

**Rede Acolhimento: Programa Pré-natal para mulheres Em  
Situação de Rua na cidade de São Paulo**

“Pelo direito de ser mãe independentemente do lugar”

Isabella Antoni e Lilia Cardoso

Orientador: Ednilson Quarenta

Escola Nova Lourenço Castanho

São Paulo

Novembro de 2020

Telefone da escola: (11) 97469-8943 ou (11) 97379-8147

e-mail da escola: [ensinomedio@lourencocastanho.com.br](mailto:ensinomedio@lourencocastanho.com.br)

## **Agradecimentos**

Ao nosso orientador e professor Ednilson, por ter nos acompanhado ao longo desta jornada com dedicação, paciência, sensatez e companheirismo, e por ter desempenhado um papel fundamental em nossa formação enquanto indivíduos.

À Marta Akiyama por disponibilizar seu tempo, compartilhando seus aprendizados e nos fazendo tomar um novo rumo para o projeto.

À Escola Nova Lourenço Castanho, por nos proporcionar esta oportunidade, essencial para o nosso desenvolvimento acadêmico.

Aos nossos pais e amigos, por nos incentivarem e nos auxiliarem no decorrer deste complexo processo.

## **RESUMO**

Nossa pesquisa trata-se da elaboração de um programa específico de pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) para mulheres grávidas que estão em situação de rua na cidade de São Paulo, mais especificamente na região da Sé.

Em um primeiro momento, direcionamos nosso olhar para todas as mulheres em situação de rua (13% dos moradores de rua da cidade de São Paulo) para que depois conseguíssemos identificar entre elas, aquelas que estariam em condições de maior insegurança e vulnerabilidade: as mulheres grávidas.

Sendo assim, procuramos inserir nos atuais protocolos de pré-natal do SUS novos procedimentos que são específicos para as mulheres grávidas que vivem em situação de rua.

Além da grande vulnerabilidade social em que elas estão inseridas, a urgência em constituir esse programa decorre também da impossibilidade que essas mulheres têm após o parto, de permanecer com a guarda de seus filhos, uma vez que as crianças recém nascidas são na maioria das vezes separadas das suas mães e conduzidas aos abrigos para uma futura adoção, longe das mães biológicas.

Desta forma um dos nossos objetivos é conseguirmos na constituição do programa, possibilitar que os encaminhamentos médicos e assistenciais realizados ao longo do pré-natal, consigam contribuir para o empoderamento e o resgate da cidadania dessas mulheres com base nos princípios que orientam o SUS: universalismo, integralidade e equidade.

O percurso metodológico para a constituição do programa possui como eixos teóricos dois alinhamentos: o Manual Técnico Pré-Natal e o Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada do Ministério da Saúde (2006) e os estudos sobre Territorialização em Saúde desenvolvidos pela FIOCRUZ (ano).

Com base no primeiro eixo espelhamos os novos procedimentos específicos para o atendimento das mulheres grávidas em situação de rua ao roteiro de orientações previstas para as outras mulheres grávidas atendidas no Pré-Natal do SUS.

Em relação ao segundo eixo desenvolvemos o conceito de Microrregião de Atenção Especial a Mulheres Grávidas em Situação de Rua. Para tanto, dividimos o centro de São Paulo - local que concentra grande parte da população em situação de rua - em 12 microrregiões utilizando como referência os conceitos de espaço e território na obra de Milton Santos. O distrito da Sé foi escolhido para as projeções iniciais do programa.

Essas Microrregiões serão responsáveis pela parte operacional do programa, bem como pelos encaminhamentos que ocorrem após a primeira consulta e as subsequentes.

Acreditamos que a difusão de uma política pública para mulheres grávidas em situação de rua possa contribuir para atenuar esse cenário de vulnerabilidade e permitir que através do vínculo materno elas consigam ter suas vidas transformadas.

Palavras Chave: Vulnerabilidade. Gravidez. Pré-Natal

## SUMÁRIO

- Introdução -----	6
- Tema-----	8
- Problematização -----	11
- Justificativa -----	13
- Objetivos -----	13
- Hipóteses -----	14
- Metodologia -----	14
- Conclusão -----	30
- Referências bibliográficas -----	36
- Bibliografia -----	37

## 1 INTRODUÇÃO

Para definirmos o tema dessa pesquisa, iniciamos uma reflexão geral acerca do lugar da mulher na cidade, o que nos levou a pensar nos impactos urbanos acima deste grupo social. Com isso em mente, percebemos que os indivíduos que mais sofrem com a condição das cidades são aqueles em situação de rua, um universo ainda muito abrangente. Assim, decidimos focar nas mulheres em situação de rua com mais uma questão a ser pensada: Estão gestantes.

Antes de mais nada, é imprescindível entender de onde vem a vulnerabilidade e a invisibilidade desse grupo social que sofre não só por ser mulher, mas por estar em situação de pobreza extrema, tendo que lidar com diversos tipos de violência tanto por parte do próprio Estado e dos cidadãos, quanto por parte de seus respectivos parceiros.

O lugar da mulher na sociedade é fruto de uma construção social complexa e faz parte de um sistema denominado patriarcado, no qual o homem possui o poder primário e predomina em diversas funções de liderança política, privilégio social, controle das propriedades e autoridade moral, e no âmbito familiar, mantém a autoridade sobre as mulheres e as crianças. Por conseguinte, as pessoas de gênero feminino se deparam com diversas dificuldades acerca da própria existência, pois geralmente são consideradas inferiores e menos capazes, além de serem caladas e objetificadas constantemente, sofrendo todo tipo de violência desde física até verbal e psicológica.

Este lugar subalterno dado à elas por conta de uma ideologia machista e sexista, de fato não é algo novo ou fruto de uma lógica moderna, mas sim presente desde a antiguidade clássica por exemplo. Se formos entender a equação política de Aristóteles, a Pólis é a cidade-Estado, um local destinado aos homens e caracterizado pela livre expressão e participação política onde se construía a democracia ateniense, já na Oikos, o território da casa, era destinado às mulheres, pois era um lugar de assegurar a procriação e sustentação organizada da vida.

O patriarcalismo também se consolidou a partir das novas relações de trabalho. Isso por conta da distribuição desigual do trabalho, que está ligada ao surgimento das atividades sociais, voltadas aos indivíduos com o objetivo de fazê-los adotarem

funções determinadas e, para além disso, assumirem condutas específicas no meio da corporação social, por meio da divisão hierárquica do trabalho manual e intelectual.

Aos homens foram designadas as atividades históricas essenciais, como a agricultura, pastoreio etc. À mulher foram destinadas a reprodução, preparo de alimentos, tecelagem e ainda mais, foram rebaixadas à condição de trabalho social, comandada por homens, que posteriormente dominaram os produtos e os instrumentos do trabalho social.

Pelas descrições acima, o lugar da mulher não parece ser muito nocivo a ela mesma, porém não podemos nos esquecer de uma cultura de violência doméstica, problema que persiste até a atualidade.

De acordo com o site da Agência Brasil, atualmente no país, durante a pandemia do Covid-19 houve aumento de 44,9% no índice de violência doméstica no Estado de São Paulo, logo neste período de quarentena no qual a mulher passa mais tempo dentro de sua residência. Além disso, a quantidade de feminicídios também subiu neste estado, de 13 para 19 casos (46,2%). Na realidade, o número deve ser ainda maior por conta de casos subnotificados, óbice também relacionado a inferiorização das mulheres, pois existe um medo de formalizar a denúncia dos parceiros às autoridades policiais, devido à proximidade que agora têm deles, e também por existir a possibilidade de sofrerem mais agressões ou ameaças após feita a denúncia. O Ministério Público de São Paulo ainda soltou uma nota afirmando que a casa é o lugar mais perigoso para a mulher, a partir de dados da pesquisa Raio X do Feminicídio em São Paulo, que revelou que 66% dos casos de feminicídios realizados ou tentados foram praticados dentro da moradia da vítima.

## **1.1 Tema**

Sendo assim, a partir de uma problematização em torno do papel da mulher na sociedade percebemos que esse universo ainda era muito abrangente para o nosso trabalho, então tivemos que escolher qual seria o tipo de mulher na qual nosso projeto se pauta, e decidimos voltar nosso olhar para aquelas que estão em situação precária, nas ruas, e que possuem um fator determinante que amplia sobremaneira o quadro de vulnerabilidade: estão gestantes.

Preliminarmente, é necessário explicitar como seria feito um pré-natal regular, de mulheres que possuem alguma moradia e um sistema de saúde no qual possam

se apoiar, seja ele o SUS ou algum hospital privado, para estabelecermos diferenças entre as gestantes em situação de rua e como são acolhidas, se é que são.

A consulta do pré-natal baseia-se na identificação da idade gestacional, na classificação do risco de gravidez, e informação da data em que é provável ocorrer o parto, com base na altura uterina e data da última menstruação, tudo de acordo com o profissional médico. Ordinariamente, o profissional da saúde verifica os batimentos cardíacos fetais, o peso, sinais de inchaços das pernas e dos pés, pressão sanguínea, a altura uterina, o boletim de vacina da mulher (caso ela precise de alguma em falta) e a observação das mamas e a instrução de como prepará-las para a amamentação. Os exames que devem ser realizados são: Ultrassonografia, hemograma completo, proteinúria, dosagem de hemoglobina e hematócrito, teste de coombs, exame de fezes, bacterioscopia do conteúdo vaginal, glicemia de jejum, HIV: vírus da imunodeficiência humana, sorologia para rubéola, sorologia para toxoplasmose, VDRL para sífilis, sorologia para hepatite B e C, sorologia para citomegalovírus, urina (para informar se há uma infecção urinária), e um exame para saber o tipo sanguíneo, sistema ABO e o fator Rh.

Além de tudo isso que deverá ser feito durante o período da consulta, também é de extrema importância questionar sobre os incômodos habituais da gestação, tais como: azia, queimação, excesso de saliva, fraqueza, dor abdominal, cólica, corrimento vaginal, hemorroidas, dificuldade para respirar, sangramento das gengivas, dor nas costas, varizes, câibras e trabalho durante a gravidez, concomitantemente esclarecendo todas as incertezas da gestante, oferecendo as soluções precisas.

Ademais, é preciso um outro tipo de aprofundamento no universo de uma mulher gestante, em relação às dificuldades que este período traz para essas pessoas, como sintomas mais comuns, bem como: O aumento dos seios, enjoos/vômitos, mais sono, mais fome, aumento da frequência urinária e maior sensação de cansaço. Também podem ser presentes sintomas mais graves, como sangramento vaginal volumoso associado a uma queda de pressão arterial, dor abdominal com diarreia sanguinolenta, diabetes e cistite (infecção na bexiga, que ocorre com 1 a 2% das mulheres gestantes) etc.

Vale ressaltar também a existência de diversos tipos de gravidez que dependem do local onde ocorre a implantação do embrião e do número de embriões, o que poderá causar uma gravidez tópica (quando a implantação do embrião ocorre

na cavidade uterina), gravidez ectópica (quando a implantação embrionária se dá fora do útero como nas trompas ou outros locais), gravidez única (apenas um embrião) ou múltipla/gemelar (presença de dois ou mais bebês). Também deve-se analisar o risco gestacional após uma avaliação pré-natal, que pode ser a habitual, na qual não há presença de complicações para a mãe e para o bebê, ou gestação de alto risco, aquela na qual se identificam doenças maternas prévias ou mesmo adquiridas durante a gestação podem colocar em risco a vida materna e/ou fetal.

Com todos esses dados apresentados ao longo do texto, desde da construção histórica até dados científicos mais específicos, começamos a refletir sobre o lugar que uma mulher em situação de rua está, pois se a rua é sua casa, além das violências que são domésticas, existem as violências sofridas nas ruas, além de um dificultador que é a invisibilidade social, originando um abismo entre esta mulher ser reconhecida enquanto também cidadã da cidade, e como isso se dá em relação aquelas que se encontram gestantes o que as fazem passar por outros níveis de dificuldade e é mais uma condição de vulnerabilidade. Deste modo, tentamos problematizar o papel do Estado na vida dessas pessoas e como ele atua ou deixa de atuar.

Existem diversas leis que abrangem este universo do qual estamos tratando, como o artigo 226 da Constituição Federal de 1988, no parágrafo 7º o qual afirma que o Estado deve propiciar recursos educacionais e científicos para as famílias, o artigo 8º do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), no qual diz que:

É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Com isso, percebemos que por mais que as leis vigorem, não são cumpridas de fato, então cabe a organizações não estatais ocuparem um papel de ação na vida das pessoas em situação de necessidade, e por conta disso iniciamos a formulação de um programa que proporcionasse assistência a estas mulheres.

## **1.2 Problematização**

De acordo com os dados de 2019 disponibilizados pelo Senado Federal, 69,6% dos moradores de rua, em geral, dormem nas ruas, sendo 32,6% que tomam banho nas ruas e 32,5% que se utilizam também da rua para necessidades fisiológicas. São

dados alarmantes, ainda mais se formos pensar o quanto o ambiente comum da metrópole não é higienizado, e proporciona estruturas precárias de moradia aos indivíduos em situação de rua.

De toda a porcentagem das pessoas em situação na cidade de São Paulo, 14,6% são mulheres, estas que relatam passarem por diversos tipos de dificuldades e violências proporcionadas pelas ruas, como: Violência doméstica, (7 a cada 10 mulheres acabam sendo violentadas), disputas territoriais, renda insuficiente para garantir seu sustento, opressão por gênero, tráfico de drogas, práticas higienistas etc dentre outros fatores.

Todas essas questões acabam por favorecer um ambiente que gera transtornos mentais, dependência química, rupturas e deterioração de vínculos familiares e sociais, o que, posteriormente, faz com que o filho da mulher em situação de rua seja separado de sua mãe logo na maternidade, e por vezes não é apresentado para sua mãe.

Essa separação acontece porque o próprio sistema público de saúde muitas vezes invalida a capacidade da mãe de cuidar de seu filho, e com isso muitas mulheres se traumatizam, e não há nenhum tipo de fortalecimento ou acompanhamento emocional para elas passarem por esse momento.

Ademais, o caso acima viola o artigo 229 da Constituição, o qual afirma que os pais têm o direito de criar e educar os filhos menores, e fere a Constituição Federal, que inclui no Título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.”

Além de tudo, as mulheres em situação de rua, que já são muito apartadas das funções estruturantes da sociedade, sofrem por conta de um paradoxo pautado na invisibilidade e visibilidade social coexistindo em um mesmo plano, isto é, a sociedade não dá devida atenção à elas, não obstante, as condenando quando elas estão grávidas, provendo de uma atenção de caráter moralista.

Com tudo isso dito, questionamos como a falta de políticas públicas que atendem às verdadeiras necessidades das mulheres grávidas em situação de rua, as afetam, e em que medida a vulnerabilidade social das mulheres que vivem em situação de rua na cidade de São Paulo é intensamente potencializada pelas condições e cuidados de saúde determinadas pelo desenvolvimento do estado de gravidez.

Em outras palavras, a condição gestacional dessas mulheres em situação de rua determina novos procedimentos e cuidados que dificilmente podem ser contemplados em função da precarização real das estruturas que envolvem a organização provisória dessas "moradias" dispersas nos espaços públicos da cidade.

### **1.3 Justificativa**

A criação do programa para as mulheres gestantes em situação de rua é de extrema importância, pois a precarização real das estruturas de "moradia", as violências sofridas nas ruas, a possibilidade de terem seus filhos retirados ao nascerem para serem levados à orfanatos, e o próprio protocolo de atendimento do Sistema Único de Saúde, determinam novos procedimentos e cuidados em relação a esse grupo específico.

Também acreditamos no investimento de políticas públicas de Estado para a prevenção, e não única e exclusivamente para urgências. Com isso, a aplicação do programa diminui o surgimento de demandas urgentes, ao ponto que oferece uma profilaxia social para problemas presentes no grupo de mulheres gestantes em situação de rua, e para além disso, entendemos que o cuidado da saúde deve ser universalizado, bem como afirma a OMS (Organização Mundial de Saúde) quando diz que uma das 10 prioridades de saúde para 2019, era atenção primária de saúde mais frágil, isto é, um primeiro contato do indivíduo com o atendimento médico, que pode satisfazer as necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Essa atenção primária é necessária para alcançar a cobertura universal de atendimento médicos.

## **1.4 Objetivos**

Buscamos apresentar um programa que tenha real viabilidade de ser implantado pelo SUS, ou seja, é uma proposta de política pública metodologicamente estruturada nos conceitos de microrregião e de território, e no próprio manual de pré natal do Sistema Único de Saúde. Nosso programa procura estar completamente alinhado a prestar serviços médicos às mulheres gestantes em situação de rua, mas também a propor uma assistência psicológica ou até proporcionar uma certa (re)inserção social, de modo que tire as mulheres das violências vividas na rua.

## **1.5 Hipóteses**

Nós acreditamos ser necessário criar este programa e tornamos isso nosso principal objetivo dessa pesquisa. Decidimos criar um programa, que incluísse a reinserção social, assim como os cuidados de mulheres grávidas em situação de rua. Isto é, dizendo que de certa forma, o projeto incluiria um acompanhamento psicológico e médico para as mulheres que se encontram grávidas e moradoras em situação de rua, sem condições para poder realizar uma gravidez segura em todos os seus aspectos.

## 2 METODOLOGIA

Para iniciarmos nosso projeto houve a necessidade de um aprofundamento da importante relação entre território e saúde, dois conceitos que são indispensáveis para a formulação do nosso projeto.

Deste modo, adentramos o tema amplo do território, e entendemos a construção histórica do porque houve a necessidade de implantar conceitos geográficos nas pesquisas de saúde do Brasil, especialmente na ciência epidemiológica da década de 70.

Antes de tudo, é importante ressaltarmos o conceito mais superficial de território e de microrregiões. Sendo assim, um território é caracterizado por ser um espaço delimitado pelo uso de fronteiras, não necessariamente visíveis, e que se consolida a partir de uma expressão e imposição de poder. Já as microrregiões são, de acordo com a Constituição brasileira de 1988, um agrupamento de municípios limítrofes.

Com a clareza sobre os conceitos geográficos que usamos, percebemos que seria mais adequado criar um outro tipo de definição para microrregiões, as quais denominamos de Microrregiões de Atenção Especial à Saúde (MAES), caracterizadas por serem bairros do Centro de São Paulo. Essa divisão que visa definir um sistema regional que permita o desenvolvimento de estudos regionais em diferentes níveis de agregação, e foram separadas nos bairros: Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília, Sé e o Brás.

A Sé foi a nossa primeira opção de escolha para a produção do início do nosso projeto. Primeiramente porque a quantidade de moradores de rua nessa microrregião específica é muito mais concentrada do que nas outras microrregiões, o que facilitaria o nosso projeto, e também possibilitaria um modelo de programa que poderia se reproduzir em outras regiões.

Em 2015, segundo o site da Prefeitura de São Paulo, existiam 15.905 moradores de rua, e 14,6% desses moradores eram mulheres. De 2011 para 2015, existiu um aumento de quase 10% na população de rua, então para termos uma melhor observação sobre o nosso projeto, levando em consideração as , fizemos a projeção dos dados da população de rua na cidade até 2022 (7 anos depois dos

últimos dados, de 2015), claro, não levando em consideração a pandemia de 2020, pelo Covid-19.

 **Número de pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo, 2000 a 2015** 

Censo	Rua	Acolhidos	Total
2000	5.013	3.693	8.706
2009	6.587	7.079	13.666
2011	6.765	7713	14.478
2015	7.335	8.570	15.905

Imagem disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao\\_de\\_editais/0002.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao_de_editais/0002.pdf)

De 2009 a 2011, a população de rua aumentou aproximadamente 6%; já de 2011 para 2015 o aumento foi de aproximadamente 4 pontos percentuais, o que dá um total aproximado, de que em apenas 7 anos a população de rua na cidade de São Paulo aumentou 16%. Levando essas porcentagens em consideração, e também que 52,7% da população de rua de São Paulo fica na região da Sé, fizemos as projeções de quantas mulheres, em condições de rua estariam na cidade de São Paulo e principalmente na região da Sé, em 2022.

Os resultados foram calculados sem levar em consideração a pandemia do Covid-19, em 2020; então seguimos com o aumento progressivo de 16% a mais do que em 2015, e mantivemos os dados que 14,6% desses moradores são mulheres.

Subprefeitura	Rua	%	Subprefeitura	Rua	%
Sé	3 864	52,7	São Mateus	64	0,9
Mooca	842	11,5	Vila Prudente	58	0,8
Lapa	409	5,6	Aricanduva/ Vila Formosa	56	0,8
Santana/ Tucuruvi	275	3,7	Casa Verde	55	0,7
Pinheiros	214	2,9	Butantã	53	0,7
Santo Amaro	199	2,7	Campo Limpo	40	0,5
Vila Mariana	146	2	Itaquera	37	0,5
Jabaquara	140	1,9	Pirituba/ Jaraguá	36	0,5
Vila Maria/ Vila Guilherme	121	1,6	Guaianases	29	0,4
Capela do Socorro	99	1,3	Sapopemba	29	0,4
Freguesia do Ó	99	1,3	Cidade Tiradentes	24	0,3
Ipiranga	96	1,3	Ermelino Matarazzo	18	0,2
Itaim Paulista	81	1,1	Cidade Ademar	15	0,2
São Miguel	75	1	M Boi Mirim	13	0,2
Penha	71	1	Perus	6	0,1
Jaçanã/ Tremembé	70	1	Parelheiros	1	0
<b>Total</b>			<b>7 335</b>	<b>100</b>	

Imagem disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao\\_de\\_editais/0002.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao_de_editais/0002.pdf)

Pelas nossas projeções, desconsiderando os efeitos da pandemia e as crises passadas pelo Brasil, existirão 18390 moradores de rua no total na cidade de São Paulo, e considerando que 14,6% deles são mulheres, as ruas de São Paulo teriam aproximadamente 2759 mulheres na rua, um aumento de 433 mulheres desde 2015. Já na região da Sé, considerando a porcentagem de que 52,7% da população de rua de São Paulo fica na região, calculamos que desse total de 18390 moradores na Cidade de SP, 9747 deles moram na região da Sé, e desse total da região 1462, seriam mulheres.



(Fontes: Google Maps & Site da prefeitura de Sp)

Como resultado das nossas projeções, tivemos mais firmeza de que a Sé era de fato o local de nossa preferência, e que possibilitaria a aplicação do programa em outras regiões.

Este processo de escolha de uma certa região para a realização de uma pesquisa ligada à saúde, surgiu a partir de uma de nossas principais referências conceituais para a elaboração da metodologia. De acordo com o texto “Espaço, território e saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil”.

As transformações da ciência epidemiológica no Brasil, principalmente na década de 1970, por conta das mudanças geradas pela sociedade que estava em formação, responsáveis por uma crise na ciência epidemiológica, provocaram a necessidade de buscar formas mais eficientes de entender uma doença enquanto manifestação coletiva e, a partir daí, dando um novo passo: incorporando as ciências sociais. Os fatores que determinaram essa mudança neste campo foram a alteração no perfil de morbimortalidade, a redução de doenças infecciosas, o aumento das doenças crônicas e a emergência de novas enfermidades como a AIDS.

Essa reforma no campo científico que provocou uma nova visão acerca do território e do espaço, foi possível por conta do geógrafo Milton Santos, por conta de sua preocupação com o objeto da ciência geográfica, influenciando também outras ciências como a Economia e Sociologia.

A influência do geógrafo nas pesquisas de saúde foram estruturadas por dois aspectos essenciais ligados às novas questões sociais e científicas da década de 1970.

“O primeiro pode ser caracterizado pela fragilidade, que se revela numa certa incapacidade da ciência epidemiológica no entendimento do processo saúde-doença no contexto de profundas mudanças sociais do período: mudança do perfil epidemiológico; processo de urbanização e a intensificação das relações sociais; novas possibilidades epidêmicas causadas pelo processo de globalização, surgimento de novas doenças e o reaparecimento de doenças potencialmente controladas, impactos ambientais e sua relação com a saúde, etc. O quadro se vê agravado pela dificuldade para a Epidemiologia superar uma abordagem descritiva e reducionista, influenciada por certo positivismo herdado do século XIX, que a torna bastante debilitada para fazer relações importantes na explicação do fenômeno biológico. Citam-se, por exemplo, as questões paradigmáticas e ainda não resolvidas da relação entre o individual e o coletivo, o biológico e o social ou entre a sociedade e a natureza. Essas questões passaram a ser amplamente debatidas, a partir de 1970, pelo movimento de renovação crítica dentro da Epidemiologia, através de trabalhos como o de Laurell (1983), Breilh (1991), Melo-Filho (1996), Almeida Filho (1989), entre outros. “

O segundo aspecto importante é a renovação do pensamento geográfico no mesmo período, proporcionando a superação do espaço como algo apenas físico, mas enquanto produtor de relações sociais, fazendo com que no campo da epidemiologia haja um afastamento de uma visão que não considera a construção social do processo biológico para compreender elementos econômicos, culturais, políticos e sociais no processo de produção de doenças.

Em seus trabalhos, Milton Santos também acabou por destacar a supervalorização da técnica, evidenciando o importante papel do mercado no setor da saúde. Deste modo, houve uma produção prática e objetiva pautada nos resultados e não nas causas, deixando de alcançar outras camadas da sociedade que se encontram apartadas, não obtendo acesso devido à saúde.

Com isso, podemos concluir que Milton Santos fez com que o setor da saúde entendesse o espaço no contexto técnico-científico-informacional não apenas partindo de uma análise unicausal, mas enquanto resultado de toda uma dinâmica social complexa.

“É nesse sentido que a categoria território se mostra pertinente, tanto no que se refere ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna, quanto para a investigação das realidades sociais mais deploráveis. Se de um lado o território -cenário das relações sociais -, pode ser essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, de outro, torna-se importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas. Como exemplo importante pode-se citar o planejamento territorial urbano que pode tanto evitar a produção de doenças, controlando a ocupação de áreas inadequadas e criando uma estrutura ambientalmente saudável, quanto tornar mais eficaz a ação da saúde pública, instalando equipamentos e serviços que sejam condizentes com as realidades territoriais a que se destinam.”

Destarte, é preciso também entender uma questão essencial quando se trata de uma prática territorial em saúde, baseada no que se faz entender da categoria território, de modo que possibilite parâmetros para identificação de locais para implementar um conjunto de ações práticas na saúde. Com isso, trabalhamos pensando que a definição de uma área territorial para o desempenho de ações objetivas em saúde depende diretamente do juízo teórico e político do pesquisador.

É importante ressaltar que toda essa articulação com as elaborações de Milton Santos se tornam fundamentais para a nossa proposta de elaboração de um programa específico de pré natal para mulheres em situação de rua, pois no nosso entendimento a estruturação e a viabilidade do programa depende sobremaneira das questões impostas pelo espaço e território na sua dimensão urbana.

Nossa segunda referência que estrutura este percurso metodológico foi a análise do MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006, de SUS (Sistema Único de Saúde) pois nosso programa consiste principalmente na assistência e acompanhamento médico e psicológico para mulheres que se encontram em situação de rua e grávidas.

Inicialmente pensamos em fazer apenas de assistência médica, mas com a leitura de nossos textos de apoio, pudemos perceber que grande parte das mulheres de rua sofrem algum tipo de violência psicológica, seja ela realizada por outros na mesma condição, ou pelo medo de poder perder a guarda do filho, devido às condições sociais em que se encontra no período de gestação.

Por consequência dessa violência psicológica, pensamos que seria cabível em nosso projeto um espaço de acompanhamento psicológico e não apenas uma assistência médica. Com nossas pesquisas podemos ver que um projeto do Sistema Único de Saúde sobre o assunto já havia sido pensado, mas infelizmente não teve continuidade.

O SUS é considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, mesmo com suas dificuldades ao longo dos anos, o SUS ainda é capaz de ajudar a salvar milhares de brasileiros por ano, independente do gênero, raça ou preferência sexual.

Essa rede pública de atendimento também possui consultas de pré-natal . Segundo o (MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006), o número de consultas de pré-natal pelas mulheres que utilizam o Sistema Único de Saúde vem aumentando ao longo dos anos, no entanto, mesmo com esse crescimento e uma maior ampliação na cobertura de atendimento, a qualidade dos serviços tem sido frequentemente questionada.

As taxas de mortalidade neonatal, por razões de morte materna, em 2003 ainda eram altas, de 51.740 óbitos por 100.000 nascidos vivos, sendo 92% deles relacionados ao ciclo gravídico-puerperal, segundo o MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006. Visto que a falta da qualidade dos serviços públicos está afetando até as mulheres em condições estáveis de moradia e com uma rede de atendimento disponibilizada para elas, e tendo em vista que as mulheres em situação de rua estão extremamente mais vulnerabilizadas justamente por não terem moradia fixa e uma rede ligada a políticas públicas que as atenda de fato, dentre outros fatores, é possível afirmar que elas passam por níveis maiores de dificuldades em relação ao pré-natal e no parto.

O atual projeto do SUS de pré-natal para gestantes foi lançado no ano de 2011, chamado de “Rede Cegonha”, para proporcionar uma melhor qualidade de vida e acompanhamento para as mulheres gestantes, que precisam e usam o sistema público de saúde. Segundo o SUS, um dos seus objetivos como órgão público é assegurar que todas as mulheres tenham acesso e direito ao planejamento, utilizando-se de um olhar mais humanizado em relação ao período de gestação e depois, no pós-parto.

De acordo com o Ministério da Saúde, os grandes objetivos do programa eram reduzir as taxas de mortalidade maternas e dos recém-nascidos, além de assegurar os direitos sexuais e reprodutivos de uma mulher. No entanto, a “Rede Cegonha”, mesmo sendo baseada como uma obstétrica neonatal humanizada, não pôde ser considerada ideal enquanto base para a estruturação do nosso programa, pois não abrange as mulheres em situação de rua.

A obstétrica neonatal tem como uma qualidade essencial a atenção aos tópicos de um atendimento humanizado, na relação que existe entre a mulher grávida e os profissionais de saúde dessa área. No entanto, para os serviços humanizados serem de qualidade e terem um benefício para ambos, tanto a mãe como a criança, é necessário que a qualidade dos serviços seja organizado de acordo com os procedimentos humanizados, para que assim intervenções desnecessárias não sejam realizadas, considerando que o grande diferencial do atendimento humanizado é a intenção de diminuir a necessidade dessas intervenções.

Segundo MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006, p. 10, “O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez”, no entanto quando a atenção é humanizada, ela se dá por meio de práticas acolhedoras que dão segurança para a mãe do bebê. No entanto para a realização dos exames ainda existe a necessidade de maior acolhimento e segurança para todas as mulheres e seus bebês, para que assim todas elas, incluindo as mulheres em situação de rua, se sintam seguras e acolhidas fazendo o pré-natal, por meio de cuidados dos municípios de cada estado, tendo apenas que garantir a atenção e a asseguaração dos parâmetros, levando em conta os parâmetros estabelecidos a seguir, citados no (MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006, p 10 -11):

- “ 1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
  - 3.1 Escuta ativa da mulher e de seus(suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
  - 3.2 Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
  - 3.3 Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
  - 3.4 Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
  - 3.5 Exames laboratoriais:
    - ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta;
    - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30a semana de gestação;

- VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30a semana de gestação;
- Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30a semana de gestação;
- Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30a semana de gestação, sempre que possível;
- Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30a semana de gestação, se disponível;
- Sorologia para toxoplasmose na primeira consulta, se disponível; “

Nem todos os testes são realizados na primeira consulta, muitos deles são realizados ao longo dos trimestres da gestação. É válido lembrar que o tempo gestacional é dividido de forma descoincidente da forma mais popular e usada para dividir o tempo, como ilustra a tabela abaixo:

1º Trimestre	1 mês	até as 4 semanas e meia de gestação
1º Trimestre	2 meses	4 semanas e meia a 9 semanas
1º Trimestre	3 meses	10 a 13 semanas e meia de gestação
2º Trimestre	4 meses	13 semanas e meia de gestação a 18 semanas
2º Trimestre	5 meses	19 a 22 semanas e meia de gestação
2º Trimestre	6 meses	23 a 27 semanas de gestação
3º Trimestre	7 meses	28 a 31 semanas e meia de gestação
3º Trimestre	8 meses	32 a 36 semanas de gestação
3º Trimestre	9 meses	37 a 42 semanas de gestação

tabela do site: [calculo-da-idade-gestacional](http://calculo-da-idade-gestacional)

Outro ponto do SUS que deve ganhar destaque, é a entrega à mulheres grávidas que fazem parte do acompanhamento de pré-natal, um cartão de gestante, o qual tem como objetivo controlar, de certa forma, a gestação e os riscos desta. Ademais, esse tipo de documento deve ser atualizado a cada nova consulta.

Ainda que exista uma tentativa do Sistema Único de Saúde de ter maior controle sobre o pré-natal das mulheres que se utilizam desse sistema, existem diversos problemas que não podem ser preteridos. O SUS tem como grande objetivo conceder devida atenção à todos que necessitam de um atendimento gratuito, todavia, logo na primeira consulta, as mulheres gestantes em situação de rua se deparam com problemas.

Conforme o (MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006), na primeira consulta uma série de perguntas são feitas às mulheres, como seu endereço atual e status socioeconômico, fatores que já torna muito difícil a resposta por parte de uma gestante em situação de rua, o que pode vir a ser um dos grandes motivos pelas quais elas pouco frequentam o programa de pré-natal, além da existência de preconceitos conduzidos à essas mulheres durante uma tentativa de acompanhamento médico. Outras demandas de caráter problemático são: Nome, número do SISPRENATAL (um software que facilita o acompanhamento do pré-natal em assistência humanizada, criado pelo SUS ), idade, cor, naturalidade, procedência, endereço atual, unidade de referência, grau de instrução, profissão/ocupação, estado civil/união, número e idade de dependentes, renda familiar, pessoas da família com renda, condições de moradia (como número de cômodos), condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo) e a distância da residência até a unidade de saúde.

Outro assunto que pode ser desconfortável para as mulheres que frequentam o pré-natal é o fato de serem possivelmente não atendidas, por qualquer médico, o que não impede o desconforto de qualquer paciente, no entanto, isso pode acontecer em qualquer instituição de saúde, seja ela pública, como o SUS, ou privada como por exemplo o Hospital Israelita Albert Einstein, pois por questões éticas, um médico pode se recusar a atender algum paciente, porém, o mesmo tem que ter a responsabilidade das consequências possíveis de suas atitudes, segundo o (Código de Ética Médica, 2010, artigo VII, p 41):

“VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.”

Mesmo com o amparo de vários projetos de cunho psicológico e social, como o “Projeto meninos e meninas”, criado por Marta Akiyama junto com o Consultório na Rua, nem todas as mulheres se sentem confortáveis em participar das consultas de pré-natal no SUS.

O “Projeto meninos e meninas”, é um programa que tem como maior objetivo oferecer um apoio psicológico às mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo. O projeto não incentiva apenas a ida aos atendimentos de pré-natal, como também auxilia e encoraja as mulheres a pararem de utilizar qualquer tipo de substâncias tóxicas, alucinógenas e entorpecentes, lícita ou ilícita. Em um vídeo apresentado pelo jornal “Seu Jornal”, da TVT, uma das entrevistadas, Stefani Ferreira, que participou do projeto durante a sua gestação afirmou: “Parei de usar droga, mas por causa dessa gestação”. Além disso, muitas mulheres que foram acolhidas por essa rede acabaram trabalhando enquanto assistentes sociais do próprio projeto, o que traz muito mais conforto às integrantes atuais.

Esse projeto se fundamenta, principalmente, no oferecimento de um chá de bebê para as gestantes que integram a rede. Uma grande característica do “Projeto meninos e meninas”, é que o acompanhamento médico é feito por profissionais que também já viveram nas ruas, o que dá para as gestantes uma maior segurança para as mesmas. E não apenas a questão do conforto durante o acompanhamento médico mas também as sensações de consolo com o acompanhamento psicológico, que dá bastante segurança para as mulheres, durante todo o processo de pré-natal e puerpério fornecidos pelo “Projeto meninos e meninas”.

Considerando a segurança psicológica, é necessário acatar também as indicações médicas. As ações consideradas não favoráveis para uma gestante foram apresentadas pelo (MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006), e são:

**“1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:**

- Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular); • Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45 m;
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.”

É também imprescindível explicitar o quanto as recomendações feitas no (MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006, ) ignoram o contexto em que as mulheres em situação de rua estão inseridas, tendo em vista as condições de vulnerabilidade que constituem seu cotidiano. Com essa tese em mente, fatores como o peso “ideal” da mulher durante o período gestacional, concomitantemente relacionado a recomendações de alimentação como evitar frituras e alimentos fracionados, são muito inadequadas, pois a dificuldade de uma dieta saudável e a precariedade dos nutrientes nos alimentos fornecidos nas ruas é enorme, ainda mais considerando que, de acordo com dados de 2019 do Senado Federal, 79,6% dos moradores de rua conseguem fazer ao menos uma refeição ao dia, essa porcentagem não escolhe que tipo de alimento é ideal para ser ingerido, pois é uma questão de sobrevivência. Isso é ainda mais claro quando vemos que apenas 27,4% dos moradores de rua compram sua comida, também um dado de 2019 do Senado Federal.

Para além das questões alimentares, há a existência de outros detalhes que não estão adaptados especificamente para as mulheres de rua, como as orientações relacionadas à higiene, o que proporciona um impacto psicológico, pois apenas reforçam o fato dessas mulheres estarem à margem da sociedade, como aparece no (MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006, p 82) :

- “Orientar sobre:
  - higiene, alimentação, atividades físicas;
  - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids;
  - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar); – cuidados com o recém-nascido;
  - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).”

Outros fatores também de caráter problemático estão ilustrados na tabela abaixo, com um X indicando o grupo de mulheres que de certa forma se encontra em maior situação de vulnerabilidade, como por exemplo questões de insegurança ou desconforto por conta da situação de vulnerabilidade.

Momentos durante o atendimento das gestantes pelo SUS, que podem ser incômodos	Mulheres em Situação de Rua	Mulheres com Residência Fixa Estável
Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;	x	
Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;	x	
Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional adequado, tanto da mãe como do recém-nascido, além da adoção de práticas alimentares saudáveis;	x	
Orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas;	x	
<p><b>CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESAGRADÁVEIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;</li> <li>• Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;</li> <li>• Situação conjugal insegura;</li> <li>• Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);</li> <li>• Condições ambientais desfavoráveis;</li> <li>• Altura menor que 1,45 m;</li> <li>• Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;</li> <li>• Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.</li> </ul>	x	

<p>ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA: -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação: cor, naturalidade, procedencia, endereço atual, unidade de referencia</li> <li>• Dados socioeconômicos;</li> <li>• Grau de instrução;</li> <li>• Profissão/ocupação;</li> <li>• Estado civil/união;</li> <li>• Número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico); 25</li> <li>• Renda familiar;</li> <li>• Pessoas da família com renda;</li> <li>• Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);</li> <li>• Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);</li> <li>• Distância da residência até a unidade de saúde;</li> </ul>	x	x
<p>ASPECTOS A SEREM ABORDADOS NAS AÇÕES EDUCATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de higiene;</li> <li>• A realização de atividade física,</li> <li>• Nutrição</li> </ul>	x	
<p>Interrupção legal da gravidez decorrente da violência sexual - forma de abordagem</p>	x	
<p>CONDUTAS DAS QUEIXAS MAIS FREQUENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a mulher para: alimentação fracionada (seis refeições leves ao dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à ingestão nos intervalos; ingerir alimentos sólidos antes de levantar-se pela manhã;</li> <li>Orientar a gestante para:</li> <li>• Alimentação fracionada, evitando frituras;</li> <li>• Evitar café, chá preto, mates, doces, alimentos gordurosos, picantes e irritantes da mucosa gástrica, álcool e fumo.</li> </ul>	x	

Essas questões anteriormente pontuadas, tanto na construção de nossas falas quanto na tabela, além de serem problemáticas são contraditórias, tendo em vista que o (MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006, p 143) garante que a atenção à mulher grávida deve atender às suas necessidades reais.

“Na atenção integral à saúde da mulher, a atenção pré-natal e puerperal deve ser organizada de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e o puerpério, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso, num contexto de humanização da assistência.”

Ademais, a própria Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu Artigo 25º§1, p. 6 afirma que:

“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.”

Com todas as questões discutidas ao longo dessa análise do atendimento e do manual técnico de pré-natal de puerpério do SUS, é passível de ser afirmado que este sistema público de saúde não conta com os mecanismos necessários para atender aquelas gestantes que se encontram em situação de rua, não atendendo suas necessidades.

Visto que um direito não está sendo cumprido como deveria, um projeto, como o nosso, que implica em um programa específico de pré-natal e puerpério para mulheres de rua, ajudaria não apenas na melhoria da saúde pública como também no psicológico e nas questões médicas, dessas mulheres mais deslocadas e inferiorizadas pela sociedade de hoje. Isso implica na produção de um programa que adeque seu atendimento às mulheres em situação de rua, com as dinâmicas fundamentadas nas microrregiões de atenção especial.

### 3 CONCLUSÃO

Nosso projeto se baseia na inclusão das moradoras de rua gestantes da Sé no programa de pré-natal do Sistema de Saúde Pública, ou seja, é diretamente articulado às políticas públicas de Estado, mas fundamentado de um modo específico para garantir o atendimento efetivo e sem grandes óbices.

A escolha de caracterizar o programa enquanto política pública de Estado surgiu a partir do entendimento de que, políticas de governo podem mudar de acordo com a gestão de quem foi eleito, influenciada por relações partidárias, ideologias, instituições privadas e ideologias. Em oposição, as políticas de Estado não são alvo de interferências governamentais.

Após feita essa diferenciação, iniciamos a estruturação do atendimento médico, para ser prático, consistente e de qualidade. Para isso, houve a utilização de unidades móveis de atendimento à gestantes moradoras de rua (UMAG), assemelhadas à ambulâncias, mas desenvolvidas especialmente para realização de exames básicos de pré-natal, ou para levar as mulheres diretamente para o SUS, caso haja necessidade.

Os equipamentos básicos e instrumentais mínimos necessários para compor as UMAG's são:

- Mesa e cadeiras (para entrevista);
- Mesa de exame ginecológico;
- Escada de dois degraus (para auxílio da movimentação das mulheres grávidas);
- Foco de luz;
- Balança para adultos (peso/altura);
- Esfigmomanômetro (aparelho de pressão);
- Estetoscópio clínico (para um melhor controle dos batimentos cardíacos das pacientes);

– Estetoscópio de Pinard (para auxiliar na medição das frequências cardíacas do feto, durante o período de gestação);

– Fita métrica flexível e inelástica (para medição da circunferência gestacional das mulheres);

– Espéculos (é um instrumento que serve para para o médico ter emlhor visão sobre o interior da cavidade que está sendo examinada, o espéculo vaginal, serve para o afastamento das paredes vaginais para a realização do exame ginecológico);

– Pinças de Cheron (pinça de auxílio em exames ginecológicos);

– Material para coleta de exame colpocitológico (é um exame que revela qualquer tipo de alteração, nas células do colo do útero);

– *Sonar doppler*, se possível, (mesma função do estetoscópio de Pinard);

– Gestograma ou disco obstétrico (para possível identificação da data do parto);

– Disco para IMC (Índice de Massa Corporal).

Os equipamentos seriam semelhantes aos contidos dentro de uma Unidade Básica, que são instrumentos obrigatórios no atendimento de Pré-natal do SUS, segundo o (MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006).

Essas UMAG's atendem primeiramente na Sé, já que é o local onde nosso programa se pauta. Porém, com a expansão do programa para as outras áreas do Centro de São Paulo, as unidades móveis de atendimento passariam a circular entre as demais MAES (microrregiões de atenção especial).

O atendimento feito também iria ser acompanhado por um tipo de assistente social, ou por mulheres que passaram pelo programa, para garantir o acolhimento e transmitir um sentimento de empatia para a paciente, para que esta saiba que o lugar é seguro, e não de julgamento. Ademais, as UMAG disponibilizaram de lanches, kits básicos de higiene e roupas novas para as gestantes, também podendo serem levadas a tomarem banho, caso queiram.

Posteriormente, vimos a necessidade de ter um mecanismo no qual estariam armazenados os dados de cada gestante, com o objetivo de facilitar o acesso dos médicos aos documentos necessários, e para fazer com que essas mulheres não precisassem de um local determinado para guardar seus documentos médicos, como a carteirinha de gestante do SUS.

Com isso, pensamos em inserir um Código QR em uma pulseira que, quando escaneada por um aparelho eletrônico, leve diretamente à todos os dados armazenados no próprio sistema do SUS, o Sis prenatal (o software que facilita o acompanhamento do pré-natal em assistência humanizada, criado pelo SUS ) que seriam coletados e digitalizados pela própria equipe médica após o atendimento da gestante. Cada gestante teria sua pulseira específica com um código também específico.

Um Código QR (do inglês *Quick Response*, traduzido para “resposta rápida”) é um tipo de código de barras que, quando escaneado por aparelhos equipados por câmeras, é convertido em um tipo de texto, informação, endereço URI etc. É importante ressaltar que o uso de Códigos QR independe de qualquer tipo licença, sendo definido como um padrão ISO. Por fim, é válido dizer que a criação desses códigos não é nada complexa, e pode ser feita por um site gratuito e específico para tal finalidade.

Os dados que se encontrariam no sistema do SUS, viabilizados a partir da pulseira seriam:

- Os principais dados de acompanhamento da gestação (do parto, do recém-nascido e do puerpério);
- Informações da gestante, como dados pessoais (idade, nome, onde se localiza atualmente etc);
- Instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal (deve ter as informações mínimas de cada consulta prestada, para que as necessidades sejam atendidas).

Os dados seriam semelhantes aos dados contidos dentro de um cartão de gestante, a ficha de perinatal, ficha de cadastramento de gestante e o mapa de registro diário, que são instrumentos de registro obrigatórios, no atendimento de Pré-natal do SUS, segundo o MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006.

A segunda parte de nosso programa foi pensar em estratégias para promover a reinserção social dessas mulheres na sociedade e, nessa conformidade, estimular uma nova visão a respeito da própria existência da mulher em situação de rua. Para isso, decidimos incluir durante o processo de pré-natal, palestras e rodas de conversa com assistentes sociais, médicas do programa e, essencialmente, mulheres que já fizeram parte do programa, para dividirem pontos importantes a respeito da gravidez nas ruas, e auxiliá-las nesse processo da maternidade. Deste modo, as gestantes passam a ter um lugar em que elas se sintam parte, em que possam discutir sobre suas inseguranças, medos, dúvidas, desconfortos, e tudo que elas avaliassem necessário, inclusive as questões alimentares, que dissemos ser uma das coisas que precisa de mudança no atendimento de pré-natal do SUS, em seu MANUAL TÉCNICO DE PRÉ NATAL E PUERPÉRIO, 2006.

Ao final dessas conversas e palestras, são distribuídos itens básicos de cuidado para os bebês, sejam fraldas, vestimentas, brinquedos simples etc.

Também são propostos cursos de caráter optativo providos por convênios, em parceria com o CRAS, uma unidade pública responsável pela oferta e organização de serviços socioassistenciais da SUAS (Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social), em áreas de maior vulnerabilidade social. Tal ação teria a finalidade de assegurar a (re)inserção das mulheres no mercado de trabalho, para que assim se torne ainda mais viável uma nova possibilidade de vida, afastadas das violências e condições da rua.

Também propomos manter a ideia do Consultório Nas Ruas, em seu “Projeto Meninos e Meninas”, o chá de bebê, por meio de arrecadações relacionadas a redes públicas como o SUS, e também pelo acordo com algumas empresas que se disponibilizam para tais ações. Com isso, além de trazer uma nova perspectiva a respeito da gravidez e do recém-nascido, são providos kits de maternidade, que

consistem em produtos necessários para o mantimento do recém-nascido, como mantas, chupetas e outras coisas do gênero.

Por fim, com a parte mais essencial do programa já fundamentada, partimos para a última etapa de sua constituição: Eleger um nome, um logo, e um tipo de bordão.

O nosso programa foi batizado de “Rede Acolhimento - Pelo direito de ser mãe independentemente de onde estiver”. O nome é simples, representa a alma do projeto, é fácil de ser lembrado e é pouco autoritário.

O logo é constituído por uma mãe e um filho em tons de roxo, fruto das cores azul e rosa, representando a infância. Todavia, o roxo é uma cor também muito madura, o crescimento individual das mães, proporcionado pelas diversas experiências da Rede Acolhimento.



Com isso concretizados em um plano real a idealização inicial acerca do nosso programa, e reiteramos sua necessidade enquanto política pública de Estado para um grupo já muito marginalizado socialmente, a fim de universalizar cuidados de saúde e possibilitar o surgimento de uma nova concepção acerca da própria existência das mulheres gestantes em situação de rua, reafirmando por meio de mecanismos específicos, seus direitos previstos por lei, oferecendo uma profilaxia social para problemas constantes.

## REFERÊNCIAS

DE FARIA, Rivaldo Mauro e BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil

TIBURI, Márcia Feminismo em Comum: Para todas, todes e todos. 1ª . ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018. 125 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2005. Manual Técnico de pré-natal e puerpério, Brasília-Df, 2006. 165.p Acesso em: 10 mai. 2020.

CENSO DA POPULAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE SÃO PAULO, 2015. Prefeitura de São Paulo

## BIBLIOGRAFIA

TIBURI, Marcia. Feminismo em Comum: Para todas, todes e todos. 1. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018. 125 p.

BOND, Letycia. SP: violência contra mulher aumenta 44,9% durante pandemia: Mulheres enfrentam dificuldades para prestar queixa, alerta FBSP. [S. l.]: Valéria Aguiar, 20 abr. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-04/sp-violencia-contra-mulher-aumenta-449-durante-pandemia> . Acesso em: 10 maio 2020.

IBGE (Brasil). Divisão Regional do Brasil. [S. l.]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/15778-divisoes-regionais-do-brasil.html?edicao=24860&t=sobre> . Acesso em: 10 maio 2020.

CONSTITUCIONAL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil: [s. n.], 2015. 416 p. Acesso em 10 de maio de 2020.

PONCIANO, Levino. Centro: Sé. [S. l.]: Senac São Paulo. Disponível em: <https://www.saopaulobairros.com.br/se/>. Acesso em: 10 maio 2020.

Dados do Ministério da Sade disponíveis em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/sobre-o-programa> (data de acesso: 05.07.20)

Dados do Ministério da Sade disponíveis em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez> (data de acesso: 05.07.20)

10 sintomas de complicações e problemas na gravidez. *In*: 10 sintomas de complicações e problemas na gravidez. [S. l.]: Dr. Pedro Pinheiro, 21 set. 2020. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/gravidez/sinais-de-problemas-na-gravidez/> . Acesso em: 5 out. 2020.

Dados do Ministério da Sade disponíveis em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/sobre-o-programa> (data de acesso: 05.07.20)

PROJETO oferece pré-natal para gestantes em situação de rua em São Paulo. *In*: Projeto oferece pré-natal para gestantes em situação de rua em São Paulo: Programa Menino e Menina já atendeu 60 mulheres e auxilia no combate a doenças que podem ser prevenidas na gestação, além de ajudá-las a sair da condição de rua. [S. l.]: Redação RBA, 10 maio 2018. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2018/05/projeto-oferece-pre-natal-para-gestantes-em-situacao-de-rua/> . Acesso em: 5 jul. 2020.

PRÉ-NATAL: Quando começar, Consultas e Exames. *In*: Pré-natal: Quando começar, Consultas e Exames. [S. l.]: Dr<sup>a</sup>. Sheila Sedicias. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/pre-natal/#:~:text=O%20pré%2Dnatal%20é%20o,mãe%20e%20com%20o%20bebê.> Acesso em: 13 jul. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4. Disponível em:[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3e\\_d.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3e_d.pdf) . Acesso em 19 de julho de 2020.)

RECUSA do atendimento médico: é possível? | Colunistas. [S. l.]: Comunidade Sanarmed 3 min, 14 ago. 2019. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/recusa-do-atendimento-medico-e-possivel-colunistas> . Acesso em: 1 ago. 2020.

CÓDIGO de ética médica. [S. l.: s. n.], 2010. 69 p.

SISPRENATAL COMO FERRAMENTA FACILITADORA DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. Conhecer o funcionamento do SISPRENATAL na atenção à mulher grávida, pois ao descrever como esse instrumento facilita a assistência à saúde da gestante por meio das informações geradas. , [s. l.], 19 mar. 2014.

FARIA, Rivaldo Mauro, BORTOLOZZI, Arlêude. ESPAÇO, TERRITÓRIO E SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DE MILTON SANTOS PARA O TEMA DA GEOGRAFIA DA SAÚDE NO BRASIL. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/11995> . Acesso em: 13 jul. 2020. Site do Senado Federal

MAPA do Triângulo SP. [S. l.: s. n.], 2019. Localizado no Centro Histórico de São Paulo, o Triângulo SP fica em torno dos principais prédios históricos da região. Com 14 pontos de acesso, 3 estações de metrô e uma variedade de atrativos turísticos, gastronômicos e culturais.

IPEA registra crescimento de moradores de rua no Brasil. [S. l.], 28 jan. 2020. site.

POPULAÇÃO de rua na cidade de SP aumenta 53% em 4 anos e chega a 24 mil pessoas. O Censo de 2019 apontou que 24.344 pessoas moravam nas ruas da cidade. Em 2015, data do último levantamento, eram 15.905 moradores em situação de rua., [s. l.], 30 jan. 2020.

CENSO da população em situação de rua da cidade de São Paulo, 2015 resultados. [S. l.: s. n.], 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p. color. – (Série A.

Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1) ISBN 85-334-0877-3. Disponível em:[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf). Acesso em 16 de novembro de 2020.

MACÁRIO, Epitácio. Divisão do trabalho: Uma leitura marxista. Disponível em:[https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.uece.br/cetros/index.php%3Foption%3Dcom\\_docman%26task%3Ddoc\\_download%26gid%3D2045%26Itemid%3D1171&ved=2ahUKEwjHtZiNv4jtAhVUF7kGHc1eAzgQFjAAegQIAhAB&usq=AOvVaw3z4oe4TEwsIT0X02i2zo2K](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.uece.br/cetros/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D2045%26Itemid%3D1171&ved=2ahUKEwjHtZiNv4jtAhVUF7kGHc1eAzgQFjAAegQIAhAB&usq=AOvVaw3z4oe4TEwsIT0X02i2zo2K). Acesso em: 16 de novembro de 2020.

Clinica de Direitos Humanos Luiz Gama: Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo, 2017, p. 106. Disponível em:[file:///C:/Users/Isabella/Downloads/Primeira-infancia-e-maternidade-nas-ruas-de-SP-CDH-LG%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Isabella/Downloads/Primeira-infancia-e-maternidade-nas-ruas-de-SP-CDH-LG%20(2).pdf). Acesso em 16 de novembro de 2011.

ROSA, Anderson da Silva, BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo.. Botucatu, 2015, p.12. Disponibilizado em: <file:///C:/Users/Isabella/Downloads/1807-5762-icse-19-53-0275.pdf>. Acesso em 16 de novembro de 2020.

OMS:10 prioridades de saúde para 2019. Fiocruz, 25 de fevereiro de 2019. Acesso em 28 de novembro de 2020. Disponibilizado em: <https://cee.fiocruz.br/?q=OMS-define-10-prioridades-de-sa%C3%BAde-para-2019>