

Barreiras no acesso aos serviços de saúde por mulheres em situação de rua: revisão integrativa*

Barriers to access to healthcare services among homeless women: an integrative review

Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres sin hogar: una revisión integradora

Bruna Alice Sestrem^I , Késsia Gomes Grizoste^I ,
Giovanna Corrêa Escolástico^I , Matheus Lima Henrique^I ,
Giselle Lima de Freitas^{II} , Thiago Gomes Gontijo^I 

^I Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

^{II} Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

* Barreiras aos acessos à saúde de mulheres em situação de rua Trabalho de Conclusão de Curso

Resumo

Objetivo: identificar as barreiras no acesso aos serviços de saúde enfrentadas por mulheres em situação de rua. **Método:** revisão integrativa da literatura, nas bases BVS, SciELO e PubMed, com publicações entre 2018 e 2025. Foram selecionados 18 artigos, organizados em um quadro sinóptico e analisados por categorização temática. **Resultados:** a análise dos estudos permitiu organizar os achados em quatro categorias: ausência de qualificação profissional, fragilidades na Rede de Atenção à Saúde, estigmatização e violência. As barreiras identificadas envolvem despreparo das equipes, descontinuidade do cuidado, exigências burocráticas, condutas discriminatórias e práticas institucionais negligentes. Esses fatores comprometem o acesso e a permanência das mulheres nos serviços, aprofundando sua exclusão e invisibilidade social. **Conclusão:** a análise das evidências permitiu compreender que o acesso à saúde por mulheres em situação de rua, sejam cis, trans ou travestis, é sistematicamente limitado por um conjunto de barreiras estruturais que se articulam em diferentes realidades nacionais. **Descritores:** Pessoas Mal Alojadas; Mulheres; Desigualdades de Saúde; Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Vulnerabilidade Social; Revisão

Abstract

Objective: identify the barriers to accessing health services faced by women experiencing homelessness. **Method:** this is an integrative literature review conducted in the BVS, SciELO and PubMed databases, including publications from 2015 to 2025. A total of 18 articles were selected, organized into a synoptic table, and analyzed through thematic categorization. **Results:** the analysis of the studies allowed the findings to be organized into four categories: lack of professional qualification, weaknesses in the Health Care Network, stigmatization, and violence. The identified barriers include unprepared healthcare teams, discontinuity of care, bureaucratic

requirements, discriminatory behaviors, and negligent institutional practices. These factors hinder women's access to and continuity in health services, deepening their social exclusion and invisibility. **Conclusion:** the analysis of the evidence made it possible to understand that access to healthcare for women experiencing homelessness, whether cisgender, transgender or travestis, is systematically limited by a set of structural barriers that intersect across different national contexts.

Descriptors: Ill-Housed Persons; Women; Health Inequities; Health Services Accessibility; Social Vulnerability; Review

Resumen

Objetivo: identificar las barreras para acceder a los servicios de salud que enfrentan las mujeres en situación de calle. **Método:** se trata de una revisión integrativa de la literatura, realizada en las bases BVS, SciELO y PubMed, con publicaciones entre 2015 y 2025. Se seleccionaron 18 artículos, organizados en un cuadro sinóptico y analizados mediante categorización temática. **Resultados:** el análisis de los estudios permitió organizar los hallazgos en cuatro categorías: ausencia de calificación profesional, fragilidades en la Red de Atención a la Salud, estigmatización y violencia. Las barreras identificadas incluyen la falta de preparación de los equipos, la discontinuidad del cuidado, las exigencias burocráticas, las conductas discriminatorias y las prácticas institucionales negligentes. Estos factores comprometen el acceso y la permanencia de las mujeres en los servicios, profundizando su exclusión e invisibilidad social. **Conclusión:** el análisis de las evidencias permitió comprender que el acceso a la atención en salud para mujeres en situación de calle, ya sean cisgénero, transgénero o travestis, está sistemáticamente limitado por un conjunto de barreras estructurales que se articulan en diferentes contextos nacionales. **Descriptor:** Personas con Mala Vivienda; Mujeres; Inequidades en Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Vulnerabilidad Social; Revisión

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o modelo assistencial atualmente em vigor no Brasil, cuja criação deu-se em 1988, por meio da Constituição Federal do país, e é regulamentado pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990.¹ O SUS é alicerçado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade e tem como finalidade garantir a todas as brasileiras e brasileiros o acesso integral pleno à saúde, independentemente de condições sociais, econômicas e culturais.¹⁻² Em 2010, o Ministério da Saúde determina a Portaria nº 4.279 instituindo as Redes de Atenção à Saúde cuja finalidade é organizar os fluxos assistenciais entre os níveis de atenção, fortalecer a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), entendida como a porta de entrada do sistema.³

Com o objetivo de incluir e ampliar o cuidado e promoção à saúde para a população em situação de rua (PSR), foi criado em 2011, através da Política Nacional de Atenção Básica, o Consultório de Rua, que é composto por uma equipe multidisciplinar

treinada e capacitada para melhor atender as demandas relacionadas à população em situação de rua.⁴ Esta equipe é composta em sua grande maioria por um enfermeiro, assistente social, psicólogo e um terapeuta ocupacional, que devem trabalhar juntamente às Equipes Multidisciplinares na APS (eMulti), ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e aos Centros de Urgências e Emergências.⁴

A PSR é composta por pessoas que usam logradouros públicos e espaços degradados como forma de moradia temporária ou permanente e estão em afastamento dos laços familiares e comunitários. Múltiplos fatores a impulsionam, a exemplo da pobreza extrema e desemprego, da violência doméstica, da inexistência de políticas habitacionais e do uso problemático de substâncias.⁵ Reconhecendo esse cenário, a Política Nacional para População em Situação de Rua foi instituída em 2009, por meio do Decreto nº 7.053, a qual a estabelece como sujeito de direitos e apresenta diretrizes e orientações para o seu atendimento intersetorial, abrangendo saúde, assistência social e habitação.⁶

Nos últimos anos, o número de pessoas em situação de rua no Brasil tem crescido significativamente, fruto da intensificação das desigualdades sociais e do esgotamento das políticas públicas de garantia dos direitos humanos fundamentais.⁷ De acordo com informações do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2022 havia 281.472 pessoas em situação de rua no país, sendo esse número 38% maior que em 2019, e 211% maior que em 2012.⁶ Embora a maioria esmagadora seja formada por homens, o contingente de mulheres em situação de rua, incluindo mulheres cis, trans e travestis, é significativo e merece uma atenção específica.⁷ Essas mulheres estão expostas a vulnerabilidades agravadas, como violência de gênero, exploração sexual, abandono institucional e precarização dos cuidados em saúde, particularmente o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos.⁸

A presença das mulheres em situação de rua tende a ser invisibilizada nos levantamentos epidemiológicos, sobretudo quando se trata de mulheres trans e travestis. Isso ocorre porque esses estudos frequentemente desconsideram marcadores como identidade de gênero, orientação sexual e raça, o que dificulta a formulação de políticas públicas integradas e sensíveis às especificidades dessa população.^{8,9} Além disso, a falta de dados desagregados sobre identidade e orientação sexual e cor/raça também dificulta a criação de estratégias eficazes para acesso aos direitos e à dignidade.⁹ Portanto, as políticas de saúde para a PSR

devem incorporar uma perspectiva de gênero interseccional, a fim de reconhecer a violência social efetiva na saúde e no âmbito da proteção social que esta população enfrenta.⁹

Embora as diretrizes formais pretendam tornar a saúde um direito universal, o funcionamento do cotidiano assistencial resulta em múltiplos impasses. As mulheres em situação de rua encontram dificuldades que variam desde a ausência de uma estrutura física adequada até a falta de preparo das equipes para oferecer um acolhimento ético e humanizado.¹⁰⁻¹²

Na literatura, a violência institucional durante a atenção à saúde é descrita tanto por meio de atos quanto de intenções, manifestando-se em formas como negligência, julgamentos morais, recusa de atendimento e, em situações mais extremas, agressões verbais ou físicas.

Frente a esse contexto, a revisão propõe-se a responder à seguinte pergunta: quais são as barreiras que dificultam o acesso das mulheres em situação de rua aos serviços de saúde? Parte-se da hipótese de que barreiras estruturais, institucionais e simbólicas, como o estigma, a violência, a transfobia e a ausência de políticas interseccionais, atuam como fatores decisivos na negação de direitos à saúde dessa população. Tais obstáculos atingem de maneira ampla mulheres cis, trans e travestis em situação de rua, embora as formas de exclusão se intensifiquem entre aquelas cujas identidades de gênero são constantemente invisibilizadas.

Apesar dos avanços legais importantes voltados à garantia do direito à saúde e à proteção social, como a Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto nº 7.053/2009), ainda há lacunas na efetivação dessas diretrizes no cotidiano dos serviços. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004, atualizada em 2011) assegura direitos sexuais e reprodutivos, porém não contempla de forma específica as necessidades de mulheres em situação de rua, que vivenciam contextos de violência, insegurança alimentar e ausência de cuidados.

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) representa um marco no enfrentamento da violência de gênero, entretanto mulheres em situação de rua têm maiores dificuldades de acessar mecanismos de proteção e serviços especializados. Ademais, a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/2017) prevê o Consultório na Rua como estratégia para ampliar o cuidado na atenção primária, mas

sua cobertura ainda é insuficiente para a demanda existente. Nesse cenário, observa-se que as políticas públicas existentes, apesar de relevantes, são fragmentadas e pouco articuladas entre si, o que contribui para a manutenção das barreiras no acesso à saúde por mulheres em situação de rua.

Observa-se, contudo, que tal situação não é exclusiva do contexto brasileiro. Em âmbito internacional, a ONU-Habitat estima que mais de 1,8 bilhão de pessoas no mundo vivem sem moradia adequada, cerca de 150 milhões encontram-se em situação de rua e aproximadamente 2 milhões são despejadas à força a cada ano, evidenciando a violação sistemática do direito humano à moradia e a interdependência entre moradia, saúde e dignidade.¹³ Paralelamente, a ONU Mulheres demonstra que a pobreza não é neutra em termos de gênero: as mulheres são historicamente super-representadas entre os pobres devido à exploração sistêmica, à desigualdade de acesso a oportunidades, ao trabalho de cuidado não remunerado e à sobreposição de múltiplas formas de discriminação.

Globalmente, 383 milhões de mulheres e meninas vivem em extrema pobreza, e essa condição é agravada pela violência, pela desigual distribuição do poder e pela menor participação no mercado de trabalho.¹⁴ Quando a pobreza estrutural se combina com a falta de moradia, o risco de ruptura de vínculos familiares, exclusão social e exposição à violência aumenta significativamente, empurrando muitas mulheres para a situação de rua.¹⁴ Assim, as barreiras de acesso à saúde enfrentadas por mulheres em situação de rua configuram um fenômeno global, complexo e interseccional, presente em diferentes países e modelos de saúde, exigindo respostas articuladas e equitativas.

É possível observar entraves estruturais ao direito à saúde por parte de populações em situação de rua e, sobretudo, por mulheres, em diversos países do mundo. Nos Estados Unidos, por exemplo, o modelo de cuidado em saúde é predominantemente baseado em seguros privados e em programas restritos como Medicare e Medicaid, o que gera dificuldades no acesso e quebra de fluxos assistenciais quando não há uma visão integral de cuidado.¹⁵ Um censo norte-americano de 2021 indica que, até 2024, mais de 770.000 pessoas experienciaram situação de rua nos Estados Unidos, representando o maior número desde 2007 e um aumento expressivo entre mulheres e minorias de gênero.¹⁶ A carência de políticas intersetoriais e a fragilidade na integração entre saúde física, saúde mental e condições habitacionais

geram descontinuidade no cuidado e aumentam as vulnerabilidades sociais, principalmente entre mulheres negras e trans em situação de rua.

No Canadá, embora o sistema de saúde seja público e universal, o acesso à atenção primária ainda enfrenta desafios estruturais, como a centralidade no médico de família e a ausência de distribuição gratuita de medicamentos.¹⁷ Um estudo de 2023 estima que 235.000 canadenses vivenciaram situação de rua ao longo do ano, e mais de 40% das mulheres nessa condição passaram a viver nas ruas após episódios de violência doméstica.¹⁸ A sobreposição de violências físicas, institucionais e simbólicas é intensificada pela baixa adesão aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, evidenciando que a universalidade do sistema não garante, por si só, equidade no acesso.

Em países com sistemas públicos consolidados, como Suécia e Reino Unido, persistem barreiras relacionadas à burocracia, ao estigma e à ausência de políticas específicas voltadas à equidade de gênero. Mesmo em contextos de ampla cobertura assistencial, a exigência de endereço fixo, o desconhecimento sobre direitos e o preconceito institucional continuam interferindo no acesso das mulheres em situação de rua aos cuidados básicos.¹⁹ A obrigatoriedade de registro domiciliar e a rigidez nos horários de atendimento reforçam sentimentos de exclusão e indignidade, afastando-as dos serviços.¹⁹ No Reino Unido, a utilização predominante dos serviços de urgência em vez da atenção primária revela a ausência de estratégias preventivas sistematizadas e a dificuldade de estabelecimento de vínculos contínuos com as equipes de saúde.

Na Austrália, cujo sistema apresenta características públicas e privadas, observou-se crescimento expressivo da população em situação de rua nos últimos anos.²⁰ Em 2023, mais de 273 mil atendimentos especializados foram registrados, sendo a maioria entre mulheres.²¹ O aumento é ainda mais significativo entre mulheres idosas, que enfrentam barreiras adicionais relacionadas a gênero, idade e acesso aos serviços.²²

Na Europa Ocidental, estudos indicam que as desigualdades de gênero e a baixa literacia em saúde aprofundam o ciclo de exclusão. Mulheres em situação de rua com menor alfabetização em saúde apresentam piores indicadores de saúde mental e maior interrupção de tratamentos, o que reforça a necessidade de estratégias educativas sensíveis ao gênero.²³

Em síntese, os dados internacionais demonstram que, independentemente do modelo assistencial adotado, as barreiras enfrentadas por mulheres em situação de rua

apresentam características convergentes, como estigma, exclusão social, violência institucional e ausência de políticas interseccionais. Esse cenário evidencia um fenômeno global, multidimensional e persistente, que atravessa fronteiras e formas de governança, reafirmando a necessidade urgente de políticas que articulem moradia, saúde e proteção social com enfoque em equidade de gênero.

A pesquisa se justifica diante da necessidade de ampliar o debate científico e político sobre as múltiplas formas de vulnerabilidade vivenciadas por mulheres em situação de rua, fomentar a produção de dados qualificados sobre essa população e contribuir para o desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde mais eficazes e inclusivas no contexto da exclusão urbana.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo identificar as barreiras no acesso aos serviços de saúde enfrentadas por mulheres em situação de rua.

Método

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, que proporcionou o agrupamento e a sistematização dos artigos já divulgados, permitindo a obtenção de informações e conhecimentos das pesquisas analisadas.

Para alcançar o objetivo proposto, a revisão integrativa seguiu as etapas que são essenciais para seu desenvolvimento: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; identificação dos estudos nas bases científicas; avaliação dos estudos selecionados, análise crítica e interpretação dos resultados, e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa.²⁴

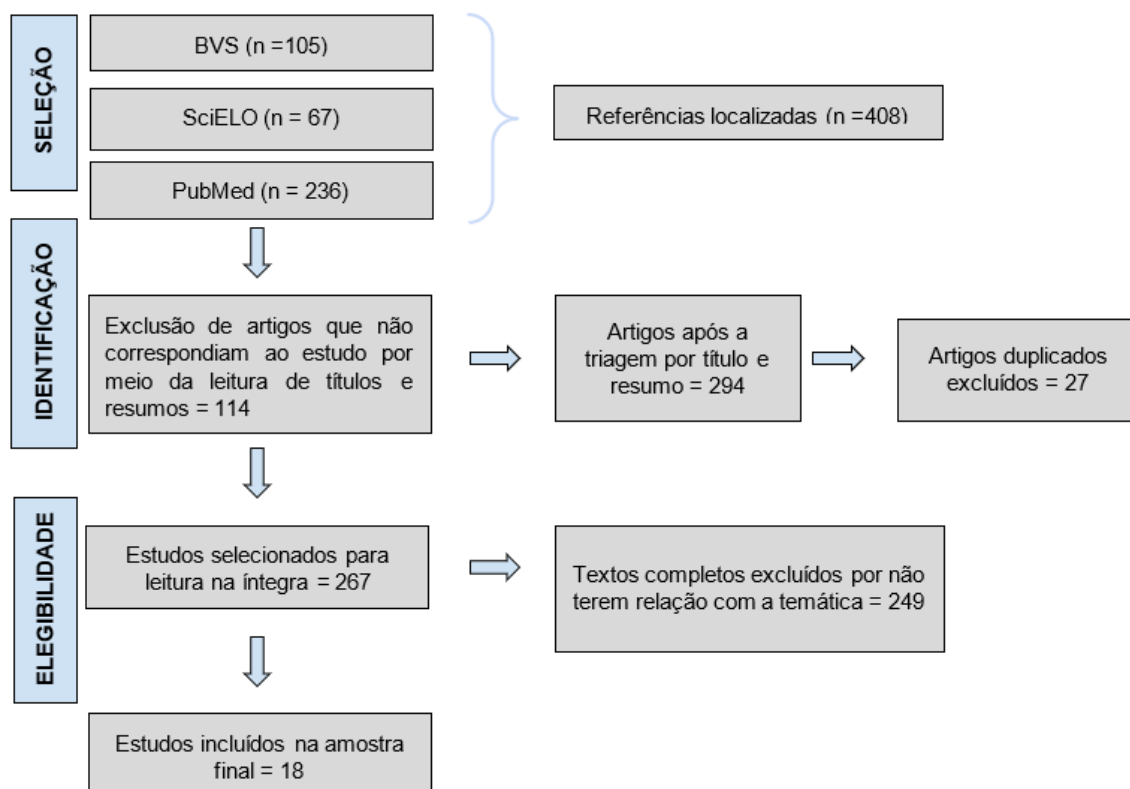
Para guiar a revisão integrativa, a questão norteadora foi: Quais são as barreiras enfrentadas por mulheres em situação de rua no acesso aos serviços de saúde?

O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de abril de 2025 e ocorreu por meio de buscas em bases de dados, a partir das seguintes fontes de informação: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Library of Medicine and National Institutes of Health (PUBMED). As combinações de descritores utilizados para a consulta foram: Pessoas Mal Alojadas, Mulheres, Desigualdades de Saúde e Acessibilidade aos Serviços de Saúde, utilizando os operadores booleanos AND e OR.

Foram critérios de inclusão: artigos científicos que abordassem as barreiras que dificultam o acesso das mulheres em situação de rua aos serviços de saúde, publicados no período de 2015 a 2025 em bases de dados eletrônicos de acesso público, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Não foram consideradas teses e dissertações, ou qualquer tipo de literatura cinzenta, bem como os artigos não disponíveis na íntegra. Optou-se por não incluir a literatura cinzenta neste estudo a fim de garantir maior rigor metodológico e confiabilidade dos resultados.

Para a extração das publicações e organização dos dados, utilizou-se o software de gerenciamento de referências Rayyan. Inicialmente, foram identificados 408 artigos. Após a triagem preliminar — realizada por meio da leitura dos títulos, resumos e textos completos — foram selecionados 18 estudos que abordavam questões relacionadas às barreiras de acesso aos serviços de saúde para mulheres em situação de rua. Este estudo é uma revisão integrativa de literatura, realizada com dados secundários de acesso público, não envolvendo coleta primária de participantes e, portanto, sem necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos



Resultados

Para a apresentação dos artigos selecionados, elaborou-se um quadro sinóptico com as informações relevantes da produção científica analisada, contendo as seguintes variáveis: autores, local do estudo, fonte/ano e método utilizado. Posteriormente, elaborou-se um quadro sinóptico com informações que possibilitaram uma melhor descrição dos manuscritos, contemplando as seguintes variáveis: título, objetivo e principais resultados dos estudos (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização dos estudos

LOCAL	MÉTODO	OBJETIVO	RESULTADOS
Brasil ²⁵	Ensaio teórico, secundário.	Refletir sobre o status de cidadania das mulheres em situação de rua (PSR) frente ao acesso à política de saúde brasileira.	O estudo evidenciou que o foco da política de saúde voltado quase exclusivamente à maternidade, aliado a abordagens punitivas e institucionalizadas, limita o cuidado integral às mulheres em situação de rua. Também se destaca a ausência de políticas específicas para essa população, a estigmatização e a exigência de territorialidade imposta pelo SUS, que vincula o acesso aos serviços à existência de endereço fixo.
Brasil ²⁶	Ensaio teórico, secundário.	Discutir acerca das expressões da colonialidade no processo de exclusão social no acesso à saúde das mulheres negras em situação de rua, a partir da experiência profissional no Consultório na Rua.	Foram apontadas barreiras específicas no acesso à saúde por mulheres negras em situação de rua, como o racismo institucional, a desumanização do corpo negro, as desigualdades marcadas pela interseccionalidade entre raça, gênero e classe, além do preterimento dessas mulheres nos espaços de cuidado.
Brasil ²⁷	Estudo transversal descritivo, primário.	Descrever o perfil sociodemográfico e de acesso aos serviços socioassistenciais e	Entre os fatores que dificultam o acesso à saúde, destacam-se a ausência de documentação, a demora no atendimento, a discriminação social e racial, bem

		de saúde entre pessoas trans e travestis em situação de rua em Salvador.	como o despreparo das equipes para acolher adequadamente mulheres trans e travestis em situação de rua.
Brasil ²⁸	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório.	Descrever o processo de trabalho das equipes do Consultório na Rua no atendimento às mulheres em situação de rua.	Foram evidenciadas barreiras no cuidado às mulheres em situação de rua relacionadas à dificuldade de articulação com a rede de assistência, à invisibilidade das especificidades de gênero, à fragilidade nos vínculos estabelecidos e à padronização das práticas de cuidado, que desconsideram a singularidade das usuárias.
Brasil ²⁹	Revisão sistemática, secundário.	Conhecer o que tem sido pesquisado sobre a saúde desse grupo de mulheres no contexto nacional, e internacional, considerando-se as especificidades relacionadas à condição de gênero.	O estudo apontou como barreiras ao acesso a desarticulação entre os serviços, a presença de atitudes discriminatórias, a ausência de acolhimento humanizado, longas filas de espera, o desconhecimento sobre onde buscar ajuda e a inexistência de políticas específicas e de integração entre as áreas da saúde, assistência social e proteção à mulher.
Brasil ³⁰	Revisão integrativa, secundário.	Identificar a abordagem sobre a saúde das mulheres transgêneras em situação de rua nas produções científicas.	Foram identificadas barreiras como a exclusão institucional, discriminação interseccional, vivência de violências física e simbólica, ausência de acolhimento qualificado, negação da identidade de gênero e dificuldades de acesso por falta de documentação ou passabilidade, com impactos significativos na saúde física e mental dessas mulheres.
Brasil ³¹	Qualitativo descritivo, primário.	Analisar a percepção de mulheres trans em situação de rua quanto a utilização dos serviços de saúde.	Entre as barreiras observadas, destacam-se a assistência discriminatória baseada na transfobia institucional, a demora no acesso ao tratamento de HIV, a ausência de acompanhamento médico para a terapia hormonal, o uso de hormônios sem

			supervisão profissional, a falta de serviços especializados e as dificuldades geográficas e burocráticas que comprometem a continuidade do cuidado.
Brasil ³²	Qualitativo descritivo, primário.	Identificar como se dá a proteção social e a produção do cuidado a travestis e a mulheres trans em situação de rua nas políticas públicas de saúde e de assistência social no município de Belo Horizonte (MG), a partir da percepção dessas pessoas.	Foram identificadas barreiras como violência institucional, desrespeito ao nome social, segregação em serviços, falta de privacidade, assédio, discriminação por identidade de gênero, despreparo das equipes e ausência de serviços especializados, o que reforça práticas excludentes e dificulta o acesso à atenção integral.
Brasil ³³	Transversal quantitativo, primário.	Identificar grupos de mulheres trans e travestis (MTT) com padrões específicos de discriminação por identidade de gênero (DIG) e analisar os fatores associados à DIG.	O estudo, realizado em cinco capitais brasileiras com mulheres trans e travestis, identificou altos índices de discriminação por identidade de gênero, especialmente entre aquelas em situação de rua. Foram relatadas barreiras como estigmatização, exclusão social, ausência de reconhecimento do nome social e discriminação institucional nos serviços de saúde. A análise apontou que fatores como a não retificação do nome, o histórico de violência física ou sexual e a vivência nas ruas estiveram associados a maiores chances de vivenciar discriminação em diferentes contextos, inclusive durante atendimentos em saúde.
Brasil ³⁴	Qualitativo descritivo, primário.	Compreender a experiência de acesso a ações e serviços de saúde bucal de mulheres em situação de rua na cidade de Teresina, Piauí.	O estudo identificou barreiras como demora e dificuldades na marcação de consultas, exigência de documento, territorialização rígida, violência institucional, despreparo das equipes de saúde bucal, ausência de cirurgia-dentista na eCR e estigmas que afastam as mulheres dos serviços.

Brasil ³⁵	Revisão de literatura, secundário.	Identificar como acontece a assistência de enfermagem à mulher em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal.	O estudo apontou diversas dificuldades que gestantes em situação de rua enfrentam, dentre eles riscos ambientais e à saúde, possibilidade de despreparo dos profissionais de saúde ao acolhimento dessa gestante, preconceito e julgamento nos serviços de saúde.
Estados Unidos ³⁶	Revisão narrativa sistemática, secundário.	Revisar evidências sobre como a interseccionalidade afeta o engajamento em serviços e a busca por ajuda de mulheres, mulheres trans e pessoas não-binárias que experienciam situações de rua ou exclusão habitacional.	O estudo analisou fatores que influenciam o acesso e o engajamento de mulheres, mulheres trans e pessoas não binárias em situação de rua na assistência à saúde. Foram apontadas como barreiras o estigma, a discriminação institucional e o desamparo vivenciado durante o ciclo gravídico-puerperal, frequentemente marcado por atitudes punitivas, culpabilização da gestação e despreparo das equipes de saúde para oferecer um cuidado ético e acolhedor a essa população.
Brasil ³⁷	Revisão de literatura, secundário.	Refletir sobre a equidade para mulheres em situação de rua.	É discutido sobre como mulheres em situação de rua enfrentam graves barreiras para acessar a saúde, incluindo violência, estigma, falta de higiene básica e despreparo dos serviços. O artigo defende que é necessário adotar políticas públicas, apoio psicossocial e ações específicas para garantir equidade no cuidado, respeitando suas necessidades e dignidade.
Estados Unidos, Reino Unido, Turquia e Irã ³⁸	Revisão sistemática, secundário.	Explorar as barreiras e facilitadores percebidos por mulheres em situação de rua, durante a gravidez ou dentro de seis semanas após o parto, no acesso aos	O estudo, uma revisão qualitativa com dados dos EUA, Reino Unido, Turquia e Irã, identificou barreiras como serviços fragmentados, exigência de documentos e seguro, estigma e discriminação nos atendimentos, desconfiança dos serviços por medo de perder a guarda do bebê, barreiras

		cuidados de saúde pré-natais e/ou pós-natais.	geográficas e falta de transporte, além de baixa alfabetização em saúde e demandas concorrentes que dificultam o acesso aos cuidados pré-natais e pós-natais.
Austrália ³⁹	Quantitativo descritivo, primário.	Explorar as necessidades de saúde e as barreiras aos serviços de saúde em mulheres idosas em situação de rua na área metropolitana de Perth, Austrália Ocidental.	O estudo realizado em Perth, Austrália, identificou barreiras como estigmatização, expressa pelo medo de julgamento e vergonha ao buscar atendimento. Falhas na rede de atenção, como escassez de serviços, alto custo e dificuldade de acesso a profissionais mulheres. Também foi apontado o despreparo das equipes para atender às especificidades dessa população.
Canadá ⁴⁰	Qualitativo descritivo, primário.	(i) fornecer novos insights sobre os processos de tomada de decisão das mulheres, (ii) descrever as barreiras e facilitadores para o rastreamento do câncer de mama e do colo do útero, e (iii) oferecer recomendações para futuras iniciativas de extensão, educação e rastreamento desenvolvidas especificamente para mulheres marginalizadas sub/nunca rastreadas que vivem em centros urbanos.	O estudo qualitativo, realizado em Toronto (Canadá), com mulheres em situação de rua, identificou barreiras como estigmatização, medo de julgamento e desconfiança nos profissionais, especialmente em situações que envolvem exames ginecológicos. Também foram apontadas a ausência de vínculo com a atenção primária, o despreparo das equipes e falhas na comunicação. A pobreza, a instabilidade e o histórico de violência sexual surgem como fatores agravantes na busca por atendimento e na continuidade do cuidado.
Suécia ⁴¹	Qualitativo descritivo, primário.	Dar voz a mulheres com experiências de rua e explorar suas perspectivas sobre serviços de saúde em um país da União Européia com assistência médica	O estudo, realizado na Suécia com mulheres em situação de rua, evidenciou barreiras como a exigência de endereço fixo e documentos, horários rígidos de atendimento, e a inadequação dos serviços às suas realidades. As participantes relataram

		universal.	estigmatização e tratamento discriminatório nos serviços, além de negligência, julgamentos morais, e situações de abuso por parte dos profissionais de saúde. A ausência de vínculo e a falta de continuidade no cuidado reforçaram sentimentos de exclusão e indignidade.
Estados Unidos ⁴²	Quantitativo descritivo, primário.	Explorar como o trauma afeta as experiências, os comportamentos e as práticas dos profissionais de saúde em relação ao exame Papanicolau no contexto da situação de rua.	O estudo, realizado nos Estados Unidos com mulheres em situação de rua, identificou barreiras como estigmatização, medo de julgamento e reações físicas e emocionais intensas diante do exame preventivo, especialmente entre aquelas com histórico de violência sexual. Foram relatadas experiências de revitimização durante o atendimento, falta de preparo dos profissionais e ausência de estratégias acolhedoras. O despreparo e a condução inadequada dos exames contribuíram para recusa, adiamento ou abandono do rastreamento.

Discussão

A amostra final foi composta por 18 estudos, provenientes das bases de dados BVS, SciELO e PubMed, totalizando 408 referências inicialmente localizadas. Após a triagem por título, resumo e remoção de duplicatas, 267 artigos foram selecionados para leitura na íntegra, dos quais 249 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, resultando na inclusão de 18 artigos. Observou-se que a maioria das publicações foi realizada no Brasil, o que favoreceu uma compreensão mais situada da realidade nacional. Também foram incluídos estudos de países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Suíça, Turquia, Irã e Austrália, os quais ampliaram o olhar sobre as barreiras enfrentadas por mulheres em situação de rua em distintos contextos sociopolíticos e sanitários.

Os estudos analisados evidenciaram múltiplas vivências de mulheres em situação de rua, com destaque para desafios no acesso à saúde sexual e reprodutiva,^{35,38-40} hormonal e de afirmação de gênero,³¹⁻³³ bem como para a presença de violência institucional e práticas discriminatórias.^{25,28,34,41-42} Também foram identificadas investigações que abordam as especificidades de mulheres negras²⁶ e idosas³⁹ em situação de rua, revelando a invisibilidade de suas demandas nos serviços de saúde. Esses achados reforçam a importância de considerar marcadores sociais como gênero, raça, idade e identidade de gênero como fatores determinantes do acesso (ou negação) ao cuidado.

A leitura integral dos 18 artigos que compuseram a amostra permitiu a organização dos achados por similaridade temática, resultando na construção de quatro categorias de análise: (1) falta de qualificação profissional; (2) fragmentação da Rede de Atenção à Saúde; (3) estigmatização; e (4) violência.

Falta de Qualificação Profissional

Os estudos analisados evidenciam que a falta de qualificação profissional compromete diretamente o cuidado oferecido às mulheres em situação de rua. Essa insuficiência formativa se manifesta na inexperiência das equipes, na padronização do atendimento e na dificuldade de estabelecer vínculos, desconsiderando as especificidades sociais, emocionais e de saúde dessa população.^{21,28,34} A ausência de escuta qualificada e de sensibilidade clínica reforça práticas desumanizadas, resultando em atendimentos superficiais e guiados por julgamentos morais, em detrimento das necessidades reais.^{34,41}

Essa limitação também se expressa na incapacidade dos profissionais em lidar com as demandas de mulheres trans e travestis em situação de rua, revelando falhas técnicas e éticas no uso do nome social, no acesso à hormonização e no cuidado integral à saúde mental e física.³¹⁻³³ Nos serviços de saúde bucal, observa-se a mesma lógica de despreparo: os atendimentos são restritos, fragmentados e frequentemente marcados por negligência, reiterando a exclusão das mulheres em situação de rua do cuidado especializado.³⁴

No campo da saúde sexual e reprodutiva, há falhas no acompanhamento do pré-natal, na oferta de contraceptivos e na realização de exames preventivos, evidenciando a ausência de protocolos adaptados à realidade de quem vive em condições de extrema vulnerabilidade.^{35,38,40,42} Durante o ciclo gravídico-puerperal, essas barreiras se

intensificam, com relatos de julgamento moral, violência institucional e recusa de atendimento, o que transforma momentos de cuidado em experiências de novo sofrimento e violação de direitos.³⁶⁻³⁷

Além disso, o uso de substâncias psicoativas e as estratégias de autocuidado, frequentemente presentes no cotidiano dessas mulheres, são desconsiderados pelas equipes de saúde, que não recebem formação adequada para compreender tais contextos.^{25,28} As falhas identificadas refletem problemas estruturais, como a ausência de educação permanente e a persistência de uma lógica excludente no SUS, que mantém práticas hierarquizadas e pouco sensíveis à diversidade.^{34,37} Essa realidade também afeta mulheres idosas em situação de rua, que enfrentam a falta de escuta sensível e de abordagens adaptadas às suas vivências, ampliando ainda mais as desigualdades de acesso.³⁹

Em contextos internacionais, observa-se dinâmica semelhante: a desconfiança nas equipes, a ausência de práticas acolhedoras e a condução insensível de procedimentos revelam que a qualificação profissional envolve dimensões éticas, relacionais e humanas, e não apenas técnicas.^{36,38} Tais achados reforçam que a formação em saúde precisa incorporar escuta ativa, compreensão das trajetórias de sofrimento e compromisso com a dignidade dessas mulheres.

Fragmentação da Rede de Atenção à Saúde

A fragmentação e a desarticulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) são apontadas como barreiras estruturais recorrentes no acesso das mulheres em situação de rua aos serviços de saúde. O modelo hegemônico de cuidado, pautado na fixação territorial e na continuidade do atendimento, não dialoga com as dinâmicas da vida nas ruas. Estudos evidenciam que a descontinuidade do cuidado e a ausência de acompanhamento longitudinal comprometem a resolutividade da atenção.^{25,28,34,41} Soma-se a isso a falta de articulação entre os serviços de saúde e assistência social, bem como a inexistência de fluxos intersetoriais consistentes.^{28-29,37}

Essas fragilidades se manifestam também na escassez de serviços especializados, nas barreiras geográficas e burocráticas e na dificuldade de acesso a cuidados que contemplem as especificidades das mulheres em situação de rua.^{34,42} Além disso, a localização distante das

unidades, os longos tempos de espera e a percepção de que os serviços não atendem suas necessidades concretas reforçam o afastamento dos cuidados.^{34,41}

A descontinuidade da atenção primária também repercute negativamente na saúde sexual e reprodutiva, com falhas no acompanhamento do pré-natal, na oferta de contraceptivos e na realização de exames preventivos.^{35,38,40,42} Durante o ciclo gravídico-puerperal, observa-se desamparo institucional, marcado por ausência de acolhimento, julgamento moral e interrupção do cuidado.³⁶⁻³⁷ Esse cenário revela que a estrutura da rede não é responsiva às demandas de mulheres em situação de rua, especialmente em momentos de maior vulnerabilidade.

A burocracia do sistema de saúde também emerge como importante marcador de exclusão. A exigência de endereço fixo, documentos pessoais e critérios de territorialidade inviabiliza o acesso aos serviços de saúde por essa população.^{25,28,37,42} A literatura existente evidencia que a falta de documentação, a desinformação sobre os serviços e a rigidez burocrática comprometem de forma significativa o acesso ao direito à saúde.^{25,28,39} Essa lógica burocrática se repete em contextos internacionais, configurando uma exclusão globalizada e sistêmica.³⁶⁻³⁸

Em países como Austrália e Canadá, mesmo em sistemas com maior financiamento e organização, observam-se falhas graves no atendimento às mulheres em situação de rua, incluindo escassez de serviços, altos custos, ausência de vínculo com a atenção primária e dificuldade de seguimento assistencial.^{36,38} Em países com sistemas públicos consolidados, como Suécia, barreiras como exigência de documentos, endereço fixo e horários rígidos de atendimento continuam excluindo mulheres em situação de vulnerabilidade social.³⁷ Esses achados demonstram que, independentemente do modelo assistencial, a fragmentação da rede dificulta o cuidado integral.

Embora as produções analisadas abordem aspectos relevantes sobre a fragmentação da rede, observa-se que grande parte dos estudos focaliza experiências isoladas ou serviços específicos, o que revela a complexidade da articulação entre os diferentes níveis de atenção.^{25,28,34} Esses achados evidenciam que a descontinuidade do cuidado e a ausência de integração entre saúde, assistência social e demais setores ampliam as desigualdades no acesso, indicando a necessidade de estratégias que considerem a realidade de mulheres em situação de rua de forma ampla e intersetorial.^{28,37}

Ao reunir evidências nacionais e internacionais, esta categoria demonstra que superar a fragmentação da Rede de Atenção à Saúde exige ações coordenadas, redução de barreiras burocráticas e fortalecimento dos vínculos entre os serviços, de modo a garantir cuidado contínuo, equânime e coerente com as necessidades dessas mulheres.^{25,28,34,36}

Estigmatização

A estigmatização das mulheres em situação de rua configura um processo estrutural e institucionalizado, atravessado por múltiplos marcadores sociais de desigualdade, como gênero, raça, classe e identidade de gênero. Não se trata de atitudes isoladas, mas de uma lógica de exclusão que se reproduz nos próprios serviços de saúde, comprometendo a qualidade do cuidado e afastando essas mulheres dos espaços de atenção.^{25,28,41} Estudos evidenciam que o estigma associado à condição de rua se entrelaça às desigualdades de gênero, resultando em práticas que inferiorizam e silenciam essas mulheres nos serviços.^{25,28} De forma complementar, outras investigações destacam os efeitos do racismo institucional e da discriminação social na negação do cuidado, reforçando o caráter interseccional dessas barreiras.^{26,36}

As práticas discriminatórias presentes nos serviços de saúde incluem julgamentos morais, culpabilização, constrangimentos e deslegitimação das demandas apresentadas pelas usuárias.^{28,41,42} Esses comportamentos não são pontuais, mas expressam uma cultura institucional que naturaliza a exclusão e dificulta a construção de vínculos terapêuticos. Essas práticas não apenas legitimam a marginalização dessas mulheres dentro do sistema de saúde, mas também produzem uma barreira simbólica que impede o acesso pleno ao cuidado.^{34,41}

A ausência de acolhimento adequado compromete o acesso à hormonização e à saúde mental, além de expor essas mulheres a violências institucionais e simbólicas.^{32-33,36} Em alguns casos, o estigma é associado à soropositividade para HIV e ao estereótipo de hipersexualização, o que aprofunda a exclusão social e dificulta a construção de vínculos com os serviços.^{32,42}

Em diferentes contextos nacionais e internacionais, o medo de julgamento, a vergonha e o constrangimento ao acessar os serviços são sentimentos frequentes entre as mulheres em situação de rua.^{36,38} Tais experiências subjetivas, somadas às

dificuldades materiais, contribuem para o afastamento progressivo dos serviços de saúde. Outros estudos revelam que a estigmatização se expressa por meio de práticas moralizantes, negligência e atitudes que deslegitimam a presença dessas mulheres nos espaços de cuidado.⁴¹⁻⁴² A indignidade sentida diante da rigidez institucional e da ausência de empatia reforça o ciclo de invisibilidade e abandono.³⁷ Esse cenário é ainda mais sensível em exames ginecológicos, nos quais o medo de julgamento e a condução insensível geram sofrimento e afastamento do cuidado preventivo.^{36,42}

De modo geral, os estudos demonstram que o estigma e a discriminação institucional não são exceções, mas elementos estruturantes do funcionamento dos serviços de saúde. Ao naturalizar a desigualdade, essas práticas reforçam a exclusão histórica das mulheres em situação de rua e perpetuam a negação de seus direitos. Compreender a estigmatização como fenômeno interseccional e institucional é fundamental para a construção de estratégias de cuidado que promovam reconhecimento, dignidade e equidade no acesso à saúde.

Violência

A violência constitui um elemento central nas experiências de mulheres em situação de rua com os serviços de saúde. Ela não se limita a agressões físicas, manifestando-se de forma institucional por meio da negligência, da omissão, do constrangimento e de práticas abusivas que ocorrem dentro dos próprios espaços de cuidado.^{33,37} Assim, o acesso à assistência, que deveria representar proteção, frequentemente se converte em um ambiente de sofrimento, insegurança e desconfiança.³⁸

As violências relatadas não são episódios isolados, mas expressões de um sistema excludente que nega direitos e naturaliza a desigualdade.³³⁻³⁴ Diversos estudos descrevem situações de abuso verbal, atendimentos desumanizados, recusa de cuidado e exposição constrangedora, evidenciando que os serviços de saúde podem reproduzir indignidade e reforçar a marginalização.^{37,41} Nessas condições, a saúde deixa de ser um direito garantido e passa a ser vivenciada como mais uma forma de opressão.

A dimensão racial também atravessa essas experiências. Mulheres negras em situação de rua relatam desumanização, hipersexualização e julgamento moral, demonstrando como o racismo institucional atua de maneira silenciosa, mas

persistente.^{26,36} A negligência diante de suas demandas, associada à naturalização do sofrimento, denuncia a presença de uma violência simbólica que se sustenta em hierarquias de raça, gênero e classe.⁴²

No caso de mulheres trans e travestis, a violência assume contornos ainda mais profundos. Os estudos apontam episódios constantes de transfobia nos serviços, manifestados pelo desrespeito ao nome social, pela não validação da identidade de gênero e por atitudes que patologizam seus corpos.³¹⁻³³ A ausência de acolhimento adequado compromete o acesso à hormonização, à saúde mental e à prevenção de HIV, resultando em ruptura de vínculos e abandono do cuidado.^{32,36} Quando a soropositividade está presente, o estigma se intensifica, ampliando a exclusão social e institucional.⁴²

Além das violências explícitas, práticas mais sutis também causam danos significativos. A condução insensível de exames ginecológicos, a imposição de procedimentos burocráticos sem justificativa e a ausência de abordagens centradas no trauma transformam o cuidado em fonte de sofrimento.^{38,42} Nesses contextos, momentos que deveriam promover acolhimento se tornam experiências de novo sofrimento e violação de direitos, levando muitas mulheres a evitar ou abandonar os serviços.³⁶

Identifica-se como limitação a escassez de produções que analisem de forma integrada os múltiplos fatores que estruturam a violência no acesso à saúde de mulheres em situação de rua. A maioria dos estudos foca em aspectos isolados, como discriminação, fragmentação da rede ou falta de qualificação profissional, o que dificulta uma compreensão sistêmica dos processos de exclusão.^{25,28,34} Muitos trabalhos também apresentam escopos locais ou amostras reduzidas, limitando a generalização dos achados e a formulação de estratégias aplicáveis a diferentes contextos.^{28,37} Observa-se ainda a carência de investigações que considerem simultaneamente marcadores como gênero, identidade de gênero, raça, classe, território e ciclo de vida, indicando a necessidade de abordagens interseccionais mais robustas.

Apesar dessas limitações, este estudo oferece uma síntese crítica e atualizada sobre as barreiras estruturais que atravessam o acesso à saúde de mulheres em situação de rua, demonstrando que a violência é um fenômeno institucional e interseccional. Ao organizar os achados em quatro categorias (falta de qualificação profissional, fragmentação da Rede de Atenção à Saúde, estigmatização e violência),

torna-se possível compreender a complexidade dos desafios enfrentados por essa população.^{14,23,34} Os resultados apontam para a necessidade de estratégias formativas contínuas para profissionais,^{15,24} de articulação intersetorial entre saúde, assistência social e justiça^{16,23} e de práticas de cuidado humanizadas baseadas em abordagens sensíveis ao trauma.^{36,38} Recomenda-se que pesquisas futuras desenvolvam modelos de atenção que promovam vínculos, considerem a interseccionalidade e garantam o direito à saúde com dignidade para mulheres em situação de rua em diferentes contextos.

Conclusão

A análise das evidências permitiu compreender que o acesso à saúde por mulheres em situação de rua, sejam cis, trans ou travestis, é sistematicamente limitado por um conjunto de barreiras estruturais que se articulam em diferentes realidades nacionais. A partir das quatro categorias discutidas, que envolvem a falta de qualificação profissional, a fragmentação da Rede de Atenção à Saúde, a estigmatização e a violência, torna-se evidente que as dificuldades vivenciadas por essas mulheres não se restringem ao cenário brasileiro. Elas também se fazem presentes em sistemas de saúde diversos, como os da Austrália, Suécia e Estados Unidos, revelando que a exclusão é um fenômeno transnacional.

A ausência de preparo técnico e ético das equipes de saúde contribui para condutas que não reconhecem as singularidades das mulheres em situação de rua, especialmente quando atravessam recortes de raça, gênero e identidade de gênero. Da mesma forma, a rigidez das redes de atenção, seja pela exigência de documentos, critérios de territorialidade ou descontinuidade dos cuidados, desconsidera as dinâmicas da vida nas ruas e fragiliza os vínculos assistenciais.

A estigmatização institucional, sustentada por moralismos, racismo e transfobia, constitui um dos obstáculos centrais ao acesso à saúde. Esses processos não apenas moldam as interações com os serviços, como também repercutem diretamente na forma como essas mulheres são acolhidas ou afastadas dos espaços de cuidado. Quando associados à negligência, à revitimização e ao desrespeito, esses elementos se configuram como expressões de violência institucional, reiterando a exclusão social a que essas mulheres já estão submetidas.

Frente a esse cenário, é urgente repensar políticas públicas e estratégias de atenção que incorporem uma abordagem interseccional, antidiscriminatória e adaptada às especificidades da população em situação de rua. A qualificação continuada das equipes, o fortalecimento de redes articuladas e o reconhecimento das múltiplas vulnerabilidades dessas mulheres são ações fundamentais para que o cuidado em saúde não reforce desigualdades, mas se torne efetivamente um direito acessível, digno e emancipador.

Referências

1. Ferreira AJM. Saúde e orçamento público no Brasil: uma análise dos recursos federais destinados para as ações e serviços da Atenção Básica em Saúde [monografia]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2024 [acesso em 2025 mar 10]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/60017>.
2. Moraes ICO, Padilha LAR, Vaz NRP, Nogueira RL. A percepção do usuário em relação à qualidade do atendimento na atenção primária à saúde. Rev Eletrônica Acervo Saúde. 2020;(50):e3465. doi: 10.25248/reas.e 3465.2020.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 04 abr. 2025.
4. Cagnin JG. A população em situação de rua, sua relação com a falta de moradia e o modelo *Housing First* (Moradia Primeiro) como alternativa de política pública [dissertação]. Franca (SP): Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais; 2023 [acesso em 2025 abr 04]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/items/7f7a856f-8565-4cf3-867c-a9bd013ddb43>.
5. BRASIL. Presidência da República. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 03 abr. 2025.
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil [Internet]. Brasília (DF): IPEA; 2023 [acesso em 2025 abr 06]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13457-populacao-em-situacao-de-rua-supera-281-4-mil-pessoas-no-brasil>.
7. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (BR). População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal [Internet]. Brasília (DF): Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; 2023 [acesso em 2025 abr 06]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf.

8. Santos MER. Vozes silenciadas: a invisibilidade das mulheres em situação de rua e os impactos na saúde mental [monografia]. Franca (SP): Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais; 2024 [acesso em 2025 abr 13]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/items/f0ccb113-0f4e-486d-b9e6-7091d262c2b0>.
9. Carvalho AA, Barreto RCV. A invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na Pesquisa Nacional de Saúde 2019? *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(9):4059-64. doi: 10.1590/1413-81232021269.12002021.
10. Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, Rocon PC. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2022;46(132):227-39. doi: 10.1590/0103-1104202213216.
11. Brito C, Silva LN. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(1):151-60. doi: 10.1590/1413-81232022271.19662021.
12. Oliveira JAS, Furtado LAC, Andreazza R. (In)visibilidades das violências na produção do cuidado com as pessoas em situação de rua. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e220057. doi: 10.1590/interface.220057.
13. Azcona G, Bhatt A. Poverty is not gender-neutral [Internet]. *SDG Action*; 2023 Mar 06 [cited 2025 Oct 14]. Available from: <https://sdg-action.org/poverty-is-not-gender-neutral/>.
14. UN-Habitat. Housing rights [Internet]. UN-Habitat [Internet]. Geneva (CH): United Nations Human Settlements Programme; 2025 [cited 2025 Oct 14]. Available from: <https://unhabitat.org/programme/housing-rights>.
15. Pinto RMF, Garcia MSMP, Gonçalves AMS. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. *Intraciência* [Internet]. 2020 [acesso em 2025 out 14]. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522114101.pdf
16. Sousa T, Henry M. The 2024 Annual Homelessness Assessment Report (AHAR) to Congress. Part 1: Point-in-Time Estimates of Homelessness [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Housing and Urban Development; 2024 [cited 2025 Oct 14]. Available from: <https://www.huduser.gov/portal/sites/default/files/pdf/2024-AHAR-Part-1.pdf>.
17. Brandão JRM. O(s) Sistema(s) Primário(s) de Saúde Canadense sob uma perspectiva brasileira: discutindo os Atributos Starfield. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1413-20. doi: 10.1590/1413-81232020254.31802019.
18. Dionne MA, Laporte C, Loeppky J, Miller A. A review of Canadian homelessness data, 2023 [Internet]. *Income Research Paper Series, 75F0002M*; 2023 June 16 [cited 2025 Oct 14]. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75f0002m/75f0002m2023004-eng.htm>.
19. eClinicalMedicine. Equitable health care for people experiencing homelessness. *EClinicalMedicine*. 2023 Sep 19;63:102242. doi: 10.1016/j.eclim.2023.102242.
20. Dixit SK, Sambasivan M. A review of the Australian healthcare system: A policy perspective. *SAGE Open Med*. 2018 Apr 12;6:2050312118769211. doi: 10.1177/2050312118769211.
21. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Australians' health faring well despite ongoing challenges, Australia's health 2024 shows [Internet]. Canberra: AIHW; 2024 Jul 02 [cited 2025 Oct 14]. Available from: <https://www.aihw.gov.au/news-media/media-releases/2024/july/australias-health-2024>.

22. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Specialist homelessness services annual report 2022-23: Older clients [Internet]. Canberra: AIHW; 2024 [cited 2025 Oct 14]. Available from: <https://www.aihw.gov.au/reports/homelessness-services/shs-annual-report-22-23/contents/older-clients>.
23. Mahmoodi H, Nadrian H, Moradzadeh R, Shahi F, Azimi S, Shirzadi S, et al. Inadequate functional health literacy and its associated gender inequality among an ethnic population: a social survey. *J Health Lit.* 2023;8(1):28-41. doi: 10.22038/jhl.2022.67115.1337.
24. Crossetti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 2025 dez 01];33(2):8-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/9TrSVHTDtDGhcP5pLvGnt5n/?format=pdf&lang=pt>.
25. Lucena FS, Costa MIS. Mulheres em situação de rua e cidadania. *Bol Inst Saúde.* 2023;24(1). doi: 10.52753/bis.v24i1.40028.
26. Alves RSE. Mulheres negras em situação de rua: colonialidade e acesso à saúde. *Bol Inst Saúde.* 2023;24(1):98-103. doi: 10.52753/bis.v24i1.40051.
27. Dias WP, Nunes TS, Nascimento IMR, Abade EAF, Dultra LS, Marinho ML, et al. Pessoas trans e travestis em situação de rua em Salvador: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e de acesso aos serviços socioassistenciais e de saúde, 2021 e 2022. *Epidemiol Serv Saúde.* 2024;33(N Esp 1):e2024515. doi: 10.1590/S2237-96222024v33e2024515.especial.pt.
28. Rocha APM, Freitas MYGS, Carvalho DO, Almeida VRS, Nascimento DC, Moura JCV, et al. Processo de trabalho no cuidado em saúde às mulheres em situação de rua. *Braz J Dev.* 2021;7(1):8314-24. doi: 10.34117/bjdv7n1-565.
29. Coldibeli LP, Paiva FS, Batista CB. Gênero, pobreza e saúde: revisão sistemática sobre a saúde de mulheres em situação de rua. *Textos Contextos (Porto Alegre).* 2021;20(1):e38015. doi: 10.15448/1677-9509.2021.1.38015.
30. Barros KCC, Moraes AVC, Coelho EAC, Jesus MEF, Araújo RDD, Oliveira JF. Saúde da mulher transgênera em situação de rua. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2023;23(2). doi: 10.25248/reas.e11698.2023.
31. Silva BIS, Lachtim SAF, Figueiredo NM, Randow CGR, Gontijo TG, Freitas GL. Utilização dos serviços de saúde por mulheres trans em situação de rua: uma percepção em Belo Horizonte. *Rev Bras Multidiscip.* 2023;26(3). doi: 10.25061/2527-2675/ReBraM/2024.v27i1.1997.
32. Mendes LG, Jorge AO, Pilecco FB. Proteção social e produção do cuidado a travestis e a mulheres trans em situação de rua no município de Belo Horizonte (MG). *Saúde Debate.* 2019;43(N Esp 8):107-19. doi: 10.1590/0103-11042019S808.
33. Magno L, Leite BO, Sperandei S, Pereira M, Knauth DR, Leal AF, et al. Discriminação por identidade de gênero entre mulheres trans e travestis no Brasil: uma análise de classes latentes e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2024;27(Suppl 1):e240012. doi: 10.1590/1980-549720240012.supl.1.2.
34. Santos IT, Oliveira CF, Lima JF. Experiências de acesso à saúde bucal de mulheres em situação de rua. *Saúde Debate.* 2023;47(136):83-95. doi: 10.1590/0103-1104202313605.
35. Santana CS, Freitas ILS, Mesquita KSF, Araújo BRO, Melo GB, Almeida AVA. Assistência de enfermagem à mulher em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal: uma revisão de literatura. *Ciênc Biol Saúde Unit* [Internet]. 2019 [acesso 2025 abr 12];5(2):71-82. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cdgsaude/article/view/5912/3348>.

36. Hess C, Abdulla Z, Finzel L, Semkina A, Harris J, Boaz A, et al. A systematic narrative review of the research evidence of the impact of intersectionality on service engagement and help-seeking across different groups of women, trans women, and non-binary individuals experiencing homelessness and housing exclusion. *PLoS One*. 2025;20(4):e0321300. doi: 10.1371/journal.pone.0321300.
37. Eugênio AP, Silva FBG, Meneses IBD, Aquino JM, Mendes PC, Martins Júnior LN, et al. Equidade e atenção à saúde das mulheres em situação de rua: problemáticas em torno de uma população vulnerável. *Cad Pedagóg*. 2021;21(3):e200. doi: 10.54033/cadpedv21n3-200.
38. McGeough CRM, O'Neill C, O'Donnell M. Barriers and facilitators perceived by women while homeless and pregnant in accessing antenatal and/or postnatal healthcare: a qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1-12. doi: 10.1186/s12884-020-03004-8.
39. Sutherland G, Bulsara C, Robinson S, Codde J. Older women's perceptions of the impact of homelessness on their health needs and their ability to access healthcare. *Aust N Z J Public Health*. 2022;46(1):62-8. doi: 10.1111/1753-6405.13156.
40. Moravac CC. Reflections of homeless women and women with mental health challenges on breast and cervical cancer screening decisions: power, trust, and communication with care providers. *Front Public Health*. 2018;6:30. doi: 10.3389/fpubh.2018.00030.
41. Kneck Å, Mattsson E, Salzmänn-Erikson M, Klarare A. "Stripped of dignity" – Women in homelessness and their perspectives of healthcare services: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2021;120:103974. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103974.
42. Kohler RE, Roncarati JS, Aguiar A, Chatterjee P, Gaeta J, Viswanath K, et al. Trauma and cervical cancer screening among women experiencing homelessness: a call for trauma-informed care. *Womens Health (Lond)*. 2021;17:17455065211029238. doi: 10.1177/17455065211029238.

Contribuições de autoria

1 – Bruna Alice Sestrem

Autor Correspondente

Graduanda em Enfermagem – brunasestrem@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

2 – Késsia Gomes Grizoste

Graduanda em Enfermagem – kessiaggrizoste@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

3 – Giovanna Corrêa Escolástico

Graduanda em Enfermagem – giovanna.institucional01@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

4 – Matheus Lima Henrique

Graduando em Enfermagem – matheusslimaaa4@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

5 – Giselle Lima de Freitas

Enfermeira, doutora, Professora – giselself@yahoo.com.br

Revisão e aprovação da versão final

6 – Thiago Gomes Gontijo

Enfermeiro, mestre, doutorando – thiago.gontijo15@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

Editor-Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editor-Científico: Eliane Tastch Neves

Como citar este artigo

Sestrem BA, Grizoste KG, Escolástico GC, Henrique ML, Freitas GL, Gontijo TG. Barriers to access to healthcare services among homeless women: an integrative review. Rev. Enferm. UFSM. 2026 [Access at: Year Month Day]; vol.16, e3:1-26. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769292672>