

# CARACTERIZAÇÃO DAS BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE GINECOLÓGICA E SEXUAL DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTUDO DE CASO

Recebido em: 29/02/2024

Aceito em: 26/03/2025

DOI: 10.25110/arqsaude.v29i1.2025-11595



Letícia Hikari Koshita <sup>1</sup>  
Vinicius Gregorio Plastina da Silva <sup>2</sup>  
Fernanda Hoffmann Marques <sup>3</sup>  
Tânia Maria Gomes da Silva <sup>4</sup>

**RESUMO:** Introdução: As barreiras sociais impostas às mulheres em situação de rua contribuem para o afastamento desse grupo das instituições governamentais de saúde. Isso posto, o estudo objetiva caracterizar as condições de saúde dessas mulheres em um município de porte médio do estado do Paraná. Metodologia: Trata-se de um estudo de natureza exploratória e abordagem quantitativa, no qual foram analisados os prontuários disponibilizados pelo serviço do Consultório na Rua (CnR) da Secretaria Municipal de Saúde do município. Resultados e Discussões: A média de idade das mulheres foi de 36,47 anos. A maioria (35,6%) vivia nas ruas entre 2 a 10 anos, e 18,4% estavam em situação de rua por mais de 10 anos. 73,6% das mulheres tinham até 9 anos de escolaridade, o que reflete uma baixa instrução formal. 81,6% realizaram entre uma a cinco consultas, mostrando que, embora o acesso aos serviços de saúde exista, a continuidade do cuidado pode ser limitada. Com relação às principais queixas que levaram as mulheres ao atendimento no CnR, 26,4% apresentavam queixas uroginecológicas. Conforme se constatou, embora 52,9% das mulheres façam o uso de métodos contraceptivos, 44,8% das mulheres estavam com o exame de rastreamento de colo uterino em atraso. Conclusões: Inicialmente, a hipótese era de que a maioria das mulheres apresentaria queixas uroginecológicas; contudo, 73,6% das participantes não identificaram essas sintomatologias. Embora o resultado tenha sido contrário ao pressuposto inicial, a literatura reforça os riscos de saúde enfrentados por essas mulheres, devido ao ambiente precário das ruas, onde as necessidades básicas não são atendidas, além dos ciclos menstruais que viabilizam um ambiente oportuno para infecções. Além disso, as mulheres vulneráveis socioeconomicamente tendem a procurar serviços de saúde para procedimentos de caráter curativo e não preventivo. Portanto, o fato de as

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Medicina, Campus Maringá-PR, Universidade Cesumar - UNICESUMAR. Bolsista PIBIC/ICETI-UniCesumar.

E-mail: [leticiakoshita4@gmail.com](mailto:leticiakoshita4@gmail.com), ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8157-3414>

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Medicina, Campus Maringá-PR, Universidade Cesumar - UNICESUMAR. Bolsista PIBIC/ICETI-UniCesumar.

E-mail: [vinicius.gregorio2@hotmail.com](mailto:vinicius.gregorio2@hotmail.com), ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1456-9066>

<sup>3</sup> Coorientadora, Mestre em Promoção da Saúde e doutoranda no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar (UNICESUMAR).

E-mail: [fernandahoffmannmarques@gmail.com](mailto:fernandahoffmannmarques@gmail.com), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9259-6360>

<sup>4</sup> Orientadora, Doutora em História. Docente do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde (PPGPS) da Universidade Cesumar (UNICESUMAR). Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI.

E-mail: [tania.gomes@unicesumar.edu.br](mailto:tania.gomes@unicesumar.edu.br), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5495-9968>

participantes estarem em situação de rua atua como fator impeditivo na busca dos resultados dos exames.

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção de Saúde; Saúde da Mulher; Vulnerabilidade Social.

## **CHARACTERIZATION OF BARRIERS TO ACCESS TO GYNECOLOGICAL AND SEXUAL HEALTH FOR HOMELESS WOMEN: CASE STUDY**

**ABSTRACT:** Introduction: The social barriers imposed on homeless women contribute to the exclusion of this group from government health institutions. Therefore, the study aims to characterize the health conditions of these women in a medium-sized city in the state of Paraná. Methodology: This is an exploratory study with a quantitative approach, in which the medical records provided by the Street Clinic (CnR) service of the Municipal Health Department of the city were analyzed. Results and Discussions: The average age of the women was 36.47 years. The majority (35.6%) had lived on the streets between 2 and 10 years, and 18.4% had been homeless for more than 10 years. 73.6% of the women had up to 9 years of schooling, which reflects a low level of formal education. 81.6% had between one and five consultations, showing that, although access to health services exists, continuity of care may be limited. Regarding the main complaints that led women to seek care at the CnR, 26.4% had urogynecological complaints. As found, although 52.9% of women use contraceptive methods, 44.8% of women were late in their cervical screening exam. Conclusions: Initially, the hypothesis was that most women would have urogynecological complaints; however, 73.6% of participants did not identify these symptoms. Although the result was contrary to the initial assumption, the literature reinforces the health risks faced by these women, due to the precarious environment of the streets, where basic needs are not met, in addition to menstrual cycles that provide an opportune environment for infections. In addition, socioeconomically vulnerable women tend to seek health services for curative rather than preventive procedures. Therefore, the fact that participants are homeless acts as an impediment to seeking test results.

**KEYWORDS:** Health Promotion; Women's Health; Social Vulnerability.

## **CARACTERIZACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A SALUD GINECOLÓGICA Y SEXUAL PARA MUJERES SIN HOGAR: ESTUDIO DE CASO**

**RESUMEN:** Introducción: Las barreras sociales impuestas a las mujeres sin hogar contribuyen al retiro de este grupo de las instituciones de salud gubernamentales. Dicho esto, el estudio tiene como objetivo caracterizar las condiciones de salud de estas mujeres en un municipio mediano del estado de Paraná. Metodología: Se trata de un estudio exploratorio con abordaje cuantitativo, en el que se analizaron las historias clínicas puestas a disposición por el servicio Consultorio na Rua (CnR) de la Secretaría Municipal de Salud del municipio. Resultados y Discusiones: La edad promedio de las mujeres fue de 36,47 años. La mayoría (35,6%) había vivido en la calle entre 2 y 10 años, y el 18,4% había estado sin hogar durante más de 10 años. El 73,6% de las mujeres tenía hasta 9 años de escolaridad, lo que refleja una baja educación formal. El 81,6% tuvo entre una y cinco consultas, lo que demuestra que, aunque existe acceso a los servicios de salud, la continuidad de la atención puede ser limitada. En cuanto a las principales quejas que llevaron a las mujeres a buscar atención en el CnR, el 26,4% presentó quejas

uroginecológicas. Al final resultó que, aunque el 52,9% de las mujeres utilizan métodos anticonceptivos, el 44,8% de las mujeres estaban atrasadas en su examen de detección cervical. Conclusiones: Inicialmente, la hipótesis fue que la mayoría de las mujeres presentarían quejas uroginecológicas; sin embargo, el 73,6% de los participantes no identificó estos síntomas. Si bien el resultado fue contrario al supuesto inicial, la literatura refuerza los riesgos para la salud que enfrentan estas mujeres, debido al ambiente precario de las calles, donde no se cubren las necesidades básicas, además de los ciclos menstruales que brindan un ambiente propicio para infecciones. . Además, las mujeres socioeconómicamente vulnerables tienden a buscar servicios de salud para procedimientos curativos más que preventivos. Por lo tanto, el hecho de que los participantes no tengan hogar actúa como un impedimento para obtener los resultados de los exámenes.

**PALABRAS CLAVE:** Promoción de la Salud; Salud de la Mujer; Vulnerabilidad Social.

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Natalino, 2022), existem, no Brasil, 281,4 mil pessoas em situação de rua. Trata-se de um grupo em grande vulnerabilidade social e de saúde, agravada pela exposição à violência. O estigma sobre essas pessoas contribui para que se afastem não só dos grupos de apoio, como ONGs e igrejas, mas também dos serviços governamentais de saúde (Cobo *et al.*, 2021). Muitos indivíduos vivendo em situação de rua deixam de procurar atendimento especializado de saúde por terem consciência do preconceito social, o que corrobora para a falta de confiança nos profissionais da área ou, ainda, mesmo quando buscam o serviço, terminam por abandonar o tratamento Brito e Silva (2022).

Em razão das desigualdades de gênero, as mulheres em situação de rua são mais penalizadas do que os homens. Observa-se, por exemplo, que a vivência nas ruas as deixa muito mais expostas às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Elas apresentam maior risco de contrair clamídia, gonorreia, sífilis e HIV/aids. Ademais, a dificuldade ou a insegurança para o acesso a serviços de saúde, o uso inconsistente de preservativos e a falta de educação sexual são fatores determinantes que contribuem para a ocorrência e o aumento dos riscos à saúde e ao bem-estar (Boldrini *et al.*, 2021).

Além disso, de acordo com Sommer *et al.* (2020), mulheres em situação de rua apresentam maior prevalência de irregularidades menstruais e dismenorreia quando comparadas ao restante da população feminina. Ainda, estudos relatam que mulheres em situação de rua têm grande dificuldade para lidar com a menstruação, principalmente pela falta de acesso a artigos de higiene pessoal e a banheiros adequados com a privacidade necessária (Ferreira *et al.*, 2023).

Outra problemática visível é que essa fragilidade se reflete na forma como as mulheres conduzem os cuidados com o próprio corpo. Nesse sentido, a falta de conhecimento, associada a fatores de debilidade socioeconômica, dificulta o acesso aos cuidados pessoais, o que pode tornar a higiene diária uma prática negligenciada (Souza; Oliveira; Gonçalves, 2020). Segundo Oliveira *et al.* (2023), a redução nas práticas de higiene corporal pode resultar em maior prevalência de doenças ginecológicas, uma vez que condutas de limpeza atuam como barreiras, evitando a proliferação de doenças infecciosas.

Apesar do avanço das políticas públicas voltadas à atenção integral da saúde da mulher, observa-se que as ações ainda são insuficientes frente à complexidade das demandas ginecológicas e性uais das mulheres em situação de rua. A literatura revela que os serviços de saúde nem sempre estão preparados para acolher essas mulheres de forma contínua, integral e respeitosa, sobretudo no que diz respeito à prevenção e ao cuidado com infecções genitais, acesso a métodos contraceptivos, realização de exames de rastreamento e manejo das necessidades específicas relacionadas à menstruação (Fraga; Modena; Silva, 2024). Além disso, falhas nos registros de prontuário, ausência de vínculo territorial com unidades básicas e o estigma institucionalizado dificultam o cuidado longitudinal, inviabilizando a detecção precoce de agravos e a promoção da saúde sexual e reprodutiva (Schiavi *et al.*, 2023). Nesse sentido, torna-se urgente ampliar o conhecimento científico acerca das condições de saúde ginecológica e sexual dessa população, considerando as especificidades e as barreiras concretas que comprometem o acesso ao cuidado.

Dessa forma, neste trabalho, analisam-se as condições de saúde ginecológica e sexual das mulheres em situação de rua de um município de porte médio do Estado do Paraná. Para tanto, busca-se: caracterizar o perfil social e econômico das mulheres que vivem em situação de rua; identificar as principais queixas de saúde uroginecológicas; verificar o uso de métodos contraceptivos; e identificar a periodicidade e realização de exames de rastreamento (colpocitológico e mamografia) no público em questão.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

### 2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo seccional e de abordagem quantitativa, com o objetivo de caracterizar as condições de saúde ginecológica e sexual de mulheres em situação de rua em um município de porte médio do estado do Paraná.

## 2.2 Participantes do estudo

Esta análise foi desenvolvida por meio de prontuários de mulheres que se identificam como pessoas em situação de rua. O material foi coletado por meio do serviço do Consultório na Rua (CnR), da Secretaria Municipal de Saúde da cidade na qual foi realizada a investigação. Foram utilizados os seguintes critérios de seleção: (a) prontuários de mulheres em situação de rua; (b) com idade igual ou superior a 18 anos; (c) que estivessem dentro dos limites regionais do CnR, ou seja, aquelas atendidas por essa instituição. O levantamento ocorreu durante o período de junho de 2021 a junho de 2022.

## 2.3 Coleta dos dados

Foram analisados os prontuários de 87 mulheres atendidas pelo Consultório na rua (CnR) do município. Desde 2011, o Governo Federal instituiu essa modalidade de serviço de atenção primária, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de sanar as necessidades e garantir o acesso à saúde da população em situação de rua (PSR). O projeto tem como estratégia estabelecer uma equipe multiprofissional junto a uma unidade móvel, com o objetivo de aproximar essas pessoas da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2012).

O CnR conta com os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, psicóloga, assistente social, técnica de enfermagem e motorista, que realizam atendimentos e procedimentos de atenção primária, como curativos, teste rápido de sífilis e HIV, hepatites virais, coletas de exames e, quando necessário, fazem os encaminhamentos e acompanhamentos para serviços de outras áreas da saúde. Além disso, promove atendimento vinculado à atenção primária de saúde à população em situação de rua. No município em questão, o itinerário da unidade móvel é estabelecido em regiões com maior concentração de pessoas nessa situação, com pontos de atendimentos estratégicos, fornecidos semanalmente (Lima, 2021).

## 2.4 Análise dos dados

Para apresentar os dados adequadamente, as informações foram analisadas por meio de estatística descritiva. Foram calculadas frequências absolutas e relativas para descrever as características sociodemográficas das participantes, bem como a prevalência de problemas de saúde ginecológica e sexual. Médias e desvios-padrão foram calculados para variáveis contínuas, como a idade das participantes e o número de consultas médicas

realizadas. Essas análises permitiram a obtenção de um panorama abrangente das condições de saúde ginecológica e sexual das mulheres em situação de rua. Os dados foram digitalizados em uma planilha do Microsoft Excel® e posteriormente transcritos para o programa estatístico *Statistical Package of Social Science SPSS®*.

## 2.5 Aspectos éticos

As normas presentes nas Resoluções n.º 466, de 2012, e n.º 510, de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram respeitadas. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade privada do Sul do Brasil, e a coleta dos dados somente foi realizada após aprovação da proposta de pesquisa. O número do parecer consubstanciado do CEP é 5.361.488. Ademais, constata-se a aprovação da Secretaria de Saúde local V, com ofício de n.º 2469/2021 para o uso dos prontuários do Consultório na Rua.

## 3. RESULTADOS

Conforme a Tabela 1, a média de idade das mulheres que vivem em situação de rua foi de 36,47 anos (DP 9,94), mediana de 36 anos e moda de 43 anos. A amplitude da variação de idade foi de 44 anos, sendo o mínimo 18 meses de idade, e o máximo 62 anos. A idade foi categorizada em grupos, conforme a idade, e esses dados são também apresentados na tabela a seguir. Quanto à faixa etária, 28,7% tinham idades entre 34 a 41,24 anos; 1% 26 a 33 anos; 18,4% entre 42 e 49 anos; 16,1% 18 a 25 anos; 10,3% 50 a 58 anos; e, por fim, 2,3% se concentravam na faixa etária dos 59 aos 62 anos.

Com relação à raça/etnia das mulheres envolvidas no estudo, foi observado que a maioria era branca (42,5%), seguidas de mulheres negras, que ficaram divididas entre pardas (28,7%) e pretas (13,8%); e uma única mulher indígena (1,1%). Em 13,8% dos casos, essa variável não havia sido informada.

Quanto ao tempo em situação de rua, foi identificado que 12,6% das mulheres não tinham conhecimento desse período; 26,4% estavam há um mês nessa situação. Entre um mês até um ano, a porcentagem somou a quantidade de 6,9%, e a maior parte delas (35,6%) estava nessa condição entre dois a 10 anos. Por fim, 18,4% das mulheres estavam há mais de 10 anos em situação de rua.

**Tabela 1:** Perfil sociodemográfico e tempo em situação de rua das participantes atendidas pelo Consultório na Rua.

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
18 a 25	14 (16,1)
26 a 33	21 (24,1)
34 a 41	25 (28,7)
42 a 49	16 (18,4)
50 a 58	9 (10,3)
59 a 62	2 (2,3)
Raça/etnia	
Branca	42,5
Parda	28,7
Preta	13,8
Indígena	1,1
Desconhecido	13,8
Tempo em situação de rua	
Desconhecido	11 (12,6)
até 1 mês	23 (26,4)
>1 mês até 1 ano	6 (6,9)
2 a 10 anos	31 (35,6)
> 10 anos	16 (18,4)

**n: Frequência Absoluta; %: frequência relativa**

Fonte: Autoria própria (2023).

Com relação à escolaridade, segundo o Quadro 1, verifica-se que 73,6% das mulheres tinham até a educação de nível fundamental (até 9 anos), e 26,4% tinham mais de nove anos de escolaridade.

**Quadro 1:** Nível de escolaridade das mulheres em situação de rua analisadas no estudo.

Escolaridade	Até 9 anos	64 (73,6)
	Mais de 9 anos	23 (26,4)

Fonte: Autoria própria (2023).

Com relação ao número de filhos, apresentado no Quadro 3, nota-se uma média de 2,52 filhos por mulher (DP 2,47), com mediana de 2 e moda de 3 filhos. Na avaliação categórica, 18,4% das mulheres não tinham filhos; 47,1% tinham entre um e três filhos; 16,1% tinham mais de 4 filhos e, em 18,4% dos casos, não constava essa informação no prontuário. O mínimo foi de nenhum filho e o máximo de 17 filhos.

**Quadro 2:** Distribuição do número de filhos entre as participantes do estudo.

Número de filhos	Nenhum	16 (18,4)
	1 a 3	41 (47,1)
	4 a 6	14 (16,1)
	Sem informação	16 (18,4)

Fonte: Autoria própria (2023).

Nessa amostra, observou-se que 3,4% das mulheres eram gestantes, e 96,6% não eram gestantes.

**Quadro 3:** Frequência de mulheres gestantes no momento da coleta de dados.

Gestação	Sim	3 (3,4)
	Não	84 (96,6)

Fonte: Autoria própria (2023).

No que se refere às condições de saúde, conforme se apresenta no Quadro 5, 10,3% se referiram como saudáveis ou negaram morbidades; 9,2% indicaram alterações físicas do estado de saúde; 41,4% relataram transtornos mentais. Verificou-se, ainda, que 39,1% dos prontuários traziam informações sobre mulheres que apresentavam tanto transtornos físicos, quanto mentais.

**Quadro 4:** Tipos de adoecimento (físico e/ou mental) registrados nos prontuários das participantes.

Condição de saúde	Saudável/sem adoecimento	9 (10,3)
	Doença física	8 (9,2)
	Doença mental	36 (41,4)
	Doença física e mental	34 (39,1)

Fonte: Autoria própria (2023).

Com relação ao número de consultas, foi obtida uma média de 3,39 consultas (DP 3,8), mediana de duas consultas e moda de uma consulta. Os dados foram categorizados, sendo assim distribuídos: 81,6% das mulheres realizaram entre uma a cinco consultas; 11,5% de seis a 10 consultas; 5,7% de 11 a 15 consultas e 1,1% realizou de 16 a 21 consultas.

**Quadro 5:** Frequência de atendimentos médicos realizados pelas participantes.

Número de consultas	1 a 5	71 (81,6)
	6 a 10	10 (11,5)
	11 a 15	5 (5,7)
	16 a 21	1 (1,1)

Fonte: Autoria própria (2023).

No que se refere às práticas de anticoncepção, 52,9% das mulheres faziam uso de métodos anticoncepcionais; 13,8% não faziam uso e 33,3% dos prontuários não continham essa informação.

**Quadro 6:** Métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres em situação de rua.

Uso de anticoncepção	Não usa	12 (13,8)
	Hormonal (injetável/comprimido)	16 (18,4)
	Método de barreira/camisinha	4 (4,6)
	Laqueadura tubária	17 (19,5)
	Menopausadas	6 (6,9)
	Barreira + hormonal	2 (2,3)
	DIU	1 (1,1)
	Sem informação	29 (33,3)

Fonte: Autoria própria (2023).

Com relação às principais queixas que levaram as mulheres ao atendimento no CnR, 13,8% tinham corrimento vaginal e 26,4% apresentavam queixas uroginecológicas.

**Quadro 7:** Tipos de queixas uroginecológicas registradas nos atendimentos.

Corrimento vaginal	12
Lesão ânus-genital	7
ITU de repetição	2
Queixas relacionadas à menstruação	7
Dor pélvica	1
Infertilidade	1
Incontinência urinária	1
Sem queixas uroginecológicas	64

Fonte: Autoria própria (2023).

Sobre o exame colpocitológico, 44,8% das mulheres estavam com o exame em atraso; 6,9% com o exame em dia; 12,6% não tinha indicação para a realização do exame e 35,6% dos prontuários não continham essa informação. Sobre a realização do exame mamográfico, 16,1% das mulheres estavam com exame em atraso; 67,8% não tinham

indicação para a realização do exame e 16,1% dos prontuários não apresentavam essa informação.

**Quadro 8:** Situação dos exames preventivos (colpocitológico e mamografia) registrados nos prontuários.

Colpocitológico	Em atraso	39 (44,8)
	Em dia	6 (6,9)
	Sem indicação	11 (12,6)
	Sem informação	31 (35,6)
Mamografia	Em atraso	14 (16,1)
	Sem indicação	59 (67,8)
	Sem informações	14 (16,1)

Fonte: Autoria própria (2023).

### 3.1 Barreiras de acesso identificadas

A análise dos prontuários revelou barreiras significativas ao acesso à saúde ginecológica e sexual, categorizadas em: estruturais, subjetivas/comportamentais e organizacionais.

No âmbito das barreiras estruturais, destaca-se a ausência de endereço fixo, o que inviabiliza o vínculo com a Unidade Básica de Saúde (UBS) e dificulta a continuidade do cuidado. Além disso, a mobilidade urbana forçada e a permanência prolongada em situação de rua — com destaque para os 35,6% de mulheres nessa condição há entre dois a 10 anos, e 18,4% há mais de 10 anos — também comprometem o seguimento clínico e o retorno às consultas e exames.

Entre as barreiras subjetivas e comportamentais, a alta prevalência de transtornos mentais (41,4%) e sua associação com comorbidades físicas (39,1%) afetam diretamente a capacidade de adesão aos cuidados. Do mesmo modo, experiências prévias de estigmatização e desconfiança diante das instituições de saúde também podem influenciar negativamente a busca por atendimento.

Por fim, no que se refere às barreiras organizacionais, observou-se um número reduzido de consultas por parte da maioria das participantes (81,6% realizaram de uma a cinco), além de falhas recorrentes nos registros em prontuários, como a ausência de informações sobre uso de métodos contraceptivos (33,3%) e exames preventivos, como o colpocitológico (35,6% sem informação) e a mamografia (16,1% sem registro). Esses dados revelam uma assistência episódica e fragmentada, insuficiente para contemplar as necessidades específicas de saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, evidenciando a necessidade de reorganização das práticas e políticas públicas de saúde voltadas às mulheres em situação de rua.

#### 4. DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam a complexidade das barreiras enfrentadas por mulheres em situação de rua no acesso à saúde ginecológica e sexual. Embora o levantamento dos dados permita uma caracterização sociodemográfica abrangente, o principal desafio identificado refere-se à fragilidade estrutural e organizacional do sistema de saúde em atender, de modo contínuo e integral, às necessidades específicas dessa população.

A elevada prevalência de transtornos mentais e comorbidades físicas observada nas participantes intensifica esse afastamento dos serviços, como também compromete sua autonomia no cuidado com o próprio corpo. Conforme apontado por Hafele, Nobre e Siqueira (2023), a presença de sofrimento psíquico pode limitar a capacidade de busca por atenção médica e gerar interações marcadas pela ansiedade, interpretações equivocadas de sinais não verbais e sensação de rejeição.

Diante disso, a ausência de vínculo fixo com unidades de saúde, decorrente da falta de endereço e da mobilidade forçada, configura uma barreira estrutural crítica. Esses elementos dificultam o acesso regular aos serviços, rompem a lógica da continuidade do cuidado e impedem a construção de conexão com equipes de saúde, o que é essencial para a promoção da saúde sexual e reprodutiva. Como destacado por Fraga, Modena e Silva (2024), as mulheres em situação de rua relatam que a desconfiança nas instituições e a insegurança frente à abordagem dos profissionais muitas vezes afastam-nas dos serviços, mesmo quando disponíveis.

No campo subjetivo, destaca-se ainda o fato de muitas mulheres priorizarem necessidades básicas de sobrevivência, como alimentação e segurança, em detrimento da busca por cuidados preventivos. Isso ajuda a compreender a alta taxa de exames colpocitológicos (44,8%) e mamográficos (16,1%) em atraso, além do número expressivo de prontuários sem qualquer informação a respeito (35,6% e 16,1%, respectivamente). Esses dados reforçam a análise de Allen e Vottero (2020), que indicam que métodos contraceptivos e exames preventivos raramente são prioridade para mulheres em situação de rua, em virtude do cotidiano instável e da limitação de acesso a esses recursos. Essa lacuna documental revela um processo de invisibilização institucional das demandas sexuais e reprodutivas das mulheres em situação de rua, perpetuando desigualdades históricas.

No que se refere à condição de saúde das participantes, as doenças mais prevalentes entre as mulheres em situação de rua são os transtornos mentais, que, quando associados a comorbidades físicas, intensificam os riscos e ampliam a exclusão dos serviços de saúde. Essa associação foi observada na presente pesquisa e corrobora com estudos que apontam a hipertensão, o HIV e as doenças psiquiátricas como as condições mais recorrentes nesse grupo (Silva *et al.*, 2021). A análise de Greenwood *et al.* (2020) reforça que pessoas em situação de rua apresentam taxas de mortalidade significativamente mais altas do que a população geral. No caso das mulheres, essa vulnerabilidade se expressa de forma ainda mais precoce, com médias etárias inferiores às dos homens no momento do óbito.

Quanto às consultas, identifica-se outro fator preocupante: embora a população em situação de rua seja numerosa e apresenta múltiplas demandas, a frequência de consultas é baixa. Conforme Oliveira *et al.*, (2021), essa realidade se deve a obstáculos de ordem pessoal, prática e relacional. Na perspectiva pessoal, necessidades básicas como alimentação e segurança sobrepõem-se à busca por atendimento médico. Do ponto de vista prático, a instabilidade geográfica dificulta a vinculação aos serviços; já no aspecto relacional, o estigma e a desconfiança frente aos profissionais comprometem a adesão ao cuidado.

Além disso, muitas vezes, a busca pelos serviços se dá apenas em momentos de dor ou urgência, e não para cuidados preventivos. Como ressaltam Coldibeli, Paiva e Batista (2023), mulheres em situação de extrema pobreza tendem a procurar assistência apenas para alívio de sintomas imediatos. Isso explica, em parte, a dificuldade na realização e acompanhamento de exames de rotina, cujos resultados muitas vezes sequer são buscados.

Cabe também destacar que o tempo prolongado em situação de rua, verificado em mais da metade da amostra, contribui para o acúmulo de experiências traumáticas e agravamento das condições de saúde, como demonstrado por estudos prévios (Karpenko *et al.*, 2025). Tal fator, associado à baixa escolaridade (73,6% com até 9 anos de estudo), limita o acesso a informações sobre direitos sexuais e reprodutivos, dificultando a autonomia no cuidado com o próprio corpo.

Além disso, mulheres em situação de rua possuem o dobro de chance de hospitalização por doença física quando comparadas a mulheres da mesma faixa etária. Nessas circunstâncias, aquelas entre 18 e 35 anos apresentam maior risco (Karpenko *et*

al., 2025). Nessa perspectiva, considerando a faixa etária e a diversidade de idades das mulheres em situação de rua, é importante notar que doenças uroginecológicas podem afetar mulheres em qualquer momento da vida.

Ainda que a maioria das participantes tenham relatado ausência de sintomas uroginecológicos, essa informação não invalida os riscos aos quais estão expostas. O fato de apenas 26,4% apresentarem queixas uroginecológicas pode refletir tanto uma limitação na escuta qualificada e acolhimento durante os atendimentos, quanto uma baixa percepção de risco por parte das usuárias, resultante de lacunas educacionais e vivências de negligência institucional. Como demonstrado por Barbosa *et al.* (2022), a prevalência de condições ginecológicas em mulheres sem moradia é elevada, especialmente entre aquelas cujas necessidades básicas estão desassistidas.

Vale ressaltar que crianças e adolescentes em situação de rua iniciam a vida sexual de forma significativamente mais precoce do que seus pares em contextos menos vulneráveis, com média de 12 anos frente aos 16 anos observados no restante da sociedade (Costa *et al.*, 2022). Esse início precoce está frequentemente associado a contextos de vulnerabilidade extrema, nos quais há maior exposição a abusos sexuais, múltiplos parceiros e relações sexuais desprotegidas. Soma-se a isso o aumento expressivo do risco para o uso de substâncias entorpecentes, que pode ser até 8,8 vezes maior entre jovens em situação de rua, evidenciando a sobreposição de riscos comportamentais e sociais que comprometem sua saúde sexual e reprodutiva (Greene; Korchmaros; Frank, 2023).

No que se refere à contracepção, é imprescindível considerar os desafios diários enfrentados por essas mulheres, evidenciando-se diversas barreiras ao uso de métodos anticoncepcionais, por falta de acesso, conhecimento ou prioridade, sendo necessário ressaltar a importância desses métodos para a prevenção de gravidez e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (Corey, 2020). Nesse contexto, o presente estudo revelou que a maioria das mulheres utiliza métodos anticoncepcionais, evidenciando a compreensão sobre a necessidade e a importância desses métodos. No entanto, 12 (13,8%) mulheres não faziam uso de qualquer método contraceptivo e uma parcela considerável, 29 (33,3%), não possuía informações registradas nos prontuários. Em contrapartida aos estudos de Allen e Vottero (2020), os métodos contraceptivos frequentemente não são prioritários para essas mulheres devido à necessidade de sobrevivência e ao estilo de vida transitório, dificultando o acesso e a busca por essas medicações e prevenções. Nesta pesquisa, evidencia-se que, embora o nível de escolaridade das participantes seja

predominantemente baixo, a maioria ainda faz uso de métodos anticoncepcionais, demonstrando o conhecimento das participantes sobre o uso de métodos preventivos.

Entre as 87 mulheres participantes do estudo, apenas três estavam gestantes. Esse número embora diminuto não deve ser interpretado como ausência de risco reprodutivo, mas como um reflexo da complexidade que envolve a sexualidade e a maternidade no contexto da rua. Embora pesquisas indiquem que muitas mulheres em situação de rua desejam evitar a gravidez, o uso de métodos contraceptivos nem sempre é consistente, seja por falta de acesso, seja por prioridade à sobrevivência cotidiana (Fagundes *et al.*, 2022). A ausência de preservativos e de acompanhamento pré-concepcional transforma a gestação em uma possibilidade constante — e, muitas vezes, indesejada.

Quando ocorre, a gestação em condições de vulnerabilidade extrema tende a ser acompanhada de múltiplas barreiras: sociais, psicológicas, institucionais e estruturais. A ausência de endereço fixo, por exemplo, inviabiliza o vínculo com uma Unidade Básica de Saúde (UBS), cujo funcionamento ainda é pautado por lógica territorial (Santos; Baptista; Constantino, 2021). Além disso, o número reduzido de consultas médicas compromete a qualidade da assistência pré-natal, cuja adesão é geralmente tardia entre essa população, contribuindo para desfechos gestacionais adversos (Lopes; Santos, 2020).

No presente estudo, 55 das 87 mulheres eram mães, com uma média de 2,52 filhos por mulher. Apenas 16 participantes não tinham filhos, e, em outros 16 prontuários, essa informação estava ausente. A maternidade, nesse contexto, adquire contornos específicos: conforme Warburton, Papic e Whittaker (2022), mulheres com filhos tendem a buscar instituições de apoio com o intuito de garantir abrigo, enquanto aquelas sem filhos frequentemente acessam os serviços em decorrência de transtornos mentais ou abuso de substâncias. Esse cenário reforça a interdependência entre maternidade, saúde mental e redes de apoio, bem como a urgência de políticas que acolham essas múltiplas dimensões.

Embora este estudo evidencie que parte significativa das mulheres relatou uso de métodos anticoncepcionais, uma proporção expressiva (13,8%) declarou não utilizá-los, e em 33,3% dos casos essa informação sequer estava registrada nos prontuários. Esse vazio informacional ultrapassa a omissão técnica e revela uma fragilidade institucional no acolhimento das demandas reprodutivas dessas mulheres (Oliveira *et al.*, 2023). Mesmo quando há desejo de evitar a gestação, elas enfrentam barreiras logísticas, simbólicas e institucionais que dificultam o acesso regular a métodos contraceptivos (Trindade *et al.*, 2021).

Quanto às queixas uroginecológicas, 64 das 87 mulheres (73,6%) não relataram sintomas. Esse dado contraria a hipótese inicial de que essa população apresentaria maior prevalência de queixas ginecológicas. No entanto, 23 mulheres relataram 31 sintomatologias distintas, indicando que aquelas que apresentam queixas tendem a acumular múltiplas manifestações clínicas. Portanto, Ferreira *et al.*, (2023) reforça que a precariedade menstrual, aliada à falta de acesso a higiene e assistência, agrava as complicações ginecológicas e reprodutivas.

#### **4.1 Limitações do estudo**

Por tratar-se de uma análise documental baseada em prontuários, os dados dependem da qualidade e completude dos registros e assim, restringe-se às informações registradas pelas equipes de saúde, o que pode gerar subnotificação de demandas ou omissão de aspectos subjetivos relevantes, o que limita a profundidade da análise. Além disso, a ausência de entrevistas impede a compreensão aprofundada de suas percepções sobre os serviços e as barreiras enfrentadas. Estudos qualitativos futuros poderão contribuir para preencher essa lacuna, ampliando a escuta e o entendimento das experiências vividas por essas mulheres.

### **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

À luz desses achados, é necessário reavaliar a estrutura dos serviços de saúde no Brasil. Modelos assistenciais centrados na territorialidade fixa, na burocracia e no agendamento prévio se mostram ineficazes para as mulheres em situação de rua. Como preveem as diretrizes do Ministério da Saúde, a exemplo do Manual de cuidado à população em situação de rua (BRASIL, 2012) e dos Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016), o enfrentamento dessas barreiras exige práticas intersetoriais, atenção ampliada e profissionais capacitados.

Como perspectiva futura, recomenda-se a realização de estudos qualitativos que aprofundem a compreensão das experiências dessas mulheres, sobretudo no enfrentamento cotidiano às barreiras de acesso. Nesse sentido, propõe-se a ampliação das equipes do Consultório na Rua, o fortalecimento das estratégias de busca ativa, a criação de protocolos clínicos específicos para essa população e a flexibilização das exigências documentais para acesso aos serviços. Essas ações são fundamentais para promover um

cuidado ginecológico e reprodutivo digno, integral e equitativo para mulheres que, continuamente, enfrentam as mais diversas formas de exclusão.

## REFERÊNCIAS

ALLEN, J.; VOTTERO, B. Experiences of homeless women in accessing health care in community-based settings: a qualitative systematic review. **JBI Evidence Synthesis**, v. 18, n. 9, p. 1970-2010, 2020.

BARBOSA, N. G. *et al.* Attention to Women's Sexual and Reproductive Health at the Street Outreach Office. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 17, p. 10885, 2022.

BOLDRINI, N. A. T. *et al.* Sexually transmitted infections among women living with HIV in a Brazilian city. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 25, n. 1, p. 101044, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Diário Oficial da União, p. 46 - 47, 2012. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso em: 23 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populacao_rua.pdf). Acesso em: 23 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em: 23 abr. 2023.

BRITO, C; SILVA, L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 151–160, jan. 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022271.19662021.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Gender and racial inequalities in the access to and the use of Brazilian health services. **Ciencia & saude coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021 – 4032, 2021.

COLDIBELI, L. P.; PAIVA, F. S.; BATISTA, C. B. Itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua: as múltiplas faces do cuidado. **Psicologia & Sociedade**, v. 35, p. e264738, 2023.

COREY, E.; FRAZIN, S.; HEYWOOD, S.; HAIDER, S. Desire for and barriers to obtaining effective contraception among women experiencing homelessness. **Contraception and Reproductive Medicine**, v. 5, p. 1-7, 2020.

CORTIZO, R. M. **População em situação de rua no Brasil**: o que os dados revelam. Brasília, DF: Ministério de Cidadania, 2019. Disponível em: <[https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmsps/ferramentas/docs/Monitoramento\\_SAGI\\_Populacao\\_situacao\\_rua.pdf](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmsps/ferramentas/docs/Monitoramento_SAGI_Populacao_situacao_rua.pdf)>. Acesso em: 16 de abr. de 2023.

FERREIRA, F. S. R. *et al.* Repercussões da pobreza menstrual para as mulheres e pessoas que menstruam: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 37, 2023.

FRAGA, P. V. R.; MODENA, C. M.; SILVA, P. F. C. Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 48, p. e8963, 2024.

GREENWOOD, R. M. *et al.* Homeless adults' recovery experiences in housing first and traditional services programs in seven European countries. **American Journal of Community Psychology**, v. 65, n. 3-4, p. 353-368, 2020.

HÄFELE, V.; NOBRE, M. L.; SIQUEIRA, F. V. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em usuários da Atenção Primária. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, p. e31030473, 2023.

JORGE, C. F.; RICCI, É. C. Homeless women: a perspective of singular, territorial and intersectoral car. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 19, n. spe, p. 78-102, 2020.

KARPENKO, R. *et al.* Factors influencing the length of hospital stay of people experiencing homelessness. **Frontiers in Public Health**, v. 13, p. 1545377, 2025.

LIMA, S. **Saúde realiza mais de mil atendimentos por meio do Consultório na Rua**. Prefeitura de Maringá: Maringá, 2021. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/site/noticias/2021/04/09/saude-realiza-mais-de-mil-atendimentos-por-meio-do-consultorio-na-rua/37377>>. Acesso em: 4 de abr. 2023.

LOPES, J. de S. F. Q.; SANTOS, R. da S. Atuação profissional no pré-natal de gestantes em situação de rua: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e566974475-e566974475, 2020.

MORENO, L. M. *et al.* Eficácia da cinesioterapia no tratamento de prolapso de órgãos pélvicos em mulheres. **Brazilian Journal of Development, [S. l.]**, v. 7, n. 1, p. 10225 - 10242, 2021.

NATALINO, M. **Nota Técnica**: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012 - 2022). 1 ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2022. Disponível em:

<[https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT\\_103\\_Disoc\\_Estimativa\\_da\\_Populacao.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Disoc_Estimativa_da_Populacao.pdf)>. Acesso em: 2 abr. 2023.

OLIVEIRA, G. C. M. *et al.* Tipificação e fatores associados à ocorrência de violência em pessoas em situação de rua em um município de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1607-1617, 2023.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03744, 2021.

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**, v. 37, p. e00269320, 2021.

SCHIAVI, C. E. N. *et al.* Vulnerabilidades entre mulheres em situação de rua vivenciando a gestação, parto e puerpério. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220384, 2023.

SILVA, F. P. da *et al.* Saúde mental de pessoas em situação de rua: comportamentos e vulnerabilidades no contexto urbano. **Revista Saúde-UNG-Ser**, v. 15, n. 3/4, p. 30 - 41, 2021.

SOMMER, M. *et al.* Menstruation and homelessness: Challenges faced living in shelters and on the street in New York City. **Health & Place**, v. 66, p. 102431, 2020.

SOUZA, B. B; OLIVEIRA, M. E. S.; GONÇALVES, J. B. B. Influências Empíricas no cuidado íntimo da saúde da mulher na fase reprodutiva: riscos e consequências. In.: **ANAIS DO FÓRUM DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO UNIFUNEC**, Santa Fé do Sul, São Paulo, v. 11, n. 11, 2020.

TRINDADE, R. E. *et al.* Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3493-3504, 2021.

WARBURTON, W. A.; PAPIC, M.; WHITTAKER, E. Heterogeneity among homeless Australian women and their reasons for homelessness entry. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 15, p. 8909, 2022.

## CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Letícia Hikari Koshita: Coleta de dados, organização e sistematização de dados, discussão.

Vinicius Gregorio Plastina da Silva: Coleta de dados, organização e sistematização de dados, discussão.

Fernanda Hoffmann Marques: Coleta de dados, orientações no processo de discussão dos dados.

Tânia Maria Gomes da Silva: Orientações no processo de discussão dos dados.