerando as dificuldades enfrentadas desde o acompanhamento pré-natal até o momento do parto, que muitas vezes resultam na separação entre mãe e filho. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, utilizando análise documental, diários de campo e análise temática para compreender as experiências e os desafios vividos por essas mulheres. Os resultados indicam a existência de um dilema entre o direito das mães em situação de rua à maternidade e o melhor interesse da criança, que leva à violação de um desses direitos. Nesse contexto, o direito à moradia surge como possibilidade central na garantia de maternidade, e a metodologia *Housing First* surge como uma alternativa eficaz, ao proporcionar às gestantes uma chance para o exercício pleno de seus direitos, ao mesmo tempo que assegura o bem-estar de seus filhos.

Palavras-chave: Gestante; População em situação de rua; Moradia; *Housing First*.

ABSTRACT

The homeless population in Brazil faces frequent rights violations and challenges in accessing public policies. Within this context, pregnant women experiencing homelessness represent a subgroup facing specific challenges related to social vulnerability and motherhood. This study aims to discuss the issues faced by homeless pregnant women, focusing on the impact that derives from mother-child separation and exploring alternatives to mitigate these vulnerabilities. The justification for this research lies in the need to understand the unique characteristics of this group, considering the challenges they face from prenatal care to childbirth, which often result in the separation of mother and child. The study adopts a qualitative approach, utilizing document analysis, field diaries, and thematic analysis to comprehend the experiences and challenges of these women. The findings reveal a dilemma between the right of homeless mothers to motherhood and the child's best interest, often leading to the violation of one of these rights. In this context, the right to housing emerges as a central possibility for ensuring motherhood, and the Housing First methodology appears as an effective alternative, offering pregnant women the opportunity to fully exercise their rights while ensuring the well-being of their children.

Keywords: Pregnant women; Homeless population; Housing; Housing First.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema do modelo <i>Treatment First</i>	83
Figura 2 – 5 princípios básicos do <i>Housing First</i>	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etapas do processo de análise temática aplicada aos diários de campo	21
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição por raça ou cor:
População em situação x População geral26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CadÚnico	Cadastro Único
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CapsAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAR	Casa de Acolhida e do Regresso
Centro POP	Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua
Ciamp	Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Municipal da População em Situação de Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DPE	Defensoria Pública do Estado do Paraná
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAS	Fundo de Ação Social
GM	Guarda Municipal
GT	Grupo de Trabalho
IST	Infecção sexualmente transmissível
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
NUCIDH	Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSC	Organização da sociedade civil
PNPSR	Política Nacional da População em Situação de Rua
PopRua	População de rua
PSR	População em situação de rua
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMSAN	Secretaria Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional
SPA	Substâncias psicoativas
Suas	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidades de Acolhimento Institucional

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE QUADROS	10
Lista de gráficos	11
Lista de abreviaturas E siglas	12
1 INTRODUÇÃO	11
2. PERCURSO METODOLÓGICO	17
3 MULHERES INVISÍVEIS: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO E RECORTE DE GÊNERO	24
3.1 A população em situação de rua: para início de conversa.....	24
3.2 Interseccionalidade e vulnerabilidade: As mulheres na base da exclusão.....	28
3.3 Questões de gênero: Violências e modos de sobrevivência	30
3.4 Desafios e lacunas na implementação de políticas públicas para a população em situação de rua	34
3.5 Hierarquias reprodutivas: (in)aptidão	43
4 GRAVIDEZ EM SITUAÇÃO DE RUA: RUPTURAS E VIOLAÇÃO DE DIREITOS	47
4.1 Casos: Tânia e Jaqueline	47
4.1.1 Tânia.....	48
4.1.2 Jaqueline	50
4.2 A Gravidez na Rua: um holofote.....	53
4.3 Pré-natal e (des)cuidado.....	56
4.4 A Destituição do Poder Materno.....	60
4.5 mães órfãs: uma análise de protocolos de fracasso.....	68
4.6 O Dilema Entre o Direito à Maternidade e o melhor Interesse da Criança: Um Impasse Legal e Ético	76
5 MORADIA COMO DIREITO: A CONSTRUÇÃO DE UMA CHANCE	80
5.1 Das possibilidades de acesso a moradia: Modelo etapista	82
5.2 A metodologia <i>Housing First</i>	87
5.3 A Importância do Direito à Moradia no Contexto da Maternidade em Vulnerabilidade	94
5.4 A metodologia <i>Housing First</i> como alternativa ao modelo etapista.....	98
5.5 Possibilidades da eficácia do <i>Housing First</i> para mães em situação de rua	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	109

1 INTRODUÇÃO

A situação de rua é o resultado de uma combinação de diversos fatores sociais e econômicos, como o desemprego, os rompimentos familiares e a crise habitacional que afeta milhões de brasileiros, especialmente nas grandes cidades (Brasil, 2021). Conforme apresentado por Melo (2017), no contexto brasileiro, por mais que existam propostas de assistência à população em situação de rua (PSR), como o Consultório na Rua (CnRua) e serviços de acolhimentos temporários, estes vêm se mostrando insuficientes para garantir de fato a superação da situação de rua. A ausência de políticas públicas eficazes que cheguem às raízes desse problema mantém essas pessoas nas ruas, pois sem uma política habitacional efetiva, a marginalização se perpetua, especialmente para grupos em maior vulnerabilidade.

Para compreender melhor essa população, é fundamental recorrer à Política Nacional da População em Situação de Rua (PNPSR), instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Esse marco legal reconhece oficialmente a categoria População em Situação de Rua como sujeitos de direitos, destacando a necessidade de atendimento específico que considere seus modos de vida e os desafios únicos enfrentados por esse grupo. De acordo com a PNPSR,

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

Essa definição ampla permite que políticas públicas reconheçam a diversidade desse grupo, que inclui pessoas de diferentes faixas etárias, gêneros e contextos sociais, como mulheres, gestantes, idosos, e outros segmentos específicos. No entanto, como aponta Melo (2017), os desafios para implementar uma rede de atendimento que atue de forma eficaz persistem, pois a complexidade de atender à heterogeneidade do grupo está justamente na variedade de comportamentos e características, exigindo que políticas públicas atendam a essa diversidade. Compreender a heterogeneidade da população em situação de rua é indispensável para assegurar que as políticas públicas

reconheçam que, embora a vulnerabilidade seja um elemento comum entre essa população, ela não pode justificar a negligência em relação às especificidades e individualidades que caracterizam cada sujeito dentro desse grupo

Os únicos dados amplos e sistemáticos sobre o perfil da PSR no Brasil são provenientes da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) em 2009. Na época, a pesquisa estimou a existência de 31.992 adultos em situação de rua no país, dos quais 82% eram homens em idade economicamente ativa, predominantemente autodeclarados pretos ou pardos. Embora esse estudo tenha sido realizado há mais de uma década, ele continua sendo a única base de dados nacional abrangente sobre o tema, revelando uma lacuna preocupante na produção de levantamentos atualizados e periódicos sobre essa população. Apesar de sua relevância, é essencial reconhecer a necessidade de novos estudos que incorporem as transformações sociais e ampliem a compreensão sobre os diferentes perfis que compõem esse grupo, o qual inclui mulheres, gestantes, idosos, crianças, pessoas com deficiência, LGBTQI+, imigrantes e indígenas, todos enfrentando vulnerabilidades específicas.

Dados mais recentes do Cadastro Único¹ apontam para um aumento expressivo dessa população, que chegou a 227.087 pessoas em 2023 (Natalino, 2024). No entanto, esses números contrastam com as estimativas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), que indicam que mais de 281 mil pessoas viviam em situação de rua no Brasil em 2022, representando um aumento de mais de 30% em relação a 2020. Esse crescimento foi atribuído, em grande parte, aos impactos da pandemia de COVID-19, que intensificaram a pobreza, o desemprego e a crise habitacional. A discrepância entre os números do Ipea e os do Cadastro Único evidencia as limitações das metodologias adotadas por cada fonte e reforça a complexidade de medir com precisão o tamanho dessa população no Brasil.

O Cadastro Único serve como uma ferramenta essencial para o acesso a programas sociais e políticas públicas. No entanto, seu funcionamento depende de um processo de autodeclaração, no qual cada pessoa precisa

¹ O Cadastro Único (CadÚnico) é um registro que permite ao governo conhecer quem são e como vivem as famílias de baixa renda no país, sendo “um importante instrumento de identificação e caracterização [...], utilizado como base para a concessão de benefícios sociais e a implementação de políticas públicas de combate à pobreza” (Brasil, 2021, p. 12).

procurar um centro de assistência social (CRAS ou CREAS) para se identificar como pessoa em situação de rua. Essa dinâmica pode resultar em subnotificação, já que muitas pessoas em situação de rua enfrentam barreiras de acesso a esses serviços, seja pela falta de informações, pela dificuldade de locomoção ou pela própria desconfiança em relação às instituições. Além disso, a exigência de documentação regularizada (um requisito incompatível com a realidade dessas pessoas) contribui para a ausência de muitos indivíduos do sistema de registro.

Por outro lado, o Ipea adota uma metodologia mais abrangente, combinando dados oficiais com modelos estatísticos. Conforme o relatório *Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2020): notas metodológicas*, o instituto utiliza um modelo linear generalizado para estimar o tamanho dessa população, levando em conta variáveis como crescimento demográfico, centralidade urbana e vulnerabilidade social, além de dados do Cadastro Único. Essa abordagem permite extrapolar os dados para municípios que não possuem registros específicos, oferecendo uma visão mais ampla sobre a questão. No entanto, enquanto os dados do Cadastro Único podem refletir avanços na inclusão dessas pessoas em políticas sociais, eles também evidenciam que muitos permanecem invisíveis, sem acesso sequer ao registro básico necessário para garantir seus direitos.

A discrepância entre os números do Ipea e os do Cadastro Único reflete diferenças metodológicas, e de maneira mais intensa, a própria invisibilidade social da população em situação de rua. Por um lado, as estimativas do Ipea apontam para a necessidade de harmonizar metodologias e ampliar os diagnósticos locais para alcançar maior precisão. Por outro, a ausência de um censo nacional específico para essa população deixa lacunas no entendimento das condições enfrentadas por essas pessoas, comprometendo a formulação de políticas públicas que possam responder adequadamente às suas necessidades. Essa lacuna de informações é particularmente prejudicial para subgrupos mais vulneráveis, como mulheres e gestantes, que têm suas demandas específicas muitas vezes à margem das discussões e intervenções públicas.

Neste contexto, o recorte de gênero é fundamental ao se abordar a situação de rua, pois as mulheres, mais do que homens, enfrentam desafios

muito específicos. Para elas, as ruas representam um espaço de vulnerabilidade agravada pela violência física, sexual e psicológica, além de altos riscos de exposição a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Tomando por base essas verificações preliminares, o presente trabalho parte do amplo espectro da situação de rua para concentrar-se especificamente nas mulheres, com foco nas gestantes. Como minoria específica dentro de um grupo já marginalizado, essas mulheres enfrentam múltiplas formas de violência, ampliando os desafios para a efetivação de seus direitos. A desigualdade de gênero, somada à precariedade da vida nas ruas, expõe essas gestantes a uma série de vulnerabilidades que comprometem tanto sua saúde quanto a possibilidade de exercerem plenamente sua maternidade.

Dentre essas questões, destaca-se o acesso precário ao acompanhamento pré-natal, essencial para garantir a saúde tanto da mãe quanto do bebê. Conforme apontado por Araújo *et al.* (2017), a ausência de cuidados adequados durante a gestação pode ter consequências decisivas, influenciando diretamente a permanência da criança com a mãe ou a abrupta separação. Esse contexto também é descrito por Rios (2017), que ressalta as barreiras enfrentadas pelas mulheres em situação de rua no acesso a serviços de saúde, especialmente no que diz respeito ao acompanhamento pré-natal regular. Para essas gestantes, a falta de suporte médico e a inexistência de uma rede de apoio elevam os riscos à saúde materno-infantil e aumentam ainda mais a probabilidade de ruptura dos vínculos familiares.

A retirada da guarda dos filhos das mulheres em situação de rua se configura como um dos dilemas mais complexos e sensíveis envolvendo direitos humanos e políticas públicas. Justificada pela ausência de moradia estável e pela suposta incapacidade materna, essa prática evidencia um conflito entre dois princípios fundamentais: o direito dessas mulheres à maternidade e o melhor interesse da criança. Embora a intenção seja proteger a criança, a separação entre mãe e bebê muitas vezes ignora os impactos emocionais e sociais que essa ruptura pode causar, tanto para a mãe quanto para a criança.

Essa separação, mediada por intervenções do sistema de assistência social, ocorre em razão da percepção de que essas mulheres não possuem condições de prover um ambiente seguro e estável para a criança. Como apontam Araújo *et al.* (2017), o acompanhamento pré-natal e a formação de

vínculos afetivos seguros dependem de uma base mínima de estabilidade, que é inviável para gestantes em situação de rua. Assim, a ausência de uma moradia estável e de suporte adequado compromete o cuidado durante a gestação, visto que o ambiente das ruas não oferece condições de segurança e estabilidade necessárias para a criação de vínculos afetivos seguros.

Desse modo, é importante refletir: como as vulnerabilidades enfrentadas pelas gestantes em situação de rua impactam a relação entre mãe e bebê, e quais estratégias podem ser adotadas para minimizar essas vulnerabilidades?

Essa e outras questões foram levantadas a partir da experiência de trabalho e atuação no Projeto Mãos Invisíveis e tornaram-se fundamentais e primordiais na construção da presente pesquisa. Atuando na cidade de Curitiba desde 2017, o projeto tem como objetivo principal oferecer suporte emergencial à população em situação de rua, com um enfoque que vai além do assistencialismo, promovendo direitos e contribuindo para a formulação de políticas públicas inclusivas. A atuação do projeto inclui ações como distribuição de alimentos, encaminhamentos para serviços públicos e participação ativa em debates e fóruns voltados à promoção de direitos. O trabalho realizado no projeto desde 2018 proporcionou um contato direto com as problemáticas enfrentadas pela população em situação de rua, especialmente pelas gestantes, permitindo observar de forma aprofundada a precariedade das políticas públicas e as violações que essas mulheres vivenciam.

Um aspecto particularmente relevante dessa trajetória foi a participação no Grupo de Trabalho Mães na Rua (GT Mães na Rua), uma iniciativa do Projeto Mãos Invisíveis em parceria com a Defensoria Pública do Estado, voltada ao debate e à proposição de políticas públicas específicas para gestantes em situação de rua. O GT, composto por representantes de organizações da sociedade civil, gestores públicos e especialistas, tem como objetivo discutir as necessidades desse grupo específico, propor diretrizes para melhorar o acesso aos direitos sociais e monitorar a implementação de políticas públicas voltadas à maternidade em condições de vulnerabilidade. Entre suas ações, destacam-se as reuniões periódicas para analisar casos concretos e a elaboração de propostas para melhorar o atendimento em serviços como saúde e assistência social.

No GT, foi possível observar como as políticas públicas atuais muitas vezes falham em atender às especificidades das gestantes em situação de rua. A participação no grupo também proporcionou um espaço de interlocução com outras organizações e atores governamentais, ampliando o alcance das propostas e fortalecendo a articulação em defesa dos direitos dessas mulheres. Além disso, a atuação no projeto Mãos Invisíveis em conjunto as ações do GT permitiu a documentação de narrativas e experiências de gestantes, revelando aspectos negligenciados no debate público, como as barreiras para o acesso ao pré-natal, a constante ameaça de separação entre mãe e bebê e a falta de moradia como fator determinante para a vulnerabilidade dessas mulheres.

Importante ressaltar que a inserção em campo desde 2018, com atuação direta junto à PSR, foi o que motivou o ingresso ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Assim, a aproximação decorrente do engajamento no projeto favoreceu uma participação mais ativa em reuniões temáticas com órgãos públicos, em que foram assumidas funções representativas em nome do Mãos Invisíveis perante grupos de trabalho e comitês, sempre em torno da pauta da população em situação de rua.

Assim, antes de ancorar a pesquisa em um debate teórico específico, esta proposta foi construída a partir de um interesse no objeto empírico, fundamentado nas reivindicações da população atendida e na trajetória profissional e militante desenvolvida ao longo dos anos. A atuação no Projeto Mãos Invisíveis possibilitou experiências para além de um contato próximo com as vivências dessa população, mas também uma compreensão prática do significado de militância. Essa experiência revelou os desafios que envolvem o engajamento político em prol da garantia de direitos e da construção de políticas públicas mais inclusivas e efetivas. Além disso, o contato direto com movimentos sociais, como o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), formado por pessoas em situação de rua e/ou com trajetória de rua, reforçou esses aprendizados, destacando a complexidade das dinâmicas sociais e de políticas relacionadas à luta por direitos. Essas experiências configuraram-se como elementos centrais para a construção desta pesquisa, que busca traduzir em análise acadêmica as demandas e os aprendizados oriundos do campo.

A presente dissertação, portanto, tem por objetivo identificar as barreiras enfrentadas por essas mulheres no acesso aos serviços de saúde e de

assistência social, além de propor estratégias para a manutenção do vínculo entre mãe e bebê. Embora mediada por uma tentativa de proteção infantil, a perda da guarda pela mãe é marcada por tensões éticas e sociais. A ausência de condições consideradas adequadas para a criação dos filhos é usada como justificativa para essas decisões, desconsiderando os impactos emocionais e psicológicos que essa ruptura pode causar. Nesse contexto, torna-se fundamental refletir sobre estratégias que possam evitar a separação e promover a manutenção do vínculo entre mãe e bebê, mesmo diante de condições adversas.

A base empírica desta pesquisa foi construída por meio de diários de campo, que documentaram experiências e interações diretas com gestantes em situação de rua. Esses registros foram essenciais para compreender as vivências dessas mulheres, oferecendo um retrato detalhado dos desafios enfrentados e das lacunas existentes no suporte oferecido a elas. As anotações também permitiram identificar as principais barreiras ao acesso a direitos básicos e os fatores que contribuem para a ruptura dos vínculos familiares.

Ao longo deste trabalho, será feita uma análise cuidadosa dessas vivências, buscando compreender como as políticas públicas e as práticas sociais podem ser reorientadas para oferecer alternativas que garantam a proteção dos bebês sem comprometer o direito das mães de exercerem sua maternidade. A pesquisa propõe a reflexão sobre possibilidades que valorizem a construção de vínculos familiares seguros e minimizem as vulnerabilidades enfrentadas, apresentando caminhos para a superação desse dilema social.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

“Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (Minayo, 2011, p.17).

A citação escolhida para iniciar a discussão metodológica reflete o entendimento da autora sobre o movimento empírico de construção da pesquisa, que busca soluções aos problemas que partam necessariamente da vida prática. Assim, a presente dissertação está elaborada a partir de uma pesquisa documental, com base na análise de diários de campo, e busca

sistematizar academicamente uma problemática social em torno do gestar nas ruas.

Conforme apresentando por Cellard (2008), a pesquisa documental é definida como uma técnica que utiliza documentos preexistentes como fonte de dados, analisando-os de forma sistemática e contextualizada. Esses documentos podem incluir textos oficiais, relatórios, materiais de campo ou registros escritos, como é o caso dos diários utilizados nesta pesquisa. De acordo com o autor, a análise documental permite explorar a intencionalidade de quem produziu o documento, o contexto de produção do documento e seu valor como fonte de dados empíricos. No presente estudo, os diários de campo são analisados como fontes documentais ricas em detalhes sobre as vivências das mulheres gestantes que vivem em situação de rua.

O autor ainda ressalta que a análise documental permite explorar cinco dimensões essenciais: (1) a origem do documento, ou seja, o contexto e as condições em que foi produzido; (2) o autor, suas intenções e seu posicionamento em relação ao objeto registrado; (3) o público-alvo do documento; (4) o contexto em que o documento circula; e (5) sua estrutura interna, incluindo os valores e significados implícitos no texto. Os dados desta pesquisa, dessa forma, foram extraídos de anotações registradas em diários de campo, realizados desde o início do acompanhamento de gestantes em situação de rua, no ano de 2018. Assim, os diários foram analisados como documentos que articulam a experiência prática e a reflexão da pesquisadora ao longo de anos de acompanhamento de gestantes em situação de rua.

A origem desses diários está profundamente conectada à prática militante e profissional, tendo sido inicialmente concebidos como registros cotidianos de observações e reflexões da pesquisadora. Esses documentos registram interações com gestantes, diálogos com equipes técnicas e relatos de situações vivenciadas no campo, constituindo uma fonte para a análise qualitativa. Cellard (2008) observa que, nesse tipo de análise, é fundamental compreender o posicionamento do autor e o propósito original do documento, o que contribui para contextualizar sua utilização na pesquisa.

No presente estudo, os diários de campo vão além de seu papel original como ferramenta prática de registro, tornando-se assim a principal base documental para a análise. Os diários permitem, por exemplo, conectar eventos

individuais observados no campo com as estruturas mais amplas de exclusão e vulnerabilidade enfrentadas pelas gestantes. Conforme discutido por Cellard (2008), a análise documental não se limita à descrição do conteúdo dos registros, mas busca interpretar os significados subjacentes às narrativas documentadas, interrelacionando as dinâmicas sociais mais amplas.

Os diários de campo, enquanto documentos qualitativos, desempenham um papel central na pesquisa, permitindo registrar de forma detalhada as experiências vividas no contexto de acompanhamento de gestantes em situação de rua. Para Becker (1997), esses materiais se apresentam como indispensáveis na pesquisa qualitativa, pois funcionam como um espaço de registro das interações sociais, permitindo que o pesquisador capture tanto os eventos observados quanto as interpretações e reflexões decorrentes dessas experiências. No presente estudo, os diários se caracterizam também como uma ferramenta de organização sistemática de pensamentos e observações, contribuindo para a análise reflexiva e a construção de um entendimento mais aprofundado das dinâmicas sociais enfrentadas ao longo dos anos de atuação.

No caso desta pesquisa, os diários foram inicialmente elaborados como ferramenta prática de registro, sem intenção de compor uma análise acadêmica. No entanto, com o ingresso na academia, esses registros tornaram-se uma fonte documental essencial, possibilitando revisitar as experiências vividas e interpretá-las à luz de teorias e conceitos.

Os registros utilizados nesta pesquisa destacam-se também por sua sensibilidade em capturar as experiências das gestantes em situação de rua, apresentando as interações entre as mulheres e as instituições, os sentimentos, as falas e as estratégias de sobrevivência diante das vulnerabilidades enfrentadas. Ali estão presentes reflexões sobre a maternidade em contexto de extrema precariedade, o impacto da falta de moradia e as dificuldades de acesso a serviços de saúde e assistência social. Para Fernando Lefèvre e Ana Maria Lefèvre (2003), os registros narrativos são cruciais em pesquisas que buscam dar visibilidade a vozes marginalizadas, pois permitem captar a subjetividade dos sujeitos e compreender como constroem significados a partir de suas vivências.

Nos registros, além de narrar as vivências das gestantes, a pesquisadora documenta seus próprios processos de aprendizado, suas dúvidas e os dilemas éticos enfrentados. Essa prática reflexiva enriquece o processo de análise e

contribui para a construção de um olhar mais crítico e engajado sobre o objeto de estudo.

No presente estudo, adotou-se o anonimato como princípio central na análise dos diários, assegurando que as histórias registradas fossem despersonalizadas e que as participantes não pudessem ser identificadas. Esse cuidado ético potencializa o compromisso da pesquisa com a proteção dos sujeitos envolvidos e a integridade dos dados coletados.

Neste estudo, foi aplicada a análise temática como técnica de investigação qualitativa, com o objetivo de identificar e interpretar padrões de significado presentes nos dados coletados nos diários de campo. Segundo Braun e Clarke (2006), a análise temática é um método flexível e rigoroso que permite a organização e interpretação sistemática de grandes volumes de informações qualitativas, sendo utilizada em pesquisas que buscam compreender as experiências subjetivas e os contextos sociais nos quais elas estão inseridas.

O processo de análise seguiu as etapas delineadas por Braun e Clarke (2006). Em um primeiro momento, foi realizada uma leitura detalhada e reiterada dos registros, com o objetivo de familiarizar-se profundamente com os dados. Essa etapa inicial permitiu compreender o conteúdo e identificar aspectos recorrentes ou particularmente relevantes nas narrativas registradas. Em seguida, os dados foram submetidos à codificação inicial, um processo que envolveu a atribuição de rótulos ou “códigos” aos segmentos textuais que representavam ideias ou padrões relevantes para os objetivos do estudo.

Posteriormente, os códigos gerados foram agrupados em categorias que refletiam temas emergentes relacionados às experiências das gestantes em situação de rua. Entre os temas identificados, destacaram-se os desafios de se gestar nas ruas, as dificuldades de acesso aos serviços públicos e as implicações emocionais e sociais da separação mãe-bebê. Essas categorias foram então revisadas, refinadas e definidas, com descrições que buscavam conectar as experiências individuais das gestantes às dinâmicas estruturais que moldam suas realidades.

Os dados registrados nos diários de campo incluíam descrições detalhadas de interações com gestantes, observações do contexto em que essas mulheres viviam e anotações sobre o acesso, ou a falta dele, aos serviços

de saúde e de assistência social. A riqueza desse material permitiu capturar nuances das experiências vividas, oferecendo uma compreensão aprofundada que não seria alcançada por métodos exclusivamente quantitativos. A análise buscou, para além de identificar padrões, interpretar os significados existentes, considerando as especificidades de gênero e as condições extremas de vulnerabilidade que caracterizam a vida dessas gestantes.

Quadro 1 – Etapas do processo de análise temática aplicada aos diários de campo

Etapa	Descrição	Exemplo prático
1. Familiarização com os dados	Leitura detalhada e repetida dos registros para captar o conteúdo geral, aspectos centrais e identificar padrões iniciais.	Identificação de relatos sobre dificuldades das gestantes em acessar serviços de saúde e de acolhimento.
2. Geração de códigos iniciais	Fragmentação dos textos em pequenos trechos com atribuição de rótulos ou códigos que representem as ideias principais.	Frase: “Eu fui ao hospital, mas disseram que não podiam me atender sem um comprovante de endereço.” Código: “barreira documental no SUS.”
3. Busca por temas	Agrupamento dos códigos iniciais em categorias maiores, de acordo com padrões identificados nas narrativas.	Códigos como “barreira documental no SUS” e “falta de acolhimento” foram agrupados no tema “dificuldades de acesso a serviços públicos.”
4. Revisão dos temas	Avaliação dos temas para garantir coerência interna (os códigos dentro de cada tema se relacionam entre si) e distinção entre os temas.	O tema “desafios no acesso aos serviços públicos” foi desdobrado em subtemas como “falta de atendimento humanizado” e “exigências documentais.”
5. Definição e nomeação dos temas	Descrição final dos temas, com nomes claros e conexão aos objetivos do estudo.	Tema final: “pré-natal e (des)cuidado” foi definido como as dificuldades enfrentadas pelas gestantes no acesso ao pré-natal.
6. Produção do relato final	Integração dos temas ao arcabouço teórico, com análise crítica e reflexões conectadas às estruturas sociais e de gênero.	Reflexão: As narrativas das gestantes revelaram como a falta de políticas públicas afeta o vínculo mãe-bebê, conectando

		experiências individuais às desigualdades sociais.
--	--	--

Fonte: Elaboração própria.

A análise temática aplicada neste trabalho revelou camadas profundas das vivências de gestantes em situação de rua, lançando luz sobre aspectos invisibilizados pelas políticas públicas e ignorados em muitos debates acadêmicos. Essa metodologia possibilitou a organização estruturada dos dados qualitativos, ao mesmo tempo que os conectou a discussões teóricas mais amplas, ampliando a compreensão de aspectos fundamentais, como os impactos da separação mãe-bebê e os dilemas éticos que envolvem essas situações.

Com o objetivo de atingir os resultados propostos, este estudo foi estruturado em três partes, que serão apresentadas detalhadamente a seguir. No primeiro capítulo, intitulado “Mulheres invisíveis: uma contextualização e recorte de gênero”, é oferecido um panorama abrangente sobre a realidade da população em situação de rua, com foco nas especificidades que envolvem o recorte de gênero. A abordagem parte de uma reflexão sobre interseccionalidade, explorando como diferentes formas de opressão se sobrepõem na vida dessas mulheres. São discutidas as diversas violências a que elas estão expostas, bem como as estratégias de sobrevivência que desenvolvem para resistir às adversidades. Além disso, o capítulo analisa as limitações das políticas públicas voltadas para essa população, trazendo um exemplo localizado que evidencia como essas mulheres enfrentam barreiras específicas que intensificam sua condição de vulnerabilidade.

No capítulo “Gravidez em situação de rua: rupturas e violação de direitos”, o foco recai sobre as experiências das gestantes, com destaque para os casos de Tânia e Jaqueline, extraídos dos diários de campo. Esse capítulo aprofunda as dificuldades enfrentadas durante o pré-natal, a precariedade do acesso aos serviços de saúde e os impactos da destituição do poder materno. A análise dessas histórias revela as rupturas emocionais e sociais que as gestantes vivenciam, destacando a necessidade de se implementar políticas públicas mais efetivas para evitar a separação mãe-bebê e promover o respeito aos seus direitos.

O capítulo “Moradia como direito: a construção de uma chance” reflete sobre o papel central da moradia na inclusão social e na proteção das gestantes em situação de rua. Inicialmente, são discutidas as limitações do modelo etapista, destacando as dificuldades enfrentadas por mulheres no acesso a soluções habitacionais tradicionais. Em seguida, o capítulo explora a metodologia *Housing First* como alternativa prática e ética, destacando suas contribuições para a oferta de moradia digna e com suporte. Embora a moradia não seja apresentada como objetivo desta pesquisa, sua importância surge como resultado das análises realizadas, evidenciando como o acesso direto à moradia pode impactar positivamente a vivência das gestantes em situação de rua.

Por fim, as considerações finais revisitam os principais pontos discutidos ao longo do trabalho, sintetizando as descobertas e reflexões obtidas. O estudo ressalta a relevância de olhar para as múltiplas dimensões que envolvem a vida de grupos em situação de extrema vulnerabilidade, enfatizando a importância de uma abordagem que considere diferentes fatores, como gênero, raça e classe social. A análise aponta para a necessidade de revisar práticas consolidadas no atendimento a essas populações, buscando alternativas que promovam maior equidade e respeito à diversidade. Além disso, abre-se espaço para futuras investigações, com destaque para a exploração de modelos inovadores no contexto brasileiro e o papel dos agentes responsáveis pela implementação de políticas públicas, visando fortalecer a articulação entre teoria e prática

3 MULHERES INVISÍVEIS: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO E RECORTE DE GÊNERO

Este capítulo tem como objetivo situar o leitor no contexto geral sobre a população em situação de rua no Brasil, apresentando diferentes dados estatísticos e, na sequência, informações sobre as especificidades de perfis, com foco nas gestantes em situação de rua.

Aqui propõe-se discutir a condição das mulheres em situação de rua sob uma perspectiva de gênero e interseccionalidade, oferecendo um panorama que ultrapasse a contextualização de suas vivências, mas que também evidencie as dinâmicas estruturais que moldam suas vivências. Ao longo da discussão, serão analisadas as formas de violência que enfrentam, as estratégias que desenvolvem para sobreviver nesse contexto e as limitações das políticas públicas atuais em atender às suas demandas. Essa reflexão busca contribuir para uma compreensão mais ampla e detalhada das mulheres em situação de rua, lançando luz sobre a necessidade de respostas mais inclusivas e sensíveis às especificidades de gênero no enfrentamento às desigualdades sociais.

3.1 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: PARA INÍCIO DE CONVERSA

A população em situação de rua no Brasil enfrenta um processo contínuo de invisibilidade social e marginalização, agravado por estigmas e preconceitos que dificultam tanto o acesso a direitos quanto a construção de narrativas que questionem essas percepções negativas. Conforme destacam Cláudia Silva e Lenir da Silva (2022, p. 153), essa população é tipificada de maneira pejorativa, sendo rotulada como “vagabunda, suja, louca, perigosa e coitada”. Esses estereótipos, além de intensificarem estigmas, contribuem para a validação de atitudes de violência e preconceito que partem da sociedade civil.

Para além de intensificar o preconceito, essas representações simplistas acabam por naturalizar a presença dessas pessoas nas ruas, relacionando sua condição a escolhas pessoais ou fracassos individuais. Tal perspectiva desconsidera completamente os fatores estruturais que levam à situação de rua, como a desigualdade socioeconômica, a falta de políticas públicas eficazes, a crise habitacional e o desemprego. Ao ignorar essas dimensões, a sociedade

acaba por responsabilizar as próprias vítimas por sua condição, impedindo a formulação de soluções que ataquem as raízes do problema. A naturalização da pobreza extrema e da vulnerabilidade enfrentada por essas pessoas reflete uma falha coletiva em reconhecer a situação de rua como um sintoma de desigualdades históricas e estruturais.

Para autores como Tomás Melo (2017), a ausência de moradia é o ponto central que define essa condição, mesmo que a experiência de viver nas ruas seja marcada por muitos outros fatores, como a exclusão social, a estigmatização e a violência. Para o autor, o conjunto das palavras que compõem a expressão “população em situação de rua” apresenta uma conotação um tanto quanto positiva e que reforça a circunstância provisória de se viver nas ruas, caracterizando assim uma suposta condição vivida e não exatamente o que falta a uma pessoa que vive nesta situação.

O problema pode ser mais bem compreendido quando observamos a definição da categoria. Em outros idiomas, os termos que caracterizam a pessoa em situação de rua ressaltam a falta de moradia como questão principal, ao exemplo do termo “*homeless*” palavra da língua inglesa, construída pelo radical *home*, “casa”, e pelo sufixo *-less*, que indica ausência, falta do elemento indicado pelo radical. A presença desse sufixo transforma o substantivo *home* em adjetivo, *homeless*, assim qualificando o sujeito em si, e não a situação em que se encontra.

Outro exemplo são os termos utilizados na língua francesa como “*sans domicile fixe*” (“sem domicílio fixo”) ou “*sans-logis*” (“sem endereço próprio) e na língua italiana *senzatetto*, (“sem-teto”) , ou *senza casa*, que caracterizam mais uma vez o grupo populacional pela ausência do domicílio.

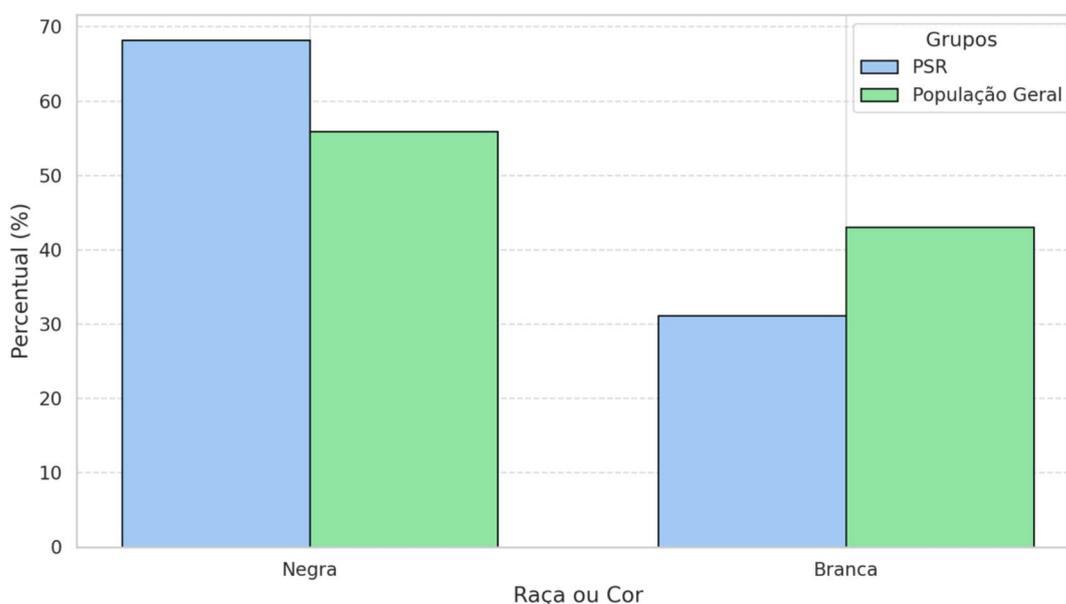
O desafio da conceituação da população em situação de rua no Brasil vai muito além da discussão de seu aspecto linguístico e revela as formas como enxergamos a problemática. A apresentação desse fato revela a necessidade de se compreender a situação de rua como algo a ser superado, o que significa assumir que o que diferencia uma pessoa em situação de rua de uma pessoa considerada domiciliada, é justamente a ausência da moradia.

Compreendendo aqui, para os fins da presente pesquisa, que o significado de se estar em situação de rua parte primeiro de uma falta, podemos

avançar quanto as discussões legais sobre as definições da população em situação de rua no país.

Atualmente, a maior parte da população em situação de rua no Brasil é composta por pessoas negras, que representam 69% do total, sendo 51% pardos e 18% pretos. Em comparação, na população brasileira geral, os negros somam 55,9%, com 45% pardos e 11% pretos (IBGE, 2023). Já a população branca na PSR corresponde a 31,1%, enquanto entre a população brasileira em geral, os brancos representam cerca de 43%.

Gráfico 1 – Distribuição por raça ou cor: População em situação x População geral



Fonte: Cadastro Único, agosto de 2023. Elaboração própria.

Importante destacar que os dados revelam uma sobrerrepresentação da população negra entre a população em situação de rua (PSR) no Brasil. Com 68,2% da PSR composta por pessoas negras (pardos e pretos), esse percentual é significativamente maior do que na população geral, na qual os negros representam 55,9% do total. Essa desproporcionalidade reflete as desigualdades estruturais que foram herdadas do período escravocrata, que ainda afetam profundamente o acesso de pessoas negras a direitos fundamentais, como moradia, emprego e saúde (Fernandes, 1978; Jaccoud, 2009). Conforme apresenta Moura (1988), a vulnerabilidade racial, marcada pela segregação histórica e econômica, continua a limitar a inserção social da

população negra, contribuindo para sua maior exposição à precariedade habitacional e ao desemprego.

A persistência do racismo estrutural no Brasil resulta em barreiras contínuas no acesso a direitos fundamentais como educação, trabalho formal e, especialmente, moradia. Esse conceito evidencia como as instituições e práticas sociais mantêm uma hierarquia racial. Como afirma Ribeiro (2019, p. 25), “o racismo estrutural é uma lógica que organiza nossa sociedade e define quem tem acesso aos privilégios e quem será excluído deles”. Essa lógica opera de maneira silenciosa, mas eficaz, moldando relações de poder e desigualdades históricas que relegam a população negra a condições de vulnerabilidade social. O legado da escravidão, conforme analisado por Florestan Fernandes (1978), não foi superado com a abolição, uma vez que não existiram políticas reparatórias eficazes que garantissem a inclusão social dos negros. A marginalização dessa população está diretamente ligada à sua sobre-representação em situações de vulnerabilidade extrema, como ao exemplo da situação de rua.

Essa vulnerabilidade é reforçada pela ausência de políticas públicas que considerem o recorte racial no acesso à moradia. No contexto habitacional, conforme discute Jaccoud (2009), essa se manifesta na marginalização dessas pessoas para as periferias urbanas ou, em muitos casos, para as ruas, onde suas necessidades são invisibilizadas pelo poder público. O direito à moradia adequada, que é essencial para garantir a inclusão social e a cidadania plena, segue sendo uma barreira para a população negra, que historicamente foi excluída do acesso a esse direito básico.

Além disso, as políticas públicas, muitas vezes, não reconhecem as múltiplas camadas de vulnerabilidade que afetam a população negra em situação de rua. A sobreposição entre raça e risco social demanda uma abordagem interseccional nas políticas habitacionais, ou seja, uma análise que considere a ausência de moradia, mas que também saiba ler as desigualdades históricas e estruturais que colocam a população negra em maior exposição às vulnerabilidades (Crenshaw, 2002).

Isto posto, é importante reconhecer que a situação de rua no Brasil é marcada pela intersecção entre raça, gênero e classe. A predominância de homens em situação de rua reflete a crise social e econômica que afeta a

população masculina de baixa renda, mas as mulheres, embora em menor número, enfrentam uma vulnerabilidade qualitativamente diferente, o que demanda políticas públicas interseccionais para abordar essas múltiplas camadas de vulnerabilidade.

Conforme apresentado pelo Ipea com base nos dados do CadÚnico (Natalino, 2024), a população em situação de rua no Brasil é composta majoritariamente por homens, que representam 88,4% desse grupo, enquanto as mulheres constituem 11,6%.

No entanto, a presença de mulheres em situação de rua, embora em menor número, apresenta um conjunto específico de vulnerabilidades. As mulheres, principalmente negras, enfrentam riscos maiores, como a violência de gênero e a exploração sexual, além de um acesso ainda mais limitado a serviços de saúde.

Com base nessa análise, discutir-se-á o papel do gênero e da raça na vulnerabilidade das mulheres em situação de rua. O conceito de interseccionalidade, desenvolvido por Kimberlé Crenshaw (1989), também será utilizado para entender como essas múltiplas opressões se cruzam e agravam as experiências dessas mulheres.

3.2 INTERSECCIONALIDADE E VULNERABILIDADE: AS MULHERES NA BASE DA EXCLUSÃO

Ser mulher e estar em situação de rua é vivenciar constantes exclusões. Ao mesmo tempo que se enfrentam as opressões que são intrínsecas à situação de rua, acrescentam-se as violências decorrentes das condições de gênero e raça. Neste sentido, conforme ressalta Barros (2021), observar a complexidade da situação a partir dessa ótica significa compreender que, no contexto das ruas, as formas de sobrevivência de homens e mulheres negras são, por diversas razões, diferentes.

Para essas mulheres, a situação de rua é agravada por uma combinação de fatores que incluem o racismo, o sexismo e a falta de políticas públicas direcionadas às suas necessidades específicas. Essas dimensões de exclusão se entrelaçam de maneira complexa, conforme explicado pelo conceito de interseccionalidade desenvolvido por Kimberlé Crenshaw. Para Crenshaw

(1989), a interseccionalidade refere-se à forma como diferentes sistemas de opressão — como racismo, sexismo e classismo — se sobrepõem e se potencializam mutuamente, criando uma realidade mais complexa e de maior vulnerabilidade.

O conceito de interseccionalidade permite analisar as diversas formas de opressão que atingem as mulheres negras. Crenshaw (1989) argumenta que essas intersecções geram formas de opressão únicas que não podem ser compreendidas separadamente, pois as questões de gênero somadas ao racismo criam barreiras mais complexas do que as enfrentadas por mulheres brancas ou homens negros, por exemplo. As mulheres negras, nesse sentido, enfrentam discriminações que vão além da simples soma das opressões racial e de gênero, constituindo uma configuração específica de desvantagens resultante dessa interseção

Essa abordagem é especialmente relevante no Brasil, onde as mulheres negras constituem um dos grupos mais marginalizados socialmente. De acordo com o *Dossiê sobre a Situação das Mulheres Negras Brasileiras* (Geledés; Criola, 2017), essas mulheres apresentam índices mais altos de pobreza, menor escolaridade e condições de saúde inferiores quando comparadas às mulheres brancas. Além disso, elas enfrentam altos índices de trabalho informal, o que contribui para a sua instabilidade econômica e as coloca em uma posição de extrema vulnerabilidade.

No contexto das mulheres negras em situação de rua no Brasil, essas intersecções são particularmente evidentes. Quando combinamos o fator de gênero, observamos que as mulheres negras em situação de rua enfrentam questões de vulnerabilidade ainda maiores, marcadas pela violência de gênero, exploração sexual e pela invisibilização de suas necessidades no âmbito das políticas públicas.

Esse desfavorecimento significa que essas mulheres são deixadas à margem dos debates sobre moradia e direitos sociais², justamente por ocuparem essa posição única de vulnerabilidade. Como aponta Crenshaw (1989), a ausência de políticas públicas que considerem essas sobreposições impede a

² O *Dossiê Mulheres Negras*, publicado pelo Ipea (2013), também reforça que essas mulheres, além de serem privadas do direito à moradia, enfrentam graves obstáculos no acesso à saúde e a outros direitos sociais.

criação de soluções eficazes. O conceito de interseccionalidade nos mostra que não basta tratar a questão da moradia ou do racismo de forma isolada: é preciso entender como ser mulher, negra e pobre multiplica os riscos de desproteção e violência, tanto na esfera social quanto na institucional.

Assim, para compreender plenamente a situação de mulheres negras em situação de rua, é fundamental aplicar uma análise interseccional, que reconheça as múltiplas formas de riscos sociais e desigualdades que atuam sobre essas mulheres. Esse olhar permite entender como as políticas públicas devem ser pensadas de maneira ampla e inclusiva, de forma a abordar as especificidades que surgem da intersecção entre raça, gênero e classe.

3.3 QUESTÕES DE GÊNERO: VIOLÊNCIAS E MODOS DE SOBREVIVÊNCIA

Ainda que as pesquisas indiquem que o perfil social da população em situação de rua seja composto hegemonicamente por homens negros em idade economicamente ativa, é sabido que mulheres negras, mulheres grávidas, pessoas LGBTQIAP+ e núcleos familiares com crianças inseridas nesse segmento, vivem uma invisibilização de suas necessidades e enfrentam diversas violações de direitos humanos. A literatura existente sobre a população em situação de rua, em sua maioria, destaca que as ruas e suas formas de existência são predominantemente um universo marcado por masculinidades. Nos últimos anos, no entanto, as pesquisas têm voltado sua atenção para as transformações sociais que têm modificado as representações das pessoas em situação de rua, atentando para uma variedade de questões relacionadas a gênero e sexualidade. Essas novas modalidades de perfis discutidos têm impactado as escolhas de pesquisa recentes, sinalizando a necessidade de se aprofundar questões que, anteriormente, não estavam em pauta.

Durante as ações [do Projeto Mãos Invisíveis], percebemos aumentar cada vez mais o número de mulheres vivendo nas ruas. Antes da pandemia não tínhamos nem fila para mulheres, agora elas se organizaram em filas preferenciais para tomar o café³.

Este registro foi feito durante a primeira reunião do GT Mães na Rua, realizado na sede do Projeto Mãos Invisíveis. Na reunião foi discutido o aumento

³ Diário de campo, 21 de março de 2023.

visível no número de mulheres em situação de rua nas ações promovidas aos domingos pelo projeto. Registrou-se que a fila organizada pela própria PSR tomou uma nova configuração, agora se desmembrando em fila para homens e fila para mulheres. Importante destacar que essa ação surgiu por uma imposição dos homens presentes, que afirmavam que as mulheres teriam prioridade no atendimento, necessitando de uma fila exclusiva.

Conforme discute Frangella (2004) ao abordar as relações entre gênero e espaço, a construção comum da figura do homem em situação de rua está vinculada a características de provedor que se encontra desempregado e marginalizado, permanecendo nas ruas. Por outro lado, a caracterização da mulher está ligada ao rompimento com o lar, um lugar que seria, tradicionalmente, inerente à sua existência. Embora a presença feminina se faça notada nesse contexto, ainda não se expressa de maneira suficientemente forte para romper com os padrões de gênero predominantes.

As vulnerabilidades da população em situação de rua, no que diz respeito à violência, podem ser identificadas e quantificadas a partir de levantamentos como o realizado pelo Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, intitulado *População em situação de rua e violência – uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017*. Trata-se de um estudo descritivo das notificações de violência interpessoal e/ou autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). No período analisado, foram notificados 777.904 casos de violência, dos quais 17.386 tiveram como motivador principal a condição de situação de rua da vítima. Esses casos foram mais frequentes entre indivíduos do sexo feminino, representando aproximadamente 51% das notificações. Essa informação é particularmente relevante, considerando que as mulheres representam uma fração significativamente menor da população em situação de rua, enquanto os homens somam aproximadamente 80% do total desse grupo conforme dados apresentados pelo Ipea com base nos cadastros do CadÚnico (Natalino, 2024). Contudo, em relação aos índices de violência, as mulheres aparecem com uma frequência relativamente maior.

Conforme também observa Frangella (2004), a necessidade dos homens em reafirmar seu papel de provedor, associada a fatores como o alcoolismo, faz com que muitos apresentem comportamentos violentos, afetando

as mulheres ao seu redor. Mulheres que vivem sozinhas nas ruas, sem a presença de um companheiro do sexo masculino, acabam por estar mais expostas a violência física e sexual. Ainda conforme a autora, as mulheres desenvolvem táticas de sobrevivência específicas. Uma dessas táticas envolve a reorganização de laços de dependência, aceitando o papel de parceira dócil, fiel e disponível para práticas sexuais com seus companheiros. Outra estratégia observada durante a atuação em campo é a adotada por mulheres que optam por viver sozinhas. A estratégia envolve a adoção de uma postura forte e agressiva diante dos homens como forma de autoproteção. Essas mulheres performam comportamentos exacerbados, que muitas vezes podem ser confundidos com sintomas de transtornos mentais, mas que na verdade constituem estratégias de sobrevivência.

Essas dinâmicas de violência se materializam no cotidiano, como ilustra o caso de Camila⁴.

Ela chegou, passou pela fila do café que estava sendo servido e chamou atenção dos voluntários pelo cheiro forte de urina e pelo comportamento “agressivo”. O Banho do Coração (organização da sociedade civil que oferece banho para a população em situação de rua de maneira itinerante com um trailer) estava presente em nossa ação entregando as senhas para o banho e foi ao encontro de Camila para tentar convencê-la a tomar banho e trocar as roupas que estavam sujas. Ela se exaltou com a oferta e começou a gritar com os voluntários presentes. Fomos eu e Vanessa conversar com a Camila para tentar acalmá-la e entender o que estava acontecendo. Após um tempo de conversa, Camila nos disse que se “ficasse cheirosa” chamaria atenção dos homens que dividiam a mesma marquise que ela, que eles “tentariam algo”, e para conseguir ocupar o mesmo espaço de homens, ela precisava “estar suja” e “ser braba” para eles “sentirem nojo e medo” dela⁵.

O relato de Camila revela uma estratégia de autoproteção adotada por mulheres em situação de rua, que recorrem à sujeira corporal e a atitudes de hostilidade como mecanismos de defesa contra a violência sexual. Conforme apontado por Sarmiento (2020), muitas dessas mulheres enfrentam uma ameaça constante de abuso, e a sujeira e agressividade tornam-se parte de uma performance social necessária para criar uma barreira simbólica que afasta potenciais agressores e assegura sua permanência em espaços públicos dominados por homens. Essas estratégias também se entrelaçam com o conceito de resistência discutido por Butler (2003) e Davis (2016), segundo o

⁴ Nome fictício para proteger a identidade.

⁵ Diário de campo, 27 de outubro de 2019.

qual mulheres em situações de marginalização usam seus corpos como formas de subversão e sobrevivência em ambientes violentos.

Além disso, a vida nas ruas está intimamente ligada ao adoecimento físico e mental das mulheres nessa situação. A pesquisa de Barros *et al.* (2020) destaca que o machismo e o racismo estrutural criam um ambiente em que essas mulheres têm seus direitos sistematicamente negados, especialmente os relacionados a saúde e segurança. O uso problemático de substâncias psicoativas (SPA) interfere diretamente na saúde dessas mulheres e, no contexto da rua, torna-se mais difícil articular cuidados que garantam sua dignidade (Souza *et al.*, 2016).

Essas mulheres enfrentam, além da privação de moradia, questões como abuso sexual, uso abusivo de substâncias, maior suscetibilidade a infecções sexualmente transmissíveis (IST), além de violência física e psicológica. O estudo de Souza *et al.* (2016), intitulado “Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas”, oferece uma análise sobre as vulnerabilidades enfrentadas por mulheres em situação de rua que fazem uso de SPA. A pesquisa, conduzida com sete mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CapsAD) na cidade de Salvador evidencia a exposição dessas mulheres a violência, iniciada no ambiente familiar e perpetuada ao longo da vida adulta. Os relatos coletados indicam experiências recorrentes de abuso doméstico, que, em muitos casos, contribuem para o desenvolvimento do uso problemático de substâncias psicoativas, utilizado como estratégia de enfrentamento diante das adversidades impostas pela violência e pelas condições de vulnerabilidade.

Essas questões evidenciam a necessidade de uma assistência integral e sensível às especificidades de gênero e raça, promovendo estratégias de cuidado que ultrapassem a simples oferta de abrigo, atuando também na proteção da saúde e dos direitos dessas mulheres.

3.4 DESAFIOS E LACUNAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

As políticas públicas voltadas para a população em situação de rua no Brasil começaram a ganhar maior atenção com a criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), formalizada pelo Decreto nº 7.053/2009 (Brasil, 2009a). Essa política adota uma abordagem intersetorial, essencial para enfrentar as múltiplas vulnerabilidades que caracterizam a situação de rua, buscando superar o assistencialismo e garantir a inclusão social. Contudo, apesar de seu caráter abrangente e inovador, a implementação da PNPSR enfrenta dificuldades significativas, tanto na articulação entre os setores responsáveis quanto na efetivação de suas diretrizes nas esferas estaduais e municipais (Brasil, 2019a).

Uma das principais dificuldades para a efetivação da PNPSR é a fragmentação das ações. A falta de coordenação entre as diferentes esferas de governo e a ausência de recursos financeiros e humanos dedicados comprometem a execução das políticas previstas. De acordo com o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (Brasil, 2019a), embora a PNPSR tenha sido um marco, sua implementação ocorre de forma desigual, dependendo da prioridade dada por cada município ou estado. Essa realidade resulta em um atendimento heterogêneo e insuficiente, que muitas vezes não responde às demandas mais urgentes da população em situação de rua.

A questão habitacional também se apresenta como um ponto crítico⁶ no país. Embora a Constituição Federal de 1988 reconheça, em seu art. 6º, a moradia como um direito social, o Brasil ainda enfrenta um alto déficit habitacional, agravado pela ausência de políticas específicas para a população em situação de rua. O principal programa habitacional brasileiro, o Minha Casa Minha Vida (MCMV), lançado em 2009, foi concebido para atender famílias de baixa renda, mas não contempla as particularidades da população em situação de rua, que geralmente não possui renda formal ou documentação regularizada. Conforme apontado por Nonato (2016), a exigência de comprovação de renda e

⁶ O problema habitacional e as críticas que permeiam o programa Minha Casa Minha Vida serão explorados com mais profundidade no terceiro capítulo deste trabalho.

a estrutura rígida dos critérios de elegibilidade excluem grande parte desse grupo vulnerável.

Para Viana (2019), a falta de articulação entre políticas habitacionais, de saúde e de assistência social gera lacunas que dificultam o acesso a direitos básicos. Além disso, há uma desconexão entre a PNPSR e as práticas municipais, que são diretamente responsáveis pela maior parte do atendimento à população em situação de rua. Muitos municípios não apresentam estrutura adequada para implementar as diretrizes da PNPSR, como a criação de abrigos humanizados.

Em resposta a essas dificuldades, o governo federal, por meio do plano Ruas Visíveis, anunciou em 2023 a inclusão da população em situação de rua no programa Minha Casa Minha Vida. A iniciativa estabeleceu critérios específicos que dispensam a comprovação de renda formal e priorizam famílias em situação de vulnerabilidade extrema, incluindo gestantes (Brasil, 2023). Essa medida, embora promissora, ainda precisa superar desafios históricos de implementação, como a articulação entre os diferentes setores responsáveis e o financiamento contínuo (Ipea, 2024). Além disso, o sucesso do plano dependerá de uma mudança estrutural na forma como a situação de rua é abordada pelas políticas públicas, em que serão necessárias soluções integradas e humanizadas.

Diante desse cenário, é necessário reconhecer que, embora os avanços no campo das políticas habitacionais sejam importantes, grupos específicos, como as gestantes em situação de rua, permanecem invisibilizados dentro dessas iniciativas. Essas mulheres vivem em um contexto de extrema vulnerabilidade, em que as condições precárias de vida e a ausência de suporte integrado agravam os riscos para a saúde da mãe e do bebê. Apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) contar com programas como o Rede Cegonha, que promove atenção integral à saúde materno-infantil, incluindo pré-natal e parto humanizado, a realidade das gestantes em situação de rua escapa à capacidade operacional e aos objetivos práticos dessas políticas.

Além disso, os serviços de acolhimento emergencial vinculados ao Sistema Único de Assistência Social (Suas), como os Centros POP⁷,

⁷ Os Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP) são equipamentos públicos do Sistema Único de Assistência Social (Suas) voltados ao

desempenham um papel importante ao oferecer abrigo temporário e suporte social. Contudo, esses serviços, corriqueiramente sobrecarregados, têm sua atuação limitada a respostas emergenciais, sem articulação efetiva com políticas habitacionais ou serviços de saúde. Observações em campo indicam que as gestantes raramente permanecem nesses espaços por longos períodos, seja por restrições institucionais ou pela dificuldade de adequação às regras dos abrigos, como a separação de familiares ou a proibição de permanecer com companheiros. Essas lacunas dificultam o planejamento e a execução de ações efetivas e comprometem a proteção contínua dessas mulheres e de seus filhos.

No contexto desta dissertação, torna-se essencial apresentar e localizar a realidade de Curitiba, pois a cidade é o palco onde se desenvolvem as questões sobre gestantes em situação de rua acompanhadas, tema central deste estudo. É nesta cidade que os casos descritos nos diários de campo foram vivenciados e analisados, e onde a aplicação das políticas públicas voltadas a essa população com especial foco nas gestantes tem sua contextualização.

Curitiba, capital do Paraná, não é exceção à tendência nacional de crescimento da população em situação de rua. A cidade, que possui uma rede de serviços relativamente robusta, enfrenta desafios crescentes no atendimento a essa população. Segundo dados obtidos pelo CadÚnico, em julho de 2024 encontravam-se em situação de rua 4.096 pessoas. O levantamento realizado pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua (Polos-UFMG) em 2022 estima que aproximadamente 52% da população em situação de rua não está cadastrada ou tem cadastro desatualizado. Portanto, o número real de pessoas em situação de rua em Curitiba pode chegar a cerca de oito mil.

No município, a política voltada para a PopRua é gerenciada pela Fundação de Ação Social (FAS), que também é responsável por toda a gestão da política municipal de assistência social. Entre os serviços oferecidos, destacam-se os Centros POP, as Unidades de Acolhimento Institucional (UAI)⁸

atendimento dessa população. Regulamentados pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução nº 109/2009 do CNAS), os Centros POP oferecem serviços especializados, como acolhimento diurno, atendimento psicossocial, acesso a higiene pessoal, alimentação e atividades de reinserção social, além de encaminhamentos para a rede socioassistencial, de saúde e de garantia de direitos (Brasil, 2009).

⁸ As Unidades de Acolhimento Institucional (UAI) fazem parte da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (Suas). São serviços destinados a

e a Casa de Acolhida e do Regresso (CAR)⁹, que visam garantir o atendimento às necessidades básicas da população em situação de rua, como alimentação, higiene, apoio psicossocial e a integração ao mercado de trabalho.

Esses serviços têm por objetivo oferecer proteção social imediata e criar condições para que os indivíduos atendidos possam reconstruir suas trajetórias fora da rua. No entanto, a efetividade dessas políticas e a adequação dos serviços prestados têm sido objeto de avaliação e monitoramento.

Nesse contexto, a Defensoria Pública do Estado do Paraná (DPE), por meio do Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos (NUCIDH), realizou, em 2023, um levantamento detalhado da oferta de serviços à população em situação de rua em Curitiba. O Relatório Final do NUCIDH (2023) é resultado de visitas técnicas a diversos equipamentos de assistência social e saúde, com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços prestados e a eficácia das políticas públicas na garantia dos direitos dessa população. O relatório surge como resposta às demandas da sociedade civil e de organizações de direitos humanos por maior transparência e monitoramento, destacando desafios como a sobrecarga dos serviços e a fragmentação entre as políticas de assistência, saúde e habitação.

Outro serviço ofertado é o Consultório na Rua, implementado na cidade como parte da Política Nacional de Atenção Básica no ano de 2011. Esse serviço é itinerante e tem como objetivo proporcionar cuidados primários de saúde à população em situação de rua, o que é crucial para um grupo que normalmente não consegue acessar os serviços de saúde convencionais. Contudo, o NUCIDH (2023) ressalta que a cobertura desse programa ainda é insuficiente e o número de equipes é limitado, o que impede um atendimento mais contínuo e abrangente.

Em termos de segurança alimentar, Curitiba conta com programas como os Restaurantes Populares, que fornecem refeições a preços acessíveis (R\$ 3,00) para pessoas em situação de vulnerabilidade social. No entanto, o

indivíduos e famílias em situação de rua que necessitam de acolhimento temporário, garantindo proteção integral, incluindo moradia, alimentação, suporte psicossocial e encaminhamentos para a rede de serviços públicos (Brasil, 2009).

⁹ A Casa de Acolhida e do Regresso (CAR) é um equipamento socioassistencial voltado ao acolhimento provisório de migrantes em situação de vulnerabilidade, especialmente aqueles que retornam à sua cidade de origem sem recursos para subsistência. Seu objetivo é oferecer suporte temporário, promovendo a reintegração social e o acesso a políticas públicas, conforme previsto na Política Nacional para População em Situação de Rua (Brasil, 2009).

Relatório Final do NUCIDH aponta que, para a população em situação de rua, esse valor ainda representa um obstáculo, especialmente para aqueles que não estão vinculados aos serviços de assistência social. Isso limita o alcance da política, deixando uma parcela significativa da população sem acesso regular à alimentação.

A única exceção, na realidade de Curitiba, é o Restaurante Popular Matriz, que oferece refeições gratuitas para aqueles vinculados a programas como os Hotéis Sociais¹⁰, mas essa medida isolada não é suficiente para cobrir a demanda por alimentação gratuita. O relatório sugere a ampliação dos pontos de alimentação gratuita e medidas mais eficazes para o fornecimento de água potável, que já foram garantidas temporariamente por meio de ações judiciais (NUCIDH, 2023)¹¹.

Em resposta às limitações dos Restaurantes Populares, Curitiba implementou o Programa Mesa Solidária, uma iniciativa recente que visa atender à crescente demanda por alimentação gratuita, especialmente entre aqueles que não estão acolhidos nos serviços formais de assistência, como abrigos e albergues. O programa é fruto de uma parceria entre a FAS, a Secretaria Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (SMSAN) e diversas organizações da sociedade civil.

Por meio da parceria, as entidades são responsáveis pela aquisição, pelo preparo e pela distribuição dos alimentos, enquanto a Prefeitura se encarrega do apoio logístico e da cessão de espaços públicos para a execução do programa. O Mesa Solidária busca, assim, atender a uma demanda urgente de segurança alimentar, oferecendo refeições gratuitas a pessoas em situação de rua que não contam com outro meio de garantir suas necessidades alimentares diárias.

¹⁰ Os Hotéis Sociais são equipamentos de acolhimento voltados à população em situação de rua, geralmente geridos pelo poder público em parceria com organizações da sociedade civil. Esses espaços costumam atender prioritariamente grupos específicos, como idosos e pessoas com deficiência (Brasil, 2009). O acesso aos hotéis sociais varia conforme as políticas e diretrizes de cada município. Em geral, esses serviços são destinados a indivíduos que utilizam as ruas como espaço de moradia e sobrevivência e que demonstram autonomia para a gestão cotidiana de suas vidas. Importante destacar o fator “autonomia” para o acesso aos hotéis, o que demonstra um critério muito específico e difícil de ser mensurado quando falamos da PSR.

¹¹ O acesso a água potável para a população em situação de rua em Curitiba foi garantido por meio de uma medida liminar concedida em uma Ação Civil Pública (autos nº 0003345-37.2019.8.16.0179), movida pela Defensoria Pública do Estado do Paraná. Essa ação foi necessária devido à ausência de políticas públicas adequadas que garantissem o fornecimento regular de água potável para essa população.

Apesar de ser uma iniciativa relevante no combate à fome, o Programa Mesa Solidária também enfrenta críticas significativas, em especial pela sua capacidade limitada de atender à totalidade da demanda. O Relatório Final do NUCIDH (2023) destacou que, em determinados momentos, o fornecimento de alimentos por meio do programa foi interrompido por até 25 dias consecutivos, deixando muitas pessoas sem acesso a refeições adequadas. Essa instabilidade no serviço deve-se, em grande parte, à dependência de doações e à atuação de organizações parceiras, o que torna a oferta de alimentos sujeita a variações imprevisíveis.

Outro ponto importante a ser ressaltado é o acesso gratuito a banheiros públicos pela população em situação de rua, que foi garantido por meio de uma Ação Civil Pública (autos nº 0003345-37.2019.8.16.0179), movida pela Defensoria Pública do Estado do Paraná, em parceria com a ONG Mãos Invisíveis e outras organizações da sociedade civil. A ação foi motivada pela falta de infraestrutura adequada para essa população e ganhou urgência durante a pandemia de COVID-19, quando a necessidade de medidas de higiene e proteção se tornou ainda mais crítica. Posteriormente, a Resolução nº DIR/021/2021, como demonstra o relatório (NUCIDH, 2023), regulamentou a isenção permanente da cobrança de taxas nos banheiros públicos dessas localidades, consolidando a medida e assegurando o direito à higiene para a PSR.

Embora decisões judiciais tenham garantido o acesso gratuito aos banheiros públicos para a população em situação de rua, esse direito ainda enfrenta barreiras práticas que dificultam sua efetiva implementação. Muitas dessas dificuldades estão associadas à atuação dos funcionários que operam esses espaços, cujas decisões cotidianas influenciam diretamente o acesso aos serviços. Esse fenômeno pode ser compreendido a partir do conceito de “burocracia de rua”, introduzido por Michael Lipsky (2019), que descreve o papel dos funcionários que lidam diretamente com o público na execução das políticas. Esses agentes exercem poder discricionário¹² no contato cotidiano com os

¹² O poder discricionário é a liberdade que o agente público tem para tomar decisões, escolhendo a melhor solução dentro das regras da lei, com base no que ele considera mais adequado para a situação. Michael Lipsky explica que esse poder, nas mãos dos “burocratas de rua”, impacta a maneira como as políticas públicas são aplicadas. Isso pode levar a diferenças na forma como os serviços são oferecidos às pessoas. Para mais informações, ver Lipsky (2019).

usuários, podendo facilitar ou dificultar o acesso aos serviços. Assim, ainda que as conquistas formais estejam garantidas no plano legal, a aplicação dessas medidas depende fortemente das decisões individuais dos chamados “burocratas de rua”.

Segundo Lipsky (2019), os “burocratas de rua” são aqueles agentes que, ao implementar políticas públicas, acabam as modificando no cotidiano a partir de suas interpretações e seus julgamentos. Esse grupo inclui profissionais como assistentes sociais, agentes de saúde, policiais e funcionários de serviços públicos, que, ao lidarem diretamente com a população, precisam tomar decisões muitas vezes em condições de trabalho adversas e com recursos limitados. Essa discricionariedade permite que os burocratas de rua interpretem e modifiquem as diretrizes das políticas, o que resulta em variações significativas na aplicação prática de uma mesma política para diferentes usuários.

Gabriela Lotta (2019) complementa essa análise ao enfatizar que a atuação dos burocratas de rua não é simplesmente um ato de aplicação passiva das normas, mas sim uma ação influenciada por diversos fatores, tais como os valores e as percepções individuais dos próprios agentes, as condições institucionais e os recursos organizacionais. Nesse sentido, os burocratas de rua dispõem de uma autonomia que permite que decisões e julgamentos sejam feitos com base nas necessidades específicas dos usuários. Contudo, essa discricionariedade pode também aumentar desigualdades, já que as decisões nem sempre são uniformes, e o atendimento pode variar de acordo com as interpretações do profissional sobre o contexto e o perfil do usuário.

Esse conceito é central para entender como a implementação das políticas ocorre no país e em Curitiba. A atuação dos burocratas de rua, por exemplo, nos serviços de banheiros públicos ou de alimentação, pode facilitar o acesso ou, ao contrário, criar barreiras. Durante a atuação voluntária no projeto Mãos Invisíveis com pessoas em situação de rua, foi possível testemunhar diversas ocasiões em que o acesso gratuito aos banheiros públicos só foi liberado após a intervenção pessoal de um integrante do projeto. Esse cenário aprimora a análise de Lotta (2019), que argumenta que a discricionariedade dos burocratas de rua pode fazer a manutenção ou até mesmo ampliar desigualdades, em políticas que no princípio foram desenhadas para mitigar as vulnerabilidades dos grupos atendidos.

Durante uma reunião entre a equipe de saúde pública da cidade e o Projeto Mãos Invisíveis, discutia-se a ampliação do acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, especialmente ao atendimento primário. O objetivo era alinhar estratégias para garantir que essa população pudesse receber acompanhamento adequado, independentemente da posse de documentos ou de sua condição social.

No decorrer da conversa, um dos profissionais de saúde manifestou sua insatisfação de forma direta e incisiva:

Eu é que não vou atender morador de rua, ainda mais colocar como prioritário. Vocês vêm aqui falar deles como se fossem anjos, como se eles não passassem o dia todo bebendo e usando droga e depois viessem pra cá pra comer e fugir no meio da noite¹³.

A declaração gerou um silêncio constrangedor na sala, seguido de um mal-estar evidente entre os participantes. No entanto, foi necessário responder de forma firme para desconstruir a visão equivocada expressa na fala do profissional. Foi ressaltado que a saúde pública deve se basear no princípio da equidade, garantindo maior atenção àqueles que enfrentam mais barreiras de acesso. Negar atendimento a um grupo social vulnerabilizado com base em julgamentos morais fere os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e dificulta a superação da situação de rua.

Além disso, argumentou-se que o uso de álcool e outras substâncias não pode ser um critério para restringir o direito à saúde, uma vez que a dependência química é uma questão de saúde pública e deve ser tratada como tal. A ideia de que essas pessoas “escolhem” estar na rua ou que buscam os serviços apenas por conveniência ignora fatores estruturais, como a ausência de políticas eficazes de moradia, o desemprego e a falta de suporte familiar. Também foi pontuado que a recusa de atendimento por parte dos profissionais pode agravar o quadro de saúde dessas pessoas.

Percebe-se assim o importante papel desempenhado pelo burocrata de rua, nesse caso representado pelo profissional de saúde, que revelou uma postura autoritária e moralista, fazendo com que a pessoa já vulnerabilizada acabasse por ser novamente excluída. Diversos estudos apontam que o acesso

¹³ Diário de campo, 15 de março de 2023.

da população em situação de rua à atenção primária ainda é limitado e condicionado ao julgamento subjetivo dos profissionais que operam o sistema (Silva *et al.*, 2020). Além disso, documentos do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) reforçam que a exigência de documentação e a discriminação institucionalizada são entraves recorrentes no acesso a serviços públicos fundamentais (CNJ, 2022).

Além disso, Lotta (2019) observa que a discricionariedade dos burocratas de rua acaba sendo uma resposta à complexidade das interações com uma população que possui demandas intrincadas e diversas. Para as gestantes em situação de rua, por exemplo, o exercício desse poder discricionário pode representar um desafio adicional. Conforme apresentado nos trabalhos de Santos *et al.* (2021), as políticas públicas voltadas para as gestantes em situação de rua ainda são escassas e fragmentadas, falhando em responder de forma adequada às demandas.

As gestantes em situação de rua enfrentam desafios no acesso aos serviços públicos em Curitiba, especialmente no que se refere ao programa Mãe Curitibana¹⁴, implementado para garantir a assistência pré-natal e os cuidados pós-parto. Embora o programa teoricamente abranja todas as gestantes da cidade, oferecendo desde consultas regulares até acompanhamento especializado em maternidades, muitas gestantes em situação de rua encontram barreiras que dificultam sua adesão.

Entre essas dificuldades, estão a falta de informações adequadas sobre os serviços, a localização das unidades de saúde e o tempo de espera prolongado para atendimento, conforme apontado por Zermiani (2020) em sua análise sobre a acessibilidade ao cuidado pré-natal em Curitiba. O medo da retirada compulsória dos filhos após o nascimento afasta essas mulheres dos serviços de saúde e cria uma barreira invisível de acesso, conforme foi observado por Zermiani (2020) em entrevistas realizadas com as gestantes que participaram do estudo. Dessa forma, o burocrata de rua, ao interpretar essas

¹⁴ O Programa Mãe Curitibana, criado em 1999, busca garantir assistência integral à saúde de gestantes e recém-nascidos, oferecendo consultas pré-natais, exames, orientações e acompanhamento especializado nas maternidades de Curitiba. Sua criação foi motivada pela necessidade de promover uma atenção humanizada e qualificada à saúde reprodutiva, e suas diretrizes estão alinhadas à Rede Cegonha, uma política nacional de assistência à gestante e ao bebê.

demandas, pode facilitar o acesso ao adaptar os serviços e a abordagem, mas também pode agir de forma a limitar o atendimento, impondo empecilhos que afastam essas mulheres dos serviços de saúde e assistência social.

Ao longo desta dissertação, o conceito de burocracia de rua também estará presente, explorando como os burocratas de rua podem influenciar diretamente o acesso das gestantes em situação de rua aos serviços e às políticas de assistência e saúde. Pretende-se abordar como esses profissionais, ao interpretarem as normas, podem atuar como facilitadores do acesso, flexibilizando certas exigências, ou como obstáculo, restringindo o atendimento com base em interpretações pessoais. Essa análise busca evidenciar que a implementação de políticas públicas depende tanto de sua formulação quanto das práticas e decisões cotidianas dos agentes de campo, o que indica que suas escolhas moldam o sucesso ou o fracasso das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua.

3.5 HIERARQUIAS REPRODUTIVAS: (IN)APTIDÃO

A gestação em situação de rua intensifica as vulnerabilidades enfrentadas pelas mulheres, revelando a atuação das desigualdades estruturais de forma interseccional, combinando fatores como gênero, raça e classe social. O conceito de hierarquias reprodutivas, desenvolvido por Diniz e Mattar (2012), é fundamental para compreender como a sociedade categoriza e valora de maneira desigual o exercício da maternidade. De acordo com as autoras, diferentes grupos de mulheres encontram-se posicionados em distintos patamares nessa estrutura, em que a maternidade de mulheres brancas e de classe média é amplamente incentivada e protegida, enquanto a de mulheres negras, pobres e em situação de rua é constantemente deslegitimada e criminalizada.

Essa lógica de hierarquização não é um fenômeno recente e tem raízes profundas em práticas históricas que associavam determinados grupos à “inaptidão” reprodutiva e a marginalização de populações consideradas “indesejáveis”.

Desde os períodos colonial e pós-colonial, as elites dominantes utilizaram narrativas racializadas e classistas para justificar a exploração e a

subjugação de grupos vulneráveis. No contexto brasileiro, por exemplo, o legado da escravidão e a ideologia do branqueamento promoveram uma visão hierárquica da reprodução humana, na qual mulheres negras eram vistas como “reprodutoras de mão de obra” para o sistema escravista, enquanto mulheres brancas eram incentivadas a ter filhos para preservar a “pureza racial” (Fernandes, 1978). Essa divisão reprodutiva relegou mulheres negras e pobres a papéis reprodutivos desvalorizados e controlados.

No século XIX e início do XX, essas ideias foram consolidadas pelo movimento eugenista, que buscava “aperfeiçoar” a população por meio do controle reprodutivo de grupos considerados “biologicamente inferiores”. Como aponta Stepan (1991), políticas eugenistas no Brasil e em outros países promoviam a esterilização forçada e outras formas de controle sobre mulheres pobres, negras e indígenas, sob o argumento de que essas populações representavam uma ameaça à saúde pública e ao progresso social. Essas práticas institucionalizaram a ideia de que certos grupos eram “inaptos” para a maternidade, consolidando uma lógica de hierarquia reprodutiva que persiste até hoje.

Atualmente, as hierarquias reprodutivas continuam operando de forma sutil, mas igualmente excludente. As mulheres em situação de rua, especialmente as negras, são vistas como “inaptas” para exercer a maternidade, por suas condições materiais precárias, mas ainda mais por uma construção social que associa a pobreza à incapacidade de cuidar dos filhos. Esses preconceitos se manifestam em intervenções estatais punitivas, como a retirada compulsória de bebês logo após o nascimento, muitas vezes justificada pela ausência de moradia e condições materiais adequadas. Contudo, como observam Diniz e Mattar (2012), essas práticas ignoram as causas estruturais que originam tais condições, transferindo para as mulheres o ônus de uma desigualdade sistêmica.

As observações realizadas em campo e registradas nos diários evidenciam como essa lógica hierárquica se manifesta no cotidiano das gestantes em situação de rua. Uma mulher grávida relatou seu temor de perder o bebê logo após o parto: “Eu nem sei se posso me apegar, porque sei que vão

levar ele embora. Já perdi um e tô com medo de levarem esse aqui”¹⁵. O relato revela que a antecipação da perda faz parte da experiência gestacional dessas mulheres, que convivem com a ideia de que a maternidade será negada a elas.

A pesquisa de Zermiani (2020) confirma esse padrão ao demonstrar que mulheres em situação de rua enfrentam dificuldades severas no acesso ao pré-natal e ao atendimento médico. No entanto, para além da barreira estrutural do acesso, há também uma dimensão de discriminação explícita no atendimento prestado. Durante um acompanhamento realizado em uma ação de busca ativa para conscientização sobre métodos contraceptivos, uma profissional de saúde afirmou para uma gestante que tinha revelado seu desejo de ser mãe: “Você não consegue nem cuidar de si mesma, como espera cuidar de um bebê?”. Essa fala, além de ter sido dita com naturalidade e com um certo controle sobre essa mulher, revela de forma marcante como a desvalorização da maternidade de mulheres pobres e negras opera dentro das instituições, reforçando a ideia de que apenas determinadas mulheres são consideradas legítimas para exercer a função materna.

As desigualdades no reconhecimento da maternidade influenciam diretamente a formulação e a implementação das políticas públicas. Como apontam Diniz e Mattar (2012), o Estado reproduz essas diferenças ao tratar a gestação de mulheres em situação de rua como um problema a ser resolvido pela tutela estatal, e não como um direito a ser garantido. Isso se reflete na priorização de medidas punitivas, como a destituição do poder familiar, em detrimento de ações que poderiam fortalecer a autonomia dessas mulheres e possibilitar o exercício da maternidade em condições dignas.

Nos registros de campo, identificou-se que o maior receio dessas gestantes não estava apenas na falta de acesso à saúde, mas na constante ameaça da perda de seus filhos. Frases como “se eu tivesse um lugar meu, não iam tirar ele de mim” e “eu só precisava de um cantinho meu e pronto, criava meu bebê com tranquilidade” demonstram a importância de se compreender que o direito à maternidade não pode ser dissociado do direito a condições mínimas de sobrevivência.

¹⁵ Diário de campo, novembro de 2022.

A superação das hierarquias reprodutivas e dos processos de deslegitimação da maternidade de mulheres em situação de vulnerabilidade exige uma reformulação profunda na abordagem do Estado. É fundamental que as políticas públicas reconheçam e enfrentem as lógicas estruturais que inferiorizam a maternidade dessas mulheres, garantindo seu direito de criar e conviver com seus filhos de forma digna. Como destacam Lotta (2024) e Crenshaw (1989), apenas uma perspectiva interseccional e intersetorial será capaz de responder às múltiplas camadas de vulnerabilidade enfrentadas por essas mulheres, que são impactadas simultaneamente pelo racismo, sexismo e desigualdade econômica.

Uma abordagem fragmentada, que trata questões como moradia, saúde e assistência social de maneira isolada, revela-se insuficiente para atender às necessidades complexas dessas gestantes. Por isso, é imprescindível integrar políticas públicas que construam uma rede de apoio efetiva, reconhecendo as particularidades de cada mulher e respeitando seu direito à maternidade como um direito humano fundamental. O Estado deve substituir práticas que criminalizam a pobreza por ações concretas que ofereçam suporte social, econômico e emocional, assegurando que a possibilidade de criar os filhos não seja condicionada a critérios de classe, raça ou estabilidade financeira, mas sim acessível a todas as mulheres, independentemente de sua condição social.

4 GRAVIDEZ EM SITUAÇÃO DE RUA: RUPTURAS E VIOLAÇÃO DE DIREITOS

Este capítulo aborda as condições específicas que envolvem as gestantes em situação de rua, a partir de categorias construídas diretamente de vivências e observações em campo. As categorias foram selecionadas tendo por base as experiências analisadas por meio do trabalho desenvolvido junto à ONG Mãos Invisíveis, que, ao longo dos últimos cinco anos, acompanhou a realidade dessas mulheres na cidade de Curitiba.

A motivação para este estudo deriva da necessidade urgente de compreender e debater, em âmbito acadêmico, a complexa situação vivida por essas mulheres, especialmente no que diz respeito à negação de direitos fundamentais, como o acesso à moradia. A ausência desse direito, juntamente com outros igualmente negados, provoca uma série de rupturas em suas trajetórias, expondo-as a vulnerabilidades que comprometem o exercício de direitos básicos, incluindo o direito de maternar.

4.1 CASOS: TÂNIA E JAQUELINE

As histórias de Tânia e Jaqueline serão narradas de forma contínua e cronológica, do início ao fim, para ilustrar duas situações emblemáticas que evidenciam as dificuldades e vulnerabilidades de se gestar nas ruas.

Essas trajetórias foram acompanhadas no contexto profissional da pesquisa, desde antes da descoberta de suas gestações. A partir dos registros em diários de campo, as narrativas foram estruturadas de maneira a refletir o percurso dessas mulheres, desde os primeiros encontros até o acompanhamento durante o período gestacional, permitindo uma visão mais ampla de seus desafios, resistências e vivências cotidianas.

Os nomes utilizados são fictícios, em conformidade com os princípios éticos de pesquisa, garantindo a privacidade e o respeito às participantes. Mais do que histórias individuais, os relatos de Tânia e Jaqueline representam experiências compartilhadas por inúmeras mulheres em situação de rua. Suas vivências possibilitam uma reflexão mais profunda sobre as dificuldades

enfrentadas nesse contexto e sobre os caminhos possíveis para enfrentar e superar essas vulnerabilidades.

4.1.1 *Tânia*

Tânia, uma jovem de 21 anos diagnosticada com epilepsia, fugiu de casa aos 15 anos devido aos abusos cometidos por seu padrasto. Assim, sua trajetória nas ruas teve início ainda na adolescência. A necessidade de sobreviver em um ambiente hostil e cheio de adversidades levou-a a desenvolver diferentes mecanismos de enfrentamento para lidar com as constantes ameaças de violência.

Diferente de outras mulheres em situação de rua que recorrem a estratégias como modificar sua aparência para evitar olhares e atitudes indesejadas, tal como o exemplo de Camila, cujo enfrentamento envolveu adotar uma postura que a tornava menos vulnerável a abusos, Tânia buscou proteção em uma relação afetiva com um parceiro. Essa estratégia, apesar de proporcionar segurança emocional e alguma forma de apoio no cotidiano, também pode gerar dinâmicas de dependência que ampliam outras vulnerabilidades, como a submissão às decisões do parceiro ou a exposição a ciclos de violência nas relações. Além disso, Tânia também utilizou mecanismos como a construção de redes informais de apoio entre outras mulheres em situação de rua, que se mostraram fundamentais para enfrentar os desafios diários, como a busca por comida, abrigo e proteção contra agressões. O recurso à religião ou à espiritualidade também foi identificado como um elemento de suporte emocional, ajudando-a a ressignificar as dificuldades vividas. Esses mecanismos de enfrentamento refletem a complexidade das estratégias de sobrevivência em contextos de extrema vulnerabilidade, evidenciando tanto a resiliência quanto os limites impostos pelas condições estruturais de vulnerabilidade.

O primeiro contato com Tânia ocorreu em 2022, durante atividades desenvolvidas com a população em situação de rua pelo Projeto Mãos Invisíveis. À época, Tânia estava gestante e o encontro foi mediado por uma assistente social que já conhecia nosso trabalho voltado a gestantes em situação de rua. Desde o primeiro contato, Tânia mostrou-se disposta a compartilhar sua história.

Relatou episódios de violência familiar, que a levaram a sair de casa tão jovem, e detalhou suas vivências nas ruas, seus medos em relação à gestação e o futuro de seu filho.

Um de seus maiores temores estava relacionado às ações do Conselho Tutelar, o que a levava a evitar o pré-natal. Segundo ela, mulheres em situação de rua eram alertadas sobre o risco de perderem seus filhos caso buscassem atendimento médico:

Uma das meninas falou que era pra eu ir para Campo Largo e fazer o pré-natal lá com um comprovante de endereço de uma amiga dela, mas uma outra companheira disse que nem ia adiantar, porque se eu fosse ter o bebê aqui em Curitiba eu ia perder de qualquer jeito¹⁶.

Diante dessa situação, o acompanhamento de Tânia tornou-se contínuo. Ela foi orientada quanto à importância do pré-natal, e a equipe do Consultório na Rua foi acionada para registrar o caso e integrá-la à rede de saúde. Durante esse período, Tânia relatou que, graças a um trabalho temporário encontrado por seu parceiro, conseguiram alugar um pequeno quarto. A perspectiva de um espaço seguro gerou a esperança de que ela pudesse permanecer com o filho após o nascimento.

No entanto, alguns dias depois, Tânia reapareceu no local em que o projeto desenvolvia as atividades sem estar gestante e sem seu bebê. Relatou que havia entrado em trabalho de parto no domingo à noite e que o bebê permanecia na UTI devido ao baixo peso e a um problema no coração. A equipe do Consultório na Rua foi imediatamente informada e confirmou o nascimento da criança, embora não houvesse complicações pós-parto. Na manhã seguinte, chegou a informação de que o bebê havia sido acolhido no dia seguinte ao nascimento e que o caso estava sob sigilo de justiça.

Ao reencontrá-la, foi necessário informá-la do acolhimento do filho. Embora abalada, Tânia demonstrou determinação e buscou apoio. Foi acompanhada até a Defensoria Pública, onde abriu um protocolo de atendimento para tentar reverter a situação. No entanto, Tânia expressou pouca expectativa quanto à recuperação da guarda, afirmando que já esperava tal desfecho. “Eu já

¹⁶ Diário de campo, julho de 2022.

sabia que seria assim”¹⁷, disse ela, resignada, mas ainda disposta a continuar tentando.

Os esforços para localizar o bebê não tiveram sucesso imediato, pois o caso seguia protegido pelo segredo de justiça. Mesmo diante das adversidades, o acompanhamento continuou, com atualizações constantes para a equipe do Consultório na Rua e a Defensoria Pública. Tânia seguiu recebendo suporte, mas o desfecho do caso permaneceu indefinido, ilustrando a complexidade dos processos que envolvem a maternidade em situação de rua e as falhas estruturais nas políticas públicas destinadas a proteger tanto mães quanto bebês.

4.1.2 *Jaqueline*

Jaqueline, uma mulher negra de 28 anos, descobriu-se grávida enquanto vivia em situação de rua. Sua trajetória de vida foi marcada pela violência doméstica e por intensas dificuldades financeiras. Desde jovem, precisou trabalhar informalmente para ajudar a família e, aos poucos, viu-se inserida nas dinâmicas da vida nas ruas. Nesse ambiente, as relações informais e as regras de sobrevivência tornaram-se parte de sua realidade cotidiana. A exposição a substâncias psicoativas começou ainda na adolescência, inicialmente como forma de recreação, mas com o tempo transformando-se em dependência severa, motivada pelas pressões diárias e pela tentativa de alívio temporário.

Nas ruas, Jaqueline mapeou os serviços de atendimento e os espaços de sobrevivência, utilizando acolhimentos temporários em dias mais frios e abrigando-se sob a marquise de uma farmácia no centro da cidade. Apesar de acessar alguns serviços, a instabilidade e a vulnerabilidade impostas pela ausência de moradia dificultavam qualquer tentativa de reorganizar sua vida. Durante uma passagem pelo Centro POP, conheceu uma assistente social que a incentivou a buscar tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. Foi então encaminhada para um Centro de Atenção Psicossocial (Caps)¹⁸, onde iniciou acompanhamento e relatou sua vontade crescente de superar o vício.

¹⁷ Diário de campo, janeiro de 2023.

¹⁸ O Centro de Atenção Psicossocial (Caps) é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Brasil, voltado para o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, bem como para aqueles com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. O Caps tem como objetivo oferecer cuidado contínuo e integral, promovendo a reabilitação psicossocial e a inserção

Jaqueline recebeu medicação para auxiliar a tratar os sintomas da abstinência, mas relatava dificuldades em seguir o tratamento. “Ora eu esquecia de tomar, ora os remédios eram levados nas ações da FAS com a Guarda Municipal (GM) e a CAVO¹⁹”, contou em uma conversa registrada no diário de campo em novembro de 2021. Após algumas semanas, interrompeu o acompanhamento no Caps, deixando de frequentar a unidade e de dar notícias. Posteriormente foi vista próxima a pontos de venda de drogas, onde relatou ter tido uma recaída: “Foi uma recaída das brabas. É difícil ficar limpa no meio da galera”, desabafou Jaqueline em um encontro posterior.

Durante esse período, Jaqueline foi expulsa da área pelo chefe do tráfico, que proibia a venda de crack para mulheres grávidas. Sem alternativas, retornou ao centro da cidade. Com o apoio de organizações da sociedade civil, conseguiu uma vaga em uma comunidade terapêutica na região metropolitana. Lá, permaneceu por dois meses, mantendo-se abstinência e desenvolvendo estratégias de enfrentamento. No entanto, relatou que, apesar das regras rígidas e do ambiente controlado, havia uso de drogas no local. A pressão constante fez com que Jaqueline decidisse abandonar o tratamento, retornando às ruas com uma amiga, Kátia.

Kátia, uma mulher negra de 25 anos, também vivia em situação de vulnerabilidade e havia sofrido um aborto anteriormente. Após acompanhamento médico, aceitou o uso do método contraceptivo Implanon²⁰. Kátia se destaca pela determinação em ajudar Jaqueline. Por meio de conhecidos, conseguiu para ela uma vaga de emprego como auxiliar de serviços gerais em uma lanchonete. Contudo, Jaqueline não tinha condições financeiras para pagar o

dos usuários na comunidade. Seu funcionamento baseia-se em um modelo de atenção substitutivo à internação psiquiátrica, privilegiando o acompanhamento terapêutico, o fortalecimento dos vínculos sociais e o apoio às famílias (Brasil,2011).

¹⁹ A GM de Curitiba, em parceria com a FAS e a empresa CAVO, responsável pela limpeza urbana, realiza ações conjuntas de remoção de objetos e pertences pessoais de pessoas em situação de rua. Essas operações visam à manutenção da ordem pública e da limpeza urbana, mas frequentemente resultam na retirada de pertences essenciais dessas populações. As ações denominadas “ações conjuntas” foram proibidas judicialmente de recolher os pertences pessoais de pessoas em situação rua que não estejam em situação de abandono. Essa decisão busca garantir a dignidade e os direitos fundamentais dessa população.

²⁰ O Implanon é um implante contraceptivo subdérmico de longa duração, contendo etonogestrel, que previne a gravidez por até três anos. Em Curitiba, por meio do programa Mãe Curitibana Vale a Vida, mulheres de 15 a 49 anos em alta vulnerabilidade social, incluindo aquelas em situação de rua, com HIV/Aids, usuárias de drogas, com transtornos mentais de difícil manejo, doenças crônicas graves, entre outras condições, têm acesso gratuito a esse método contraceptivo.

aluguel e precisou recorrer a uma Unidade de Acolhimento Institucional. Apesar de conseguir se manter acolhida durante as noites, enfrentava dificuldades de convivência e privacidade, o que agravava sua ansiedade. Um conflito com outra usuária resultou no bloqueio de seu acesso ao abrigo por duas semanas, levando-a de volta às ruas.

Jaqueline tentou seguir trabalhando, mas sem um local fixo para dormir, a rotina tornou-se insustentável. Após ser advertida pelo gerente por sua aparência e más condições de manutenção do uniforme, perdeu o emprego. Sem renda e novamente em situação de extrema vulnerabilidade, teve outra recaída no uso de substâncias. Com o avanço da gestação, a preocupação com o parto crescia, mas Jaqueline recusava exames e visitas ao hospital por medo de perder a guarda do bebê. Chegaram informações pela “rádio peão”²¹ dizendo que ela teria negociado o filho com um casal, que aguardava o nascimento para efetuar o pagamento. Embora inicialmente descartada, a suspeita ganhou força após o parto, que ocorreu em um terreno baldio em um bairro periférico da cidade.

A situação mobilizou uma rede de atendimento, incluindo a polícia. No hospital, um casal desconhecido tentou levar o bebê alegando ser da família, mas a ação foi impedida. Devido à dependência de substâncias e ao estado de saúde mental de Jaqueline, foi decidido, em audiência judicial, que a guarda seria transferida para sua irmã, enquanto Jaqueline deveria iniciar um novo tratamento.

Duas semanas após o parto, Jaqueline foi encontrada próxima à sede do projeto, em situação de extrema vulnerabilidade. Estava descontrolada, deitada em uma poça de lama. O Samu foi acionado, mas recusou atendimento devido a restrições impostas por ordens locais no Parolin. Um dos membros da equipe comentou: “Se eu fosse vocês, não mexia com esse caso, isso é coisa de peixe grande. Vocês querem morrer igual a Marielle²²?”.

²¹ O termo “rádio peão” refere-se à disseminação informal de informações, rumores ou boatos entre indivíduos, especialmente em ambientes organizacionais. O conceito aqui descreve a comunicação não oficial que ocorre nos espaços informais, muitas vezes sem respaldo ou verificação.

²² Marielle Franco (1979–2018) foi uma socióloga, feminista, ativista dos direitos humanos e vereadora da cidade do Rio de Janeiro pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL). Marielle construiu sua trajetória política pautada na defesa dos direitos das populações marginalizadas, especialmente mulheres negras, pessoas LGBTQIA+ e moradores de comunidades periféricas. Em março de 2018, foi brutalmente assassinada em um atentado

A frase teve um impacto profundo na equipe do projeto, que continuou acompanhando Jaqueline apesar dos riscos. O caso permaneceu sem resolução, e o paradeiro de seu filho não foi esclarecido. Jaqueline foi vista ocasionalmente pela região, em condições cada vez mais vulneráveis.

4.2 A GRAVIDEZ NA RUA: UM HOLOFOTE

Há um paradoxo entre a visibilidade e invisibilidade feminina: enquanto mulher, essas vulnerabilidades muito provavelmente passaram invisíveis. Entretanto, a partir do momento em que ficaram grávidas essas mulheres se tornaram visíveis, principalmente aos julgamentos de uma sociedade que está mais propensa a condenar moralmente do que oferecer acolhimento e cuidado (Rios, 2017, p. 55).

A gravidez em situação de rua representa um ponto de visibilidade confuso para as mulheres que vivem nessa condição. Enquanto suas vulnerabilidades como mulheres em situação de rua muitas vezes passam despercebidas ou ignoradas, a gestação as coloca em destaque, mas não com o objetivo de proteção ou acolhimento. Essa visibilidade repentina coloca essas mulheres sob avaliação pública, sendo cobradas e questionadas quanto aos seus papéis de gênero e à capacidade de serem mães. A gestação, nesse contexto, serve como um holofote (Rios, 2017), iluminando não suas necessidades, mas suas falhas.

Socialmente, mulheres são constantemente cobradas e questionadas sobre seus papéis de gênero. Buscam-se o controle e a normalização das condutas de mulheres principalmente no que se refere ao uso de drogas e comportamento sexual. Posteriormente, esse controle vai atuar também sobre um ideal de maternagem²³.

Para a pesquisadora Ariane Goim Rios (2017), quando nos referimos aos corpos de mulheres em situação de rua,

político, que também vitimou seu motorista, Anderson Gomes. O caso gerou grande repercussão nacional e internacional, expondo as relações entre violência política, desigualdade social e o silenciamento de vozes dissidentes no Brasil (Alves; Azevedo, 2018). A comparação feita pelo condutor da ambulância sugere que o envolvimento com casos de alta complexidade social e política, como o de Jaqueline, poderia acarretar riscos semelhantes aos enfrentados por Marielle, destacando o clima de intimidação e violência que cerca esses contextos.

²³ Aqui o conceito de *maternagem* está ligado ao cuidar e à criação da criança, indo para além da maternidade, que se refere ao ato de gestar e parir uma criança. Os dois conceitos se entrelaçam em diversos momentos na pesquisa, mas se faz importante diferenciá-los para melhor compreensão das dimensões que envolvem o “ser mãe”.

[...] estamos falando de corpos não docilizados, que não se submeteram a esse poder disciplinar. Corpos que não se manipularam, que não se modelaram, não treinados e desobedientes. Corpos que não respondem às expectativas. Corpos que vivem nas ruas, corpos que usam drogas, corpos que engravidam “irresponsavelmente”. Corpos que tiveram dificuldade de realizar o pré-natal nos moldes pré-formatados, corpos que adoecem, corpos violentados (Rios, 2017, p. 56).

As mulheres em situação de rua fogem a esse ideal de docilidade. Por esse motivo, como analisa Rios (2017), seus corpos, tornam-se alvo de um processo de normatização e vigilância ainda mais rígido quando associam a gravidez ao uso de substâncias, sendo julgadas como irresponsáveis e incapazes de exercerem a maternidade dentro dos padrões sociais esperados.

Esse fenômeno é discutido dentro do conceito de hierarquias reprodutivas, trabalhado por Diniz e Mattar (20120) e já apresentado anteriormente neste trabalho. O termo refere-se, assim, à maneira como determinados grupos de mulheres, em especial as que pertencem a classes sociais mais baixas, são vistas como “não merecedoras” de exercerem plenamente a maternidade. Na base dessa hierarquia estão as mulheres pobres, negras e, especialmente, as gestantes em situação de rua. Rios (2017) explica que a sociedade projeta sobre essas mulheres a ideia de que, por viverem nas ruas, são incapazes de cuidar de seus filhos, o que justifica a retirada compulsória dos bebês logo após o nascimento.

Como Gomes (2017) mostra em seu estudo sobre mulheres em situação de rua em São Paulo, essas gestantes são vistas pelos serviços de saúde e pelo sistema de justiça não como sujeitos de direitos, mas como “corpos abjetos”, incapazes de exercer a maternidade.

Como discute Judith Butler (1993), a noção de corpos abjetos refere-se àqueles que são excluídos dos parâmetros normativos de reconhecimento e inteligibilidade social, sendo considerados indignos de direitos e pertencimento. No contexto das mulheres em situação de rua, essa lógica se manifesta na forma como suas gestações são tratadas pelos serviços de saúde e pelo sistema de justiça.

Esses corpos, que não se adequam ao modelo de maternidade idealizado, são rapidamente enquadrados como “não merecedores” do direito à

maternidade (Gomes, 2017). Amanda²⁴, uma das mulheres cuja gestação foi acompanhada de perto pelo projeto Mãos Invisíveis, exemplifica bem essa questão.

Nascida e criada em abrigos e sem rede de apoio, sempre viveu à margem das políticas públicas. Seus relatos sobre tentativas de acesso aos Caps sempre foram inúmeros, com idas e vindas, e mostram como o sistema de saúde é inacessível para mulheres como ela. No entanto, foi apenas quando Amanda engravidou que o sistema começou a “se importar” com sua condição, mas, como ela mesma expressava, essa preocupação não era com ela, e sim com o bebê.

Os acompanhamentos realizados pelas instituições, então passaram a ser justificados com base no risco à saúde do feto, enquanto os problemas enfrentados por Amanda antes da gravidez permaneciam marginalizados.

Nos diários de campo foi possível registrar como o foco das políticas públicas mudou subitamente quando a gravidez foi descoberta:

Toda a atenção que Amanda nunca teve agora está tendo, mas apenas como a portadora de uma nova vida. A preocupação parece que está só no bebê, não na condição de mulher ou com seu histórico em situação de rua²⁵.

Todo o processo da gravidez de Amanda foi acompanhado de perto, incluindo esforços para encaminhá-la a acolhimentos da prefeitura. No entanto, o atendimento fragmentado e a ausência de serviços adaptados às suas necessidades resultaram em fugas frequentes, dificultando a estabilidade necessária durante a gestação. Na tentativa de proteger sua gravidez e oferecer um ambiente mais seguro, o Projeto Mãos Invisíveis mobilizou apoiadores para financiar o aluguel de um quarto de pensão onde Amanda pudesse ser acompanhada de forma mais próxima. Essa rede de apoio foi essencial para garantir um espaço temporário que atendesse minimamente às suas necessidades, permitindo que ela tivesse um local de descanso e maior estabilidade durante esse período crítico.

Apesar desses esforços coletivos, o sistema falhou em assegurar a Amanda o direito de exercer a maternidade. Seu filho, Pedro, foi retirado de sua

²⁴ Nome fictício para preservar a identidade da mãe.

²⁵ Diário de campo, 22 de julho de 2021.

guarda sem uma análise detalhada de suas condições ou possibilidades de cuidado. Antes da separação definitiva, em um ato de enfrentamento e resistência, Amanda foi acompanhada até a UTI Neonatal, onde Pedro estava internado, para realizar uma última visita. Nesse encontro, foi possível registrar uma fotografia, que se tornou a única lembrança concreta da relação entre mãe e filho. A foto simboliza o vínculo interrompido, mas para além, a luta de Amanda e do Projeto Mãos Invisíveis em oferecer condições mínimas que pudessem evitar essa separação.

Para além de *corpos errantes*, parafraseando Simone Frangella (2004), são corpos resilientes e que sobrevivem aos mais diversos riscos e vulnerabilidades. Eles existem, resistem e sonham. Sonham com o materno e temem a separação de seu corpo do corpo do bebê. São corpos que desejam.

— Rafa, mostra aqui pra mim a foto do Pedro. Olha só como ele é lindo com esse cabelinho escuro igual ao meu²⁶.

Naquele momento, a alegria e o orgulho de Amanda contrastavam com a dura realidade de que ela não poderia permanecer com o filho. Esse trecho evidencia o profundo desejo de materno, uma aspiração legítima que, para mulheres em situação de rua, é muitas vezes negada.

Assim, a gravidez em situação de rua, em vez de ser vista como uma oportunidade de intervenção protetiva, é tratada como um problema a ser controlado. Esse holofote revela como a sociedade e as instituições que a representam ainda operam sob uma lógica de hierarquias reprodutivas, em que a maternidade é privilégio de poucas e o direito à criação dos filhos é facilmente negado às mulheres mais vulneráveis. Como será discutido ao longo deste capítulo, a experiência da gravidez nas ruas não só expõe as fragilidades dessas mulheres, mas também a fragilidade das políticas públicas e das instituições que deveriam garantir seus direitos.

4.3 PRÉ-NATAL E (DES)CUIDADO

O pré-natal é um direito fundamental assegurado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tem por objetivo garantir

²⁶ Diário de campo, 12 de dezembro de 2021.

a saúde da mãe e do bebê, prevenindo complicações durante a gestação e o parto, além de proporcionar o acompanhamento adequado ao desenvolvimento fetal (Brasil, 2004). No entanto, para as gestantes em situação de rua, esse direito é constantemente negligenciado, o que resulta em graves violações de saúde e direitos reprodutivos.

Diversos relatos registrados nos diários de campo evidenciam barreiras estruturais e práticas nos serviços de saúde pública. Uma dessas barreiras é a exigência de documentação que essas mulheres frequentemente não possuem. Essa situação fica evidente e exemplificada neste trecho relatado por uma gestante e registrado no diário de campo: “Eu até fui no postinho²⁷ ver isso, mas falaram que não podiam me atender sem um comprovante de endereço”²⁸.

Essa exigência, embora parte dos protocolos administrativos do SUS, desconsidera a realidade das mulheres em situação de rua, que frequentemente não possuem acesso a documentos regulares ou sequer condições de comprovar residência. De acordo com a Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018 (Brasil, 2018) o atendimento à população em situação de vulnerabilidade no Sistema Único de Saúde (SUS) não pode ser condicionado à apresentação de documentos como RG ou comprovante de endereço. Além disso, a Portaria GM/MS nº 2.236, de 2 de setembro de 2021 (Brasil, 2021), reforça que, em casos em que a identificação da pessoa não seja possível, o atendimento deve ser garantido. No entanto, na prática, essas normativas frequentemente são ignoradas, como demonstrado pelo relato registrado..

Apesar da previsão do direito ao pré-natal, as gestantes em situação de rua lidam com obstáculos concretos que dificultam o acesso a esse direito. A instabilidade de vida imposta pela situação de rua é uma das maiores barreiras. Mulheres nessa situação enfrentam dificuldades para manter consultas regulares, devido à ausência de um endereço fixo, transporte e, muitas vezes, de documentos pessoais. A constante necessidade de mover-se para sobreviver impede a criação de vínculos contínuos com os serviços de saúde. A falta de acesso ao pré-natal coloca em risco o desenvolvimento do bebê e a saúde da mãe, aumentando as chances de complicações como partos prematuros e doenças neonatais.

²⁷ Postinho aqui refere-se as Unidades Básicas de Saúde

²⁸ Diário de campo, março de 2021

A falta de formação adequada dos profissionais de saúde também contribui para a fragilidade do pré-natal. Muitas vezes, as equipes não estão preparadas para lidar com a complexidade das gestantes em situação de rua, especialmente quando há o uso de substâncias. A ausência de formações específicas para lidar com gestantes em vulnerabilidade faz com que o atendimento médico e pré-natal se limite ao mínimo necessário, deixando lacunas importantes na identificação e no tratamento de possíveis complicações gestacionais.

Barros (2021) observa que essas mulheres são tratadas com preconceito e suas histórias de vida, muitas vezes marcadas pelo uso de álcool e drogas, acabam sendo usadas contra elas para justificar a negação de cuidados adequados. Isso não só precariza o atendimento, mas também invisibiliza essas mulheres dentro do sistema de saúde.

O uso de substâncias psicoativas por gestantes em situação de rua é abordado de maneira moralizante pelos profissionais de saúde, o que impede a prestação de um cuidado adequado e afasta essas mulheres dos serviços essenciais durante a gestação (Barros, 2021, p. 72).

A autora aponta que esse discurso moralizante, que associa o comportamento das mães ao uso de drogas, contribui para a exposição negativa e dificulta o acesso dessas mulheres às políticas públicas de saúde (Barros, 2021). Esse tipo de julgamento se reflete nas interações institucionais, como observado em um dos atendimentos realizados com uma gestante em situação de vulnerabilidade. Durante uma ligação telefônica, a assistente social responsável pelo caso afirmou: “Se essa mãe quisesse mesmo esse filho, ela não estaria usando crack”²⁹. Tal afirmação reflete o preconceito e a desumanização dessas mulheres, construindo uma barreira ainda maior ao acesso a serviços que deveriam ser acolhedores.

Esse comportamento exemplifica o que Gabriela Lotta (2019) define como “o poder discricionário dos burocratas de rua”, que possuem a capacidade de decidir, no momento da interação com os usuários, quem merece ou não receber determinados cuidados.

²⁹ Diário de campo, julho de 2022.

O tratamento desumanizante durante o parto também é uma evidência do descuido institucional. O caso de Amanda, registrado nos diários de campo, exemplifica como a negligência já presente no pré-natal se agrava no momento do parto. Durante o trabalho de parto, ela foi tratada com desprezo e indiferença. Ao expressar suas dores às enfermeiras, ouviu que “não precisava fazer escândalo” e que “já ia parir”³⁰. Amanda relatou que se sentiu tratada como “uma vaca parideira”, o que reflete a desumanização e o total descaso com a dor e o sofrimento dessas mulheres, especialmente em momentos que deveriam ser de acolhimento.

Esse relato converge com as experiências relatadas por outras mulheres em situação de vulnerabilidade, conforme discutido no estudo desenvolvido no estado do Rio de Janeiro pela Fiocruz. Estudos indicam que mulheres negras e com baixa escolaridade são as maiores vítimas desse tipo de violência. Dados preliminares do estudo *Nascer no Brasil II*, conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2023), revelam que adolescentes ou mulheres com mais de 35 anos, negras, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e com baixa escolaridade têm maior risco de sofrer violência obstétrica.

Amanda, vítima de violência obstétrica, sofreu uma episiotomia³¹ sem seu consentimento, violando seus direitos reprodutivos e corporais. Esse procedimento, desaconselhado pela Organização Mundial da Saúde, é proibido em muitas circunstâncias.

Esse episódio demonstra a falta de humanização no atendimento. Assim como muitas outras mulheres em situação de rua, ela foi ignorada. O sistema de saúde, que deveria ser um espaço de acolhimento, atua como um mecanismo de controle, vendo o corpo dessas mulheres apenas como objeto de reprodução, desconsiderando suas necessidades físicas e emocionais.

O caso de Amanda ilustra uma das muitas falhas resultantes da desarticulação entre os serviços de saúde e assistência social. A desarticulação

³⁰ Diário de campo, dezembro de 2021.

³¹ Procedimento cirúrgico realizado durante o parto vaginal que consiste em uma incisão no períneo (região entre a vagina e o ânus) com o objetivo de ampliar a abertura vaginal para facilitar a passagem do bebê. Embora tenha sido amplamente utilizada no passado, a episiotomia é atualmente considerada um procedimento que deve ser realizado apenas em casos específicos e com o consentimento da parturiente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a prática seja restrita a emergências, devido aos riscos associados, como dor prolongada, infecção, maior tempo de recuperação e impacto na qualidade de vida da mulher (WHO, 2018).

das políticas públicas agrava ainda mais o descuido com essas gestantes. Propostas como o Consultório na Rua e a Estratégia Saúde da Família, embora voltados para o cuidado de populações vulneráveis, enfrentam diversas limitações. Barros (2021) aponta que, apesar das boas intenções dessas políticas, existe uma desconexão entre os serviços de saúde e a realidade vivida por essas mulheres. A falta de continuidade no atendimento, a escassez de equipes especializadas e a sobrecarga dos serviços fazem com que essas gestantes recebam atendimentos superficiais, sem acompanhamento integral de suas condições de saúde e sem encaminhamento adequado para outros serviços essenciais.

Outro fator que afasta essas mulheres dos serviços de saúde é o medo da destituição do poder familiar. Muitas evitam o atendimento por receio de que o Estado retire seus filhos após o nascimento. Esse temor, conforme relatos registrados nos diários de campo, é intensificado pela percepção de que suas gestações são vistas como “perigosas” ou “irresponsáveis” pelas instituições.

Rios (2017) argumenta que o medo da separação do bebê, enraizado em experiências anteriores ou em relatos de outras mulheres em situação de rua, faz com que muitas evitem os serviços de saúde, o que gera uma desconfiança nas instituições de deveriam ser pontos de acolhimento e atenção a essas mulheres.

Em suma, o pré-natal e o descuido enfrentados por gestantes em situação de rua não são falhas isoladas de um ou outro serviço, mas sim o reflexo de uma estrutura social e institucional que, ao não reconhecer a complexidade de suas condições, priva essas mulheres do direito a uma gestação segura e digna. O que deveria ser um processo de acompanhamento e proteção acaba se transformando em mais uma instância de controle e marginalização, em que o interesse institucional sobre o bebê prevalece sobre o cuidado com a mãe. As gestantes em situação de rua vivem, assim, no limiar entre a invisibilidade e a vigilância constante, sofrendo com o descaso de um sistema que falha em reconhecer sua humanidade e dignidade.

4.4 A DESTITUIÇÃO DO PODER MATERNO

Sabe-se que a separação mãe e bebê sob a alegação do “melhor interesse da criança” e da vulnerabilidade da gestante/puérpera é usualmente o protocolo padrão a nível nacional. Segundo Gomes (2017), isso pode ser considerado uma violência contra os direitos das mulheres e das crianças promovida pelo Estado, que viola o direito de ambas com base na alegação do melhor interesse.

Importante ressaltar o que se pretende definir ao utilizar a expressão “melhor interesse da criança e adolescente” a partir da origem de seu conceito, tal como apresentado por Camila Colucci (2014, p. 25):

A origem do melhor interesse da criança adveio do instituto inglês *parens patriae* que tinha por objetivo a proteção de pessoas incapazes e de seus bens. Com sua divisão entre proteção dos loucos e proteção infantil, esta última evoluiu para o princípio do *best interest of child*.

Ainda segundo a autora, o conceito não possui previsão expressa na Constituição Federal ou no Estatuto da Criança e do Adolescente e parte de uma interpretação do que está implícito e inserido nos direitos fundamentais previstos pela Constituição no que se refere às crianças e adolescentes (Colucci, 2014).

No Brasil, o princípio do melhor interesse da criança é utilizado para justificar decisões envolvendo o cuidado e a guarda de menores, especialmente em situações de vulnerabilidade. Colucci (2014) aponta que, embora o conceito tenha como objetivo garantir o bem-estar infantil, ele é muitas vezes aplicado de maneira punitiva em relação às mães que vivem em condições extremas, como nas ruas.

No campo jurídico, são diversos os trabalhos que tratam do melhor interesse da criança e do adolescente, resultando em uma diversidade de campos de análise do conceito por parte dos autores. Para Giselle Groeninga (2001), o termo não deve ser tratado de forma objetiva. Ao utilizar de uma determinação concreta e prévia do que é o conceito a ação judicial ficaria limitada, tendo em vista que, somente a partir da análise dos diferentes fatores que atuam em determinado caso envolvendo crianças e adolescentes é que se poderá chegar ao melhor interesse da situação. Para a autora,

O conceito de “melhor interesse da criança” tem sua força e sua fraqueza na falta de conteúdo preciso, na medida em que permite ao

Direito de Família adaptar-se e responder às mudanças sociais, mas, ao mesmo tempo, empresta das ideologias prevalentes o que se acredita ser “bom” para a criança e o que devem ser “bons” pais e “boas” mães (Groeninga, 2011, p. 82).

Essa subjetividade do conceito permite que decisões sejam tomadas com base em interpretações enviesadas, ignorando as particularidades da situação materna. No caso de mulheres em situação de rua, essa falta de precisão jurídica pode levar a decisões que, na prática, desconsideram os direitos dessas mães. A destituição do poder materno é vista como uma solução imediata e conveniente, mas que ignora os impactos profundos dessa separação para a mãe e o bebê.

O caso de Amanda é um exemplo marcante dessa realidade. Fragilizada pelas condições de vida nas ruas e pelo tratamento desumanizador que recebeu no sistema de saúde, Amanda foi privada de exercer seu direito à maternidade. Essa intervenção, realizada sob o argumento do “melhor interesse da criança”, desconsiderou alternativas de apoio que poderiam ter sido oferecidas para mantê-la com seu filho, como o encaminhamento a serviços específicos da prefeitura, incluindo as Unidades de Acolhimento Institucional, os Centros POP e o acompanhamento pelo Consultório na Rua.

A aplicação do princípio do melhor interesse da criança, como definido por Colucci (2014), em diversos casos nega o direito das mães de serem apoiadas em sua função materna. Groeninga (2011) argumenta que o direito à convivência entre mães e filhos deve ser protegido, mesmo em cenários adversos. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990, estabelece, em diversos de seus artigos, a importância da convivência familiar para o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente. Esse direito é considerado fundamental e está diretamente vinculado à proteção integral que o ECA busca assegurar à população infanto-juvenil.

O artigo 19 do ECA (Brasil, 1990), que assegura o direito à convivência familiar, ressalta a importância de manter a criança no seio de sua família sempre que possível. Essa premissa deveria orientar as decisões sobre a guarda e o cuidado de bebês nascidos de mães em situação de rua, porém, como demonstrado no estudo de casos como o de Amanda e de tantas outras atendidas, o Estado na maioria das vezes opta pela separação compulsória, sem

explorar alternativas que garantam a proteção desses vínculos. A prática de retirar os filhos dessas mães em condições adversas acaba por violar diretamente o princípio de preservação da convivência familiar.

O acolhimento institucional de crianças, apesar de ser uma medida de proteção essencial em situações de risco grave, pode agravar a vulnerabilidade quando não é acompanhado por políticas que assegurem transição para a vida adulta. No Brasil, os abrigos institucionais acolhem crianças e adolescentes até a maioridade — ou seja, 18 anos de idade —, quando precisam deixar o sistema de acolhimento, independentemente de sua preparação para a autonomia. Esse desligamento, muitas vezes abrupto e sem suporte adequado, expõe esses jovens a uma série de dificuldades, como a falta de moradia, de oportunidades de emprego e de apoio emocional. Sem uma rede de apoio estruturada, muitos acabam em situação de rua, tornando-se ainda mais vulneráveis à exclusão social e à precarização de suas condições de vida (Fávero, 2008).

A trajetória de Amanda, gestante acompanhada nesta pesquisa, é um exemplo que ilustra essa realidade. Desde bebê, Amanda viveu em diferentes instituições de acolhimento, nunca tendo experimentado a estabilidade de um ambiente familiar. Aos 18 anos, sem opções claras de moradia ou emprego, foi obrigada a deixar o abrigo e, desprovida de suporte social ou econômico, encontrou-se em situação de rua. Grávida, Amanda enfrentou o desafio de reconstruir sua vida enquanto tentava assegurar um futuro mais seguro para o filho que estava por vir. Sua história evidencia as dificuldades de um sistema que, ao priorizar a proteção temporária, negligencia a construção de caminhos para a autonomia e a integração social³².

No caso das mães em situação de rua, o artigo 23 do ECA (Brasil, 1990) também é especialmente relevante, uma vez que estipula que a falta de recursos materiais não pode ser usada como justificativa suficiente para a suspensão ou perda do poder familiar. No entanto, na prática, a pobreza e o uso de substâncias são os principais motivos alegados para a separação entre mãe e bebê,

³² Aqui o termo *integração social* é utilizado na contramão do termo *reinserção social*, comumente utilizado. A opção conceitual se faz pois entendo que a população em situação de rua não está “fora” da sociedade e que precisaria ser “recolocada” ou “reinserida”, mas sim que é necessário assegurar condições para que essas pessoas possam exercer sua cidadania e acessar direitos básicos. O uso do termo *reinserção* promove uma visão de que cada indivíduo já é um membro da sociedade e que o papel das políticas públicas é reduzir barreiras para que todos possam ter acesso aos mesmos recursos.

desconsiderando o fato de que essas mulheres poderiam exercer a maternidade se recebessem o suporte necessário do Estado. A falta de uma rede de apoio eficiente, seja por meio de políticas habitacionais, de saúde mental ou de suporte social, evidencia a falha do sistema em garantir os direitos assegurados pela legislação.

Além disso, o artigo 100 do ECA (Brasil, 1990) destaca que a intervenção do Estado deve sempre priorizar o fortalecimento das famílias, promovendo medidas que mantenham a integridade dos vínculos afetivos entre mães e filhos. No entanto, a história de Amanda ilustra que a intervenção estatal age de forma punitiva, separando mães e filhos em vez de promover políticas públicas que assegurem a convivência familiar com dignidade.

As políticas públicas deveriam promover o fortalecimento dos vínculos familiares em vez de sua ruptura automática. Essa visão, no entanto, ainda é rara no Brasil, onde a separação compulsória é utilizada como resposta rápida às complexas condições de vida dessas mães.

Assim, o que se observa é uma contradição entre o que o ECA preconiza e a prática institucional cotidiana. O princípio do “melhor interesse da criança”, em muitos casos, é interpretado de forma restrita, ignorando as garantias de direitos previstos na legislação, como o direito à convivência familiar e a necessidade da implementação de políticas de apoio que fortaleçam esses laços. Na contramão da promoção de uma proteção integrada que considere tanto o bem-estar da criança quanto o da mãe, o Estado acaba por não garantir a essas mães o suporte necessário para que exerçam seu direito à maternidade

No caso de Amanda, o uso de substâncias foi utilizado como argumento para retirar seu filho, sem que fossem oferecidas alternativas que possibilitassem o apoio necessário para que ela pudesse permanecer com ele. A decisão de destituir o poder materno ignora o fato de que a maternidade pode ser uma fonte de resiliência para essas mulheres. Como apontam Santos, Baptista e Constantino (2021), a maternidade pode ser vista como uma forma de reconstrução pessoal e de resistência contra a marginalização social. No entanto, sem um sistema de apoio adequado, o Estado acaba por perpetuar a ideia de que essas mulheres não são aptas para exercer a maternidade.

Assim, a destituição do poder materno se torna uma prática rotineira, com base no conceito do “melhor interesse da criança”, que apesar de parecer neutro

e protetivo, reproduz desigualdades estruturais ao não considerar as complexidades da maternidade em situação de rua. Para que essas mulheres possam exercer a maternidade, espera-se que superem sozinhas todas as barreiras de sobriedade, moradia e estabilidade, o que é quase impossível sem suporte social contínuo. Nesse cenário, o direito da mãe se vê constantemente subordinado à interpretação ideológica do que é considerado um “bom ambiente” para a criança (Gomes, 2017).

Além disso, os estudos coletados por Gomes (2017) destacam que essa relação tensa com o sistema de justiça e assistência social revela como o Estado muitas vezes age não como um protetor de direitos, mas como uma entidade controladora, que decide quem é ou não apta para ser mãe.

Portanto, o uso do princípio do melhor interesse da criança deve ser feito com cautela, considerando não apenas o bem-estar imediato da criança, mas, como argumenta Colucci (2014), os direitos e as necessidades da mãe. Políticas públicas que equilibrem o direito à maternidade e a proteção infantil são essenciais para evitar que essas mulheres sejam punidas apenas por viverem em contextos de vulnerabilidade.

Nesse sentido, é fundamental questionar como o princípio do melhor interesse da criança é aplicado no contexto das políticas públicas e das medidas protetivas, como o acolhimento institucional. Embora o afastamento do convívio familiar seja, muitas vezes, considerado uma solução emergencial para proteger crianças em situação de risco, ele não deve ignorar as necessidades e os direitos das mães, especialmente aquelas em contextos de vulnerabilidade. A ausência de políticas que ofereçam suporte efetivo a essas mulheres contribui para que o acolhimento institucional, em vez de ser uma medida excepcional, se torne recorrente, reforçando dinâmicas de separação familiar. Para entender a complexidade desse processo, é necessário analisar o papel do acolhimento institucional no Brasil e as críticas relacionadas à sua implementação.

O acolhimento institucional, previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, é uma medida protetiva aplicada em situações nas quais crianças e adolescentes estão em risco ou vulnerabilidade e precisam ser afastados temporariamente do convívio familiar. Essa medida tem como objetivo principal garantir a proteção e o cuidado em um ambiente seguro, enquanto esforços são feitos para reintegrar a criança à família de origem ou, quando isso não é

possível, encaminhá-la para adoção ou outra solução definitiva. No entanto, embora a legislação destaque o caráter temporário e excepcional do acolhimento institucional, a realidade brasileira revela dificuldades significativas na aplicação desse princípio.

O acolhimento institucional enfrenta diversas críticas pela sua incapacidade de atuar de forma preventiva ou de abordar as causas estruturais que levam ao afastamento das crianças de suas famílias. Além disso, estudos³³ apontam que a permanência prolongada em instituições pode comprometer o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes, privando-os de experiências familiares essenciais. Essa problemática é agravada pelo fato de que, em muitos casos, o acolhimento é utilizado como resposta a situações de pobreza extrema, mascaradas sob o rótulo de “negligência”.

De acordo com o Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento, realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) entre 2009 e 2010 (Brasil, 2010), os principais motivos de acolhimento registrados foram: negligência da família (54,9%), seguida por dependência química ou alcoólica dos pais ou responsáveis (26,6%), abandono pelos responsáveis (21,8%), violência doméstica física (12,6%), orfandade (11,6%) e violência doméstica sexual (9,1%). A predominância da negligência familiar como motivo de acolhimento é marcante, destacando-se como mais da metade dos casos. No entanto, trata-se de uma categoria ampla e controversa, cujo significado e aplicação variam dependendo da interpretação dos operadores das políticas públicas. Tal controvérsia evidencia a necessidade de uma análise mais aprofundada sobre o que é considerado negligência no contexto das políticas sociais.

Maurício Cunha (2023), em sua tese de doutorado, aponta que o termo “negligência” é muitas vezes aplicado de forma descontextualizada, sem levar em consideração as vulnerabilidades estruturais que afetam as famílias em situação de pobreza. A ausência de consenso sobre o significado de negligência permite interpretações subjetivas, o que pode levar à criminalização da pobreza e à marginalização de famílias que já se encontram em contextos de extrema

³³ Para uma análise mais aprofundada sobre os impactos da permanência prolongada em instituições no desenvolvimento integral de crianças e adolescentes, recomenda-se a leitura dos seguintes trabalhos: Siqueira e Dell'Aglio (2006), Silva (2017) e Santos e Costa (2017), que discutem os desafios e implicações dessas práticas sob diversas perspectivas.

vulnerabilidade. Na prática, essa categoria abrange desde a incapacidade de prover recursos básicos, como moradia e alimentação, até a falta de cuidados físicos e emocionais. No entanto, essas condições muitas vezes não decorrem de omissões intencionais dos responsáveis, mas sim de fatores sistêmicos e estruturais.

Cunha (2023) destaca que, em muitos casos, o que é classificado como negligência é, na verdade, uma consequência direta da falha do sistema de proteção social em garantir condições mínimas para que as famílias exerçam plenamente suas funções parentais. Por exemplo, a falta de moradia segura, o desemprego estrutural, a ausência de políticas habitacionais e as barreiras burocráticas no acesso a serviços públicos são fatores que comprometem a capacidade das famílias de cuidar de suas crianças, mas que são interpretados como falhas individuais. Essa visão estigmatiza as famílias em situação de vulnerabilidade, como também solidifica preconceitos que criminalizam a pobreza.

Outro ponto levantado por Cunha (2023) é que a aplicação do termo “negligência” está profundamente conectada à percepção subjetiva dos operadores das políticas públicas. A formação limitada ou a ausência de uma abordagem baseada em direitos pode levar os profissionais a interpretar a pobreza como negligência, sem considerar os fatores estruturais que condicionam as vidas dessas famílias. Esse é o caso de mães em situação de rua, que, ao não conseguirem garantir a segurança e a saúde de seus filhos por falta de acesso a moradia, são rapidamente classificadas como negligentes.

Essa relação tensa entre o sistema de justiça e assistência social e as famílias em situação de vulnerabilidade também reflete a maneira como o Estado age, muitas vezes, como um controlador, em vez de protetor de direitos. Como destaca Gomes (2017), o sistema decide quem é ou não apta para exercer a maternidade, ignorando redes de apoio informais que essas mulheres constroem e subestimando suas estratégias de cuidado em contextos de extrema precariedade. O caso de Amanda, amparada por iniciativas como o Projeto Mãos Invisíveis, o Consultório na Rua e uma equipe da assistência social, é emblemático dessa situação, pois, mesmo inserida em uma rede de proteção, sua capacidade materna foi deslegitimada, resultando na destituição de seu poder materno.

Nesse sentido, torna-se necessário reinterpretar o conceito de negligência à luz de uma perspectiva mais ampla, que reconheça as vulnerabilidades estruturais como determinantes para os casos classificados como negligência. Ao mesmo tempo, é preciso investir na formação dos burocratas de rua para que adotem uma visão contextualizada e baseada em direitos, que permita diferenciar situações de vulnerabilidade social de omissões intencionais.

Portanto, discutir a negligência como uma categoria que transcende as interpretações individuais e as condições imediatas das famílias é fundamental para avançar no enfrentamento das vulnerabilidades que levam ao acolhimento institucional.

4.5 MÃES ÓRFÃS: UMA ANÁLISE DE PROTOCOLOS DE FRACASSO

“Mães órfãs”, conforme denominado por Souza *et al.* (2018), é um conceito utilizado para denominar a situação de mães em circunstância de vulnerabilidade que perderam seus filhos para o Estado de maneira compulsória. Ou seja, mães órfãs são aquelas que tiveram seus filhos retirados pelo Estado e se encontram em uma condição de abandono social e emocional.

Importante ressaltar o impacto que essa retirada ocasiona sobre a saúde mental dessas mulheres que perderam seu direito de maternar, pois a retirada compulsória dos filhos, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, pode gerar traumas profundos nas mulheres, intensificando quadros de ansiedade, depressão e outros transtornos mentais. Para muitas delas, conforme apresentado por Gontijo (2007), a maternidade representa um dos poucos vínculos de afeto e significado em suas vidas, e torna-se motivadora para a superação da situação de rua e do uso problemático de substâncias.

O caso de Amanda também demonstra como a maternidade pode ser motivadora para a mudança de vida. Com uma extensa história de vida nas ruas, ela teve na gravidez um ponto de reflexão sobre sua trajetória, e a possibilidade de maternar parecia oferecer uma esperança de pertencimento. O filho ainda em seu ventre tornava-se, assim, um vínculo vivo e uma forma de continuidade em meio ao fluxo complexo de sua vida.

Durante a fase inicial de acompanhamento ficou claro que Amanda desejava seguir uma trajetória diferente por conta de seu filho. Em diversas ocasiões, suas ações demonstravam que a experiência da gestação representava um novo eixo em sua vida, algo que a motivava a buscar uma reorganização de seu cotidiano, anteriormente marcado pelo uso de substâncias e pela rotina desordenada das ruas.

Para Amanda, o uso do crack não se limitava a uma prática recorrente, mas configurava uma necessidade angustiante, profundamente enraizada em sua rotina como uma estratégia de enfrentamento diante da extrema vulnerabilidade em que vivia. Insistir em uma abstinência completa, especialmente durante a gestação, representaria uma expectativa irreal e potencialmente prejudicial, ampliando as chances de fracasso e frustração. Essa perspectiva reconhece que, para Amanda, o crack havia se tornado uma forma de suporte emocional e psicológico em um contexto de isolamento e desamparo.

Diante dessa realidade, a abordagem adotada foi baseada na redução de danos³⁴, reconhecendo que a prioridade deveria ser minimizar os riscos associados ao uso da substância, em vez de exigir sua completa eliminação de imediato. Essa estratégia busca respeitar o ritmo e as condições da beneficiária, promovendo intervenções que considerem os aspectos clínicos, mas também as dimensões sociais, emocionais e estruturais que influenciam suas escolhas. A redução de danos oferece um caminho mais humanizado e pragmático, ao mesmo tempo que preserva a dignidade e a autonomia da mulher.

Os riscos foram discutidos, mas também as possibilidades de substituir o crack por cigarros de nicotina e, em algumas situações, maconha. Essa substituição para Amanda era uma negociação consigo mesma, uma pequena concessão e, ao longo do tempo, ela começou a aceitar essa troca, reduzindo significativamente o consumo de crack. A maternidade, assim, parecia representar uma conexão emocional única e ela expressava isso ao tocar a barriga, sempre repetindo que “estava fazendo isso pelo bebê”.

³⁴ A Redução de Danos é uma estratégia de saúde pública voltada para minimizar os impactos negativos associados ao uso de substâncias psicoativas, priorizando o cuidado integral e a autonomia dos usuários. No Brasil, essa abordagem é implementada em diversos contextos, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CapsAD) (Brasil, 2011b).

No entanto, em um momento de crise, Amanda cedeu. Com uma certa vergonha e frustração, ela contou sobre a recaída, dizendo que naquela noite “não teve jeito”. Foi um momento importante em que a consciência do impacto sobre o bebê e a vergonha que sentia eram, de certa forma, indicadores de sua vontade em manter a trajetória de mudança.

Esse episódio levou à intensificação do apoio a Amanda, resultando em sua admissão em uma casa de acolhimento mantida pela prefeitura. Nesse espaço, era possível acompanhá-la diariamente, contando com o suporte da instituição. Por se tratar de um equipamento público destinado ao acolhimento de diversas mulheres, o uso de qualquer substância, incluindo cigarro, era proibido. Diante dessa restrição, foram realizadas caminhadas nas proximidades para que ela pudesse ter breves momentos de pausa para fumar.

Após duas semanas, Amanda se envolveu em um conflito com outra acolhida, gerando uma tensão que quase resultou em seu retorno às ruas. Diante dessa situação, tornou-se necessário mobilizar uma rede de apoio, por meio do Projeto Mãos Invisíveis, para encontrar um espaço mais adequado para sua permanência. Após diversas articulações, foi possível viabilizar o aluguel de um pequeno quarto, garantindo a continuidade do acompanhamento e a manutenção de sua trajetória de reestruturação.

Como já descrito, a separação entre Amanda e seu filho aconteceu e revelou, entre diversas questões, a problemática e a falha no atendimento direto de gestantes que se encontram em situação de rua, de forma localizada em Curitiba.

Embora a Rede Mãe Curitibana ofereça o acesso ao pré-natal e o Consultório na Rua realize um trabalho essencial de aproximação e atendimento de saúde, esses serviços não são suficientes para enfrentar os múltiplos desafios enfrentados pelas gestantes em situação de rua, como a falta de moradia, a insegurança alimentar e a ausência de uma rede de apoio contínua (Curitiba, 2023). Além disso, os espaços destinados ao acolhimento dessas mulheres são ineficazes.

Um exemplo relevante foi levantado durante uma reunião do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Municipal da

População em Situação de Rua – Curitiba (Ciamp)³⁵ em fevereiro de 2023, ocasião em que a Fundação de Ação Social foi questionada sobre a utilização da casa de acolhimento localizada no bairro Capão da Imbuia, espaço que oficialmente deveria atender gestantes em situação de rua. A resposta foi alarmante: nenhuma gestante estava sendo atendida naquele local, nem havia registros de atendimentos anteriores. Essa contradição expõe a falta de articulação entre os serviços, mas expõe principalmente o abismo entre o discurso institucional e a prática.

A Casa da Acolhida e do Regresso (CAR), a Casa de Passagem para Mulheres e outras instituições similares são divulgadas como locais seguros para acolhimento (Curitiba, 2023), mas suas limitações estruturais e operacionais impedem que gestantes em situação de rua encontrem nesses espaços o suporte necessário. No caso do Hotel Social Eilat, por exemplo, embora ofereça acolhimento a mulheres vulneráveis, não há garantias de que gestantes serão priorizadas ou receberão acompanhamento especializado. A Pousada de Maria, voltada para mulheres vítimas de violência, também enfrenta desafios em atender gestantes em situações de extrema vulnerabilidade, como aquelas que vivem nas ruas.

Mesmo ações pontuais, como as Operações Inverno e os mutirões sociais, não são suficientes para responder à complexidade da vida das gestantes em situação de rua. Embora essas iniciativas proporcionem atendimento emergencial e acesso a serviços, elas não conseguem oferecer uma abordagem contínua e integrada que possa de fato acompanhar e atender essas mulheres.

Essa realidade demonstra a fragilidade das políticas públicas voltadas às gestantes em situação de rua em Curitiba. Apesar de existirem iniciativas que indicam uma intenção de cuidado e acolhimento, a falta de execução efetiva e de monitoramento das ações deixa claro que o sistema não dá conta de suas responsabilidades.

³⁵ O Ciamp é um comitê voltado para o acompanhamento e monitoramento da política pública destinada à população em situação de rua, promovendo a articulação entre diferentes setores e serviços para garantir uma abordagem integrada e eficiente. Em Curitiba, embora o Ciamp exista como uma estrutura para fomentar a discussão e o planejamento de ações voltadas a essa população, a cidade ainda carece de uma política municipal específica que atenda às demandas complexas da população em situação de rua de maneira e estruturada.

Para essas mulheres, que enfrentam múltiplas vulnerabilidades, o suporte deve superar as ações pontuais e espaços pouco funcionais; é necessário um compromisso concreto e contínuo que garanta o direito à saúde e à dignidade, bem como a proteção integral durante a gestação e o início da maternidade. O discurso de que há políticas e espaços dedicados ao atendimento das gestantes em situação de rua só será legítimo quando esses serviços forem verdadeiramente acessíveis, eficazes e alinhados às necessidades reais dessas mulheres.

Ao abordar a situação das gestantes em situação de rua, é preciso considerar que não estamos tratando de um único corpo, mas de dois sujeitos conectados fisicamente: mãe e bebê. Essa união carrega questões tanto emocionais quanto sociais. No entanto, pela defesa da vida da criança, o Estado e as instituições recorrem a mecanismos de controle que impactam diretamente essas mulheres. Nesse cenário, práticas sociais de disciplinamento surgem, colocando em questão o direito dessas mães de exercer a sua maternidade.

Entre as práticas mais comuns, podemos destacar a negação ao desejo de maternagem por parte dessas mulheres. Muitas vezes, protocolos não oficiais, ou também conhecidos por protocolos invisíveis³⁶, são implementados para evitar o vínculo entre mãe e bebê, em um esforço de minimizar o sofrimento no momento da separação.

Isso inclui impedir que a mãe veja ou amamente seu filho, negando assim a oportunidade de sentir e estabelecer uma conexão emocional com o bebê. Esse afastamento, conforme discorre Alves (2017), é justificado como uma tentativa de minimizar o sofrimento emocional que uma separação definitiva poderia trazer. A ideia, mesmo que controversa, é de que ao não vivenciar o vínculo, a mãe poderia lidar melhor com a perda de seu filho.

Em muitos casos, contudo, a mãe chega até a ser incentivada a amamentar e a estabelecer o vínculo afetivo. Em um dos casos, a mãe chegou a amamentar o bebê e até realizou o método canguru³⁷, apenas para ter esse

³⁶ O conceito de protocolos não oficiais ou protocolos invisíveis não está padronizado na literatura acadêmica, mas existem estudos e análises de políticas públicas sobre práticas de implementação e governança que se referem a normas informais e práticas não documentadas que afetam como as políticas são aplicadas na prática.

³⁷ O método canguru é uma prática de cuidado neonatal que promove o contato pele a pele entre a mãe e o bebê, sendo especialmente utilizado em casos de prematuridade ou baixo peso ao nascer. Esse método fortalece o vínculo afetivo, ajuda na regulação da temperatura corporal

laço interrompido com a retirada compulsória da criança ainda no hospital. Essa situação expõe o paradoxo de práticas que, ao final, geram o mesmo desfecho de separação abrupta.

Na prática, essas abordagens variam em grau de humanização, mas resultam da mesma forma na separação forçada. Mesmo quando o vínculo é incentivado, ele é interrompido sem a consideração do contexto de vida e saúde mental dessas mães. Assim, diversos protocolos não oficiais acabam surgindo nesse processo, em que as práticas variam conforme a percepção e a atuação de cada funcionário, seja ele da área da saúde, da assistência ou até mesmo do âmbito jurídico. Alguns profissionais com maior sensibilidade buscam maneiras de humanizar a experiência. Outros, no entanto, adotam atitudes de distanciamento e impedem que as mães vejam os filhos.

Os resultados dessas práticas são devastadores para as mulheres em situação de rua, que muitas vezes são privadas de viver o luto pela perda de seus filhos. Quando o bebê é institucionalizado, a falta de um processo de elaboração desse luto leva ao surgimento de sentimentos de culpa não resolvidos. Segundo Alves (2018), as mulheres em situação de rua, ao terem seus bebês roubados, vivenciam uma dor intensa, pois muitas já passaram por essa experiência ou conhecem outras mães que a sofreram, alimentando o medo constante de novas perdas.

A partir deste ponto, o conceito de “roubo de bebês” será utilizado em substituição ao termo “retirada”, tradicionalmente empregado em discursos institucionais. O termo “roubo” tem se consolidado nacionalmente em debates que destacam as violações de direitos enfrentadas por mães em situação de vulnerabilidade, como aquelas em situação de rua. Enquanto “retirada” sugere uma conotação de legalidade e neutralidade, “roubo” evidencia o impacto emocional, social e político dessa ação, revelando seu caráter de violência simbólica e material. Essa escolha conceitual busca enfatizar a problemática de intervenções que, por desconsiderarem as condições estruturais que levam à vulnerabilidade, transformam medidas que deveriam ser protetivas em ações de exclusão e negação de direitos. Nesse contexto, “roubo de bebês” não se limita

do recém-nascido e estimula a amamentação, além de reduzir o tempo de internação hospitalar (Brasil, 2011a).

a uma mudança semântica, mas representa um posicionamento crítico frente ao impacto devastador dessas práticas sobre as mães e seus filhos.

O conceito de “roubo de bebês” pelo Estado, conforme apresentado por Cabral, Barros e Gonçalves (2021), refere-se a uma prática institucional que se caracteriza pela retirada compulsória de bebês de suas mães em situações de extrema vulnerabilidade social, sem que exista uma oferta de suporte adequado. O termo “roubo de bebês” denuncia que essa retirada dos filhos, em muitos casos, não se dá em função do melhor interesse da criança, como visto anteriormente, mas sim em função de uma estrutura que desconsidera o direito dessas mulheres à maternidade e ao suporte necessário para o exercício desse papel.

Assim, podemos destacar que um dos impactos mais profundos do roubo de bebês é o fenômeno denominado *gravidezes de repetição*, conforme apresentado no trabalho de Rios (2017). Esse fenômeno se caracteriza pelo vazio deixado pela perda de um filho que leva a mãe a buscar uma nova gestação como forma de preencher o espaço emocional. Esse fenômeno, observado por assistentes sociais e profissionais de saúde, reflete o luto não elaborado e o desejo de retomada do direito de maternar.

Nessas situações, o vazio emocional provocado pela separação é preenchido por uma nova gestação, criando um ciclo de perdas e tentativas frustradas de maternidade, como também apontado por outras pesquisas como a desenvolvida por Alves (2018), que abordam a vulnerabilidade social e o impacto do controle reprodutivo sobre essas mulheres.

Em uma das reuniões do grupo de trabalho Mães na Rua, do qual participo desde 2023, uma funcionária do Consultório na Rua, ao comentar sobre o caso de Jéssica, uma das gestantes atendidas pela rede, destaca esse padrão: “essa mulher não vai parar de engravidar enquanto não puder ficar com seu filho, ela disse que vai tentar novamente”³⁸, demonstrando como o ciclo de tentativas frustradas de maternidade é diretamente ligado à ausência de suporte adequado e ao rompimento do vínculo com o bebê.

³⁸ Diário de campo, março de 2023.

Outras práticas de controle envolvem procedimentos mais invasivos, como a esterilização compulsória, que não tem justificativa adequada, mas é aplicada como uma forma de controle reprodutivo dessas mulheres.

Um caso recente na Câmara Municipal de Curitiba, quando foi sugerido oferecer laqueadura e vasectomia às pessoas em situação de rua, ilustra claramente a prática de controle reprodutivo aqui discutida. Justificada pela suposta incapacidade dessas pessoas de cuidarem de filhos devido à vulnerabilidade e ao uso de substâncias, a proposta potencializa uma lógica de esterilização compulsória como instrumento de controle social (Kowalski, 2024). Essa sugestão contraria as diretrizes da Lei nº 9.263/1996, que estabelece que o planejamento familiar deve ser um direito voluntário e informado, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade. A lei enfatiza que o uso de métodos contraceptivos deve respeitar a liberdade de escolha e o consentimento informado, garantindo a autonomia reprodutiva como um princípio fundamental.

Contudo, em situações de vulnerabilidade extrema, como as vivenciadas pela população em situação de rua, a proposta de esterilização suscita questionamentos sobre a real voluntariedade dessa escolha. A pressão social, combinada à ausência de alternativas concretas, como acesso a suporte habitacional ou assistência social adequada, transforma a suposta escolha “voluntária” em um mecanismo de coerção velado.

A realidade enfrentada por mulheres em situação de rua, muitas vezes tratadas como “mães órfãs” devido à separação de seus filhos, é composta por práticas institucionais que aqui serão denominadas *protocolos de fracasso*. Embora as políticas sejam apresentadas como mecanismos de proteção à criança, defende-se aqui a tese de que os protocolos de atendimento às gestantes em situação de rua são estruturados de forma a garantir o fracasso dessas mulheres em suas maternidades. Esses procedimentos falham em fornecer o suporte necessário e também são construídos de tal forma que desconsideram as especificidades e necessidades dessas mães, tornando impossível para elas cumprir os requisitos estabelecidos.

Os protocolos de fracasso impõem exigências inatingíveis, como a necessidade de garantir estabilidade material, emocional e social, sem que o Estado ofereça suporte adequado para que essas mães possam alcançar tais

condições. A exigência de emprego fixo, moradia estável e abstinência completa de substâncias, por exemplo, desconsidera a realidade dessas mulheres, que vivem em situação de rua. Conforme apontam Belloc, Cabral e Oliveira (2018), sem o apoio de políticas públicas eficazes que tratem de saúde mental, reabilitação e assistência habitacional, essas exigências tornam-se barreiras insuperáveis. Assim, o fracasso dessas mães não é resultado de falhas individuais, mas dos protocolos, que, de alguma forma, já carregam o fracasso.

A questão central não é apenas que esses protocolos fracassam, mas que eles são feitos para fracassar. As decisões de separação entre mães e filhos são tomadas antecipadamente, antes que qualquer falha concreta no cuidado materno ocorra. O uso de drogas, a falta de moradia e a ausência de uma estrutura familiar convencional são tratados como sinais inevitáveis de negligência futura, o que resulta em decisões preventivas de destituir o poder familiar. Dados apontam que quase metade dos partos de gestantes usuárias de drogas é automaticamente encaminhada ao sistema judiciário para separação do bebê, confirmando essa lógica de fracasso planejado (Belloc; Cabral; Oliveira, 2018).

Esses protocolos de fracasso desumanizam a experiência materna ao impor uma expectativa de falha que torna irrelevante qualquer esforço ou potencial de recuperação dessas mulheres. Ao serem tratadas como incapazes por definição, suas necessidades, histórias individuais e possibilidades de transformação são ignoradas.

Portanto, os protocolos de fracasso não são meramente políticas mal implementadas que, por acaso, falham com essas mães. Eles são desenhados de maneira a garantir esse fracasso, ao ignorar as realidades complexas dessas mulheres e impor critérios inatingíveis. Esses protocolos não consideram as particularidades da vulnerabilidade social e, ao fazer isso, afastam essas mães de qualquer chance de exercer sua maternidade.

4.6 O DILEMA ENTRE O DIREITO À MATERNIDADE E O MELHOR INTERESSE DA CRIANÇA: UM IMPASSE LEGAL E ÉTICO

A partir das evidências encontradas em campo e na literatura, é possível inferir que a questão do direito à maternidade das gestantes em situação de rua

apresenta um dilema. Como atender ao direito dessas mulheres de criarem seus filhos ao mesmo tempo que existe o interesse e a necessidade de se proteger a criança?

Esse dilema entre o direito da mãe em situação de rua, a convivência com seu filho e o “melhor interesse da criança” coloca ambos os direitos como opostos, uma equação onde, aparentemente, o ganho de um parece significar a perda do outro. No entanto, essa visão dualista tende a desconsiderar que o direito à convivência familiar e à proteção infantil podem ser garantidos simultaneamente, desde que o Estado ofereça o suporte adequado.

Espera-se, por exemplo, que as mães em situação de rua superem sozinhas desafios extremos, como a superação do uso problemático de substâncias, a estabilidade financeira e o acesso à moradia. Esse cenário gera uma expectativa que desconsidera as condições de vida dessas mulheres e impõe uma forma de violência estrutural.

O conceito de “melhor interesse da criança” é outro aspecto essencial nesse dilema. Embora seja fundamental, ele é interpretado a partir de um ponto de vista normativo e punitivo, baseado em ideais de uma maternidade idealizada, segura e estável, que raramente consideram o contexto social das mães em vulnerabilidade.

Segundo Colucci (2014), esse conceito, que tem origem no princípio do *parens patriae*, foi criado para a proteção de incapazes, mas a subjetividade de sua aplicação permite que julgamentos morais e ideológicos influenciem as decisões judiciais. Como argumenta Groeninga (2011), em vez de se considerar uma abordagem mais humanizada, a subjetividade do “melhor interesse” acaba por se tornar uma justificativa para a retirada compulsória dos filhos de suas mães em vulnerabilidade.

Os casos apresentados aqui exemplificam esse controle, em que o ideal de “boas mães” é imposto sem que haja um suporte para essas mulheres superarem os obstáculos estruturais de suas vidas. A exigência de que essas mães se provem capazes, de acordo com padrões baseados na classe média, não leva em conta o direito à maternidade como um direito humano incondicional. Para essas mulheres, a maternidade é tratada como algo condicionado, um privilégio que pode ser facilmente retirado caso elas não

correspondam aos padrões de comportamento e garantam o ambiente que são exigidos.

A literatura sobre direitos reprodutivos e maternidade em contextos de vulnerabilidade corrobora esse ponto, apontando que o uso de critérios como moradia estável e sobriedade para avaliar a capacidade materna ignora a importância do suporte social e responsabiliza o indivíduo pelo seu fracasso. Pesquisas de Diniz e Mattar (2012) e outras na área de saúde e políticas públicas sugerem que avaliar a capacidade materna apenas pela presença de condições materiais exclui as particularidades do contexto de pobreza e marginalização em que essas mulheres se encontram. As autoras argumentam que uma abordagem de direitos humanos implica considerar a maternidade como um direito social, em que o Estado tem um papel fundamental em garantir que essas mulheres possam acessar recursos, incluindo moradia, saúde e apoio psicológico contínuo.

Pensando em propor uma solução prática ao dilema, afirma-se aqui, como essencial, considerar o direito à moradia como uma base para transformar a realidade dessas mulheres. A permanência das mães em situação de rua não pode ser uma opção viável, pois a ausência de moradia fixa compromete tanto o bem-estar da mãe quanto o desenvolvimento da criança. Nesse sentido, o direito à moradia representa um passo fundamental para que ambos os direitos, seja o da mãe ao convívio com seu filho e o da criança a um ambiente seguro, possam coexistir.

A moradia estável, nesse sentido, pode proporcionar a essas mulheres um ambiente que permita acessar serviços como a assistência em saúde, suporte psicológico e desenvolvimento de autonomia. Políticas que tenham por base o modelo *Housing First*, por exemplo, trazem essa questão para o centro da solução. Conforme apresentado por Tsemberis (2010), ao se oferecer um lar seguro sem exigir condições prévias a essas mães, elas podem iniciar uma trajetória de reestruturação, promovendo o fortalecimento dos laços afetivos e reduzindo a vulnerabilidade social. Pesquisas em políticas públicas habitacionais, como a de Ornelas e Duarte (2022), indicam que, ao garantir o direito básico à moradia, o Estado não apenas protege as crianças de ambientes inseguros, mas também cria uma estrutura de suporte para que as mães possam desenvolver-se e exercer sua maternagem.

Assim, o direito à moradia surge como um componente de dignidade humana e principalmente como uma alternativa concreta para romper com a vulnerabilidade e responder ao dilema que afeta essas mães e seus filhos. Mais do que uma questão de escolher entre a segurança da criança e o direito materno, a moradia oferece a possibilidade de união, em que o suporte contínuo, a estabilidade e o acompanhamento se tornam a base de uma solução eficaz.

5 MORADIA COMO DIREITO: A CONSTRUÇÃO DE UMA CHANCE

Reconhecer que a principal diferença entre uma pessoa domiciliada e alguém em situação de rua é a ausência de um domicílio é fundamental para a formulação de políticas públicas que efetivamente garantam o direito à moradia como um direito humano fundamental. A moradia não se limita a um teto físico: trata-se de um espaço que permite a organização da vida, o planejamento das atividades cotidianas e, no caso de mulheres gestantes, torna-se um elemento crucial para a segurança e o bem-estar, tanto da mãe quanto do bebê. Nesse contexto, a moradia deve ser compreendida como um eixo estruturante para o acesso aos demais direitos sociais e como um fator decisivo para assegurar que as mães possam permanecer com seus filhos.

A Constituição Brasileira reconhece a moradia como um direito social inalienável, essencial para a dignidade humana. Conforme disposto no artigo 6º da Constituição Federal, esse direito é garantido ao lado de outros, como saúde, educação e segurança (Brasil, 1988). Esse reconhecimento consolida a moradia como um pilar central para o exercício pleno da cidadania e para a promoção da equidade social.

Ainda, o artigo 5º da Constituição reitera que os direitos fundamentais são invioláveis, destacando que a moradia é um componente indispensável para o desenvolvimento humano e social. Apesar desse arcabouço jurídico robusto, a implementação prática do direito à moradia continua a ser um desafio, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade extrema, como as gestantes em situação de rua. A ausência de moradia representa uma condição de insegurança constante que impacta diretamente a saúde física e mental dessas mulheres.

A falta de um espaço estável e seguro limita o acesso a recursos básicos e prejudica a construção de uma rede de suporte essencial para a gestação e a maternidade. Estudos como os desenvolvidos por Diniz e Mattar (2012) demonstram que a oferta de uma moradia estável representa uma base para a dignidade, o acesso a serviços de saúde, e a possibilidade de criar condições mínimas para o desenvolvimento saudável de uma família.

O direito à moradia, assim, torna-se ainda mais urgente quando relacionado à temática da maternidade. A ausência de um espaço estável é

utilizada como justificativa para a separação entre mãe e filho, sob o argumento do “melhor interesse da criança”. No entanto, essa perspectiva ignora que a falta de moradia não é uma escolha, mas uma consequência de estruturas sociais excludentes que não oferecem oportunidades reais de superação. Em vez de intervir para separar mães de seus filhos, o Estado deveria priorizar a oferta de moradia como um elemento que permitisse a essas mulheres exercerem sua maternidade com dignidade e segurança.

A moradia é um ponto de partida para que essas mulheres possam reconstruir suas vidas e estabelecer um vínculo seguro com seus filhos.

Políticas públicas que reconheçam a centralidade da moradia como um direito humano essencial contribuem para a redução das desigualdades e reafirmam o compromisso do Estado com a proteção dos grupos mais vulneráveis da sociedade. Nesse contexto, o direito à moradia deve ser entendido não como um objetivo a ser alcançado após uma série de condições, mas como um ponto de partida inegociável para a transformação social.

Desta forma, o presente capítulo propõe a reflexão sobre a centralidade da garantia do direito à moradia para que mães em situação de rua possam ter a chance de exercer a maternidade de forma segura e digna.

Este capítulo está dividido em cinco partes, que buscam discutir as formas de acesso à moradia, os modelos existentes e como eles impactam mães em situação de rua.

Na primeira parte, são apresentadas as formas de acesso à moradia para pessoas em situação de rua, com destaque para o modelo etapista, também conhecido como *Treatment First*. Estudos como os de Kohara (2018) e Lima e Gaio (2022) ajudam a explicar como essa abordagem muitas vezes exclui grupos mais vulneráveis, como gestantes e mães ao impor barreiras difíceis de serem superadas.

Na segunda parte, será apresentado o modelo *Housing First*. Esse modelo fundamenta-se na premissa de que a moradia deve ser a primeira etapa para apoiar o processo de reabilitação psicossocial e reestruturação de indivíduos em situação de vulnerabilidade. Pesquisas de Tsemberis (2010) e Padgett (2016) mostram como o *Housing First* pode ser mais eficiente e justo, especialmente para populações em extrema vulnerabilidade.

A terceira parte discute a importância da moradia no contexto da maternidade de mulheres em situação de rua. Estudos de Diniz e Mattar (2012) e Sarmiento (2020) mostram como ter uma casa estável é essencial para proteger a saúde das mães e dos filhos, além de prevenir que eles sejam separados.

Na quarta parte, será discutido como o *Housing First* pode ser uma alternativa ao modelo etapista. Estudos de Tsemberis *et al.* (2016) e Delgado *et al.* (2015) mostram como o *Housing First* elimina muitas das barreiras do modelo antigo, oferecendo moradia imediata e ajudando as pessoas a retomarem suas vidas de maneira mais rápida e digna.

Por fim, a última parte apresenta um cruzamento de dados e evidências que podem auxiliar na compreensão de como o modelo *Housing First* pode ser aplicado de forma eficaz para gestantes e mães em situação de rua. Embora não existam dados específicos sobre essa população, os resultados de estudos de caso, pesquisas e programas realizados em diferentes contextos sugerem que essa abordagem, ao oferecer lar e suporte contínuo, tem o potencial de criar condições para que essas mulheres exerçam a maternidade com maior segurança e dignidade.

Nesse contexto, o modelo *Housing First* surge como uma possibilidade, dentre outras, de implementação desse direito. Esse modelo, que será apresentado e explorado no próximo capítulo, apresenta-se como uma abordagem promissora para que seja possível oferecer uma chance de permanência das crianças com suas mães, oferecendo a elas uma rede de apoio que permite a reestruturação familiar forma sustentável e humanizada.

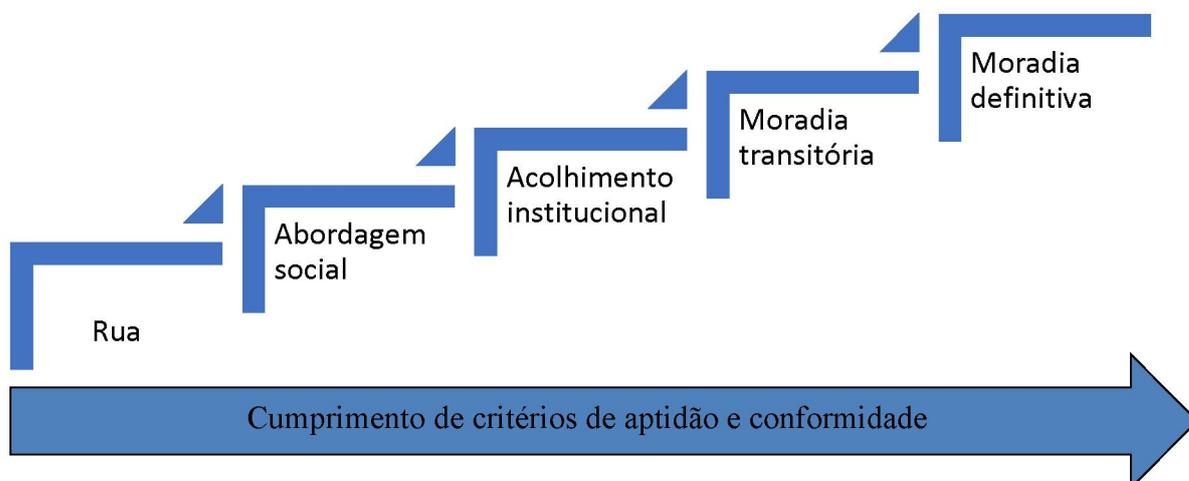
5.1 DAS POSSIBILIDADES DE ACESSO A MORADIA: MODELO ETAPISTA

O modelo *Treatment First*³⁹, também conhecido como “etapista” ou “em escada”, conforme apresentado pelos autores Lima e Gaio (2022), configura-se como uma abordagem tradicional de assistência a pessoas em situação de rua.

³⁹ O modelo recebe esse nome porque sua abordagem prioriza o tratamento de saúde mental e/ou a abstinência do uso de substâncias como pré-requisito para que uma pessoa em situação de rua possa acessar moradia estável. Ou seja, antes de receber uma habitação permanente, o indivíduo precisa passar por um processo de reabilitação, muitas vezes em albergues, abrigos temporários ou programas terapêuticos.

Nessa abordagem, a assistência é organizada em etapas. O processo se inicia com a abordagem social, seguida pelo acolhimento provisório em abrigos, podendo evoluir para a conquista de uma vaga em repúblicas, ou até mesmo o acesso a programas de aluguéis sociais. Esse processo etapista acontece mediante interesse do sujeito, que se encontra em uso de álcool e outras drogas, em seguir um tratamento médico, passar por reabilitação e demonstrar sobriedade. Apenas após o cumprimento dessas condições é que o acesso à moradia permanente pode vir a ser concedido.

Figura 1 – Esquema do modelo *Treatment First*



Fonte: Elaborado pela autora com base no *Guia Brasileiro de Moradia Primeiro* (2022)

Historicamente, o modelo etapista estruturou as políticas de assistência social voltadas à população em situação de rua, exigindo que os indivíduos cumpram uma série de pré-requisitos para finalmente poderem acessar a moradia. Esse modelo acaba por condicionar o acolhimento habitacional à adesão a etapas ou condições específicas, como a sobriedade e a estabilidade econômica, antes de qualquer possibilidade de integração habitacional. Embora amplamente adotado, ele tem sido alvo de críticas por seu caráter excludente e por sua ineficácia em superar de fato a situação de rua.

Para Kohara (2018), uma das críticas centrais ao modelo etapista, e seu caráter excludente é a dificuldade em atender especialmente pessoas em

situação de vulnerabilidade extrema, como mulheres grávidas e mães em situação de rua, que necessitam de uma rede de apoio flexível e de uma moradia segura para então poderem se reestruturar.

Conforme discutido nos trabalhos desenvolvidos por Tsemberis, Padgett e Henwood (2016), ao condicionar o acesso à moradia à estabilidade comportamental e econômica, o modelo etapista desconsidera que a própria segurança de um lar adequado pode ser essencial para que as pessoas se estabilizem, superem o uso problemático de substâncias e encontrem equilíbrio em suas condições de saúde física e mental.

Os autores também retratam que o alto grau de controle e vigilância que está associado ao modelo etapista eleva os índices de desistência dos sujeitos, pois muitas vezes se veem incapazes de atender aos requisitos rigorosos impostos. De acordo com Tsemberis, Gulcur e Nakae (2004), o modelo não oferece suporte suficiente para que essas pessoas possam efetivamente reestruturar suas vidas, uma vez que impede o acesso à moradia antes que se alcance uma estabilidade que, em muitos casos, só seria viável com a segurança habitacional garantida.

Além disso, para Kohara (2018), o caráter temporário das moradias que são ofertadas aumenta a instabilidade dos participantes, que, ao não aderirem completamente às exigências, são removidos dos programas e retornam às ruas, o que acaba por agravar as questões de saúde mental e física por conta da insegurança e da falta de suporte contínuo.

Outra limitação do modelo etapista é a ausência de autonomia e de escolha pessoal, uma vez que sua estrutura rígida impõe metas e etapas que não correspondem às necessidades e aos desejos dos indivíduos. Ainda, ao manter os indivíduos isolados em moradias temporárias e com pouca integração comunitária, o modelo etapista também contribui para a marginalização e o estigma social, dificultando assim a construção de redes de apoio e uma efetiva reinserção social.

Embora o modelo etapista seja criticado por suas limitações no atendimento a pessoas em situação de rua, o *Guia brasileiro de Moradia Primeiro* (Brasil, 2022) recomenda que ele não seja tratado como um “espantalho” ou um modelo a ser completamente descartado. O Guia ressalta que, apesar dos problemas observados na prática, como o alto índice de

desistência entre os participantes e a dificuldade de cumprimento dos requisitos exigidos, o modelo etapista foi construído dentro de uma lógica de progressão que tinha por objetivo preparar gradativamente os indivíduos para uma reintegração social.

Esse modelo tradicional, ao exigir que a pessoa demonstre uma série de comportamentos considerados estáveis antes de ter acesso à moradia permanente, foi pensado em um contexto em que se acreditava que a estabilidade pessoal e econômica seriam pré-requisitos necessários para o sucesso habitacional (Brasil, 2022, p. 19). Contudo, o Guia também enfatiza que o modelo etapista não conseguiu, na prática, entregar os resultados esperados. É importante acrescentar que não existem índices e dados que possam informar a eficácia desse modelo quanto à superação da situação de rua, ou seja, não se sabe quantas pessoas de fato chegaram a acessar uma moradia a partir do etapismo. Para mulheres grávidas e mães em situação de rua, o modelo etapista representa um desafio ainda mais complexo. Por mais que a proposta inicial do modelo seja preparar o indivíduo para a integração social, essa abordagem se torna uma barreira significativa para mulheres em vulnerabilidade extrema, como as gestantes e mães em situação de rua, que têm necessidades urgentes e específicas (Kohara, 2018). Conforme já apresentado, diferente de outros grupos, essas mulheres necessitam de um ambiente seguro para preservar sua saúde e proteger o desenvolvimento de seus filhos, tornando inviável uma longa espera ou um processo condicionado a pré-requisitos como sobriedade e adesão a tratamentos para que a casa seja uma opção.

Ao colocar a moradia como um “prêmio” pelo cumprimento de condições como a estabilidade econômica e a aderência a programas de tratamento, o modelo etapista ignora a urgência e o caráter essencial de uma moradia para gestantes e mães em situação de rua (Lima; Gaio, 2022). São diversos os estudos que apontam a ausência de um lar como fator de risco para mães e bebês, além de configurar-se como fator decisório nos casos separação judicial, tal como já se discutiram neste trabalho.

Um aspecto importante do modelo etapista, conforme destacam Tsemberis, Padgett e Henwood (2016), é sua incapacidade de considerar os impactos do estresse e da instabilidade gerados pela necessidade de enfrentar etapas pré-estabelecidas. A exigência de cumprir uma série de pré-requisitos,

aliada à natureza temporária e instável das moradias oferecidas, agrava problemas de saúde física e mental. Essa dinâmica é evidente nos casos de Amanda e Jaqueline, cujas experiências ilustram como essa abordagem pode intensificar as vulnerabilidades já existentes.

As implicações desse modelo são particularmente prejudiciais para as mulheres grávidas e mães em situação de rua, já que suas necessidades imediatas e específicas não podem esperar o cumprimento de requisitos burocráticos. Conforme evidenciado por Sarmiento (2020), essa falta de apoio habitacional direto intensifica as “hierarquias reprodutivas”, em que o acesso aos direitos fundamentais, como o direito à moradia, torna-se restrito a mulheres que não conseguem ou não podem atender aos padrões sociais impostos pelo modelo etapista.

Além disso, a insistência em requisitos como a sobriedade ignora o princípio de que o direito à moradia é um direito humano básico e não deve ser condicionado a comportamentos específicos. Modelos etapistas, tal como apresentam Lima e Gaio (2022), têm dificuldade em reter participantes e em produzir mudanças duradouras, já que as pessoas muitas das vezes acabam não tendo condições de se manter de acordo com os requisitos impostos e são desligadas do sistema de moradia sem uma segunda chance.

A superação do modelo etapista representa uma urgência no atendimento a gestantes e mães em situação de rua. *O Guia brasileiro de Moradia Primeiro* (Brasil, 2022) aponta que, ao condicionar o acesso à moradia a uma série de pré-requisitos, o modelo prolonga o tempo que os indivíduos, aqui em específico as gestantes, passam desassistidos em suas necessidades básicas, tanto de segurança quanto de saúde. A moradia, nesse contexto, é o ponto de partida fundamental para a reestruturação de suas vidas, e a demora em garantir esse direito impede a construção de condições mínimas para que possam se estabilizar, física e emocionalmente (Kohara, 2018).

Em suma, o modelo etapista apresenta uma série de barreiras que dificultam o acesso à moradia. Para gestantes e mães em situação de rua, essa abordagem mostra-se ainda mais ineficaz, pois o acesso a moradia condicionado a requisitos de empregabilidade e plena autonomia acaba por estar cada vez mais distante de sua realidade, já que o período gestacional cria mais

uma camada de vulnerabilidade difícil de ser superada individualmente e sem suporte.

Assim, a superação do modelo etapista e a implementação de abordagens mais inclusivas, como o *Housing First*, para além de serem reconhecidas como alternativas viáveis, são uma necessidade urgente no contexto de mulheres em situação de extrema vulnerabilidade.

5.2 A METODOLOGIA *HOUSING FIRST*

O *Guia brasileiro de Moradia Primeiro* (Brasil, 2022) reconhece as contribuições históricas do modelo etapista, mas ressalta a necessidade de complementá-lo ou substituí-lo por abordagens mais inclusivas, como o modelo *Housing First*. Essa metodologia propõe o acesso direto e incondicional à moradia como ponto de partida para o processo de recuperação e reintegração social (Brasil, 2022, p. 22).

Baseado em evidências (Brasil, 2022), o *Housing First* foi desenvolvido para reformular a lógica de atendimento à população em situação de rua, superando as limitações do sistema de etapas ao colocar a moradia como elemento central e inicial de sua abordagem.

Na década de 1990, a metodologia *Housing First* foi estabelecida nos Estados Unidos em resposta a uma crise habitacional que evidenciou as falhas do modelo etapista, levando o psicólogo Sam Tsemberis a sistematizar as experiências iniciais da assistente social Tanya Tull em Los Angeles. Durante a década de 1980, Tull trabalhou em uma instituição de acolhimento e identificou diversas limitações nos serviços prestados, observando padrões distintos na utilização das vagas de pernoite (Brasil, 2022).

A análise de Tull revelou três perfis de usuários dos serviços de acolhimento: um primeiro grupo que utilizava as vagas de forma breve; um segundo, de usuários recorrentes que conseguiam retomar suas vidas autonomamente; e um terceiro, formado por indivíduos que dependiam de pernoites contínuos. Essa categorização permitiu a identificação de um problema crônico de dependência que o serviço de acolhimento não conseguia resolver, tornando evidente que o sistema de acolhimento emergencial acabava por se transformar em uma solução contínua para pessoas em situação de rua crônica.

A partir desse diagnóstico de perfilagem, Tull desenvolveu um serviço que pudesse atender esse último grupo, oferecendo moradia com acompanhamento permanente, o que veio a inspirar Tsemberis na criação do modelo *Housing First*.

Em 1992, Tsemberis, ao se reunir com pessoas em situação de rua para entender suas necessidades, percebeu que a demanda central girava em torno do acesso imediato a uma moradia. Esse contato levou-o a adotar uma abordagem que oferecesse a moradia como primeiro passo no atendimento em vez de condicioná-la a pré-requisitos como sobriedade ou estabilidade econômica. Assim, Tsemberis desenvolveu uma base teórica, metodológica e prática que deu origem ao que conhecemos como *Housing First*.

De forma prática, o modelo *Housing First* se coloca como uma alternativa direta ao sistema de abrigos temporários e moradias transitórias. Em vez de submeter as pessoas em situação de rua a uma série de passos progressivos até que estejam prontas para uma moradia definitiva, o *Housing First* propõe seu imediato acolhimento em uma habitação estável e privada, com liberdade para administrar sua rotina e suas escolhas. A partir dessa base segura, a pessoa é acompanhada por uma equipe técnica que oferece suporte contínuo, ajudando a manter a moradia e a enfrentar possíveis dificuldades no processo de adaptação e de inclusão social (Brasil, 2022, p. 34).

Esse modelo desafia a lógica do etapismo ao separar a moradia do tratamento e oferecer suporte individualizado, adaptado às necessidades de cada pessoa. Estudos realizados indicam que o *Housing First* apresenta taxas de permanência habitacional superiores a 80% em diversos contextos internacionais. Nos Estados Unidos, um dos primeiros estudos-piloto revelou uma taxa de retenção de aproximadamente 88% entre os participantes do *Housing First*, em comparação com apenas 47% daqueles que participaram do modelo *Treatment First* (Tsemberis; Padgett; Henwood, 2016). Na Europa, o modelo foi implementado em países como Finlândia, França, Dinamarca e Portugal, onde também se observa consistência nas taxas de manutenção da moradia, variando entre 85% e 90%, conforme dados de 2018 (AEIPS; Crescer, 2018).

Importante ressaltar que a metodologia *Housing First* (Brasil, 2022) é fundamentada em cinco princípios que orientam sua implementação e definem

suas diretrizes práticas e filosóficas, quais sejam: acesso imediato à moradia; escolha do beneficiário e autodeterminação; serviço orientado para recuperação; suporte individualizado; integração social e comunitária.

Figura 2 – 5 princípios básicos do *Housing First*



Fonte: *Guia brasileiro de moradia primeiro* (2022)

No modelo *Housing First*, o acesso à moradia não depende de condições prévias, como abstinência do uso de substâncias, emprego, ou qualquer outro requisito. A lógica central é garantir um lar seguro e permanente, sem que as pessoas precisem passar por um processo longo de “preparação” ou “socialização” antes de serem consideradas aptas para a moradia.

Uma questão recorrente em formações e implementações do projeto em diferentes contextos diz respeito à sua efetividade no atendimento de pessoas com transtornos mentais graves ou com uso problemático de substâncias, como usuários de crack. O *Guia brasileiro de Moradia Primeiro* (2022) esclarece essa questão de forma objetiva, afirmando que o modelo é plenamente aplicável a esses perfis. Além disso, enfatiza que a abordagem é especialmente indicada para casos de maior complexidade, pois oferece um suporte intensivo e

contínuo, permitindo que os indivíduos se estabilizem na moradia e tenham acesso a acompanhamento adequado para suas necessidades específicas.

Portanto, o objetivo da metodologia não é classificar as pessoas entre “aptas” ou “inaptas” para o programa, mas priorizar o atendimento às pessoas em situação de maior vulnerabilidade. Na prática, como geralmente o número de vagas é limitado em programas de *Housing First*, pode ser necessário estabelecer critérios para distribuir as vagas, mas sempre priorizando aqueles em situações de extrema vulnerabilidade.

Um dos princípios fundamentais do modelo é a liberdade de adesão ao programa, com os encaminhamentos sendo realizados a partir de um acordo prévio com o beneficiário. Essa abordagem centraliza o indivíduo atendido, reconhecendo suas particularidades e desafios como aspectos prioritários.

Diferentemente dos programas tradicionais, que operam com metas e etapas rígidas, o *Housing First* promove a autodeterminação, permitindo que as decisões sejam tomadas em conjunto pela equipe técnica e pelo beneficiário. Esse processo envolve desde a escolha do local de moradia até a definição das especificidades do plano individual de acompanhamento, sempre respeitando os desejos e as necessidades da pessoa atendida.

A autodeterminação é ponto-chave na condução do atendimento. Os beneficiários indicam os caminhos que desejam seguir, enquanto a equipe técnica oferece suporte para a realização de objetivos e metas. Esse princípio tem mostrado resultados positivos em experiências como as do Canadá (MacLeod, 2017) e da Finlândia (Y-Foundation, 2017), onde os beneficiários do *Housing First* relatam uma percepção elevada de escolha e autonomia.

Já o serviço orientado para a recuperação coloca o foco nos desafios pessoais apontados pelo beneficiário, criando um espaço de acolhimento e atenção às suas demandas. Para iniciar o processo, é fundamental que a equipe técnica avalie os aspectos específicos que o beneficiário considera importantes, de modo a compreender os desafios que ele deseja enfrentar e superar.

A orientação centrada no usuário, com objetivos definidos em colaboração e respeito ao ritmo individual, fortalece o processo de recuperação e promove maior adesão e bem-estar. Estudos desenvolvidos por Jose Ornelas e Tereza Duarte (2022) enfatizam a necessidade de proporcionar um atendimento que possa dar atenção ao ritmo e aos objetivos que sejam definidos

pelo próprio indivíduo, pois só assim o programa poderá de fato favorecer a autonomia e o engajamento.

O quarto princípio está alinhado aos demais ao enfatizar o suporte individualizado como elemento prioritário para a eficácia do programa. Esse suporte é guiado pelas necessidades apontadas pelo próprio beneficiário. Para isso, a equipe técnica realiza visitas domiciliares e mantém contato com a rede local, políticas públicas e a comunidade, integrando o indivíduo ao ambiente de forma que ele tenha acesso às redes de apoio necessárias (Ornelas; Duarte, 2022). Esse tipo de suporte coloca o beneficiário no centro das decisões, promovendo uma intervenção ajustada às questões que ele identifica como prioritárias.

A integração social e comunitária também se apresenta como essencial para a manutenção do domicílio e o sucesso a longo prazo do programa. Para os pesquisadores Ornelas e Duarte (2019), a criação de vínculos sociais sólidos entre os novos moradores e a comunidade é crucial e pode ser decisiva para o bem-estar e a estabilidade dessas pessoas em sua nova residência.

Mudanças de residência podem ser desafiadoras para qualquer pessoa, mas para aqueles que passaram anos em situação de rua e enfrentaram um processo de cronificação⁴⁰, essa mudança pode ser ainda mais complexa. Tal processo envolve reorganizar a identidade e mudar o status de pessoa em situação de rua para uma pessoa domiciliada, o que apresenta impactos significativos na autoestima e na forma de enfrentar o cotidiano.

Conforme aponta Cavero (2021), em seus estudos sobre a implementação de projetos de modelo *Housing First* na Espanha, nos primeiros meses é comum que os moradores busquem antigos locais de referência e sintam falta de determinadas conexões, especialmente em datas comemorativas, as quais podem intensificar o sentimento de solidão. Essa questão foi corroborada no estudo de Panadero *et al.* (2021), que analisou a implementação do modelo *Housing First* no Programa Habitat, realizado pela RAIS Fundación na Espanha. O estudo destacou que, além de prover moradia segura e estável, o modelo exige que as equipes técnicas atuem de maneira

⁴⁰ A cronificação da população em situação de rua refere-se ao processo pelo qual indivíduos permanecem em condição de rua por períodos prolongados, muitas vezes de forma permanente, devido à ausência de políticas eficazes.

proativa no fortalecimento das conexões sociais dos moradores. Isso inclui ações como apresentar a vizinhança, identificar espaços comunitários relevantes, organizar atividades que promovam bem-estar e até mesmo facilitar o envolvimento dos indivíduos em grupos de interesse pessoal. Como evidenciado, esse trabalho técnico é essencial amenizar os sentimentos de solidão e promover a integração social, considerando os traumas e a desconexão social enfrentados pelos beneficiários. O sucesso do *Housing First* como política pública depende, portanto, da provisão de moradia, mas também do suporte contínuo e humanizado que possibilite a reconstrução de laços sociais e o fortalecimento da autonomia dos atendidos.

Como apresentado por Tsemberis, Gulcur e Nakae (2004), em seu trabalho sobre a escolha do beneficiário e práticas de redução de danos, para uma pessoa que tenha fé religiosa, por exemplo, conectar-se a uma comunidade de mesma crença pode ser essencial. Para outros, o envolvimento em atividades físicas ou comunitárias pode fortalecer o sentimento de pertencimento e criar ciclos positivos de integração social.

Assim, o modelo *Housing First* surge e se desenvolve como uma alternativa eficaz e humanizadora no atendimento à população em situação de rua, priorizando a moradia como direito e base para a estabilização social e emocional. Ao seguir os princípios de autodeterminação, suporte individualizado e integração comunitária, o programa promove um ambiente que respeita o ritmo e as escolhas do indivíduo, permitindo um processo de recuperação com significado e organizado de maneira sustentável. As experiências de implementação internacionais⁴¹ e os dados de retenção e satisfação entre beneficiários demonstram o impacto positivo dessa abordagem, que busca ir além da habitação e tem como um de seus objetivos a reestruturação da identidade e o fortalecimento dos laços sociais.

Diante disso, ao avançar para o próximo tópico, será fundamental explorar as evidências que demonstram a eficácia do *Housing First* especificamente para gestantes e mães em situação de rua. Dessa forma, busca-se demonstrar como o modelo pode proporcionar a essas mulheres a

⁴¹ Para acesso às experiências de implementação de modelos *Housing First*, vide: Ornelas; Duarte (2019), Cavero (2021), Y-FOUNDATION (2017), Tsemberis; Padgett; Henwood (2016), Panadero; Guijarro; Vázquez (2021), *Housing First Europe Hub* (2022) e Ministério da Cidadania (2019).

possibilidade de desenvolver uma experiência de maternagem mais segura e autônoma. A abordagem oferece uma oportunidade para a reconstrução de vínculos, contribuindo para a redução do risco de separação entre mãe e bebê.

O levantamento apresentado demonstra a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas para a população em situação de rua no Brasil e explora as abordagens teóricas que sustentam a necessidade de uma atenção interseccional e específica para grupos particularmente vulneráveis, como as gestantes. O desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao segmento, embora tenha avançado com a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e o reconhecimento da moradia como um direito constitucional, revela lacunas que limitam a efetividade das ações.

As políticas existentes ainda apresentam um caráter predominantemente assistencialista, sedimentadas e condicionadas a uma lógica etapista, o que exclui grande parte da população mais vulnerável, em especial as mulheres e gestantes em situação de rua, de soluções habitacionais.

A análise da interseccionalidade demonstra a necessidade de políticas que considerem a interação entre raça, gênero e condição socioeconômica, especialmente em um país como o Brasil, onde as mulheres negras enfrentam exclusões que agravam sua vulnerabilidade.

Ainda, cabe ressaltar que a literatura sobre o atendimento específico a gestantes em situação de rua é limitada, e a ausência de dados e estudos sobre a relação entre o direito à moradia e a maternagem ressalta uma lacuna importante. As políticas públicas brasileiras não contemplam as necessidades dessas mulheres, o que as deixa expostas a múltiplos riscos, como a falta de acesso à saúde materna, o estigma social e o risco de separação dos filhos.

Esses fatores demonstram que o modelo tradicional de atendimento não é suficiente para atender às especificidades das gestantes, sendo necessário adotar modelos mais inclusivo e efetivo. Nesse sentido, o modelo *Housing First* surge como uma alternativa promissora, principalmente ao considerar sua eficácia comprovada em contextos internacionais. O acesso imediato e incondicional à moradia para populações vulneráveis, sem exigir etapas prévias, tem mostrado resultados significativos em termos de reintegração social e de estabilidade para os sujeitos.

Assim, a presente pesquisa propõe-se a preencher a lacuna que envolve o dilema ético entre o direito da mãe e da criança ao apresentar o *Housing First* como uma potente intervenção para gestantes em situação de rua.

5.3 A IMPORTÂNCIA DO DIREITO À MORADIA NO CONTEXTO DA MATERNIDADE EM VULNERABILIDADE

A gestação e o puerpério em situação de rua, como apresentado ao longo dos capítulos anteriores, são uma problemática que envolve uma diversidade de questões e vulnerabilidades, seja na dificuldade de acesso a saúde, no acompanhamento pré-natal ou no uso problemático de SPA, sejam questões judiciais e definitivas quanto à permanência dos filhos com suas mães.

Resolver a problemática de forma eficaz exige uma abordagem que vá além da simples construção de políticas de saúde e assistência. Aplicar às pessoas em situação de rua as mesmas soluções pensadas para indivíduos domiciliados resulta em baixos impactos práticos e na incapacidade de atender às demandas específicas dessa população.

As políticas públicas brasileiras ainda se mostram insuficientes para superar a situação de rua, como evidenciado pelo crescimento contínuo dessa população, a cronificação de um número cada vez maior de pessoas nas ruas e as dificuldades recorrentes no atendimento. Mesmo com a implementação de políticas específicas, como os Consultórios na Rua, Centros POP e Unidades de Acolhimento Institucional, os desafios permanecem significativos, destacando a necessidade de estratégias mais efetivas e integradas.

A presente discussão não tem como objetivo desqualificar as políticas existentes, que são fruto de longos e intensos debates e lutas para incluir na agenda pública um atendimento específico à população em situação de rua. Tais políticas têm como foco a oferta de melhores condições para as pessoas em situação de vulnerabilidade, mas não apresentam como finalidade a superação efetiva dessa condição.

Um estudo internacional sobre os efeitos da insegurança habitacional durante a gravidez aponta uma relação direta entre a falta de moradia e o aumento de casos com desfechos negativos para a saúde materno-infantil. Esse estudo, intitulado *Severe Housing Insecurity during Pregnancy: Association with*

Adverse Birth and Infant Outcomes (Leifheit *et al.*, 2021) destaca que mulheres sem uma moradia estável têm 40% mais probabilidade de dar à luz bebês com baixo peso (menos de 2.500g), e 30% mais chance de partos prematuros em comparação com aquelas que possuem um lar seguro e estável.

Além disso, o estudo destaca que bebês nascidos em condições de insegurança habitacional têm uma probabilidade 25% maior de apresentar problemas de saúde durante o primeiro ano de vida. Isso inclui maior exposição a doenças respiratórias, dificuldades de desenvolvimento e maior incidência de internações hospitalares. Sendo assim, a falta de moradia estável para gestantes em situação de vulnerabilidade não afeta somente a saúde de mães e bebês, mas também gera um impacto financeiro considerável para o sistema de saúde.

Dados específicos sobre os custos da assistência neonatal apresentados por Melo (2022) revelam que, para bebês nascidos prematuros, o custo médio de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) é de R\$ 17.395,46 para prematuros extremos, R\$ 6.688,92 para prematuros moderados e R\$ 1.120,91 para os tardios. Esses valores são atribuídos ao número elevado de diárias em UTI neonatal, à necessidade de suporte ventilatório e ao atendimento especializado para problemas respiratórios e infecciosos, que são frequentes em recém-nascidos de baixo peso e prematuros.

Segundo um levantamento realizado pelo Centro Paulista de Economia da Saúde da Universidade Federal de São Paulo no ano de 2019, os custos associados à prematuridade no Brasil ultrapassam R\$ 8 bilhões anuais para o sistema de saúde. Isso inclui despesas de internação prolongada em unidades de terapia intensiva (UTI) neonatal, onde bebês prematuros permanecem internados por uma média de 51 dias, gerando custos diários que variam entre R\$ 497,84 e R\$ 934,48, dependendo da unidade hospitalar e da gravidade dos casos (Rede Nacional da Primeira Infância, 2019).

Para o sistema público de saúde, o custo médio estimado por bebê prematuro internado em UTI é de aproximadamente R\$ 25.389,84, podendo chegar a R\$ 47.658,48 em situações mais severas (Rede Nacional da Primeira Infância, 2019). Esses números demonstram o alto investimento imposto pela ausência de políticas que priorizem intervenções preventivas e que possam reduzir os riscos de prematuridade.

Em paralelo, estudos também indicam que a falta de acesso adequado ao pré-natal agrava o risco de doenças congênitas, sendo a sífilis congênita um problema de saúde pública que afeta de modo mais intenso as mulheres em situação de rua. Conforme estudos desenvolvidos por Saraceni *et al.* (2017), a taxa de transmissão vertical da sífilis no país, evitável por meio de acompanhamento e tratamento pré-natal adequados, foi estimada em 34,3%, aparecendo em maior número em populações em condições de vulnerabilidade. Autores como Lafetá *et al.* (2016) apresentam as questões referentes ao diagnóstico e a tratamentos tardios que são enfrentados por gestantes em situação de rua, o que acaba por resultar em complicações como abortos, baixo peso ao nascer e prematuridade.

Com esses dados, torna-se evidente que a garantia de uma moradia segura para gestantes em situação de rua configura-se como uma intervenção preventiva, que reduz não apenas os riscos à saúde materno-infantil, mas também os custos elevados que o sistema de saúde precisa suportar em casos de prematuridade e complicações que poderiam ser evitadas.

A ausência de uma moradia e de um acompanhamento pré-natal adequado aumenta a probabilidade de gestações de risco, condição que muitas vezes requer internações prolongadas e caras em unidades de terapia intensiva neonatal (UTI). A oferta de moradia estável a gestantes vulneráveis é uma medida que evitaria uma série de complicações para mãe e bebê, permitindo que o cuidado médico seja focado em suporte e prevenção, e não na correção dos problemas que acontecem justamente pela situação de rua.

Como apontam Ornelas e Duarte (2022), assegurar o direito à moradia a essas mulheres não só previne desfechos adversos para os bebês, como também oferece uma base digna para que as mães possam exercer a maternidade em condições de segurança e apoio. Esse direito fundamental protege as crianças ao garantir que cresçam em um ambiente estável e promove o desenvolvimento de laços familiares, ao mesmo tempo que contribui para a saúde pública ao reduzir o ônus financeiro causado por complicações evitáveis. O direito à moradia, portanto, é um ponto de partida essencial para se discutir o dilema que acompanha as gestantes que se encontram em situação de rua, sendo uma possibilidade de promoção de bem-estar ao mesmo tempo que é capaz de reduzir gastos para o Estado.

No entanto, a importância da moradia para a manutenção de vínculos familiares ultrapassa as discussões específicas de gestantes em situação de rua e se amplia em diversos outros contextos vulneráveis.

Um caso relevante e que corrobora a necessidade da garantia de moradia como direito fundamental chegou até o Projeto Mãos Invisíveis por meio de uma assistente social da Defensoria Pública que buscou apoio e informações para poder intervir na situação de uma família em extrema vulnerabilidade, cujos filhos haviam sido retirados dos pais sob a justificativa de que a moradia da família, por ser às margens de um rio, não oferecia condições adequadas para a criação das crianças. O critério estabelecido para a devolução da guarda nesse caso era a obtenção de uma nova moradia, o que no momento era inviável para os pais que, mesmo estando empregados, não tinham condições financeiras de alugar uma nova moradia. Esse caso evidencia como a estabilidade habitacional em contextos vulneráveis é tratada como requisito obrigatório para a manutenção dos vínculos familiares, além de demonstrar de maneira prática o que a ausência de um comprovante de residência, mais do que uma carteira de trabalho ou uma certidão de nascimento, é indispensável quando falamos sobre o direito a convivência familiar.

Outro caso significativo ocorreu durante uma aula de campo da disciplina de Planejamento Conflitual, realizada em 2023, em uma visita a uma ocupação no bairro Cidade Industrial de Curitiba (CIC). Durante essa atividade, foi possível dialogar com os moradores da ocupação e compreender os impactos da precariedade habitacional na manutenção dos vínculos familiares.

Na ocasião, diversas famílias relataram que o Conselho Tutelar foi acionado para avaliar a retirada de crianças cujos responsáveis não tivessem outra moradia assegurada após a reintegração de posse. Essa ameaça gerou um cenário de desespero entre os moradores. Muitas famílias, temendo a separação de seus filhos, declararam possuir outro local para onde poderiam ir, mesmo sem saber aonde iriam de fato. A obrigatoriedade de comprovar uma alternativa habitacional para evitar a perda da guarda das crianças coloca essas famílias em uma situação extrema, na qual precisam tomar decisões precipitadas e inviáveis apenas para preservar a unidade familiar.

Esse episódio ilustra um mecanismo de controle, no qual a ameaça de separação familiar é utilizada como instrumento para forçar famílias a aceitarem realocações incertas ou condições de moradia ainda mais precárias. Além disso, evidencia como a ausência de políticas habitacionais dignas e acessíveis expõe essas famílias à insegurança, fragiliza seus vínculos e aumenta a instabilidade emocional.

A criminalização da pobreza, expressa por meio da separação compulsória de crianças e adolescentes em contextos de despejos e remoções forçadas, desconsidera o direito fundamental à convivência familiar e comunitária, garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Em vez de implementar programas habitacionais acessíveis e mecanismos de suporte social, o Estado recorre à retirada das crianças como solução imediata.

Ambos os casos evidenciam que a ausência de uma política habitacional estruturada impacta diretamente o direito à família, transformando a falta de moradia em um critério de destituição do poder parental. A imposição de condições inatingíveis para a manutenção da guarda das crianças, seja em contextos vulneráveis gerais ou seja específico para mães em situação de rua, ignora as dimensões estruturais da desigualdade social e transfere para as famílias uma responsabilidade que deveria ser do Estado.

Sendo assim, a moradia não deveria ser um privilégio reservado para aqueles sujeitos que se encaixam em modelos padronizados e idealizados de comportamento. Em vez disso, é preciso compreendê-la como direito essencial que permite de fato a reconstrução de vida e a superação das problemáticas que são geradas pela situação de vulnerabilidade.

Nesse cenário, é notório que a política de habitação atual, bem como os modelos de assistência que vinculam o acesso à moradia a pré-requisitos comportamentais ou econômicos, apresentam limitações significativas e não dão conta de atender à grande demanda apresentada por essas populações vulneráveis.

5.4 A METODOLOGIA *HOUSING FIRST* COMO ALTERNATIVA AO MODELO ETAPISTA

Sabe-se que, infelizmente, o modelo atual de atendimento à população em situação de rua tem falhado em oferecer suporte adequado e condições para a superação dessa situação. Essa deficiência torna-se ainda mais evidente quando se trata de gestantes que vivem nas ruas. Embora existam políticas voltadas para essa população de forma geral, ao considerar as particularidades e a diversidade de perfis que compõem esse segmento, raramente encontram-se políticas específicas que atendam a essas demandas. No caso das gestantes, por exemplo, não há políticas específicas que ofereçam um atendimento humanizado e eficaz o suficiente para enfrentar o dilema de uma gravidez em situação de rua.

A metodologia *Housing First*, por outro lado, desafia essa lógica ao propor que o acesso à moradia seja imediato e desvinculado de requisitos prévios. Baseado em evidências que apontam para a moradia como um direito fundamental e uma condição para o acesso a outros direitos, Ornelas *et al.* (2014) reconhecem que a segurança oferecida pela moradia pode ser um fator determinante para a adesão a tratamentos e serviços de suporte.

Além disso, a literatura sugere que o *Housing First* contribui para a construção de políticas públicas mais inclusivas e humanizadas ao tratar a moradia como um “direito-meio” que facilita o acesso a outros direitos essenciais, como saúde e segurança (Tsemberis; Padgett; Henwood, 2016). Como observam Hwang *et al.* (2012), a estabilidade residencial proporcionada pelo *Housing First* permite que os indivíduos se concentrem em questões de saúde e desenvolvimento pessoal, já que estão livres da insegurança diária que caracteriza a vida na rua.

Observa-se que, ao serem atendidos por projetos de *Housing First*, os indivíduos acabam descobrindo e tratando de doenças que antes passavam despercebidas, como problemas respiratórios crônicos, hipertensão, diabetes e condições de saúde mental não diagnosticadas anteriormente. Esse acompanhamento contínuo que a estabilidade habitacional oferece possibilita um cuidado preventivo, promovendo uma melhora significativa na qualidade e na expectativa de vida dos sujeitos atendidos pelo programa.

Nesse sentido, para gestantes em situação de rua, o *Housing First* não é apenas uma política de moradia, mas uma estratégia de saúde pública que promove o bem-estar físico e mental de mulheres em extrema vulnerabilidade,

garantindo um ambiente estável e de apoio durante um período mais sensível de suas vidas.

Um dos principais benefícios do modelo *Housing First* é sua capacidade de promover a autonomia dos beneficiários, o que acaba, entre outras questões, por reduzir sua dependência de serviços de emergência. Esse acesso imediato à moradia, conforme afirmam Tsemberis, Padgett e Henwood (2016), cria uma base estável para que os beneficiários possam buscar assistência em serviços preventivos e regulares, o que diminui a necessidade de intervenções emergenciais que são custosas para o sistema público.

De acordo com Henwood *et al.* (2013), participantes do *Housing First* reduzem significativamente suas visitas a prontos-socorros e internações hospitalares, uma vez que a estabilidade habitacional reduz a frequência de situações de crise. Isso demonstra que o desenvolvimento da autonomia no *Housing First* se estende à capacidade de gerenciamento de saúde e busca por suporte constante em vez de depender de respostas emergenciais a cada crise.

O impacto econômico do *Housing First* também é relevante no que se refere à redução de custos para o sistema público. Estudos realizados por Tsemberis (2010) e outros pesquisadores mostram que, ao diminuir a utilização de serviços de emergência, o modelo gera uma economia significativa a longo prazo. Dados apresentados no *Guia brasileiro de Moradia Primeiro* indicam que aproximadamente 40% dos custos iniciais de intervenção do modelo *Housing First* são recuperados nos anos subsequentes devido à economia gerada pela redução de emergências médicas e hospitalizações, que são frequentes entre a população em situação de rua devido à falta de estabilidade habitacional (Brasil, 2022). Dessa forma, o *Housing First* promove a autonomia dos indivíduos e oferece uma abordagem de política pública mais econômica ao priorizar o uso de recursos para políticas de habitação e suporte preventivo.

A viabilidade econômica do modelo *Housing First* tem sido demonstrada em diversos estudos internacionais, que mostram sua eficácia em reduzir os custos públicos de atendimento de pessoas em situação de rua. O *Housing First*, ao garantir moradia estável, gera economias significativas ao diminuir a utilização de serviços de saúde de emergência e internações psiquiátricas, que são recorrentes entre a população em situação de rua devido à falta de um ambiente estável para viver.

Conforme apresentado pelo *Guia brasileiro de Moradia Primeiro* (2022), estudos europeus indicam que a redução de custos com saúde e internações psiquiátricas pode alcançar até 70% dos gastos, com uma economia anual de até 17.500 euros por pessoa, quando comparado aos modelos tradicionais de acolhimento. Na França, o programa *Un Chez Soi d'Abord* registrou uma economia de 3.500 euros por pessoa ao ano, principalmente pela diminuição da demanda por abrigos e serviços médicos emergenciais.

Além dos custos com saúde, o *Housing First* reduz a frequência de buscas pelo sistema de justiça e o uso de recursos policiais, que são mobilizados em situações de crise envolvendo pessoas em situação de rua. Um exemplo desse impacto é observado em Austin, Texas (EUA), onde o *Housing First* economizou aproximadamente 1,4 milhão de dólares em dois anos devido à redução de internações psiquiátricas e atendimentos realizados pelo sistema policial (Brasil, 2022).

O modelo também se destaca pela eficiência em comparação a outras modalidades de acolhimento que apresentam custos até duas vezes superiores. Ao fornecer moradia autônoma e independente com suporte externo, o *Housing First* demonstra uma utilização de recursos mais eficiente e que reduz a necessidade de intervenções mais caras e frequentes. Esse impacto econômico positivo, como apresentado no *Guia brasileiro de Moradia Primeiro* (Brasil, 2022), foi exemplificado no estado de Utah, nos Estados Unidos, onde a substituição de abrigos temporários pelo *Housing First* reduziu os custos anuais por pessoa de 20 mil dólares para 7,8 mil dólares. Como resultado, Utah viu uma queda de 72% na população de rua crônica, o que comprova que o modelo pode oferecer uma solução de longo prazo e diminuir custos recorrentes para o sistema.

No contexto brasileiro, o projeto-piloto Moradia Primeiro Curitiba mostrou que o *Housing First* é economicamente viável mesmo com recursos limitados e parcerias externas. Esse projeto foi iniciado em 2018 por meio de uma parceria entre o Instituto Nacional de Direitos Humanos da População de Rua (INRua) e a Mitra da Arquidiocese de Curitiba, sem financiamento do poder público. O custo mensal por unidade habitacional é de aproximadamente R\$ 800,00, que cobre aluguel, condomínio, água, luz e gás, totalizando um custo anual per capita de R\$ 9.600,00.

Em contraste, a manutenção de serviços tradicionais de acolhimento institucional em Curitiba é muito mais onerosa. Por exemplo, uma vaga em Unidade de Acolhimento Institucional (UAI) na cidade pode custar até R\$ 2.840,00 mensais, somando aproximadamente R\$ 34.080,00 por ano por pessoa. Comparativamente, o custo de manutenção de uma vaga no modelo *Housing First*, como observado em Curitiba, é menor, proporciona estabilidade habitacional e promove a autonomia do usuário.

5.5 POSSIBILIDADES DA EFICÁCIA DO *HOUSING FIRST* PARA MÃES EM SITUAÇÃO DE RUA

O modelo *Housing First* tem demonstrado ser eficaz para mães em situação de rua, que enfrentam desafios únicos e intensos ao tentar cuidar de si e de seus filhos sem um ambiente seguro. Mulheres e mães em situação de rua experienciam a vulnerabilidade de forma distinta, com constante exposição a altos riscos de violência e abuso. Em comparação com modelos de abrigo temporário, que podem gerar insegurança e expor essas mulheres a novas situações de risco, o *Housing First* oferece uma moradia independente e segura, onde elas podem recomeçar suas vidas sem a exposição constante aos perigos da rua.

O *Housing First* promove uma abordagem sensível ao trauma, essencial para mulheres que muitas vezes sofreram violência de gênero e abuso. Para as mães em situação de rua, o suporte oferecido pelo *Housing First* não se limita à moradia física, mas inclui um acompanhamento que leva em consideração o histórico de traumas complexos, muitas vezes agravados pela vida nas ruas. Conforme apresentado pelo Housing First Europe Hub (2022), o suporte baseado em uma compreensão dos traumas enfrentados por essas mulheres é essencial para que elas possam se reestabelecer e cuidar de seus filhos em um ambiente que possa garantir proteção.

Outro ponto que consolida a eficácia do *Housing First* para mães em situação de rua é a abordagem informada pelo gênero, que reconhece e responde às necessidades específicas das mulheres no contexto de vida nas

ruas. O programa considera que essas mulheres chegam ao sistema de assistência devido a históricos de violência doméstica e abuso, necessitando de um ambiente acolhedor e adaptado às suas necessidades.

Além disso, Tsemberis (2010) reforça que, ao garantir uma moradia sem condições prévias, o *Housing First* permite que essas mães priorizem o bem-estar de seus filhos e o próprio autocuidado, livre de julgamentos e da ameaça de perderem a guarda dos filhos por não cumprirem requisitos rígidos impostos pelo modelo etapista.

Estudos como os de Maciel e Rosemburg (2006) apontam que, nos primeiros anos de vida, o ambiente emocional da criança desempenha um papel importante na formação da personalidade e na saúde mental a longo prazo. Para que a interação mãe-bebê se desenvolva de maneira saudável, é necessário que a mãe encontre um ambiente seguro, onde possa oferecer cuidado e afeto.

Para mães em situação de rua, a insegurança e as dificuldades diárias afetam diretamente a capacidade de cuidar dos filhos e de promover um ambiente estável. De acordo com os autores, a ausência de figuras constantes e cuidadoras pode comprometer o desenvolvimento psicológico e a estruturação da personalidade da criança. O *Housing First* intervém nesse contexto ao proporcionar um lar seguro e apoio contínuo, diminuindo os impactos da instabilidade e facilitando a criação de um espaço adequado para o fortalecimento dos laços afetivos.

Além disso, o modelo *Housing First* inclui um suporte multidisciplinar que auxilia a mãe a se manter emocionalmente estável e a desempenhar seu papel materno de forma mais estruturada. A pesquisa de Maciel e Rosemburg (2006) evidencia que mães equilibradas e apoiadas emocionalmente são essenciais para atender às necessidades físicas e psicológicas dos filhos, contribuindo significativamente para o desenvolvimento saudável e seguro da criança. Nesse sentido, o *Housing First* proporciona o ambiente necessário para que as mães exercitem a maternidade em condições dignas e seguras, principalmente por oferecer o suporte de uma equipe que acompanha continuamente os indivíduos atendidos.

Programas internacionais, como o *At Home/Chez Soi* no Canadá, mostram que a oferta de moradia incondicional proporciona um ambiente mais estável e seguro para pessoas em situação de rua, criando condições para um

bem-estar ampliado e sustentável. Embora o foco do programa não esteja exclusivamente em mulheres ou mães, os resultados sugerem que o modelo *Housing First* pode ser uma política pública inclusiva e eficiente para atender às necessidades de populações vulneráveis, incluindo aquelas com filhos, ao promover um ambiente que possibilita cuidados e segurança de forma abrangente (Goering *et al.*, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo compreender as complexas realidades enfrentadas pelas gestantes em situação de rua, explorando suas vulnerabilidades e as dificuldades de acesso a direitos fundamentais, como moradia, saúde e segurança. A pesquisa revelou como o viver nas ruas amplia os desafios da maternidade, expondo essas mulheres a riscos que comprometem sua dignidade e a possibilidade de exercerem o direito à maternidade. Entre os desafios identificados, destacou-se o dilema ético e legal que opõe o direito das mães de permanecerem com seus filhos e o “melhor interesse da criança”, utilizado como justificativa para a separação compulsória.

Esse dilema reflete questões que vão além das circunstâncias individuais das gestantes. Por um lado, a maternidade é reconhecida como um direito essencial, protegido por normas nacionais e internacionais que destacam sua relevância para o vínculo afetivo e o desenvolvimento da criança. Por outro, o princípio do “melhor interesse da criança”, embora legítimo, é aplicado de forma descontextualizada, ignorando as condições estruturais que impedem essas mães de oferecerem o ambiente considerado ideal para seus filhos. Essa aplicação desconsidera que a ausência de moradia não é uma escolha, mas uma consequência de desigualdades sociais.

No entanto, o dilema da gestação na rua ultrapassa as questões de políticas públicas. Ele expõe uma realidade incômoda, na qual o Estado, em vez de oferecer suporte para que essas mulheres possam exercer a maternidade com dignidade, opta por intervenções punitivas, como a remoção dos filhos. Essa lógica reflete hierarquias reprodutivas que deslegitimam o direito dessas mulheres de serem mães, tratando a maternidade como um privilégio

condicionado a padrões sociais inalcançáveis para muitas delas. Além disso, o modo como a retirada da guarda é realizada, para além de separar mães e filhos, também sustenta um sistema que já pressupõe, antecipadamente, que essas mulheres não serão capazes de exercer a maternidade, sem ao menos dar a chance de provarem sua capacidade materna.

Nesse contexto, a pesquisa revelou que as políticas públicas voltadas para gestantes em situação de rua não apenas são insuficientes em garantir suporte adequado, mas são formuladas de maneira a tornar a separação um desfecho inevitável. Os aqui chamados protocolos de fracasso não são apenas insuficientes, eles são formulados para impor exigências inalcançáveis, como a necessidade de estabilidade financeira, moradia fixa e abstinência completa de substâncias, sem oferecer os meios necessários para que essas mulheres alcancem essas condições. Dessa forma, a retirada dos bebês dessas mães não ocorre como uma consequência da negligência, mas como resultado de um sistema que antecipa o fracasso e impede qualquer possibilidade de superação.

Além disso, o caráter subjetivo dessas decisões fica evidente quando se observa que a separação é baseada em avaliações morais e estigmatizantes, e não em critérios que levem em consideração a realidade dessas mulheres. Ao invés de garantir suporte para que possam maternar com dignidade, as políticas acabam por penalizar a pobreza. Dessa forma, os protocolos de atendimento deixam de ser instrumentos de proteção e se tornam ferramentas de controle reprodutivo e exclusão social, consolidando a retirada de bebês como uma prática sistemática que não reconhece a maternidade dessas mulheres como legítima.

O estudo também revelou como práticas de controle reprodutivo, muitas vezes disfarçadas de planejamento familiar, intensificam as hierarquias reprodutivas e desconsideram a autonomia dessas mulheres, classificando-as como inaptas ao exercício da maternidade. Nesse contexto, é importante dizer que a forma como as políticas públicas abordam o planejamento familiar e o controle reprodutivo reflete em práticas de esterilização veladas, especialmente em grupos em extrema vulnerabilidade, como gestantes em situação de rua. As propostas de esterilização compulsória, ainda que disfarçadas como planejamento familiar, desconsideram a autonomia dessas mulheres e vão contra diversas políticas já implementadas, violando direitos humanos. A

utilização do conceito de “roubo de bebês”, discutido ao longo do trabalho, permite problematizar como essas práticas, muitas vezes justificadas pelo “melhor interesse da criança”, impactam negativamente as mulheres ao negar-lhes o direito de exercer a maternidade e revelam o poder coercitivo do Estado sob os corpos e vidas dessas mulheres.

Pesquisas atuais disponíveis sobre gestantes em situação de rua concentram-se, em sua maioria, em duas vertentes: questões relacionadas à saúde, como o uso abusivo de substâncias e o acesso precário aos serviços de saúde, e questões jurídicas que envolvem o acolhimento dos filhos dessas mulheres. Embora esses estudos contribuam significativamente para a compreensão das vulnerabilidades enfrentadas por esse grupo, há uma lacuna importante no que diz respeito às possíveis alternativas que permitam não apenas a gestação, mas também a manutenção da guarda dos filhos por essas mães. Foi nesse contexto que esta pesquisa se propôs a avançar, ao apresentar o direito à moradia como elemento fundamental para garantir essa possibilidade e propor o modelo *Housing First* como uma estratégia viável para efetivar esse direito.

A partir da análise e da categorização dos dados, foi possível identificar padrões recorrentes, bem como experiências singulares nas vivências das gestantes acompanhadas. O envolvimento pessoal no campo e a construção dos diários de campo foram fundamentais para compreender as relações entre o Estado, suas instâncias e o público-alvo das políticas públicas, neste caso, as mulheres em situação de rua na cidade de Curitiba.

No capítulo que explorou os diários de campo e as vivências registradas, surgiu uma das questões mais cruciais para essa pesquisa: a ausência de um comprovante de endereço. Esse documento, mais do que o RG, CPF ou mesmo a carteirinha do pré-natal, revelou-se um marcador simbólico e institucional da exclusão dessas mulheres. Sem um comprovante de residência, as gestantes em situação de rua são automaticamente excluídas do acesso a direitos fundamentais. Esse enquadramento dificulta a entrada aos serviços públicos e contribui diretamente para a retirada compulsória dos filhos, um dos impactos mais devastadores para essas mães.

Assim, pode-se concluir que o comprovante de endereço, aparentemente um requisito administrativo simples, desempenha um papel

central e opera como um divisor entre aquelas que conseguem acessar direitos básicos e aquelas que são sistematicamente excluídas. Em última análise, a ausência desse documento para além de dificultar o acesso à saúde, assistência social e moradia, mantém uma lógica institucional que deslegitima a maternidade dessas mulheres e as expõe a práticas de controle reprodutivo.

Diante dessa realidade, a presente pesquisa ressalta a moradia para além de uma necessidade fundamental, mas também uma estratégia viável e eficaz na manutenção do vínculo entre mãe e bebê. O acesso à habitação estável, conforme apresentam os dados, proporciona as condições mínimas para que pessoas em vulnerabilidade consigam se integrar a redes de assistência social, atendimento de saúde e outras políticas de suporte. Aqui, considera-se a moradia como um direito meio para acesso as demais políticas públicas disponíveis para pessoas domiciliadas, mostrando assim como a centralidade da moradia toma um papel ainda mais fulcral na garantia de direitos e da dignidade humana para mães e para seus filhos.

A análise do modelo *Housing First* demonstrou que sua abordagem, ao oferecer moradia imediata, incondicional e com suporte, proporciona um ambiente seguro e estável para as gestantes e suas famílias. Diferente do etapismo, que condiciona o acesso à moradia a uma série de requisitos prévios, o modelo parte do princípio de que a segurança habitacional é a base para superar outras vulnerabilidades. Esse modelo mostrou-se promissor ao demonstrar que é possível que as gestantes atendidas tenham acesso a saúde, apoio psicológico e outros serviços necessários, promovendo uma trajetória de maior estabilidade e bem-estar para elas e seus filhos.

Contudo, a implementação do *Housing First* no Brasil enfrenta desafios significativos, que vão desde a falta de articulação intersetorial até a escassez de recursos e infraestrutura adequada. Embora o modelo tenha apresentado resultados positivos em países como Canadá e Finlândia, sua adaptação ao contexto brasileiro exige uma reorganização dos serviços e uma maior integração entre setores como saúde, assistência social e habitação. A articulação entre diferentes áreas é fundamental para garantir que o *Housing First* atenda integralmente às necessidades das gestantes em situação de rua e de outras populações vulneráveis.

O presente estudo contribui para o campo das políticas públicas ao propor uma análise crítica do modelo etapista e ao apontar o *Housing First* como uma alternativa mais inclusiva e eficaz para atender à população em situação de rua, especialmente as gestantes. A pesquisa reforça a necessidade de revisitar as práticas tradicionais de atendimento e de ampliar o debate sobre a moradia como um direito fundamental.

A dissertação também apresenta uma agenda para futuras pesquisas, destacando a importância de estudos que possam avaliar a eficácia do *Housing First* no Brasil em diferentes contextos e para diversos grupos vulneráveis. Além disso, investigações sobre a formação, capacitação e atuação dos burocratas de rua podem oferecer ferramentas para melhorar a implementação das políticas públicas e garantir um atendimento mais justo e eficiente para a população em situação de rua.

Em conclusão, este trabalho demonstra que a implementação de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua deve considerar a formulação de diretrizes gerais e ainda mais importante, a adaptação dessas políticas as realidades específicas. A experiência das gestantes em situação de rua mostra que para além de garantir moradia, é necessário promover um atendimento articulado, que enfrente as barreiras interseccionais e permita a superação das vulnerabilidades extremas. A esperança é que, com base nas reflexões apresentadas, o *Housing First* possa se consolidar como uma política pública efetiva, oferecendo um caminho viável para o atendimento das gestantes, bem como da população em situação de rua de maneira geral.

REFERÊNCIAS

AEIPS – ASSOCIAÇÃO PARA O ESTUDO E INTEGRAÇÃO PSICOSSOCIAL; CRESCER. *Relatório de execução do projeto Casas Pirmeiro: Housing First para pessoas sem-abrigo com problemas de saúde mental*. Lisboa: AEIPS; Crescer, 2018.

ALMEIDA, D. J. R. de; QUADROS, L. C. de T. A pedra que pariu: Narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, v. 11, n. 1, p. 225–237, jun. 2016.

ALVES, A. O. Processos de gestão de "mulheres em situação de vulnerabilidade": reflexões sobre a produção do direito de ser/ter mãe em Belo Horizonte (MG). *In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA*, 31., 2018, Brasília (DF). *Anais [...]*. Brasília, DF: Associação Brasileira de Antropologia, 2018.

ALVES, J.; AZEVEDO, R. Quem foi Marielle Franco e por que sua morte gerou repercussão internacional? *BBC Brasil*, 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-43424872>. Acesso em: 28 jan. 2025.

ARAÚJO, A. dos S.; SANTOS, A. A. P. dos; LÚCIO, I. M. L.; TAVARES, C. M.; FIDÉLIS, E. P. B. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Recife, v. 11, n. 10, p. 4103–4110, 2017.

BARROS, K. C. C. *Mulheres da Maloca: cuidado, gestação e situação de rua*. Rio de Janeiro: Autografia Editora, 2021.

BECKER, H. S. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

BELLOC, M. M.; CABRAL, K. V.; OLIVEIRA, C. S. de. A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado. *Saúde em Redes*, v. 4, supl. 1, p. 37–49, jun. 2018.

BRANDÃO, E. R. Contracepção reversível de longa duração para mulheres "em situação de vulnerabilidade": racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS). *Anuário antropológico*, v. 47, n. 2, p. 185–204, 2023.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 16 jul. 1990.

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. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 24 dez. 2009a.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Cadastro Único para Programas Sociais: manual de preenchimento. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/cadastro-unico>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *É possível Housing First no Brasil? Experiências de moradia para população em situação de rua na Europa e no Brasil*. Brasília, DF: MMFDH, 2019a.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; INSTITUTO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS DA POPULAÇÃO DE RUA (INRua); MELO, T. (Coord.). *Guia Brasileiro de Moradia Primeiro (Housing First)*. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica conjunta Nº 001 – SAS E SGEP. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 16 de set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Boletim epidemiológico sobre população em situação de rua e violência: uma análise das notificações do Brasil de 2015 a 2017*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019b.

BRASIL. Ministério das Cidades. Plano Ruas Visíveis: integração de políticas públicas para a superação da situação de rua. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ruasvisiveis>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 4 fev. 2025.

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

BRASIL. Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para instituir a obrigatoriedade de atendimento à população

em situação de rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 ago. 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/08/27/agora-e-lei-morador-de-rua-deve-ser-atendido-pelo-sus>. Acesso em: 28 jan. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento*. Brasília: MDS, 2010.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BUTLER, J. *Problemas de Gênero: Feminismo e Subversão da Identidade*. Tradução de Renato Aguiar. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CABRAL, A. C. L. S.; BARROS, L. A. de; GONÇALVES, M. A. B. Podemos dizer que existe roubo de bebês pelo Estado brasileiro?. *Jota*, 3 maio 2021. Disponível em: <https://www.jota.info/artigos/maternidades-vulneraveis-roubo-bebes-estado-brasileiro>. Acesso em: 18 set. 2023.

CAMPOS, A. G. de. *Nascendo com saúde: captação precoce ao pré-natal de gestantes em situação de rua - UBS/Sé*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, out. 2010.

CASTRO, C. R. de. *Meninas de rua e gravidez: um ideal de valorização social*. *Revista Educação e Cultura Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 133-154, 2016.

CAVERO, N. G. *Implementación de proyectos Housing First en España: desafíos y aprendizagens*. Madrid: Universidad de Salamanca, 2021. Disponível em: https://www.feantsaresearch.org/download/10-1_article_3572735594013218283.pdf. Acesso em: 28 jan. 2024.

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, J. ; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. (Org.) *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295-316.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. *População em situação de rua: diagnóstico e propostas para a garantia de direitos*. Brasília, DF: Secretaria de Comunicação Social, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/02/relatorio-pop-rua.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2025.

COLUCCI, C. F. P. *Princípio do melhor interesse da criança: construção teórica e aplicação prática no direito brasileiro*. 2014. Dissertação (Mestrado em Direito Civil) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

COSTA, S. L. da; VIDA, C. P. da C.; GAMA, I. A.; LOCATELLI, N. T.; KARAM, B. J.; PING, C. T.; MASSARI, M. G.; PAULA, T. B. de; BERNARDES, A. F. M. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios

para as políticas públicas. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 3, p. 1089–1102, set. 2015.

CRENSHAW, K. 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.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002.

CUNHA, M. J. S. *O ato de cuidar como um ato político: a participação da sociedade civil na trajetória da política de acolhimento familiar no Brasil*. 2023. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2023.

CURITIBA. *Protocolo Mãe Curitibana Vale a Vida*. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2023. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria/protocolo-mae-curitibana.html>. Acesso em: 28 jan. 2025.

DAVIS, A. *Mulheres, Raça e Classe*. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

DINIZ, C. S. G.; MATTAR, L. D. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012.

FÁVERO, E. T. *Famílias de crianças e adolescentes abrigados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam*. São Paulo: Paulus, 2008.

FERNANDES, F. *A integração do negro na sociedade de classes*. São Paulo: Ática, 1978.

FRANGELLA, S. M. *Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo*. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. *Nascer no Brasil 2: Inquérito nacional sobre perdas fetais, partos e nascimentos (2020 a 2022)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023[?]. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil-2. Acesso em: 15 jan. 2025.

GELEDÉS – INSTITUTO DA MULHER NEGRA; CRIOLA – ORGANIZAÇÃO DE MULHERES NEGRAS. *Dossiê sobre a Situação dos Direitos Humanos das Mulheres Negras no Brasil: Violências e Violações*. [S. l.]: Geledés; Criola, 2017.

GOERING, P. N.; VELDHUIZEN, S.; WATSON, A.; ADAIR, C.; KOPP, B.; LATIMER, E.; N., GEOFF; AUBRY, T. *National At Home/Chez Soi Final Report*. Calgary (Canadá): Mental Health Commission of Canada, 2014.

GOÉS, E. F.; NASCIMENTO, E. R. do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013.

GOMES, J. D. G. (Coord.). *Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo*. São Paulo: USP, 2017.

GONTIJO, D. T. *Adolescentes com experiência de vida nas ruas: compreendendo os significados da maternidade e paternidade em um contexto de vulnerabilidade/desfiliação*. 2007. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Goiás, Goiânia, 2007.

GROENINGA, G. C. *Direito à convivência entre pais e filhos: análise interdisciplinar com vistas à eficácia e sensibilização de suas relações no Poder Judiciário*. 2011. Tese (Doutorado em Direito Civil) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

HENWOOD, B. F.; SHIN, S.; DIJKSTRA, K.; WODARSKI, J. S. Examining provider perspectives within Housing First and traditional programs. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 16, n. 4, p. 262-274, 2013.

HWANG, S. W.; TOLLETTI, J. D.; KUEHN, R.; REGO, S; JORGENSEN, D. The impact of housing stability on health outcomes for homeless individuals. *American Journal of Public Health*, v. 102, n. 5, p. 852–857, 2012. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300146>.

HOUSING FIRST EUROPE HUB. *An Introduction to Housing First & Women*. Housing First Europe Hub, 2022. Disponível em: <https://housingfirsteurope.eu/what-is-hf/women/>. Acesso em: 8 nov. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual: divulgações estruturais e especiais*. Rio de Janeiro: Sidra/IBGE, 2023. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pnadca/tabelas>. Acesso em: 11 jan. 2025.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2020): notas metodológicas*. Brasília, DF: Ipea, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf. Acesso em: 16 jan. 2025.

JACCOUD, L. *A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos 20 anos*. Brasília, DF: Ipea, 2009.

KOHARA, L. T. *A moradia é a base estruturante para a vida e a inclusão social da população em situação de rua*. Relatório técnico final do projeto de pesquisa

pós-doutorado sênior (Processo nº 114656/2016-9). São Paulo: Fundação Universidade Federal do ABC (UFABC), 2018.

KOWALSKI, R. L. Sugestão de laqueadura e vasectomia para pessoas em situação de rua em Curitiba faz 'esquentar o clima' na Câmara Municipal. *Bem Paraná*, Curitiba, 10 out. 2024. Disponível em: <https://www.bemparana.com.br/noticias/politica/sugestao-de-laqueadura-e-vasectomia-para-pessoas-em-situacao-de-rua-em-curitiba-faz-esquentar-o-clima-na-camara-municipal/>. Acesso em: 19 out. 2024.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JÚNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAÍBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, n. 1, p. 63-74, 2016.

LEIFHEIT, K. M.; SCHWARTZ, G. L.; POLLACK, C. E.; EDIN, K. J.; BLACK, M. M.; JENNINGS, J. M.; ALTHOF, K. N. Severe Housing Insecurity during Pregnancy: Association with Adverse Birth and Infant Outcomes. *International journal of environmental research and public health*, p. 17-22, Nov. 2021.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LIMA, S. T. B.; GAIO, D. Políticas de moradia para pessoas em situação de rua: uma abordagem comparativa entre os modelos Housing First e Treatment First. *Revista Brasileira de Direito Urbanístico*, Belo Horizonte, ano 8, n. 15, p. 165-178, jul./dez. 2022.

LIPSKY, Michael. *Burocracia em nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos*. Tradução de Maria da Glória de Britto. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2019.

LOTTA, G. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. In: LOTTA, G. *Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil*. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública (Enap), 2019. p. 11-34.

LOTTA, G. *A transversalidade nas políticas públicas, verdade ou desafio?*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 7 nov. 2024. Palestra proferida no V Seminário Discente do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas.

MACIEL, R. de A.; ROSEMBURG, C. P. A relação mãe-bebê e a estruturação da personalidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 96-112, maio/ago. 2006.

MACLEOD, T. *Participant Perspectives on Housing and Landlords in a Canadian Housing First Program*. 2017. Dissertação (Doutorado em Psicologia) – Wilfrid Laurier University, Ontario (Canadá), 2017. Disponível em: <https://scholars.wlu.ca/etd/1880>. Acesso em: 30 out. 2024.

MELO, T. H. A. G. *Política dos “improváveis”*: Percursos de engajamento militante no Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). Tese

(Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

MELO, T. F. M. et al. Custos diretos da prematuridade e fatores associados ao nascimento e condições maternas. *Revista de saúde pública*, v. 56, p. 49, 2022. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003657>. Acesso em: 15 Ago. 2024.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2009.

MOURA, C. *Dialética radical do Brasil negro*. São Paulo: Anita Garibaldi, 1988.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil: dados preliminares para 2023. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2024. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/1/NT_Estimativa_da_Populacao_Publicacao_Preliminar.pdf. Acesso em: 16 jan. 2025.

NONATO, D. N. *Programa Minha Casa Minha Vida: política pública de (ex)inclusão social da população em situação de rua?*. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

NUCIDH – NÚCLEO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS. *Relatório Final das Visitas à População em Situação de Rua de Curitiba*. Curitiba: Defensoria Pública do Estado do Paraná, Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos, 2023.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COMA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA — POLOS-UFMG. *População em Situação de Rua*. UFMG: Belo Horizonte, 2022. Disponível em: https://obpoprua.direito.ufmg.br/moradia_pop_rua.html. Acesso em: 12 jan. 2025.

ORNELAS, J.; DUARTE, T. *Moradia Primeiro (Housing First): Subsídios para a implantação do modelo no Brasil e as condições de vida das mulheres em situação de rua*. Madrid: Programa EUROsociAL, 2022. (Ferramentas EUROsociAL nº 105). Disponível em: <https://www.eurosoci.al.eu>. Acesso em: 30 out. 2024.

ORNELAS, J.; MARTINS, P.; ZILHÃO, M. T.; DUARTE, T. Housing First: an ecological approach to promoting community integration. *European Journal of Homelessness*, v. 8, n. 1, p. 29-56, 2014.

PANADERO, S; GUIJARRO, E; VÁZQUEZ, J. Housing First as an efficient and transformative model for homelessness: Evidence from the Habitat Programme in Spain. *European Journal of Homelessness*, v. 10, n. 1, p. 53–83, 2021. Disponível em: https://www.feantsaresearch.org/download/10-1_article_3572735594013218283.pdf. Acesso em: 28 ago. 2023.

POHLOD, O. *Pedaços íntimos de uma ferida crua*. 1. ed. Rio de Janeiro: Oito e Meio, 2024.

REDE NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA. O custo da prematuridade para a saúde pública ultrapassa R\$ 8 bilhões por ano no país. *Rede Nacional da Primeira Infância*, 21 ago. 2019. Disponível em: <https://primeirainfancia.org.br/noticias/o-custo-da-prematuridade-para-a-saude-publica-ultrapassa-r-8-bilhoes-por-ano-no-pais/>. Acesso em: 11 jan. 2025.

RIBEIRO, D. *Pequeno manual antirracista*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

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

SANTOS, G. C.; BAPTISTA, T. W. DE F.; CONSTANTINO, P. “De quem é esse bebê?": desafios para o direito à maternidade de mulheres em situação de rua. *Cadernos de Saúde Pública (Online)*, v. 37, n. 5, 2021.
SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO, M. A. L.; MIRANDA, A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 41, 2017.

SARMENTO, C. S. “Por que não podemos ser mães?": tecnologias de governo, maternidade e mulheres com trajetória de rua. 2020. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, 2020.

SILVA, C. B.; SILVA, L. N. da. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 1, p. 151-160, 2022.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, v. 18, n. 1, p. 71-80, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/Bn9x93pDbChZvrGwTvghPLn>. Acesso em: 28 jan. 2025.

SILVA, J. R. L. A. Acolhimento Institucional de Longa Permanência: Práticas e Desafios. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/bitstream/prefix/1122/1/JonathanRogerLevinoAlencardaSilva.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2025.

SANTOS, A. L. dos; COSTA, N. S. O impacto do acolhimento institucional na vida de adolescentes. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 21, n. 3, p. 515-524, 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-84862017000300006&script=sci_arttext. Acesso em: 28 jan. 2025.

SOUZA, C. M. B.; PONTES, M. G.; JORGE, A. O.; MOEBUS, R. N.; ALMEIDA, D. E. S. Mães Órfãs: o direito à maternidade e a judicialização das vidas em situação de vulnerabilidade. *Revista Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 4, supl. 1, p. 27-36, 2018.

SOUZA, M. R. R. de; OLIVEIRA, J. F. de; CHAGAS, M. C. G. de; CARVALHO, E. S. de S. Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, n. 37, v. 3, 2016.

STEPAN, N. L. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1991.

TSEMBERIS, S. J.; GULCUR, L.; NAKAE, M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 4, p. 651-656, 2004.

TSEMBERIS, S. J.; PADGETT, D. K.; HENWOOD, B. F. *Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems and Changing Lives*. Oxford (Reino Unido): Oxford University Press, 2016.

TSEMBERIS, S. J. Housing First: The Pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual. *European Journal of Homelessness*, v. 5, n. 2, p. 235-240, 2010.

VIANA, R. Programa Minha Casa Minha Vida-Entidades e sem-tetos “não merecedores”: a atuação da burocracia federal na diminuição de resistências locais. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. p. 465-481.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 16 jan. 2025.

Y-FOUNDATION. *A Home of Your Own: Housing First and Ending Homelessness in Finland*. Helsinki (Finlândia): Otava Publishing Company Ltd., 2017.

ZERMIANI, T. C. *Acesso e acessibilidade ao cuidado pré-natal na rede de atenção à saúde materno-infantil de Curitiba-PR*. 2020. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020.