

GESTAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: VULNERABILIDADE SOCIAL, ESTIGMA INSTITUCIONAL E PROTOCOLOS DE REDUÇÃO DE DANOS NA MATERNIDADE

Francisca Moraes da Silva

Lyara Duarte Dantas Holanda

Edilma Daniel de Lima Sampaio

Maria Clebia Peixoto Rebouças

Ana Sheila Chagas Pinho

Maria do Socorro Silva de Brito

Raimunda Sueli Felipe Bezerra

Francisca Lenice Pinto

Tatiana Alves Abreu Santos

Regina Kátia Silva da Costa

Germana Kelly dos Santos Barrocas

Nagila Maria Silva Cavalcante

INTRODUÇÃO: O CORPO SEM TETO E A MATERNIDADE INVISÍVEL

A vivência da gestação em situação de rua representa a expressão máxima da desigualdade social e do fracasso das redes tradicionais de proteção à saúde. Mulheres que habitam o espaço público enfrentam a sobreposição de múltiplos determinantes sociais adversos: extrema pobreza, insegurança alimentar severa, exposição contínua à violência física e sexual, ausência de saneamento básico, estigmatização e, frequentemente, o uso abusivo de substâncias psicoativas, como o crack e o álcool (Silva et al., 2025; Almeida; Quadros, 2016).

Historicamente, o sistema de saúde tendeu a enxergar a gestante em situação de rua sob a ótica da moralização e da incapacidade parental. As barreiras geográficas, operacionais e atitudinais presentes nos serviços de saúde culminam em taxas alarmantes de não adesão ou abandono do pré-natal, diagnóstico tardio de complicações obstétricas e um risco substancialmente elevado de desfechos perinatais desfavoráveis, tais como pré-eclâmpsia grave, restrição de crescimento intrauterino, parto pré-termo, baixo peso ao nascer, sífilis congênita e óbito materno-fetal (Gilmore; Duncan; Ades, 2024; McGovern et al., 2024; St Martin et al., 2021).

A superação desse cenário exige o abandono de práticas proibicionistas e coercitivas em favor da implementação de estratégias pautadas pela equidade, pelo acolhimento sem julgamentos e pela Redução de Danos (Araujo et al., 2017; São Paulo, s.d.). Este capítulo propõe uma reflexão teórico-prática sobre o acesso, a retenção e os cuidados obstétricos à gestante em situação de rua, integrando o corpo de evidências científicas com a experiência assistencial das autoras na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH) e no âmbito da enfermagem em saúde coletiva.

BARREIRAS DE ACESSO E O PAPEL ESTRATÉGICO DO CONSULTÓRIO NA RUA

O modelo tradicional de agendamento e atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) — pautado por horários rígidos, exigência de documentos de identificação, comprovante de residência e filas presenciais — funciona como um filtro de exclusão para a população em situação de rua.

A gestante sem teto vivencia um cotidiano estruturado em torno da sobrevivência imediata (busca por alimentação, abrigo e segurança), tornando o cumprimento de rotinas burocráticas um desafio quase intransponível (Costa et al., 2015; Borghi et al., 2023). Quando essa mulher busca o serviço de saúde, frequentemente encontra o preconceito velado ou explícito de profissionais e usuários, o que desencadeia o afastamento defensivo e o medo de ter seu filho recolhido compulsoriamente pelo Estado logo após o nascimento (Schiavi et al., 2023; Santos et al., 2024).

Nesse contexto, a atuação das equipes de Consultório na Rua (CnaR) e das estratégias de busca ativa no território emerge como o principal elo de vinculação (Araujo et al., 2017; Barbosa et al., 2024). O pré-natal realizado “no chão da rua” — com flexibilização de horários, consultas itinerantes e escuta qualificada — permite construir vínculos de confiança, garantindo a realização de testes rápidos (HIV, sífilis, hepatites), a vacinação e o rastreio de intercorrências graves (Araujo et al., 2017; Plotzker et al., 2022).

DESAFIOS OPERACIONAIS NO TRATAMENTO: ARMAZENAMENTO E ADESÃO TERAPÊUTICA

A prescrição medicamentosa convencional na gestação exige adaptações cruciais quando direcionada a pacientes sem moradia fixa. A exigência de armazenar medicações em locais secos, protegidos da luz ou sob refrigeração é incompatível com a vida nas ruas.

- Risco de Perda e Roubo de Insumos: Gestantes em situação de rua frequentemente perdem seus pertences, receitas e medicamentos durante ações de descarte urbano ou episódios de violência nas ruas (Silva et al., 2025; Sakai-Bizmark et al., 2025);
- Tratamento da Sífilis Gestacional: A administração do esquema de Penicilina Benzatina exige planejamento especial. A dificuldade de garantir o cumprimento das

doses em intervalos de sete dias em pacientes com alta mobilidade exige que a equipe do CnaR ou do hospital aplique a dose imediatamente à oportunidade de contato, registrando no cartão de pré-natal de forma acessível para evitar a progressão para sífilis congênita (Plotzker et al., 2022);

- Suplementação e Esquemas Posológicos Simplificados: Prescrever suplementos como sulfato ferroso e ácido fólico em tomada única diária e fornecer pequenos quantitativos por vez (evitando o fornecimento de caixas completas que possam ser perdidas) aumenta a taxa de retenção e adesão ao tratamento (São Paulo, S.D.; Schiavi et al., 2023).

REDUÇÃO DE DANOS E O CUIDADO À GESTANTE USUÁRIA DE CRACK E OUTRAS DROGAS

A associação entre a vivência de rua e o consumo de substâncias psicoativas — em especial o crack e o álcool — suscita intensos debates éticos e assistenciais na obstetrícia. A abordagem tradicional de exigência de abstinência total como pré-requisito para o atendimento obstétrico mostrou-se ineficaz e expulsiva (Almeida; Quadros, 2016).

A filosofia da Redução de Danos não condena nem incentiva o uso de drogas, mas busca minimizar os riscos biológicos, sociais e de saúde associados ao consumo quando a abstinência não é viável ou desejada no momento pela gestante (Araujo et al., 2017; São Paulo, s.d.). No manejo obstétrico, isso se traduz em:

- Orientação sobre Nutrição e Hidratação: Estimular a ingestão hídrica e calórica nos momentos de fissura ou pós-uso de crack, reduzindo o impacto do catabolismo no crescimento fetal (Almeida; Quadros, 2016; Ferrer et al., 2025);
- Acompanhamento Intensivo da Vitalidade Fetal: Reconhecer que o vasoespasmó induzido por estimulantes (como a cocaína e o crack) eleva o risco de descolamento prematuro de placenta (DPP) e sofrimento fetal agudo, exigindo vigilância de ultrassonografia Doppler e cardiotocografia durante o internamento (Silva et al., 2025; Green et al., 2023);
- Substituição Gradual e Vínculo Acolhedor: Criar espaços seguros na maternidade para que a gestante possa permanecer internada para tratamento de intercorrências sem sentir necessidade de evasão (fuga) por sintomas de abstinência, alinhando o plano terapêutico com a equipe de saúde mental (SÃO PAULO, S.D.; JEFFERS et al., 2025).

IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Ao acolher a gestante em situação de rua em uma maternidade pública de alta complexidade, como a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH), a equipe multiprofissional deve desmontar barreiras de estigma e garantir um cuidado pautado na justiça social (Schiavi et al., 2023; Santos et al., 2024). A partir da síntese das evidências científicas e dos protocolos de alta vulnerabilidade (São Paulo, s.d.; Barbosa et al., 2024), recomendam-se as seguintes condutas diretas:

- **Acolhimento sem Exigências Burocráticas:** Garantir a internação e o atendimento de urgência/pré-natal independentemente da apresentação de documentos pessoais ou comprovante de endereço, utilizando o Cartão SUS provisório se necessário (Schiavi et al., 2023);
- **Garantia de Higiene, Alimentação e Descanso na Admissão:** Oferecer banho aquecido, roupas limpas e alimentação reforçada imediatamente à admissão, reconhecendo que a privação física interfere diretamente na capacidade de autocuidado e na estabilização clínica (Costa et al., 2015; Ferrer et al., 2025);
- **Manejo da Maternidade e Prevenção do Acolhimento Compulsório Indevido:** Acionar o Serviço Social para avaliar a rede de apoio e os recursos comunitários da mulher, garantindo que o direito à maternidade seja preservado e combatendo a destituição do poder familiar motivada puramente pela condição de pobreza ou vivência de rua (Almeida; Quadros, 2016; SANTOS et al., 2024);
- **Educação em Saúde e Saúde Bucal Integrada:** Aproveitar o tempo de permanência na maternidade para realizar orientações práticas sobre o cuidado com o recém-nascido, planejamento reprodutivo e atendimento odontológico, condição frequentemente negligenciada nessa população (Abdo et al., 2025; Galvin et al., 2024);
- **Plano de Alta Articulado com o CnaR e a RAPS:** Garantir que a alta hospitalar ocorra com encaminhamento direto e agendado para a equipe do Consultório na Rua do território de referência, garantindo a continuidade do acompanhamento puerperal e contraceptivo (Araujo et al., 2017; Barbosa et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação em situação de rua coloca em evidência a urgência de uma obstetrícia antirracista, anticlassista e verdadeiramente humanizada. O cuidado a essa população não pode ser pautado pela punição ou pela tutela estatal, mas sim pelo reconhecimento dessas mulheres como sujeitos de direitos.

Superar o estigma institucional, aplicar estratégias de redução de danos e fortalecer as redes itinerantes de cuidado são passos fundamentais para assegurar que a gestante

em situação de rua receba a proteção, o respeito e a assistência de excelência necessários para a preservação de sua vida e da vida de seu filho.

REFERÊNCIAS

ABDO, D. et al. Social and Behavioral Determinants of Dental Care Utilization among Homeless Pregnant Women in the United States. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, v. 66, n. 3, p. E411-E417, 2025.

ALMEIDA, Diana Jenifer Ribeiro de; QUADROS, Laura Cristina de Toledo. A pedra que pariu: narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 11, n. 1, p. 225-237, 2016.

ARAUJO, Amauri dos Santos et al. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, supl. 10, p. 4103-4110, 2017.

BARBOSA, N. G. et al. Accessibility to prenatal care at the Street Outreach Office: nurse perceptions in northern Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, supl. 2, e20240090, 2024.

BORGHI, G. et al. The perceived impact of homelessness on health during pregnancy and the postpartum period: A qualitative study carried out in the metropolitan area of Nantes, France. **PLoS ONE**, v. 18, n. 2, e0280273, 2023.

COSTA, Samira Lima da et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, 2015.

DIGUISEPPI, G. et al. Investigating Change in Psychosocial Outcomes for Young Adults Experiencing Homelessness in Los Angeles With and Without Pregnancy Experiences. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 57, n. 3, p. 329-339, 2025.

ERVIN, E. et al. Characteristics Associated with Homeless Pregnant Women in Columbus, Ohio. **Maternal and Child Health Journal**, v. 26, n. 2, p. 351-357, 2022.

FERRER, L. et al. Prenatal homelessness, food insecurity, and unemployment and adverse infant outcomes in a California cohort, 2007-2020. **Journal of Perinatology**, v. 45, n. 11, p. 1528-1534, 2025.

GALVIN, A. M. et al. Homelessness in the Perinatal Period and Associations With Reproductive Interconception Care: 2016-2019 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. **Public Health Reports**, v. 139, n. 4, p. 458-466, 2024.

GEDDES-BARTON, D. et al. Maternal and Infant Outcomes for Women Experiencing Homelessness Before and During Pregnancy: A Retrospective Cohort Study. **BJOG: An**

International Journal of Obstetrics & Gynaecology, v. 132, n. 13, p. 2265-2274, 2025.

GILMORE, E.; DUNCAN, K.; ADES, V. Homelessness in Pregnancy and Increased Risk of Adverse Outcomes: A Retrospective Cohort Study. **Journal of Urban Health**, v. 101, n. 2, p. 383-391, 2024.

GREEN, J. M. et al. Trends, Characteristics, and Maternal Morbidity Associated With Unhoused Status in Pregnancy. **JAMA Network Open**, v. 6, n. 7, e2326352, 2023.

JEFFERS, N. K. et al. Homelessness in pregnancy: life course factors and mental health in the context of COVID-19. **Frontiers in Psychiatry**, v. 16, p. 1509350, 2025.

MCGOVERN, M. E. et al. Homelessness and Maternal and Infant Health. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 11, e2442596, 2024.

PLOTZKER, R. E. et al. Congenital syphilis prevention in the context of methamphetamine use and homelessness. **The American Journal on Addictions**, v. 31, n. 3, p. 210-218, 2022.

SAKAI-BIZMARK, R. et al. Physical intimate partner violence among women experiencing homelessness before and during pregnancy. **American Journal of Epidemiology**, v. 194, n. 12, p. 3464-3471, 2025.

SANTOS, K. C. C. D. et al. Maternity and motherhood in street situation: integrative review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 10, e010982023, 2024.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de rotinas básicas de pré-natal em gestantes de alta vulnerabilidade**: população em situação de rua, usuárias de drogas, imigrantes, situação de exclusão social. São Paulo: SMS, s.d. 2 p.

SCHIAVI, Cristina Elisa Nobre et al. Vulnerabilidades entre mulheres em situação de rua vivenciando a gestação, parto e puerpério. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 27, e20220221, 2023.

SILVA, Danielle Magno Azevedo da et al. Intrinsic risks to pregnant women in homeless situations: a scoping review. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 20, n. 47, e4189, 2025.

ST MARTIN, B. S. et al. Homelessness in pregnancy: perinatal outcomes. **Journal of Perinatology**, v. 41, n. 12, p. 2742-2748, 2021.