

Políticas públicas de cuidado em matéria de saúde reprodutiva: entre a previsão e a realidade de mulheres grávidas em situação de rua

ARÍCIA FERNANDES CORREIA*

KATHLEEN FERREIRA DIAS**

Resumo: Este trabalho investiga em que medida o Município do Rio de Janeiro tem garantido o direito ao cuidado, por meio de políticas públicas de saúde reprodutiva, às mulheres em situação de rua. Parte-se do reconhecimento de que esse grupo é marcado por múltiplas vulnerabilidades, em descompasso com o projeto constitucional de 1988, que erige a dignidade da pessoa humana e os direitos sociais como pilares do Estado Democrático de Direito. Analisa-se o cuidado como

* Professora-Adjunta de Direito da UERJ. Pós-Doutorado em Direito Público pela *Université Paris 1 – Panthéon-Sorbonne*, com bolsa Capes. Doutora em Direito Público pela UERJ. Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Direito da Cidade (NEPEC). Procuradora do Município do Rio de Janeiro. Coordenadora do Centro de Estudos e Diretora da Escola de Políticas de Estado (EPE-Rio) da PGM Rio.

** Pesquisadora de gênero, cidade e cuidados junto ao Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Direito da Cidade (NEPEC). Graduada em Direito pela UERJ. Residente Jurídica da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro.

direito e sua incorporação ao ordenamento jurídico brasileiro, a partir da Lei nº 15.069/2024, que instituiu a Política Nacional de Cuidados, e do Parecer Consultivo OC-31/25 da Corte Interamericana de Direitos Humanos, que reconhece o cuidado como direito humano autônomo. Em seguida, examina-se o perfil das mulheres em situação de rua, com ênfase nas interseccionalidades de raça, gênero e classe que estruturam suas existências. Por fim, avalia-se a execução das políticas municipais de saúde reprodutiva. A pesquisa articula o método lógico-dedutivo com abordagens qualitativa e quantitativa, combinando revisão bibliográfica, análise normativa e levantamento de dados. Os resultados confirmam a atuação estatal, evidenciando, contudo, um comportamento marcado por fragmentação, ausência de monitoramento sistêmico e limites, que resultam em uma distribuição seletiva de direitos.

Palavras-chave: Ética do cuidado.

Direitos reprodutivos. Justiça reprodutiva.

Interseccionalidade. Dignidade humana.

Abstract: This article investigates the extent to which the Municipality of Rio de Janeiro has guaranteed the right to care, through reproductive health public policies, for women experiencing homelessness. It starts from the recognition that this group is marked by multiple vulnerabilities, at odds with the 1988 constitutional project, which establishes human dignity and social rights as pillars of the Democratic State of Law. Care is

analyzed as an ethical category and its incorporation into the Brazilian legal system, drawing on Law No. 15,069/2024, which established the National Care Policy, and on Advisory Opinion OC-31/25 of the Inter-American Court of Human Rights, which recognizes the right to care as an autonomous human right. Subsequently, the profile of women experiencing homelessness is examined, with emphasis on the intersectionalities of race, gender, and class that structure their existences. Finally, the execution of municipal reproductive health policies is evaluated. The research employs the logical-deductive method with qualitative and quantitative approaches, combining a literature review, normative analysis, and data collection. The results confirm the existence of state action, while revealing a pattern marked by fragmentation, absence of systemic monitoring, and structural limitations, resulting in a selective distribution of rights.

Keywords: Ethics of care. Reproductive rights. Reproductive justice. Intersectionality. Human dignity.

*Enviado em 23 de dezembro de 2025 e
aceito em 30 de dezembro de 2025.*

Introdução

A incorporação do cuidado como categoria analítica tem provocado importantes deslocamentos no campo jurídico e das políticas públicas, notadamente no que se refere à efetivação de direitos sociais em contextos marcados por desigualdades estruturais. Tradicionalmente associado à esfera privada, o cuidado passou a ser compreendido, a partir das contribuições da ética do cuidado, como um imperativo ético-social fundado na interdependência, na responsabilidade coletiva e na centralidade das relações, perspectiva que tensiona modelos jurídicos baseados na autonomia abstrata e na igualdade formal, exigindo do Estado respostas sensíveis às condições concretas de vulnerabilidade vivenciadas por determinados grupos sociais.

No ordenamento jurídico brasileiro, especialmente após a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi alçado à condição de direito fundamental, estruturado sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Nesse contexto, o cuidado emerge como dimensão intrínseca à efetivação do direito à saúde, articulando-se de forma especialmente relevante ao campo da saúde reprodutiva. Isso porque a saúde reprodutiva envolve processos corporais, sociais e simbólicos atravessados por marcadores de gênero, raça e classe, demandando políticas públicas que reconheçam desigualdades historicamente produzidas e que garantam autonomia, proteção e acesso integral aos serviços.

Nesse cenário, a promulgação da Lei nº 15.069/2024, que instituiu a Política Nacional de Cuidados, e o Parecer Consultivo OC-31/25 da Corte Interamericana de Direitos Humanos, que reconhece o cuidado como direito humano autônomo, representam marcos normativos relevantes para a efetivação desse direito.

Apesar desse arcabouço normativo, a efetivação do direito ao cuidado em saúde reprodutiva enfrenta desafios concretos, que se manifestam de forma mais intensa em grupos marcados por múltiplas vulnerabilidades. As mulheres em situação de rua constituem um exemplo emblemático: enfrentam obstáculos recorrentes no acesso a serviços

relacionados à gestação, à maternidade, à contracepção e à saúde sexual, condicionados tanto pelas circunstâncias da vida nas ruas quanto por estigmas sociais que dificultam o acesso ao cuidado institucionalizado. No contexto do Rio de Janeiro, essa realidade assume contornos específicos, tendo em vista a expressiva presença territorial dessa população e a necessidade de articulação contínua entre as políticas de saúde, assistência social e proteção às mulheres.

A partir dessas considerações, o presente artigo tem como objetivo analisar as políticas públicas de cuidado em matéria de saúde reprodutiva destinadas às mulheres em situação de rua no Rio de Janeiro, investigando em que medida tais políticas respondem às especificidades dessa população e identificando os seus principais desafios.

Esta pesquisa articula o método lógico-dedutivo com abordagens qualitativa e quantitativa, combinando revisão bibliográfica, análise normativa e dados oficiais. A hipótese que orienta o estudo é a de que as políticas públicas de saúde reprodutiva voltadas às mulheres em situação de rua, embora previstas normativamente e implementadas, são insuficientes, fragmentadas e desarticuladas, produzindo ineficiências que aprofundam desigualdades interseccionais e comprometem a efetividade dos direitos fundamentais dessas mulheres.

Por fim, o artigo estrutura-se em três partes. Na primeira, examina-se o cuidado como direito no ordenamento jurídico brasileiro e sua articulação com a saúde reprodutiva. Na segunda, apresenta-se o perfil das mulheres em situação de rua no Rio de Janeiro, a partir de dados com recorte territorial e de gênero. Na terceira, descreve-se o panorama das políticas públicas de saúde reprodutiva voltadas a esse grupo.

1. Cuidado como direito fundamental e como direito humano

A reflexão contemporânea sobre o cuidado desloca-se progressivamente de sua compreensão restrita ao âmbito privado para o reconhecimento de sua dimensão ética, social e política. Longe de ser apenas um gesto afetivo ou circunscrito ao espaço doméstico, o cuidado se

apresenta como prática social complexa, indispensável à sustentação da vida e ao funcionamento das instituições democráticas, como o define Joan Tronto (2009, p. 143 *apud* Brugère, 2023, p. 68), trata-se da atividade genérica voltada a manter, perpetuar e reparar o mundo que habitamos, incluindo nossos corpos e o meio ambiente.

Ao reconhecer que todo indivíduo depende, em alguma medida, de condições externas para viver, o cuidado deixa de ser prática circunscrita às relações privadas e passa a configurar responsabilidade de natureza coletiva, passagem que confere a ele o estatuto de imperativo ético-social. Assumida essa dimensão ética e coletiva, o cuidado converte-se em princípio político e, como tal, exige institucionalização: se é condição para a vida e fundamento de uma democracia substantiva, sua garantia não pode ser deixada ao âmbito privado, cabendo ao Estado desenvolver políticas públicas capazes de assegurá-lo de forma concreta e equitativa. A defesa ética do cuidado conduz, assim, necessariamente à sua positivação, o que exige compreender, a seguir, de que modo o cuidado se afirmou como direito fundamental e como direito humano no ordenamento jurídico.

A afirmação do cuidado como direito fundamental exige a compreensão do percurso de formação e de expansão dos direitos fundamentais no constitucionalismo brasileiro. Isso porque o cuidado, enquanto dever estatal e condição para o exercício da dignidade da pessoa humana, somente pode ser juridicamente reconhecido a partir de uma concepção ampliada de direitos, capaz de abarcar, para além das liberdades individuais, prestações positivas destinadas a assegurar as condições materiais de existência e de bem-estar.

Nesse marco, os direitos fundamentais podem ser entendidos como o “conjunto de direitos que a ordem jurídica, tendo em seu topo a Constituição, reconhece e/ou consagra” (Barcellos, 2020, p. 181). Esse conjunto abrange direitos individuais, sociais, trabalhistas, políticos, coletivos e difusos, todos assentados na dignidade da pessoa humana, princípio estruturante do Estado Democrático de Direito instituído em 1988. Não por acaso, o art. 1º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

[...]

III - a dignidade da pessoa humana.

Ao erigir a dignidade como fundamento da República, o constituinte deixou claro que o Estado e suas instituições não constituem fins em si mesmos, mas instrumentos voltados à realização do bem-estar humano e à promoção dos direitos fundamentais (Barcellos, 2020, p. 185). Desse modo, a Constituição demonstra que, para além do catálogo do art. 5º, princípios constitucionais também desempenham função estruturante no ordenamento, atuando como vetores interpretativos e como fundamentos normativos para a consolidação e a expansão desses direitos, à medida que incorporam novas demandas e valores sociais à esfera de proteção constitucional.

Nesse sentido, o ordenamento brasileiro compreende tanto direitos fundamentais positivados, expressos no texto constitucional, quanto direitos materialmente fundamentais, veiculados sob a forma de princípios (Barcellos, 2020, p. 192). Estes últimos, embora não enumerados de modo explícito, derivam da fundamentalidade material dos princípios basilares da Constituição e são reconhecidos por meio da interpretação sistemática, histórica e teleológica. Essa compreensão é reforçada pela leitura do art. 5º, § 2º, da CRFB/88:

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

[...]

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

Esse dispositivo evidencia que o catálogo de direitos fundamentais não se limita ao rol expresso, permitindo o reconhecimento de direitos emergentes decorrentes da evolução social e da interpretação constitucional, como ocorre com o direito ao cuidado.

A análise histórica confirma esse dinamismo: os direitos fundamentais se afirmam e se transformam em diálogo com as circunstâncias políticas, sociais e culturais de cada época. Como assinala Barcellos (2020, p. 191), sua interpretação exige a combinação dos elementos semântico, sistemático, histórico e teleológico. É a partir dessa abertura material que se torna possível reconhecer direitos como o cuidado, cujo fundamento repousa diretamente na dignidade da pessoa humana e na necessidade de proteção das condições que tornam a vida possível.

Nesse ponto, é importante distinguir direitos fundamentais e direitos humanos. No Brasil, a expressão “direitos fundamentais” é utilizada, como regra geral, para designar os direitos reconhecidos e garantidos pela ordem jurídica interna, constantes ou derivados da Constituição. Já a expressão “direitos humanos” costuma referir-se aos direitos reconhecidos no plano internacional, especialmente no âmbito dos tratados e convenções de proteção dos direitos humanos.

Essa distinção é essencial para compreender o estatuto jurídico do cuidado. No plano interno, o cuidado vem sendo reconhecido como direito fundamental, especialmente a partir da promulgação da Lei nº 15.069/2024, que institui a Política Nacional de Cuidados e positivou, no Direito brasileiro, um direito social ao cuidado de exigibilidade progressiva. No plano internacional, especialmente no âmbito do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, observa-se um movimento crescente de afirmação do cuidado como direito humano, associado à igualdade substantiva, à autonomia das mulheres e à redistribuição das responsabilidades de cuidado na sociedade.

É, portanto, nesse movimento interpretativo e evolutivo do constitucionalismo brasileiro, que articula direitos fundamentais internos e direitos humanos internacionais, que se insere o reconhecimento do cuidado como direito fundamental. Esse percurso permite transitar da

compreensão ética do cuidado, desenvolvida no tópico anterior, para sua positivação no Direito brasileiro e sua afirmação no sistema internacional. A partir dessa base teórica e constitucional, torna-se possível examinar como o cuidado vem sendo juridicamente estruturado, tanto nacionalmente, com a Política Nacional de Cuidados, quanto internacionalmente, no âmbito da proteção dos direitos humanos.

O reconhecimento jurídico do direito ao cuidado no Brasil decorre de um processo gradual de ampliação da compreensão dos direitos fundamentais, que passa a incorporar dimensões como a dependência, a vulnerabilidade e a responsabilidade coletiva, elementos centrais da vida humana e, portanto, integrantes do próprio conteúdo da dignidade da pessoa humana. O cuidado estava presente de forma difusa em normas setoriais de saúde e assistência social, contudo, seu tratamento era fragmentado, sem unidade conceitual ou reconhecimento autônomo enquanto direito fundamental.

Esse cenário se altera com a promulgação da Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024, que instituiu a Política Nacional de Cuidados (PNC) e inaugurou, no ordenamento jurídico brasileiro, uma categoria expressa de direito social ao cuidado, de natureza progressivamente exigível e diretamente vinculada ao princípio da dignidade da pessoa humana, vinculação esta que decorre do disposto no art. 5º, §2º, da Constituição Federal, segundo o qual não se excluem do rol de direitos fundamentais outros que resultem dos direitos e garantias nela expressamente previstos.

Assim, analisando-se a lei em sua íntegra, verifica-se que o artigo 1º da Política Nacional de Cuidados estabelece, em seu §1º, que “todas as pessoas têm direito ao cuidado” e, em seu §2º, desdobra essa prerrogativa nas dimensões de ser cuidado, cuidar e exercer o autocuidado. Ao incluir essas três dimensões, a norma confere densidade jurídica e material a uma concepção de cuidado que ultrapassa a ideia de prestação assistencial, afirmando-o como uma dinâmica relacional que reconhece a interdependência constitutiva da vida humana.

Trata-se, portanto, de um marco normativo que reconhece o cuidado como direito e como prática social indispensável à dignidade humana,

afirmando-o como responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade. A Política Nacional de Cuidados não apenas impõe ao poder público o dever de estruturar políticas capazes de assegurar as condições necessárias ao pleno exercício do cuidado, como também estabelece um modelo de corresponsabilização que envolve famílias, setor privado e sociedade civil. Essa diretriz fica evidente no artigo 2º da lei, transcrito abaixo, ao dispor que a PNC é dever do Estado – entendido em sentido amplo, abrangendo União, Estados, Distrito Federal e Municípios – “em corresponsabilidade com as famílias, o setor privado e a sociedade civil”, reconhecendo que a efetividade do direito ao cuidado exige a atuação coordenada e cooperativa de todos os sujeitos coletivos que integram a vida social.

Art. 2º A Política Nacional de Cuidados é dever do Estado, compreendidos a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, no âmbito de suas competências e atribuições, em corresponsabilidade com as famílias, o setor privado e a sociedade civil.

Parágrafo único. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir as suas políticas, em conformidade com o disposto nesta Lei.

Nesse ínterim, a PNC desloca a ideia do cuidado anteriormente restrita ao âmbito privado, historicamente feminilizado e invisibilizado, para o campo das obrigações positivas do Estado, reconhecendo-o como um dever público universal (art. 2º). Como observa Silva, Fonseca e Silva (2025, p. 58), o reconhecimento do cuidado como direito humano e fundamental reforça sua natureza prestacional, dependente de políticas públicas concretas para ser efetivado. Ao assumir essa dimensão, o legislador brasileiro adota uma postura vanguardista em relação ao cenário internacional, que ainda se encontrava, à época da promulgação da lei, sem parâmetros consolidados no Sistema Interamericano de Direitos Humanos.¹

¹ Importa destacar que o Parecer Consultivo OC-31/25 da Corte Interamericana (OEA, 2025), que afirma o cuidado como direito humano, após amplo processo participativo iniciado em 2023 e concluído com sua adoção em 12 de junho de 2025, foi notificado somente em 7 de agosto de 2025, posteriormente à promulgação, em dezembro de 2024, da Lei nº 15.069, que instituiu a Política Nacional de Cuidados e antecipou no plano interno a

Os objetivos centrais da Política Nacional de Cuidados evidenciam que o legislador reconhece a diversidade e a complexidade das situações em que o cuidado se torna indispensável. A PNC determina, inicialmente, a garantia do direito ao cuidado de forma gradual e progressiva, por meio de políticas públicas integrais e intersetoriais. Ao prever o acesso ao cuidado com qualidade, a lei reafirma o compromisso constitucional de garantia da dignidade da pessoa humana.

Ademais, ao estabelecer como objetivo o enfrentamento das múltiplas desigualdades estruturais que limitam o acesso ao cuidado, a PNC reconhece que certas populações – pode-se dizer que seriam pessoas em situação de rua, crianças, idosos, pessoas com deficiência e gestantes – enfrentam barreiras agravadas por condições que lhes são intrínsecas e, portanto, demandam respostas estatais diferenciadas e sensíveis às suas múltiplas vulnerabilidades. Assim, a lei consolida o cuidado como direito fundamental que exige políticas redistributivas e orientadas às necessidades concretas de quem depende de cuidado para exercer sua dignidade e para tentar enfrentar o chamado ciclo intergeracional da pobreza.

Amartya Sen (2000) argumenta que a pobreza não deve ser medida apenas pela renda, mas pela privação das capacidades e direitos básicos, como ter acesso à saúde, educação, saneamento básico, moradia digna, assim como o poder de agenciamento de seu próprio projeto de vida: a liberdade de participar da vida social e econômica. Segundo o autor (*idem*), a falta dessas capacidades em uma geração impacta diretamente a capacidade da próxima para melhorar sua condição, criando o ciclo intergeracional da escassez de direitos e assim de capacidades.

positivação desse direito. De toda forma o reconhecimento de sua autonomia deita reflexos sobre o tema em comento, recoberto de diversas camadas jurídicas: *a uma*, porque existe um cuidado transversal e neste sentido por vezes convergente com o próprio direito à saúde da mulher; e, *a duas*, porque a multidimensionalidade da vulnerabilidade de uma mulher, grávida, em situação de rua, passa a exigir um cuidado singular e multisetorial – e neste sentido quicá, em seu conjunto sistêmico, autônomo – que transcende o direito à saúde, o direito à moradia adequada e os próprios direitos reprodutivos. É desta segunda camada, dessa “colcha de retalhos”, que ganha uma dimensão própria, que parece se constituir a natureza autônoma do direito ao cuidado em situações jurídicas complexas como a vertente.

O direito ao cuidado alcança todos quantos se ponham em situação de cuidar, receber cuidado e realizar autocuidado, em tese, mas se destinam, primordialmente, a atender às pessoas em situação de múltiplas vulnerabilidades que estejam inseridas ou prestes a ser engolfadas por esse ciclo e para as quais as políticas públicas setoriais – de proteção da criança e do adolescente; de política nacional da pessoa com deficiência; de tutela do idoso; de resguardo contra o estado de coisas inconstitucional das pessoas em situação de rua; da subproteção dos direitos trabalhistas das empregadas domésticas – não foram até hoje suficientes.

Nessa linha, o artigo 5º da Política Nacional de Cuidados estabelece as definições que estruturam o alcance e a operacionalização do direito ao cuidado. De acordo com a lei, cuidado é o “trabalho cotidiano de produção de bens e serviços necessários à sustentação e à reprodução diária da vida humana, da força de trabalho, da sociedade e da economia e à garantia do bem-estar de todas as pessoas” (art. 5º, I), reconhecendo seu papel central na manutenção da vida social.

Do mesmo modo, a lei incorpora a categoria de múltiplas desigualdades, compreendidas como “desigualdades sociais estruturadas em diversas dimensões de exclusão e de subordinação com base em critérios de classe, sexo, raça, etnia, idade, território e deficiência” (art. 5º, V), indicando que o acesso ao cuidado deve considerar a incidência desigual dessas estruturas na vida dos indivíduos. E adota o princípio do universalismo progressivo e sensível às diferenças, que orienta a efetivação gradual do direito ao cuidado “consideradas as desigualdades estruturais” (art. 5º, VI), assegurando que a universalidade do cuidado² se concretize de forma equitativa³.

² O universalismo progressivo refere-se à expansão gradual e equitativa de direitos e serviços sociais, iniciando-se pelos grupos que enfrentam maior vulnerabilidade, como crianças, idosos e pessoas com deficiência, até alcançar, progressivamente, a cobertura universal. Na Política Nacional de Cuidados, esse princípio orienta a implementação do direito ao cuidado de maneira inclusiva e sensível às desigualdades estruturais.

³ É neste sentido também que se fala, à mesma época, da preferência conferida ao gênero feminino, quando atravessado por interseccionalidades, em questões fundiárias: no sentido de usufruírem de concretização gradual, porém preferencial, de direitos fundamentais, de forma inversamente proporcional às suas privações, sendo, que, na hipótese então versada, se cuidava do tema da regularização fundiária preferencial de terras a favor de mulheres

Além disso, o artigo 7º da Política Nacional de Cuidados estabelece as diretrizes que orientam a implementação do direito ao cuidado no país, definindo os parâmetros de atuação estatal e social. A lei prevê, em primeiro lugar, a integralidade do cuidado (inciso I), detalhada no parágrafo único como o atendimento das demandas e necessidades de cuidado “em todas as dimensões, como receptoras e provedoras do cuidado”, considerando os contextos social, econômico, familiar, territorial e cultural das pessoas. Estabelece, ainda, a transversalidade, a intersetorialidade, a consideração das múltiplas desigualdades e a interculturalidade das políticas (inciso II), reconhecendo que o cuidado depende da articulação entre diferentes áreas e da atenção às desigualdades estruturais.

Soma-se a isso a diretriz da garantia da participação e do controle social na formulação, implementação e acompanhamento das ações (inciso III), reforçando o caráter democrático e dialógico da política. A PNC determina também a atuação permanente, integrada e articulada das políticas de saúde, assistência social, direitos humanos, educação, trabalho e renda, esporte, lazer, cultura, mobilidade, previdência social e demais políticas necessárias ao acesso ao cuidado ao longo da vida (inciso IV); bem como a promoção da acessibilidade em todas as dimensões (inciso VI) e a territorialização e descentralização dos serviços públicos.⁴

A lei ainda reafirma a articulação interfederativa (inciso VIII), essencial para garantir a execução coordenada das ações entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Por fim, o artigo 9º da PNC estabelece a elaboração, pelo Poder Executivo federal, do Plano Nacional de

racializadas e periféricas (Correia, 2025). A propósito de políticas públicas voltadas para essa “seletividade positiva”, ressaltou-se que “tais ações devem ser reforçadas, ou servir como gradiente da universalização de direitos, pelas interseccionalidades que atingem em grau – e coraçoão – mais forte as mulheres *racializadas* da cidade e do campo (negras, indígenas, quilombolas...), para as quais todos estes vieses se multiplicam exponencialmente” (*idem*, p. 1, *infra*).

⁴ A transversalidade do direito ao cuidado decorre de sua vinculaçoão direta à dignidade da pessoa humana e ao conjunto de direitos voltados à garantia do bem-estar físico, psicológico e social. Por essa razão, o cuidado permeia diversos direitos econômicos, sociais e culturais, como saúde, educação, moradia e alimentaçoão, funcionando como eixo integrador que articula políticas públicas e assegura condições materiais para o pleno exercício dos demais direitos fundamentais.

Cuidados, documento que deverá detalhar as ações, metas, indicadores, instrumentos, período de vigência, formas de revisão e a definição dos órgãos e entidades responsáveis por sua execução. Trata-se do instrumento central de planejamento e gestão da política, por meio do qual o direito ao cuidado se converterá em ações concretas, monitoráveis e avaliáveis. A norma, portanto, reconhece que o cuidado não pode ser garantido de forma fragmentada, exigindo um arranjo institucional que integre múltiplas políticas públicas e que enfrente, de maneira coordenada, as desigualdades que estruturam a vida social.

Ante o exposto, a análise da Política Nacional de Cuidados revela que realidades como a das mulheres em situação de rua ilustram, de forma emblemática, a necessidade e a centralidade do cuidado como direito. A conjunção de múltiplas desigualdades – de gênero, classe, raça, território e condição de moradia – condiciona, na prática, o exercício das três dimensões do cuidado, diante das especificidades que caracterizam a vida nas ruas.

Em síntese, a Lei nº 15.069/2024 representa um marco normativo relevante ao reconhecer o cuidado como direito, positivando-o no plano interno e inaugurando um campo normativo próprio. Ao mesmo tempo, a lei dialoga com o cenário internacional, no qual o cuidado avançou para o reconhecimento como direito humano autônomo, conforme evidencia o Parecer Consultivo OC-31/25 da Corte Interamericana de Direitos Humanos.

O percurso que culminou nesse reconhecimento internacional é significativo. A Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 surge como marco normativo inicial, ao compreender o direito à seguridade social e aos cuidados na maternidade e na infância. Na sequência, a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem estabeleceu bases relevantes para a proteção do cuidado, e a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas mencionou, pela primeira vez de maneira expressa, o direito ao cuidado no marco do Sistema Interamericano (Piovesan; Fachin; Felipp, 2025, p. 164). A jurisprudência interamericana, por sua vez, já tratava do tema, ainda que indiretamente, por meio de decisões voltadas à proteção integral da

dignidade humana, processo que resultou, de forma gradual, na consolidação do Parecer Consultivo OC-31/25.

Adotado em 12 de junho de 2025 e notificado em 7 de agosto do mesmo ano, o Parecer constituiu o segundo processo consultivo de maior participação da história da Corte, recebendo 129 manifestações escritas, sendo o primeiro em que um tribunal internacional foi formalmente instado a definir o conteúdo e o alcance do direito ao cuidado (CIDH, 2025). No documento, a Corte reconheceu que o cuidado constitui uma necessidade básica, universal e inevitável, indispensável tanto à existência da vida humana quanto à sustentação da vida em sociedade, definindo-o como o conjunto de ações necessárias para preservar o bem-estar humano, incluindo a assistência às pessoas em situação de dependência, de modo temporário ou permanente.

Essa formulação representou uma ruptura paradigmática: o cuidado deixou de ser mera prática social ou valor moral e passou a integrar o núcleo essencial dos direitos humanos, compreendidos como interdependentes e indivisíveis. A partir de uma interpretação sistemática, evolutiva e *pro personae* dos direitos consagrados na Convenção Americana, a Corte afirmou a existência de um direito autônomo ao cuidado, que abrange três dimensões essenciais: o direito de ser cuidado, que assegura cuidados adequados às pessoas em situação de dependência; o direito de cuidar, que protege as pessoas responsáveis pelo cuidado, remunerado ou não; e o direito ao autocuidado, que garante tempo, condições e recursos para que cada pessoa cuide de si e desenvolva seu próprio projeto de vida (CIDH, 2025).

O Parecer estabeleceu ainda que o cuidado está intrinsecamente vinculado aos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais, constituindo condição necessária para o exercício de direitos como saúde, trabalho, seguridade social, educação e proteção da família. A ausência de cuidado, portanto, representa violação indireta da dignidade humana. Nesse sentido, cabe aos Estados respeitar e garantir esse direito, adotando medidas legislativas, administrativas e de outra natureza necessárias à sua plena efetividade, com proteção reforçada a grupos em situação de maior

vulnerabilidade, como crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiência e mulheres em situação de dependência ou pobreza, incentivando ainda a criação ou fortalecimento de Sistemas Nacionais de Cuidados (CIDH, 2025).

Desse modo, tanto a Política Nacional de Cuidados quanto o Parecer Consultivo OC-31/25 atestam que o cuidado se constitui como direito humano e como direito fundamental, deslocando o debate para a centralidade das políticas públicas capazes de garantir sua efetividade. Esse movimento é especialmente relevante no campo da saúde reprodutiva, em que a interseção entre autonomia, vulnerabilidade e desigualdades estruturais impõe desafios específicos, tema que será examinado na seção seguinte.

1.2 Direito ao cuidado em matéria de saúde reprodutiva

O direito ao cuidado em matéria de saúde reprodutiva insere-se no núcleo do direito à saúde, o que evidencia a interdependência e a transversalidade que estruturam o campo dos direitos humanos. Nesse contexto, conforme ressalta o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas, o direito à saúde constitui elemento essencial para a realização dos demais direitos e é responsável por assegurar a toda pessoa uma vida digna. Nas palavras do órgão internacional (United Nations, Economic and Social Council *apud* Piovesan; Fachin; Felipp, 2025, p. 158):

A concretização do direito à saúde pode ser obtida por meio de várias abordagens complementares, como a formulação de políticas de saúde, a implementação de programas de saúde desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ou a adoção de instrumentos legais específicos.

Sob essa ótica, o direito à saúde desdobra-se em diversos campos, entre eles os direitos reprodutivos. Esses direitos dizem respeito à liberdade e à autonomia de cada pessoa em decidir, de maneira informada

e segura, sobre a reprodução, o planejamento familiar e o exercício da sexualidade, sem coerção, discriminação ou violência. Encontram fundamento direto na Constituição, especialmente no princípio da dignidade da pessoa humana e se materializa no direito ao planejamento familiar, previsto no artigo 226, §7º, da CRFB/88 (Lima; Schiocchet, 2025, p. 219; Correia; Morgado, 2025, p. 73-74):

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

[...]

III - a dignidade da pessoa humana;

[...]

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

[...]

§ 7º 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 educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

A autonomia reprodutiva, entendida como a capacidade de tomar decisões livres e informadas sobre o próprio corpo, decorre historicamente da construção liberal da “propriedade de si”, presente no ativismo transnacional em saúde sexual e reprodutiva. Trata-se de conquista feminista que, por meio da luta e dos debates sobre planejamento reprodutivo, planejamento familiar e sobre o próprio direito de ter filhos, consolidou marcos normativos que conferem centralidade à integridade corporal e à autonomia decisória, especialmente das mulheres (Lima; Schiocchet, 2025, p. 218-219).

Essa autonomia, contudo, não se exerce de forma abstrata. Como destaca Crenshaw (2002, p. 179), políticas públicas historicamente dirigidas a mulheres pobres, negras, indígenas e demais grupos marginalizados – incluindo esterilizações forçadas, controle compulsório de natalidade e punições econômicas – foram justificadas por estereótipos

interseccionais que associam determinadas mulheres à “sexualidade indisciplinada”. Segundo a autora: “as mulheres que estão na intersecção desses estereótipos tornam-se especialmente vulneráveis a medidas punitivas, baseadas em como suas identidades são percebidas pelos outros” (Crenshaw, 2002, p. 179).

Essa lógica discriminatória também se manifesta no sistema de saúde, no qual maternidades negras, indígenas, trans e pobres são reiteradamente desqualificadas e violentadas, inclusive no contexto de violências obstétricas (Scavone, 1985; Cristovam; Lugoch, 2019 *apud* Baggio; Cristovam, 2025, p. 279). Tais práticas evidenciam a dimensão estrutural das injustiças reprodutivas, que impedem o exercício pleno da autonomia e do cuidado e ainda contribuem para uma “injustiça reprodutiva intergeracional” (Correia; Morgado, 2025).

Segundo Correia e Morgado (2025, p. 73):

Em um conceito contemporâneo, à luz da justiça reprodutiva, direitos reprodutivos devem ser compreendidos como aqueles ligados ao direito ao planejamento familiar responsável, ao biodireito, à parentalidade ética em geral e à *choice* feminina em particular: reconhecido às meninas, adolescentes e mulheres, cis ou transgêneros, em especial, àquelas em situação de maior desamparo, o direito de escolher ser mãe ou não, em condições sociais, ambientais, culturais, econômicas, políticas e dialógicas em que essa decisão possa ser tomada de uma forma autodeterminada e, portanto, efetivamente livre.

Neste sentido, a saúde reprodutiva, conforme definida pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), consiste em um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo e suas funções, não se restringindo à ausência de doenças ou enfermidades. Trata-se de um campo que requer políticas públicas integradas, voltadas não apenas à assistência médica, mas à criação de condições sociais, econômicas, políticas e ambientais que garantam a autodeterminação e o exercício pleno desses direitos, tanto durante a gravidez, quanto na reunião das

condições de saúde físicas e mentais necessárias para a tomada da decisão quanto a ter ou não ter um bebê saudável, assim como na assunção dos meios indispensáveis ao exercício pleno dos poderes-deveres da parentalidade (Ross, 2017; Ross, 2018; Correia; Morgado, 2025).

É nesse cenário que ganha relevo a abordagem da justiça reprodutiva, a qual inscreve a autonomia corporal e reprodutiva em termos amplos de justiça social, atentos às interseções entre gênero, raça e classe. Essa perspectiva demonstra que os direitos reprodutivos não se realizam apenas por meio de garantias individuais, mas pela transformação das estruturas de poder que moldam o acesso ao cuidado. Como afirmam Lima e Schiocchet (2025, p. 220):

Nessa esteira, exsurge o conceito teórico-político da justiça reprodutiva, que objetiva inscrever a autonomia corporal e reprodutiva em termos mais amplos de justiça social, “conscientes das interseções de classe, raça e desigualdade de gênero, e das injustiças reprodutivas que envolvem tanto a maternidade forçada quanto a negação da maternidade”. Trata-se de uma perspectiva, portanto, que não busca “substituir” os standards sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, mas, sim, “destacar as formas interseccionais de opressão que ameçam a integridade corporal”.

Nesse contexto, o cuidado ocupa lugar central na justiça reprodutiva, pois a efetivação dos direitos reprodutivos depende de condições concretas de saúde, segurança, apoio social e acesso à informação. A conexão entre cuidado e saúde reprodutiva é intrínseca: cuidar implica reconhecer a vulnerabilidade e a dependência que atravessam os corpos, especialmente os feminizados. Enquanto prática social e responsabilidade coletiva, o cuidado constitui eixo ético e político para a efetivação dos direitos reprodutivos. Sua operacionalização exige políticas públicas capazes de acolher experiências reprodutivas diversas, garantindo acesso equitativo a informações, serviços de saúde, acompanhamento gestacional, parto humanizado, planejamento familiar e apoio psicossocial.

A título ilustrativo, o autocuidado – entendido como a capacidade de gerir a própria saúde física, mental, sexual e reprodutiva – guarda relação direta com a saúde reprodutiva. Para Lima e Schiocchet (2025, p. 225), o direito ao autocuidado pressupõe ambiente social e institucional que ofereça “informação, recursos e condições que apoiem decisões conscientes”, permitindo que pessoas administrem sua saúde sexual e reprodutiva de acordo com seus valores e necessidades. O autocuidado, portanto, ultrapassa a prevenção e o tratamento de doenças, abrangendo acesso à contracepção, planejamento familiar, cuidados pré-natais, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e promoção do bem-estar integral.

Além disso, as dimensões de ser cuidado e de cuidar tornam-se centrais diante das desigualdades estruturais que condicionam o acesso a direitos. Ser cuidado implica garantir serviços de saúde acessíveis, integrais e de qualidade, especialmente para mulheres, meninas, adolescentes, pessoas indígenas, afrodescendentes, rurais ou com deficiência, que enfrentam maior risco de morbidade e mortalidade em contextos ordinários e, ainda mais, em situações de desastre e emergência (Lima; Schiocchet, 2025, p. 225). Esse reconhecimento demanda políticas que acolham, informem e amparem, superando práticas discriminatórias e violências obstétricas que historicamente atingem maternidades negras, indígenas, trans e pobres (Scavone, 1985; Cristovam; Lugoch, 2019 *apud* Baggio; Cristovam, 2025, p. 279).

A dimensão de cuidar, por sua vez, evidencia como determinados grupos, especialmente mulheres pobres, racializadas e marginalizadas, são responsabilizados pelo cuidado sem acesso aos recursos materiais necessários ao exercício seguro e digno da maternidade. O paradigma da justiça reprodutiva denuncia um sistema que “simultaneamente força o trabalho gestacional sem recursos para um cuidado humano mais amplo e retira a parentalidade de pessoas pobres e racializadas” (Lima; Schiocchet, 2025, p. 220). Nesse cenário, mulheres em situação de rua também têm o direito de cuidar negado, quando são afastadas de seus filhos justamente pela falta de condições materiais de sobrevivência.

Assim, o direito ao cuidado no âmbito reprodutivo é atravessado por relações de poder, estigmas e desigualdades socioeconômicas, o que reforça a importância de políticas públicas que assegurem não apenas autonomia corporal, mas também suporte social e estatal para que o cuidado, em todas as suas dimensões, seja efetivamente exercido.

Quando se trata de mulheres em situação de rua, a precariedade do cuidado em saúde reprodutiva pode alcançar grau extremo. A ausência de moradia, segurança alimentar, higiene, acesso a documentos e vínculos familiares ou institucionais, somados à interseção entre gênero, raça e classe que frequentemente marca a trajetória dessas mulheres, representam desafios concretos ao autocuidado e ao acesso aos serviços básicos de saúde reprodutiva.

A vulnerabilidade reprodutiva manifesta-se, assim, não apenas na dificuldade de acesso ao pré-natal ou à contracepção, mas na limitação das condições para decidir sobre a própria reprodução ou para garantir gestação e parto seguros. Nesse contexto, a efetivação do cuidado institucionalizado representa um desafio estrutural, que impõe ao Estado o dever de assegurar a essas mulheres o direito de viver sua maternidade – ou de não vivê-la – com dignidade e proteção, da mesma forma que lhes assegure o exercício da parentalidade segura e o acesso à intergeracionalidade dos direitos humanos que lhe são correlatos, entre os quais, água potável, moradia digna, igualdade de gênero, direitos reprodutivos e justiça reprodutiva alimentar intergeracional, compreendida como o conjunto de fatores alimentares, genéticos, ambientais, climáticos, sociais, culturais, políticos e psicológicos, peculiares preponderantemente às mulheres periféricas e racializadas, que influenciam não só a opção da mulher por não ter, ter, gestar e/ou conseguir criar bebês com segurança alimentar e nutricional, mas, também, que determinam, em razão dessas mesmas condições em que vive, e como se reconhece, do acesso que tenha ou não à saúde e à nutrição pré-natal necessárias ao pleno desenvolvimento do feto, da forma como se alimenta durante (alimentos gravídicos) e mesmo antes da gestação, e de sua própria genética, o quão saudável será seu bebê – e suas futuras gerações (Correia; Morgado, 2025, p. 76 e 77).

Dessa forma, o direito ao cuidado em saúde reprodutiva pressupõe a integração entre autonomia corporal, justiça social e políticas públicas estruturantes. A efetivação da proteção reprodutiva, especialmente para mulheres que enfrentam múltiplas desigualdades, como aquelas em situação de rua, requer medidas capazes de criar condições materiais para o exercício das três dimensões do cuidado reconhecidas pela Política Nacional de Cuidados e pelo Parecer Consultivo OC-31/25: ser cuidada, cuidar e praticar o autocuidado.

A partir dessa base normativa e teórica, o próximo tópico examina o perfil das mulheres em situação de rua no Rio de Janeiro, oferecendo o contexto necessário para avaliar as políticas públicas de saúde reprodutiva a elas destinadas.

2. Mulheres em situação de rua: um “retrato” possível

O Decreto n. 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, define esse grupo como heterogêneo, tendo em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, utilizando logradouros públicos, áreas degradadas ou unidades de acolhimento como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente.

Por certo, a definição jurídica situa o grupo, mas não alcança a pluralidade de histórias, escolhas e identidades que o compõem. Dentro desse grupo heterogêneo, as mulheres constituem um subgrupo com especificidades próprias, sobretudo no campo da saúde reprodutiva, que os dados disponíveis permitem iluminar.

Para tanto, são utilizados dados produzidos por órgãos oficiais e centros de pesquisa, reconhecendo-se as limitações metodológicas dessas fontes, bem como as dificuldades estruturais relacionadas à coleta, à atualização e à publicização das informações referentes a essa população. Ainda assim, os dados disponíveis permitem delinear um retrato inicial capaz de situar o debate e contextualizar as análises desenvolvidas neste estudo.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) elaborou a Nota Técnica n. 103 sobre a estimativa da população em situação de rua no Brasil no período de 2012 a 2022. Publicada em 2023, a nota apresenta dados relevantes para a compreensão do perfil sociodemográfico desse grupo e evidencia o crescimento expressivo da população em situação de rua no país. Segundo o IPEA, a estimativa nacional passou de 90.480 (noventa mil e quatrocentos e oitenta) pessoas em 2012 para 281.472 (duzentos e oitenta e um mil e quatrocentos e setenta e duas) em 2022. Em termos proporcionais, a população praticamente triplicou, revelando não apenas a expansão desse grupo, mas também o aprofundamento das desigualdades estruturais associadas a essa condição.

Tabela 1
Número de pessoas em situação de rua no Brasil (2012-2022)

Ano	População em situação de rua estimada
2012	90.480
2013	96.246
2014	106.650
2015	123.104
2016	138.785
2017	160.614
2018	184.749
2019	204.660
2020	214.451
2021	232.147
2022	281.472

Fonte: Nota Técnica n. 103, IPEA.

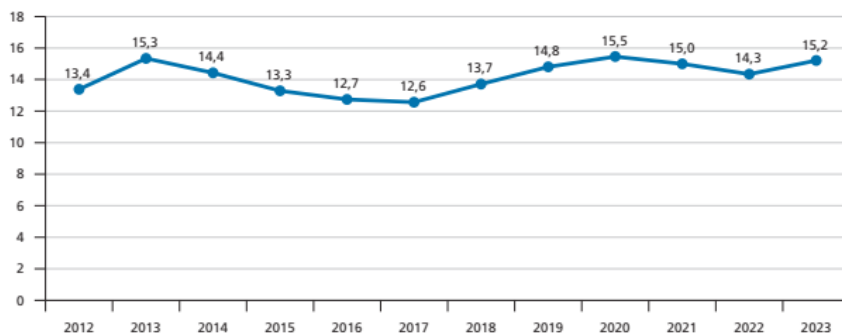
A análise regional indica que a região Sudeste concentrou a maior parte da população em situação de rua durante todo o período, passando de 46.702 em 2012 para 151.030 em 2022.

Outra pesquisa do IPEA, publicada em março de 2024, utilizou dados do Cadastro Único para apresentar resultados sobre a população em situação de rua. Entre os principais motivos apontados para a entrada nessa condição estão: problemas com familiares ou companheiros (47,3%),

desemprego (40,5%), alcoolismo ou uso de outras drogas (30,4%) e perda de moradia (26,1%). A pesquisa demonstra ainda que os motivos se interrelacionam, sobrepondo-se frequentemente, e que o tempo de permanência nas ruas varia: 33,7% permanecem até seis meses nessa condição, enquanto 11,7% permanecem por mais de dez anos. O fator econômico é a principal razão para a permanência nas ruas, seguido por problemas familiares e questões de saúde.

No que se refere ao gênero, a proporção de mulheres em situação de rua entre 2012 e 2023 oscila entre 13% e 15%, atingindo o pico em 2020 (15,5%). Esses dados indicam que, com o aumento da população em situação de rua, a presença feminina também cresce. Entre as mulheres, destacam-se vulnerabilidades específicas, como violência de gênero, rupturas familiares, desemprego e perda de moradia. Problemas familiares ou com companheiros foram apontados como principal motivo tanto por homens (47,8%) quanto por mulheres (41,9%), sendo que, para estas últimas, sobressaem ainda questões relacionadas à violência (8,8%) e à saúde (3,5%).

Gráfico 1 – Proporção de mulheres em situação de rua por ano de entrada na situação de rua: cortes anuais (em %)



Fonte: IPEA, A população em situação de rua nos números do cadastro único, 2023.

Tabela 2 – Proporção de homens e mulheres
por motivo da situação de rua (em %)

Motivo	Homens	Mulheres
Problemas com familiares ou companheiros	47,8	41,9
Desemprego	41,2	33,3
Alcoolismo ou outras drogas	31,7	19,4
Perda de moradia	25,3	30,6
Outro motivo	10,4	16,8
Trabalho (local de)	4,2	3,5
Ameaça ou violência	4,2	8,8
Tratamento de saúde	3,0	3,5
Preferência ou opção própria	2,9	3,2
Não sabe ou não lembra o motivo	0,5	0,7

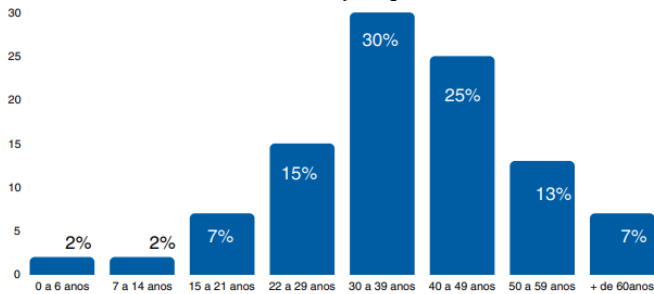
Fonte: IPEA, A população em situação de rua nos números do cadastro único, 2023.

Dados do Cadastro único apontaram, no ano de 2022, aproximadamente 13.566 pessoas em situação de rua no município Rio de Janeiro. O censo realizado pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP), por sua vez, identificou 7.865 pessoas em situação de rua para o mesmo período – números que podem variar, naturalmente, a depender das diferenças metodológicas entre os instrumentos de coleta.

A distribuição territorial indicou maior concentração nas Áreas de Planejamento 1 (Centro e entorno) e 3 (Zona Norte), que registraram, respectivamente, 2.220 e 2.380 pessoas, considerando os grupos “na rua” e “em instituição”, o que revela que, embora a situação de rua atravessasse todo o território urbano, sua incidência se manifesta de forma mais intensa nessas regiões. Entre as cerca de sete mil pessoas identificadas pelo censo, cerca de 1.400 eram mulheres.

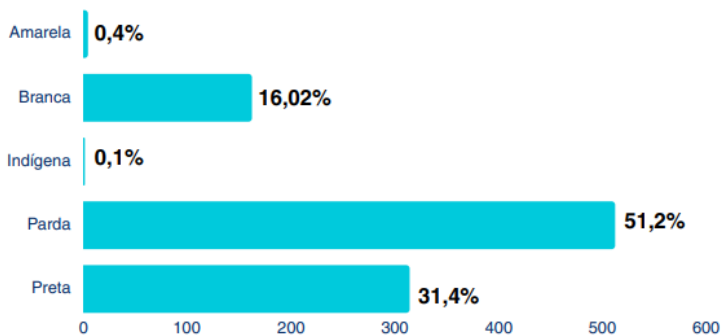
A distribuição etária das mulheres, conforme dados da Secretaria Municipal de Assistência Social (2023), revelou que a maior parte se encontra na fase adulta e reprodutiva: 30% têm entre 30 e 39 anos, e 25% entre 40 e 49 anos. Quanto à cor/raça, 51,2% se declararam pardas, 31,4% pretas, 16,02% brancas, 0,4% amarelas e 0,1% indígenas.

Gráfico 2 – Distribuição por faixa etária



Fonte: SMAS, período de referência: julho a dezembro de 2023.

Gráfico 3 – Distribuição por cor/raça



Fonte: SMAS, período de referência: julho a dezembro de 2023.

Da mesma forma, a leitura dos censos municipais de 2020 e 2022 também indica a predominância de mulheres em situação de rua na fase adulta, faixa etária que compreende o ciclo reprodutivo, o que torna relevante identificar as políticas públicas de cuidado em saúde reprodutiva destinadas a essas mulheres.

Os dois levantamentos, tomados em conjunto, permitem ainda observar alguns elementos recorrentes. Em 2020, parte das mulheres entrevistadas não possuía documentação civil básica, condição que pode dificultar o acesso a políticas de saúde, assistência social e renda. Foram relatadas também dificuldades no acesso a alimentação, itens de higiene e acolhimento institucional, além de situações envolvendo violência. Os dados de 2022 apontam a manutenção de parte desse quadro, dificuldades

relacionadas ao acesso à água potável e limitações nos equipamentos de acolhimento, incluindo relatos de insegurança nos abrigos. A presença, nesse contingente, de mulheres idosas, crianças e mães acompanhadas de filhos indica ainda a diversidade interna do grupo e a variedade de demandas envolvidas, aspectos que reforçam a relevância de se examinar se a perspectiva de gênero tem sido considerada nas ações de saúde voltadas a essa população. A seção seguinte volta-se, assim, à análise dessas políticas.

3. Panorama das políticas públicas de saúde reprodutiva para mulheres em situação de rua

A análise das políticas públicas de saúde reprodutiva no município do Rio de Janeiro exige, inicialmente, a compreensão do que se entende por política pública e de que forma sua implementação, execução e avaliação se articulam com a garantia do direito ao cuidado.

Isso porque, desde a década de 1950, os estudos sobre avaliação de políticas públicas consolidaram-se como campo próprio, voltado à formulação de métodos capazes de identificar o desenvolvimento, os limites e os impactos de intervenções governamentais. Aguilar e Ander-Egg (1994, p. 31 *apud* Farranha; Sena, 2023, p. 20) definem a avaliação como um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes elementos que compõem um programa, desde o diagnóstico até a programação e execução, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos. Trata-se, portanto, de um instrumento indispensável para verificar se os arranjos institucionais existentes são capazes de garantir direitos, especialmente em contextos marcados por desigualdades estruturais.

No campo da saúde reprodutiva, essa perspectiva avaliativa impõe questões fundamentais: como tais políticas vêm sendo estruturadas? Qual é o desenho institucional que orienta sua execução no território? Que elementos compõem seus planos de ação? E, sobretudo, em qual contexto de desigualdades essas políticas se materializam? Como destaca a literatura, perceber a intersecção entre diferentes políticas, reconhecer assimetrias e compreender os sentidos de pertencimento produzidos no

interior das instituições contribui para dar visibilidade a demandas historicamente invisibilizadas (Farranha; Sena, 2023).

Nesse contexto, as políticas de saúde reprodutiva no Rio de Janeiro inscrevem-se no marco normativo federal que reconhece a população em situação de rua como destinatária de ações específicas, a exemplo do Decreto n. 7.053/2009 e da Portaria GM/MS n. 5.350/2024, e encontram na Atenção Básica o eixo estruturante de sua atuação.

A Atenção Básica, ou Atenção Primária à Saúde, caracteriza-se como o conjunto de ações individuais e coletivas voltadas à promoção, proteção e prevenção, bem como ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação e à redução de danos. Orientada pelos princípios da universalidade, equidade, acessibilidade, continuidade e integralidade, constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e a base de cuidado mais próxima da vida dos usuários. No território, as unidades de Atenção Básica assumem responsabilidade sanitária sobre populações referenciadas, utilizando tecnologias complexas e diversas para manejar necessidades frequentes e relevantes, devendo observar critérios de risco, vulnerabilidade e acolhimento (PNAB, 2012).

O município do Rio de Janeiro estruturou, ao longo dos últimos anos, um conjunto de políticas públicas voltadas à população em situação de rua, tendo como principal estratégia na Atenção Primária as Equipes de Consultório na Rua (eCR). Previstas na Política Nacional de Atenção Básica desde 2011, as equipes destinam-se a articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua, atuando de forma itinerante nas ruas, em unidades móveis, em bases de apoio nas Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde, e em articulação com serviços como CAPS, UPAs, hospitais de urgência e equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (PNAB, 2012).

As equipes são multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, profissionais de saúde bucal, agentes sociais e agentes comunitários de saúde, e desenvolvem ações que incluem: acolhimento e primeiro atendimento; orientação em saúde sexual e

reprodutiva; planejamento familiar e distribuição de insumos; consultas e acompanhamento pré-natal; diagnóstico e tratamento de ISTs; ações de vacinação e cuidados de saúde bucal; acompanhamento em saúde mental; redução de danos no contexto do uso de álcool e outras drogas; encaminhamento para abrigo, documentação civil e benefícios sociais.

A proteção à saúde reprodutiva das mulheres em situação de rua encontra seu fundamento mais amplo na Constituição Federal, que assegura, em seus arts. 6º, 196 e 226, §7º, proteção integral à saúde, à maternidade e à infância, além de garantir o planejamento familiar como direito a ser exercido livremente, fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável. Esse compromisso constitucional não é abstrato: ele impõe ao Estado o dever de estruturar políticas públicas capazes de alcançar todas as pessoas.

É a partir desse fundamento que se constrói o arcabouço normativo específico voltado às mulheres em situação de rua. A Rede Alyne, lançada em setembro de 2024 pelo Ministério da Saúde por meio das Portarias GM/MS n. 5.350 e 5.359/2024, que substitui e atualiza a antiga Rede Cegonha, fortalece a atenção à saúde materno-infantil no Sistema Único de Saúde e se destaca por nomear expressamente as mulheres em situação de rua como destinatárias de cuidado prioritário:

Art. 2º O Anexo II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 passa a vigorar com as seguintes alterações:

[...]

VII - a proteção e a promoção do vínculo da família e bebê, em especial para pessoas em situação de rua;

[...]

Art. 7º O componente pré-natal será organizado em diferentes níveis de atenção à saúde e é constituído pelos seguintes pontos de atenção:

[...]

§ 3º O atendimento a gestantes em situação de rua e acompanhantes gestacionais deverá ser ofertado, prioritariamente, pelas Equipes de Consultório na Rua e, na ausência destas, por outro tipo de equipe de referência, garantido o acesso a todos os serviços da rede e observadas as diretrizes da política.

Isto é, há expressa previsão e determinação normativa para que o cuidado pré-natal seja *territorializado*, contínuo e aderente às vulnerabilidades específicas das mulheres em situação de rua.

Somado a isso, a Resolução CNJ n. 425/2021, que institui a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua, reconhece explicitamente a heterogeneidade desse grupo e as interseccionalidades que estruturam suas desigualdades – raça, gênero, geração, deficiência, saúde mental, uso de substâncias psicoativas –, exigindo tratamento equitativo e políticas afirmativas para o gozo efetivo de direitos:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades com o objetivo de:

[...]

II – considerar a heterogeneidade da população em situação de rua, notadamente quanto ao nível de escolaridade, naturalidade, nacionalidade, identidade de gênero, características culturais, étnicas, raciais, geracionais e religiosas, e com atenção aos aspectos interseccionais no atendimento a essa população, pensando em mulheres, população LGBTQIA+, crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas convalescentes, população negra, pessoas egressas do sistema prisional, migrantes, povos indígenas e outras populações tradicionais, pessoas com deficiência, com especial atenção às pessoas em sofrimento mental, incluindo aquelas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, exigindo tratamento equitativo e políticas afirmativas, para assegurar o gozo ou exercício dos direitos, nos termos do art. 5º da Convenção Interamericana contra Toda Forma de Discriminação e Intolerância;

No que tange à maternidade, a Resolução assegura às crianças e adolescentes em situação de rua o direito à convivência familiar e comunitária, estabelecendo que a situação de rua, por si só, não justifica a suspensão do poder familiar, tampouco a falta de vagas em acolhimento ou de moradia digna autoriza o afastamento do convívio (arts. 30 *caput* e §§1º

e 2º). Determina ainda que os processos envolvendo a maternidade dessas mulheres observem fluxos processuais específicos, com base em relatórios socioassistenciais e de saúde sobre o histórico da gestação, resguardando que eventual interesse em entrega para adoção parta exclusivamente da gestante, sem qualquer incentivo, e que o uso de substâncias psicoativas não constitua, isoladamente, motivo para acolhimento institucional compulsório dos filhos (art. 31, *caput*, §§2º, 3º e 5º).

Art. 30. Às crianças e adolescentes em situação de rua é assegurado o direito à convivência familiar e comunitária, bem como proteção integral da família em situação de vulnerabilidade social, de modo a evitar a separação de mães e pais e outros cuidadores em situação de rua e seus filhos e filhas e outros dependentes.

§1º A situação de rua não é motivo suficiente para a suspensão e perda do poder familiar, de acordo com o art. 23 do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA).

§2º A falta de vagas em instituição de acolhimento da rede de proteção social, bem como a falta de moradia digna não justifica o afastamento do convívio familiar.

[...]

Art. 31. Na tramitação dos processos envolvendo a maternidade de mulheres em situação de rua, o Poder Judiciário deverá estabelecer fluxos processuais adequados, podendo requisitar os relatórios de acompanhamento dos serviços socioassistenciais e de saúde, que contenham o histórico da rede durante a gravidez.

§2º O interesse em entregar o filho ou a filha para adoção tem que partir da gestante ou mãe, sendo vedado qualquer tipo de incentivo, devendo ser confirmado mediante atendimento pela equipe interprofissional da justiça, da infância e da juventude e, após o nascimento, pelo juiz em audiência, na forma do art. 19-A, § 1º, 2º e 5º do ECA.

§ 3º A gestante ou mãe em situação de rua que manifeste interesse em entregar seu filho para adoção será amplamente informada sobre as possibilidades de auxílio, atendimento e acompanhamento pelas redes de saúde e assistência social, entre outras, bem como sobre o direito à

entrega protegida se esse for o seu desejo, na forma do art.13, § 1o, do ECA.

§ 5º A situação de rua e/ou uso de substâncias psicoativas por gestantes ou mães não deve, por si só, constituir motivo para o acolhimento institucional compulsório de seus filhos.

Esse entendimento é detalhado pelo Protocolo Mulheres em Situação de Rua e Proteção às Maternidades, elaborado pelo CNJ com base na Resolução n. 425/2021, que orienta serviços de saúde e sistema de justiça da gestação ao pós-parto. Entre suas determinações centrais estão a vedação à imposição de métodos contraceptivos contra a vontade da gestante ou puérpera; a garantia do pré-natal como direito, cuja ausência deve ser lida como falha do poder público, e não como negligência materna apta a justificar acolhimento ou destituição; a vedação ao uso de substâncias psicoativas durante a gestação como fundamento para medidas judiciais; e a proibição de acolhimentos ou destituições antes do nascimento (CNJ, Protocolo, 2021, p. 48). Assegura-se também o direito ao parto digno, plano de parto, acompanhante de escolha, contato imediato com o bebê e amamentação, vedando-se expressamente impedimentos de contato, pressão para adoção e esterilizações forçadas (CNJ, Protocolo, 2021, p. 66). O Protocolo reconhece, ainda, que tais processos tendem a ser acelerados e atravessados por estigmas, com mulheres negras sujeitas a maior risco de destituição em razão do racismo institucional, determinando que o encaminhamento às Varas da Infância seja exceção, e não prática automática, condicionado à articulação prévia com a rede de saúde e assistência social (CNJ, Protocolo, 2021, p. 80).

Esse conjunto normativo – Constituição Federal, Rede Alyne, Resolução CNJ n. 425/2021 e Protocolo de Proteção às Maternidades – revela que o ordenamento jurídico brasileiro não apenas reconhece as especificidades das mulheres em situação de rua no campo da saúde reprodutiva, como busca protegê-las de intervenções coercitivas e garantir o exercício autônomo de seus direitos, impondo ao Estado, quando a escolha é a maternidade, o dever de articular políticas que amparem mãe e criança. Contudo, a existência desse arcabouço não garante, por si só, sua efetividade.

A falta de equipamentos adequados, a ausência de privacidade e a precariedade dos ambientes de atendimento, frequentemente a céu aberto, impactam a efetividade da atenção à saúde reprodutiva, sobretudo em procedimentos que exigem sigilo, escuta qualificada e proteção.

Nesse contexto, para compreender de forma mais precisa como esses limites se manifestam na prática cotidiana, torna-se indispensável examinar aquilo que, de fato, tem sido ofertado às mulheres em situação de rua no campo da saúde reprodutiva. A análise normativa, isoladamente, não revela a experiência concreta desses serviços nos territórios; são os dados empíricos que permitem identificar tanto as presenças quanto as lacunas da atuação estatal.

3.2 Gravidez, contracepção, planejamento familiar e tratamento de doenças (AP1)

A análise dos censos da população em situação de rua de 2020 e 2022, com recorte para a Área de Planejamento 1 (Centro e entorno) – região de maior concentração da população em situação de rua no município e que estrutura o presente estudo –, evidencia um cenário de profunda fragilidade no acesso à saúde reprodutiva e materno-infantil das mulheres em situação de rua atendidas pelos Consultórios na Rua no Rio de Janeiro, revelando uma distância estrutural entre o que determinam as normas jurídicas e o que se realiza no território carioca, que acaba por privilegiar outras portas de entrada junto ao Sistema Único de Saúde.

Embora a Constituição Federal assegure proteção integral à saúde, à maternidade e à infância, e a Rede Alyne (Portarias GM/MS nº 5.350 e 5.359/2024) estabeleça diretrizes específicas para o cuidado equitativo de gestantes em situação de rua, com atendimento por Consultórios na Rua, os dados relativos à AP1 mostram quedas no acompanhamento pré-natal e amplas lacunas estatísticas, como se verá a seguir.

No censo de 2020, entre 121 mulheres entrevistadas, 16 estavam grávidas, número reproduzido exatamente no dado relativo ao acompanhamento: 16 informaram receber pré-natal. Ainda que esse

alinhamento numérico possa sugerir, em um primeiro olhar, um atendimento adequado, trata-se de um resultado que não permite avaliar qualidade, regularidade ou integralidade do cuidado, especialmente considerando a extrema vulnerabilidade da gestação no contexto das ruas, embora represente um excelente indicativo quantitativo de cobertura do universo das gestantes em situação de rua, há de se reconhecer.

No censo de 2022, entretanto, observa-se uma piora significativa: entre 261 mulheres, 14 declararam estarem grávidas, mas somente 7 afirmaram ter acompanhamento pré-natal. Mais grave é o dado estrutural: 153 mulheres não responderam à pergunta sobre gravidez, um silêncio estatístico que, em si, funciona como indicador de gestantes invisibilizadas.

No território, a principal porta de entrada para ações de contracepção, vacinação e tratamento de ISTs é o Consultório na Rua, cuja atuação se dá por meio de uma unidade itinerante. Essa dinâmica móvel é positiva e se encontra alinhada às diretrizes da política nacional para ampliar o acesso da população em situação de rua, na medida em que a espera da gestante no posto de saúde – por mais que as portas estejam abertas para todas – significaria, em tese, colocar em risco seu tratamento pré-natal e a saúde do feto, caso ela não aparecesse.

O tratamento de saúde itinerante, todavia, com atendimento *in loco*, implica determinadas limitações operacionais difíceis de serem vencidas para gestantes, como a ausência de espaço físico fixo, restrições para realização de procedimentos que exigem privacidade e dificuldades para registro em prontuário eletrônico em tempo real, que comprometem a qualidade do atendimento e a preservação dos dados, necessária ao aperfeiçoamento da política.

Com efeito, no campo da saúde reprodutiva, essas condições repercutem na oferta de métodos contraceptivos de longa duração, na realização de atendimentos que demandam maior privacidade, como consultas ginecológicas, no manejo de queixas relacionadas a dor ou sangramento e acolhimento de situações de violência sexual, assim como na construção de vínculos continuados, elemento central para o planejamento reprodutivo.

De igual maneira, os dados de 2020 mostram um cenário já complexo: 6 mulheres com HIV/Aids, 5 com sífilis ou outras ISTs, 7 com infecção urinária, além de comorbidades como diabetes (9) e hipertensão (29). Em 2022, há aumento em HIV/Aids (9 mulheres), mas um dado ainda mais significativo: 143 mulheres não forneceram informações. Também há aumento de casos de sífilis (4) e ISTs (2), mas novamente marcado pela ausência de resposta de 142 mulheres.

Esse apagamento estatístico reforça a hipótese de subdiagnóstico crônico, resultante da falta de acesso a testagem, consulta ginecológica, exames laboratoriais e seguimento. É uma invisibilidade que não decorre de ocultamento voluntário, mas da própria arquitetura do cuidado: não há como detectar ISTs em massa em uma van sem privacidade, sem insumos, sem laboratório, sem periodicidade.

A maternidade também aparece como um marcador importante. Em 2020: 9 mulheres estavam nas ruas com crianças, sendo 5 com mais de uma; em 2022, houve redução: 7 mulheres, das quais 4 com mais de uma. Ainda que os números sejam baixos, eles revelam um ponto decisivo: há mulheres nas ruas cariocas que vivem a maternidade inteiramente em cenário de precarização máxima.

3.3. Avaliação da execução e articulação das políticas públicas de saúde para mulheres em situação de rua na AP1

O padrão de busca por atendimento na AP1 também revela elementos centrais para compreender a efetividade da rede de cuidado nesse território. Das mulheres entrevistadas em 2020, 51 afirmaram procurar a Clínica da Família ou postos de saúde, enquanto 44 recorrem à UPA e 16 buscam hospitais ou Centros de Emergência Regional (CER), o que significa que a Clínica da Família não é a única forma de cuidado com que a saúde carioca as trata nessa região. Apenas 1 mulher indicou o Consultório na Rua como porta de entrada.

Quanto às portas de entrada no sistema, há algumas mudanças, mas o padrão de dependência de serviços de urgência se mantém. Das

entrevistadas em 2022, 50 buscavam a Clínica da Família, 32 a UPA, 24 hospitais ou CER, e apenas 3 mulheres indicaram procurar o Consultório na Rua. O número permanece extremamente baixo, sobretudo diante da ampliação das equipes na cidade.

Tal dado evidencia uma discrepância importante entre a política prevista e a prática cotidiana: embora as equipes de Consultório na Rua sejam formalmente responsáveis pelo cuidado à população em situação de rua no âmbito da Atenção Básica, sua presença percebida pelas mulheres ainda era praticamente inexistente naquele momento ou entendida como insuficiente para tratá-las a contento.

Esse afastamento revela não apenas a baixa capilaridade, mas também a inadequação dos equipamentos disponíveis, a falta de condições mínimas de privacidade, a ausência de vínculos consistentes e a insuficiência de recursos apropriados nos próprios ambientes onde o atendimento deveria ocorrer, por um lado, mas, por outro, revela que o Sistema Único de Saúde é reconhecido como competente universal e indiscriminadamente para cuidar das mulheres grávidas em situação de rua por elas mesmas, compensando, de certa forma, a precariedade, a falta de privacidade e a descontinuidade que os Consultórios na Rua, no diagnóstico antes apontado, sozinhos, acarretariam ao tratamento pré-natal dessas gestantes.

Conforme o gráfico e tabela abaixo, embora o Município tenha alcançado, em 2022, 10 equipes do Consultório na Rua, com 95.007 atendimentos registrados apenas naquele ano – parte de um aumento estadual de 1.578% nos atendimentos entre 2015 e 2022, passando de 58.370 para 979.193 atendimentos, com 35 equipes em funcionamento no Estado – a percepção das mulheres sobre essa política, ou sobre a eficácia dessa política, continua limitada. A discrepância entre a expansão documentada e a baixa identificação das equipes como referência aponta para um problema de presença territorial, precariedade de infraestrutura, continuidade do cuidado ou fragilidade na construção de vínculos, especialmente no âmbito da saúde reprodutiva.

Tabela 3 – Ações da atenção básica para a PSR e a população geral (1ª sem./2023)

Equipe	Atendimento individual		Atendimento odontológico		Procedimento	
	Produção	Razão- produção/ população	Produção	Razão- produção/ população	Produção	Razão- produção/ população
Todas do SUS	176.778.740	0,87	24.488.942	0,12	288.073.818	1,42
Consultório na Rua	257.656	0,92	15.911	0,06	269.142	0,96

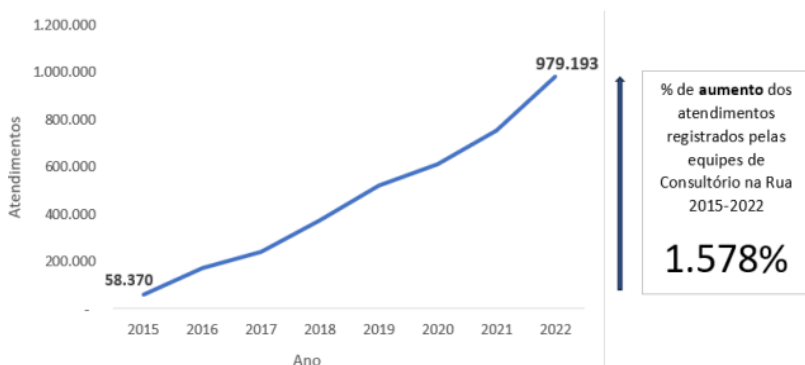
Fonte: IPEA, A população em situação de rua nos números do cadastro único, 2023.

Tabela 4 – Número total de equipes e atendimentos dos Consultórios na Rua, em 2022, por regiões, estados e capitais do Brasil

ESTADOS E CAPITAIS	QUANTIDADE DE EQUIPES	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS
REGIÃO SUDESTE	138	569.796
São Paulo	70	315.646
São Paulo	31	226.175
Rio de Janeiro	35	164.999
Rio de Janeiro	10	95.007
Minas Gerais	25	73.677
Belo Horizonte	8	18.256
Espírito Santo	8	15.474
Vitória	2	6.544

Fonte: MDHC, 2023.

Gráfico 4 – Número total de atendimentos registrados pelas equipes de Consultório na Rua, por ano. Brasil, 2015-2022



Fonte: MDHC, 2023.

A partir desses levantamentos, é possível traçar um diagnóstico que revela uma oferta de cuidado reprodutivo ainda marcada por fragmentação. Apesar de a Atenção Básica ser formalmente a porta de entrada preferencial, o uso frequente de UPAs e hospitais indica que muitas mulheres acessam a rede apenas em situações de urgência ou quando sua condição já se agravou, embora também seja um dado positivo no sentido de que o Sistema Único de Saúde é entendido como universal e não discriminatório. A baixa menção ao Consultório na Rua, mesmo diante da ampliação da política, evidencia que a estratégia itinerante ainda não se consolidou como referência de cuidado para as mulheres, muito menos como espaço de acolhimento reprodutivo e de cuidado.

Ao mesmo tempo, a presença de doenças crônicas, ISTs e infecções urinárias demonstra que há necessidades específicas, recorrentes e relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. O diagnóstico revela uma tensão estrutural entre o que a política pública se propõe a oferecer e o que efetivamente chega às mulheres em situação de rua. Há disponibilidade de serviços, expansão de equipes, produção crescente de atendimentos e diretrizes que reconhecem a vulnerabilidade reprodutiva como questão central, o que é positivo, tanto quanto programas que estimulam o acolhimento e a reversão voluntária da condição de situação de rua, ainda mais na condição gravídica. No entanto, persiste uma distância significativa entre o aparato normativo, a expectativa do próprio gestor público em torno da política pública criada e a experiência concreta dessas mulheres vulnerabilizadas nos territórios.

Quando a principal equipe responsável por acessar mulheres nas ruas opera dentro de uma van sem privacidade, o cuidado ginecológico e reprodutivo – que exige ambiente, instrumental, exames, tempo, vínculo e escuta – simplesmente não se realiza por completo. Assim, não surpreende que apenas 3 mulheres em 2022 tenham indicado buscar o Consultório na Rua para cuidados gerais; a maioria recorra a UPAs, hospitais ou clínicas da família, provavelmente, apenas em situações agudas, quando já existe dor, infecção ou gravidez avançada. Pelo menos é o que se infere dos números, mas que exigiria entrevistas para que essas ilações se confirmassem.

Há atendimento, há presença institucional e há equipes atuantes junto aos Consultórios na Rua, inclusive tendo-se optado pela forma de instrumentalização da política pública de atendimento de saúde mais condizente com a população em situação de rua. Contudo, parecem persistir limitações materiais que dificultam a oferta de cuidados de saúde em sua plena qualidade em razão da natureza do atendimento a ser prestado às mulheres grávidas. A precariedade observada decorre da convergência entre desafios de infraestrutura, restrições de privacidade, descontinuidade territorial e condições de invisibilidade urbana que marcam a vida cotidiana dessas pacientes. Esses fatores, em conjunto, restringem a efetividade das ações e afastam a concretização dos direitos reprodutivos, que permanecem dependentes de condições estruturais ainda não plenamente asseguradas de modo contínuo.

Para além da atuação da Atenção Básica e do Consultório na Rua, a execução e a articulação das políticas públicas de saúde reprodutiva se manifestam também em programas federais e municipais que, embora não sejam exclusivamente voltados à saúde, afetam diretamente a experiência corporal e reprodutiva das mulheres em situação de rua.

Atento a esses números, o município do Rio de Janeiro, em 2023, estabeleceu, por meio do Decreto Rio n. 53.816, de 20 de dezembro de 2023, as diretrizes do Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação das Ações de Proteção à População em Situação de Rua, instituindo ainda o Programa “Seguir em Frente”, envolvendo as Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Trabalho e Renda.

No art. 7º do referido ato normativo, estabeleceu-se que o Programa “Seguir em Frente” teria como objetivo a saída qualificada da população em situação de rua, por meio da reinserção produtiva para a população em situação de rua, conforme nível de autonomia de cada indivíduo, mediante ações articuladas com o objetivo de desenvolver geração de renda própria, reinserção no mercado de trabalho formal e autonomia ocupacional.

Além disso, desde 2024, a Política Nacional de Promoção e Proteção da Saúde e da Dignidade Menstrual passou a assegurar a distribuição

gratuita de absorventes pelo Programa Farmácia Popular, além de implementar ações de educação em saúde menstrual para agentes públicos e profissionais de saúde. Voltada a populações em situação de vulnerabilidade, a política busca enfrentar a pobreza menstrual como questão de saúde pública, justiça social e equidade de gênero.

Para mulheres em situação de rua, a medida tem relevância direta. A ausência de banheiros, espaços de higiene ou privacidade transforma o ciclo menstrual em período de risco e sofrimento. A oferta pública de absorventes, embora não resolva problemas estruturais como falta de sanitários ou insegurança urbana, representa uma forma concreta de reduzir danos e reconhecer a menstruação como dimensão legítima da saúde e do cuidado.

Nesse sentido, a política contribui para ampliar o escopo do cuidado reprodutivo ao contemplar necessidades historicamente invisibilizadas. Contudo, sua efetividade depende de integração territorial: são necessárias equipes que cheguem até essas mulheres, especialmente aquelas que não acessam Farmácias Populares, de modo que o direito seja garantido de forma contínua.

Nessa ótica, outra política pública que merece destaque é o Programa Lares Cariocas, política municipal que surgiu por ocasião da ADPF n. 976, voltado à oferta de unidades habitacionais para pessoas em situação de rua, esse programa produz efeitos sobre o cuidado em saúde, inclusive no campo reprodutivo. A existência de moradia estável tende a favorecer condições materiais básicas, como possibilidade de armazenamento de medicamentos, realização de higiene pessoal, maior privacidade e manutenção de contatos regulares com equipes de saúde, o que pode facilitar o acesso contínuo a ações de planejamento reprodutivo, pré-natal e acompanhamento ginecológico.

Embora não constitua uma política de saúde em sentido estrito, a provisão de moradia contribui para reduzir fatores de vulnerabilidade associados ao ambiente de rua, como maior exposição à violência, dificuldades de higiene e maior risco de infecções, podendo favorecer a continuidade do cuidado.

O programa, contudo, mantém alcance limitado em razão do número reduzido de unidades disponíveis. Mesmo com a prioridade conferida a gestantes, puérperas e mulheres com filhos, essa limitação estrutural restringe seu impacto no cuidado reprodutivo e evidencia a necessidade de articulação mais consistente entre as políticas de habitação, saúde e assistência social.

Consideradas em conjunto, essas políticas – a expansão do Consultório na Rua, a Política de Dignidade Menstrual e o Programa Lares Cariocas – revelam que a efetivação do direito ao cuidado institucionalizado depende de uma atuação coordenada e intersetorial. O cuidado reprodutivo não se realiza apenas na consulta médica; ele é condicionado por acesso a insumos, informação, privacidade, higiene, estabilidade habitacional e presença territorial do Estado. Nesse cenário, as iniciativas avaliadas mostram potencial, mas ainda operam de maneira limitada e têm impacto reduzido na garantia do cuidado reprodutivo integral.

Conclusão

O presente artigo teve como objetivo analisar os limites e desafios na garantia do direito ao cuidado em matéria de saúde reprodutiva para mulheres em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro, a partir da tensão entre a previsão normativa e a efetividade das políticas públicas. Buscou-se compreender de que modo os fundamentos jurídicos do direito ao cuidado, os arranjos institucionais existentes e as práticas estatais se articulam – ou se mostram insuficientemente articulados – na proteção de um grupo social marcado por múltiplas vulnerabilidades.

A análise dos fundamentos jurídicos evidenciou que o direito ao cuidado possui sólido respaldo constitucional e infraconstitucional, especialmente quando compreendido como dimensão indissociável do direito à saúde e da dignidade da pessoa humana. A incorporação do cuidado como imperativo ético-social, conforme desenvolvido no campo da ética do cuidado, impõe ao Estado o dever de institucionalizar práticas que reconheçam a interdependência e a vulnerabilidade como elementos

constitutivos da vida em sociedade. Nesse sentido, o cuidado não pode ser compreendido como responsabilidade individual ou ação assistencial episódica, mas como direito humano fundamental que demanda políticas públicas contínuas, integradas e sensíveis às desigualdades estruturais, com especial apreço às pessoas atravessadas por múltiplas interseccionalidades, como no caso emblemático de mulheres racializadas e subalternizadas, que constituem a maioria daquelas que compõem o contingente feminino da população em situação de rua.

No entanto, a partir da análise empírica e documental, constatou-se que a realidade vivenciada pelas mulheres em situação de rua permanece distante desse horizonte normativo. As condições materiais de vida, a instabilidade territorial, as barreiras de acesso aos serviços públicos e as experiências reiteradas de discriminação impactam diretamente a possibilidade de acesso ao cuidado em saúde reprodutiva. Esses fatores revelam que a universalidade formal das políticas públicas não se traduz, necessariamente, em universalidade material.

Como se pôde observar, o acompanhamento pré-natal ficou aquém do número de gestantes identificadas nos censos. Com relação à saúde sexual, ainda que subdimensionadas pelo expressivo volume de não respostas, as ISTs identificadas nos censos revelam, de forma inequívoca, a existência de uma demanda por cuidado em saúde que deve ser considerada. Por outro lado, questões como a contracepção e a saúde menstrual permanecem ausentes das ferramentas de coleta.

No que diz respeito ao padrão de busca por atendimento, o Consultório na Rua, principal estratégia para essa população, ainda não é uma referência para as entrevistadas, que procuram mais os serviços de urgência, como nas clínicas da família ou hospitais. E, tratando-se de uma estratégia instituída desde 2011, seria razoável esperar uma presença mais expressiva entre as referências de cuidado dessas mulheres.

Esses resultados permitem uma leitura mais modulada do que a hipótese inicial antecipava. Isto é, não se trata de afirmar que as políticas públicas de saúde voltadas às mulheres em situação de rua não existam, pelo contrário, o panorama das políticas públicas de saúde reprodutiva no

município do Rio de Janeiro demonstrou que, embora existam iniciativas relevantes, como as equipes de Consultório na Rua e diretrizes voltadas à população em situação de rua, tais ações operam de forma fragmentada, com limitações estruturais e ausência de mecanismos que assegurem a continuidade do cuidado, de maneira que são compelidas a buscar outras portas do Sistema Único de Saúde municipal, em situações, pelo que se infere, de urgência e, portanto, quando sua saúde – e a do feto, quando grávidas – já podem estar comprometidas, de modo que se, por um lado, há um dado positivo, de acesso universal e não discriminatório ao SUS, por outro, há indícios de insuficiência da infraestrutura de cuidado dos Consultórios na Rua para o tratamento reprodutivo.

Diante desses elementos, o estudo permite afirmar que a distância entre a previsão normativa do direito ao cuidado de mulheres em situação de rua e sua efetivação não decorre da completa ausência de atuação estatal, mas de uma atuação marcada por desarticulação intersetorial e limitações na implementação das políticas públicas. Trata-se, portanto, menos de omissão e mais de um padrão de iniciativas multissetoriais, mas pouco transversais, que acabam gerando ora inefetividade, ora eficiência claudicante, o que compromete a concretização plena do cuidado como direito.

O caminho que os dados apontam, portanto, não é o de substituir as políticas existentes, mas o de aprofundá-las a partir de um olhar que ainda lhes falta: o de gênero e o da interseccionalidade. Exige reconhecer que suas necessidades não se confundem com as da população em situação de rua em geral, existem experiências que são especificamente femininas e que se realizam nas ruas independentemente de qualquer escolha: a menstruação mensal, a possibilidade da gravidez, a exposição a violências de gênero, e que, por isso, demandam respostas próprias.

Para que essas respostas sejam possíveis, é preciso, antes de tudo, que existam dados. Os censos podem incorporar perguntas sobre menstruação, contracepção ou demandas específicas de saúde reprodutiva. Incorporar recortes de gênero e raça aos censos municipais da população em situação de rua é uma condição para que o Estado possa avaliar com precisão o que falta, planejar com responsabilidade o que deve ser feito e monitorar

com seriedade o que foi implementado. Isso porque gênero e raça são fatores que condicionam o acesso e aprofundam as vulnerabilidades e é exatamente por isso que uma política deve considerá-los estruturalmente, com vistas a alcançar as mulheres que mais precisam dela.

Assim, diante de todo o exposto, conclui-se que a superação desse cenário exige o fortalecimento de políticas públicas integradas, transversais e interfederativas, baseadas em planejamento urbano inclusivo, produção sistemática de dados, articulação intersetorial e incorporação efetiva de perspectivas de gênero, raça e classe. Somente a partir desse compromisso institucional será possível reduzir a distância entre a normatividade constitucional e a realidade vivenciada pelas mulheres em situação de rua, afirmando o cuidado como elemento central de uma democracia substantiva e comprometida com a garantia de direito.

REFERÊNCIAS

ASSY, Bethania; AZEVEDO, Gabriela. A maternidade como limite e potência no Direito brasileiro. In: Marina Bonatto (org). *Constitucionalismo feminista: a proteção jurisdicional dos direitos das mulheres*. Volume 3. 1. ed. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2023. p. 99-117.

BARCELLOS, Ana Paula. *Curso de Direito Constitucional*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020. Capítulo 6. p. 181-241.

BAGGIO, Roberta Camineiro; CRISTOVAM, Thaiane Correa. Trabalho do cuidado e maternidades: entrelaçamentos interseccionais da realidade brasileira. In: Flávia Piovesan *et al.* (org). *Proteção jurídica dos cuidados*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2025. p. 277-289.

BOLETIM TÉCNICO. *Vigilância Socioassistencial em pauta: As mulheres no SUAS no Município do Rio de Janeiro*. Secretaria Municipal de Assistência Social, 1. ed. 2024.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidente da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRASIL. *Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009*. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidente da República, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRASIL. *Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024*. Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Presidente da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l15069.htm. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Rua – aprender a contar*: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/livros/rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra. *Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. *Saúde da Mulher*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher>. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. *Saúde Materna*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-materna>. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012. 110 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Departamento de Gestão do Cuidado Integral (DGCI)*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/dgci>. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Consultório na Rua*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua>. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Coordenação-Geral De Indicadores e Evidências em Direitos Humanos. *População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal*. Brasília, DF: MDHC, ago. 2023. 38 p. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRUGÈRE, Fabienne. *A ética do cuidado*. São Paulo: Contracorrente, 2023.

BUTLER, Judith. *Quadros de Guerra. Quando a vida é passível de luto?* Introdução: “Vida precária, vida passível de luto”. São Paulo: Civilização Brasileira, [s.d.]. p. 13-56.

CORREIA, Arícia Fernandes. Regularização Fundiária e Minorias: a titulação como forma de empoderamento jurídico, econômico, social e cultural. *Revista da Procuradoria Geral do Município de João Pessoa*, João Pessoa, Brasil, v. 9, 2025. DOI: 10.71144/2966-4977.9.2024.20. Disponível em: <https://revistapgmjp.com.br/index.php/ojs/article/view/20>. Acesso em: 23 dez. 2025.

CORREIA, Arícia Fernandes; MORGADO, Cíntia. (In)segurança alimentar e (in)justiça reprodutiva intergeracional: mulheres com fome de direitos. *Revista Carioca de Direito*, v. 6, n. 2, jan./jun. 2025, p. 62-91.

CNJ. *Resolução nº 425/2021*. Institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4169>. Acesso em: 23 dez. 2025.

CNJ. *Protocolo mulheres em situação de rua e proteção às maternidades*: Resolução CNJ n. 425/2021. Conselho Nacional de Justiça. Brasília: CNJ, 2025. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/10/protocolo-mulheres-em-situacao-de-rua-e-protecao-as-maternidades.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2025.

CRENSHAW, Kimberlé. *Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero*. Tradução de Liane Schneider e Revisão de Luiza Bairos e Claudia de Lima Costa. Estudos Feministas, 2002. p. 171-188.

SCOREL, Sarah. *Rua: aprender a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua – A saúde das pessoas em situação de rua*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009.

FARRANHA, Ana Cláudia; SENA, Lucas. Interseccionalidade e Direito Constitucional: uma chave metodológica para análise. In: Marina Bonatto

(org). *Constitucionalismo feminista: a proteção jurisdicional dos direitos das mulheres*. Volume 3. 1. ed. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2023. p. 19-34.

GONZALEZ, Lélia. *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos*. Organização: Flávia Rios e Márcia Lima. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HUMANOS, Corte Interamericana de Direitos. *Comunicado de Imprensa 55/2025 e Parecer Consultivo 31 de 2025: O conteúdo e o alcance do direito de cuidar e sua inter-relação com outros direitos*. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/OC-31-2025/index-por.html>. Acesso em: 23 dez. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012–2022). *Nota Técnica nº 103, fevereiro de 2023*.

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS (IPP). *Censo de população em situação de rua no município do Rio de Janeiro – 2020 e 2022*.

LIMA, Francielle Elisabet Nogueira; SCHIOCCHET, Taysa. Cuidado e autonomia reprodutiva: considerações para a consolidação de um direito humano ao autocuidado desde a justiça reprodutiva. In: Flávia Piovesan *et al.* (org). *Proteção jurídica dos cuidados*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2025. p. 215-227.

OLIVEIRA, Lígia Ziggiotti de. Cuidado, vulnerabilidade e autonomia: lições dos estudos de gênero às perspectivas jurídicas. In: Flávia Piovesan *et al.* (org). *Proteção jurídica dos cuidados*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2025. p. 109-119.

PIOVESAN, Flávia; FACHIN, Melina Girardi; FELIPP, Sthefany. O direito humano ao cuidado no sistema interamericano. In: Flávia Piovesan *et al.* (org). *Proteção jurídica dos cuidados*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2025. p. 153-168.

QUIROGA, Júnia; NOVO, Marina. *Rua: aprender a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua – Elas da rua: população em situação de rua e a questão de gênero*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009.

RIO DE JANEIRO. *Prefeitura amplia número de equipes do programa Consultório na Rua*. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 7 ago. 2023. Disponível em: <https://prefeitura.rio/saude/prefeitura-amplia-numero-de-equipes-do-programa-consultorio-na-rua/>. Acesso em: 23 dez. 2025.

RIO DE JANEIRO. *Prefeitura lança o programa Lares Cariocas para pessoas em situação de rua*. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 26 jan. 2023. Disponível em: <https://prefeitura.rio/assistencia-social-direitos-humanos/prefeitura-lanca-o-programa-lares-cariocas-para-pessoas-em-situacao-de-rua/>. Acesso em: 23 dez. 2025.

RIO DE JANEIRO. *III Fórum Internacional de Debates Públicos acerca do Plano Diretor Carioca*. Procuradoria Geral do Município do Rio de Janeiro, 2025.

ROSS, Loretta J. Teaching Reproductive Justice: Na Activist's Approach. In: PERLOW, Olivia N. *et al.* (ed.). *Black Women's Liberatory Pedagogies: Resistance, Transformation and Healing Within and Beyond the Academy*. Cham: Palgrave Macmillan, 2018.

ROSS, Loretta J. Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. *Souls: A Critical Journal of Black Politics, Culture, and Society*, v. 19, n. 3, p. 286-314, 2017.

SANTO, Thaís Espírito. Consultório na Rua: equipe de saúde da Prefeitura do Rio atende pessoas em situação de rua. *G1*, Rio de Janeiro, 6 ago. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2023/08/06/consultorio-na-rua-equipe-de-saude-da-prefeitura-do-rio-atende-pessoas-em-situacao-de-rua.ghtml>. Acesso em: 23 dez. 2025.

SEN, Amartya. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, Christine; FONSECA, Luísa; SILVA, Thaís. Direito humano e fundamental ao cuidado: caminhos para seu reconhecimento, valorização, remuneração e coletivização. In: Flávia Piovesan *et al.* (org). *Proteção jurídica dos cuidados*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2025. p. 47-61.

SIURB. *Mulheres em situação de rua, por Região Administrativa – 2022*. Disponível em: <https://siurb.rio/portal/apps/dashboards/c242a41cf5304927a706a72366e0e53f>. Acesso em: 23 dez. 2025.