

ENSAIO

Mulheres negras em situação de rua: colonialidade e acesso à saúde

Black women on the streets: coloniality and access to health

Raquel Suzan Evangelista Alves¹

Resumo:

Em quais bases se amparam as respostas que justificam a presença de corpos negros serem maioria em situação de rua? E de que forma afetam o acesso aos cuidados em saúde de mulheres, maiorias negras, em situação de rua? Temos por objetivo 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. Desse modo, apresentaremos dois desdobramentos da colonialidade, a desumanização do corpo negro e o racismo, práticas que naturalizam o não reconhecimento do corpo feminino, majoritariamente negro nas ruas, enquanto merecedor de atenção e cuidado em saúde.

Palavras-chave: mulheres em situação de rua, acesso à saúde, racismo, interseccionalidade.

Uma civilização que se mostra incapaz de resolver os problemas que seu funcionamento provoca é uma civilização decadente. Uma civilização que opta por fechar os olhos para seus problemas mais cruciais é uma civilização doente¹.

Entender a interseção dos marcadores sociais da diferença e promotores de desigualdade na realidade das mulheres negras em situação de rua e como estes influenciam na exclusão do acesso ao cuidado em saúde, são o tema deste trabalho. Como afirma Cesaire¹, a civilização que é incapaz de resolver seus problemas está doente e decadente, no caso da atenção à saúde

Abstract:

What are the bases for the answers that justify the presence of black bodies, being the majority on the streets? And how do they affect the access to health care of black women in street situation? We aim to discuss about the expressions of coloniality in the process of social exclusion in access to health care for black women living on the streets, from the professional experience in the Street Clinic. We will present in this way, two outcomes of coloniality, the dehumanization of the black body and racism, practices that naturalize the non-recognition of the female body, mostly black on the streets, as worthy of attention and health care.

Keywords: homeless women, access to health, racism, intersectionality.

das mulheres negras em situação de rua, ignorá-las, ou não enxergar suas especificidades, é a manifestação do adoecimento institucional.

Ser mulher negra, dentro de um serviço de saúde composto majoritariamente por profissionais brancos (as), me possibilitou identificar o quanto as necessidades em saúde dessas mulheres em situação de rua são invisíveis nesse universo de cuidado, onde um corpo, feminino, negro, nas ruas, pode não ser visto como merecedor da atenção, promoção e prevenção em saúde.

As pessoas em situação de rua trazem em seus corpos e na geografia onde estes estão inseridos, a expressão da colonialidade na realidade concreta de suas existências e sobrevivências nas ruas, nas calçadas, malocas, marquises, espaços abertos, que são moradas dessa população.

Raça, gênero e classe, nessa ordem, apresentam os desdobramentos da colonialidade na realidade de

¹ Raquel Suzan Evangelista Alves (raquel.suzan31@gmail.com) possui graduação em Serviço Social (UNINOVE), Mestrado Profissional em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde – SP faz pesquisa na área de gênero, raça e classe. É Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial II Álcool e Drogas – SP, com experiência no atendimento às pessoas em situação de rua (Consultório na Rua – município de São Paulo).

mulheres em situação de rua, análise possível a partir do percurso profissional, enquanto assistente social do Consultório na Rua, onde atuei em três territórios distintos, em que as expressões da colonialidade repercutiam nas dinâmicas de exclusão social e na dificuldade em acolher as demandas e necessidades das mulheres negras em situação de rua na área da saúde.

Desse modo, a colonialidade opera de maneira prática no cotidiano das mulheres negras em situação de rua, na desumanização do corpo negro e no racismo que nega o direito a esse corpo¹⁻⁵. Cabe, aqui, definir o que é colonialismo e colonialidade.

Colonialismo pode ser compreendido como a formação histórica dos territórios coloniais; o colonialismo moderno pode ser entendido como os modos específicos pelos quais os impérios ocidentais colonizaram a maior parte do mundo desde a “descoberta”; e colonialidade pode ser compreendida como uma lógica global de desumanização que é capaz de existir até mesmo na ausência de colônias formais² (p.35-36).

Destacamos aqui que discutiremos o acesso ao cuidado em saúde e as condicionalidades históricas (colonialidade) e estruturais (raça, gênero e classe) que podem excluí-las desse acesso.

Quando se fala de colonialismo e colonialidade estamos falando de Soberania, que significa ocupação, relegar o colonizado a uma terceira zona, entre estatuto de sujeito e objeto⁴. Que lugar na sociedade é dado ao corpo da mulher em situação de rua, em sua maioria negras? Como questiona o autor: “que lugar é dado à vida, à morte e ao corpo humano massacrado? Como eles estão inscritos na ordem do poder?”⁴ (p. 7).

Ainda sobre a soberania do Estado, Carneiro (2011)⁶ acrescenta que “É esse poder que permite à sociedade livrar-se de seus seres indesejáveis (p.134)”, considerando ser o racismo um elemento crucial dessas escolhas, pois, legítima e autoriza o deixar morrer.

A situação de rua é experimentada majoritariamente por pessoas de pele escura, negros, em sua

maioria homens. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – IBGE⁷, em 2021 o total de negros, soma de pessoas pretas e pardas, é de 56,1% da população brasileira, contra 43%, de brancos. De acordo com a mesma pesquisa, dos 212,7 milhões de brasileiros, 51,1% correspondem à população feminina, e 48,9% à masculina. A estimativa⁸ da população em situação de rua revela que havia, naquele ano, 221.869 em situação de rua no Brasil, não sendo realizado recorte de gênero.

O município de São Paulo contabilizou cerca de 31.884⁹ pessoas vivendo em situação de rua, sendo um total de 25.717 homens e 5.109 mulheres. Em relação a autodeclaração, 50,5% pardos, 28,4% brancos, 21,2% pretos, 1,4% indígenas e 1,1% amarelos. Referente às mulheres, 45,5% se autodeclararam pardas, 28,4% brancas, 22,5% pretas, 2% indígenas e 1,3% amarelas. O total de negros (pretos + pardos) vivendo em situação de rua é muito superior ao de não negros, 71,7% dos homens e 68% das mulheres. Os dados que apontam a maior população em situação de rua masculina corroboram os dados dos Estados Unidos¹⁰. A condição dos negros em situação de rua não está longe da definição de Mbembe⁴.

De fato, a condição de escravo, resulta de uma tripla perda: perda de um “lar”, perda de direitos sobre seu corpo e perda do estatuto político. Essa tripla perda equivale a uma dominação absoluta, uma alienação de nascença e uma morte social (que é a expulsão fora da humanidade)⁴ (p. 27).

Carneiro (2011)⁶ aponta que:

[...] a prevalência da concepção de que certos humanos são mais ou menos humanos do que outros, o que, conseqüentemente, leva à naturalização da desigualdade de direitos. Se alguns estão consolidados no imaginário social como portadores de humanidade incompleta, torna-se natural que não participem igualmente do gozo pleno dos direitos humanos⁶ (p. 15).

Segundo a autora, essa concepção de humanidade está amparada na cientificidade do século XIX que dividiu a humanidade em raças, "(...) e estabeleceu hierarquia entre elas, conferindo-lhes, estatuto de superioridade ou inferioridade naturais. Dessas ideias decorreram e se reproduzem as conhecidas desigualdades sociais"⁶, (p. 16). Para a autora⁶, raça e classe são elementos que estruturam as desigualdades sociais no Brasil.

Sobre a relação entre colonialidade e racismo³, entende-se que o racismo é um princípio que estabelece e organiza as relações sociais, dividindo seres em superiores e inferiores, suas identidades, gêneros, conhecimentos, determinando os detentores de privilégio e os desprivilegiados. O racismo é, portanto, fruto da colonialidade e, como argumenta o autor, estrutura as relações sociais no Brasil, de modo a colocar cada um no seu lugar ou espaço. A rua pode ser considerada um lugar onde, na reprodução das expressões da colonialidade, ficam os desumanizados, ou desprovidos de direitos, que são as pessoas em situação de rua, em sua maioria negras.

Para falarmos do racismo, precisamos, antes, compreender que essa prática tem seus fundamentos e bases no conceito de raça¹¹.

(...) raça emerge como um conceito central para que a aparente contradição entre a universalidade da razão e o ciclo de morte e destruição do colonialismo e da escravidão possam operar simultaneamente como fundamentos irremovíveis da sociedade contemporânea. Assim, a classificação de seres humanos serviria, mais do que para o conhecimento filosófico, como uma das tecnologias do colonialismo europeu para a submissão e destruição de populações das Américas, da África, da Ásia e da Oceania¹¹ (p.20).

O autor caracteriza o poder político de raça e seu poder de naturalizar as desigualdades, legitimando

a segregação e genocídio dos grupos socialmente minoritários.

Sobre o racismo¹¹, esclarece, que é parte constitutiva e histórica na nossa cultura e seu exercício é tido como natural no cotidiano, concluindo que, "(...) para as visões que consideram o racismo um fenômeno institucional e/ou estrutural, mais do que a consciência, o racismo como ideologia molda o inconsciente"¹¹ (p.41).

Sobre os impactos e desdobramentos do racismo: "O racismo nos coloca fora da condição humana, e isso é muito violento"¹².

Raça e gênero enquanto construção do colonialismo

Crenshaw¹³ (2002) e Akotirene¹⁴ (2021) definem que a interseccionalidade pode ser compreendida como a interação de dois ou mais eixos de subordinação, como raça, gênero e classe (situação de rua), que afetam a vida de mulheres negras, reconhecidos como modernos aparatos coloniais.

Gênero também é uma expressão da colonialidade, com seus conceitos e funções definidos. Quanto aos papéis de gênero,² destaca-se a agressividade masculina como uma norma e o feminino, existindo para a reprodução da violência masculina, sendo a esposa um modelo feminino que tem por função cuidar das próximas gerações de homens. Ainda sobre o papel de gênero, sobre as mulheres que não cumprem esse papel determinado, o autor refere:

As mulheres que se desviam desse script perdem a respeitabilidade e podem ser suscetíveis à violência tanto ou mais que as mulheres que desempenham seus papéis como esposas e reprodutoras de homens guerreiros² (p.40).

Podemos aferir que as mulheres em situação de rua, em especial aquelas antes pertencentes à classe trabalhadora, deixaram de cumprir seu papel feminino tradicionalmente caracterizado por suportarem, no âmbito da vida privada, diversos tipos de violências,



manterem a rotina dividida entre o cuidado com a família, a vida laboral e os afazeres domésticos para ocuparem as ruas, viadutos, marquises etc, espaços historicamente ocupados majoritariamente por homens. Nesses espaços, os abusos físicos, morais e sociais, assim como as retaliações, passam a fazer parte de suas vidas, além do agravamento das expressões da colonialidade.

É possível utilizar o termo preterimento⁶, como forma de exemplificar que as mulheres em situação de rua, em especial as mulheres negras, são preteridas dos espaços de cuidado, fazendo-nos questionar qual é o corpo que merece esse privilégio?

Mulheres em situação de rua e o acesso à saúde

As populações marginalizadas são aquelas que são socialmente excluídas com base em idade, raça, etnia, sexo, estado de deficiência, situação de migração geográfica, resultando na privação de receber serviços, incluindo serviços de saúde (...)¹⁵ (p. 1).

“A rua como lugar de não escolha”¹² (p.25) e acessar serviços de saúde como forma de legitimar a humanidade⁶. A primeira frase expressa a realidade de mulheres em situação de rua, maioria negra; a segunda frase é a consequência do acesso aos serviços de saúde reconhecido como direito.

Alguns autores abordam que eventos adversos podem ser as causas que afastam as mulheres em situação de rua dos serviços de saúde. Entre os eventos mais mencionados, destacamos a violência estrutural e institucional, estigmas, estereótipos dirigidos às pessoas em situação de rua, constrangimentos, profissionais de saúde despreparados para lidar com as especificidades das mulheres em situação de rua^{16,17}.

A invisibilidade de suas demandas acarreta um acesso restrito às políticas públicas e uma exposição constante à violação dos direitos humanos. É possível observar que, dentre as variáveis apresentadas, a violência está presente no cotidiano das mulheres em

situação de rua de forma transversal, impactando na deterioração de suas vidas.¹⁶ Foi constatado que as violências podem se apresentar de forma estrutural e institucional na vida das mulheres em situação de rua, dirigindo suas vidas na rota da invisibilidade e não na rota das possibilidades. Sobre a violência institucional, as autoras acrescentam que “a violência institucional ocorre também na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos. Os principais exemplos são os serviços de saúde, de seguridade social e de segurança pública”¹⁷ (p. 646).

Referente ao acesso, considera-se como sendo a entrada em um serviço de saúde e a forma como o usuário (a) experimenta ou vivencia esse acesso^{18,19}. Ainda sobre o acesso em saúde, observa-se que esse pode estar relacionado à disponibilidade dos recursos, qualidade do atendimento e percepção sobre o estado de saúde²⁰.

A questão racial aparece como barreira de acesso para os cuidados preventivos de saúde entre mulheres negras e brancas, identificando que as mulheres negras acessam menos a saúde, mesmo com o mesmo grau de instrução (nível superior) que as mulheres brancas, destacando que “o racismo institucional é um fator determinante” no “acesso aos serviços de saúde, principalmente para as mulheres negras que sofrem com o impacto das intersecções das desigualdades de gênero e raça”, enfatizando que as “desigualdades raciais determinam o acesso à saúde e limitam o cuidado”²¹ (p. 571 e 578).

O fato de as mulheres viverem nas ruas expostas às violências e exclusão social pode também ser compreendido como barreira de acesso aos serviços de saúde, considerando que a exposição à violação de direitos pode influenciar no modo como essas mulheres avaliam ou se sentem ou não merecedoras do cuidado¹⁰.

O acesso de mulheres em situação de rua também é discutido em documentos internacionais, podendo ser observado um consenso quanto às barreiras de acesso na perspectiva dessas mulheres referente ao estigma e vergonha por estarem nesta condição: pelas violências sofridas ainda nos núcleos familiares, o que



muitas vezes, motivaram a ida para a rua; violências que persistem, sendo perpetradas por meio de abusos e violências sexuais coletivas ou por parceiro íntimo e ou violências dos pares nas ruas, havendo também o receio de julgamento de valor, de constrangimento por profissionais da saúde, diante da situação de extrema vulnerabilidade^{10,15,23,24,25,26,27}.

Afere-se que as necessidades em saúde das mulheres em situação de rua são invisíveis aos olhos dos profissionais de saúde, assim como invisível aos olhos das demais políticas públicas, tendo suas especificidades tratadas de forma genérica, impedindo, com isso, o acesso aos serviços de saúde²².

As normas que tratam de populações específicas^{28,29,30,31} são instrumentos legais de extrema relevância, acerca do reconhecimento do racismo, sexismo e desigualdade social existentes no Brasil e das formas para combater essas iniquidades contra as minorias sociais, mulheres, negros e pessoas em situação de rua.

A colonialidade naturaliza o não olhar para os corpos negros como merecedores de cuidado e atenção, e as mulheres negras em situação de rua experimentam uma invisibilidade espacial e política, sendo, com isso, menos assistidas pelos serviços de saúde e sociais²⁶.

Quando falamos de mulheres em situação de rua, compreendemos que “a colonialidade não depende da existência de colônias: ela se reatualiza permanentemente, produzindo novos arranjos institucionais e formas de expropriar, dividir, subalternizar e invisibilizar grupos, incorporando e intensificando graus de opressão”³² (p. 162).

As mulheres são oprimidas de formas diferentes, por isso, a necessidade do recorte de raça/cor, classe e gênero, a fim de compreender a interseccionalidade e as opressões que atingem as mulheres negras em situação de rua.

Considerações Finais

“O preconceito nem sempre ousa dizer seu nome”³³ (p.190).

Mulheres em situação de rua no Brasil, independentemente da origem étnico racial, experimentam a mesma dinâmica de exclusão social e violência. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade, no entanto, atingir a equidade no acesso à saúde é o grande desafio, em especial, para as mulheres negras em situação de rua afetadas diretamente pelas expressões da colonialidade.

Ideologias estruturadas e articuladas, como o racismo (estrutural e institucional), o sexismo e o classismo, operam de modo a excluir os corpos das mulheres negras em situação de rua do acesso aos direitos sociais, tornando suas necessidades naturalmente invisíveis. Assim, a ação discriminatória presente nos serviços de saúde, em decorrência de preconceitos, se materializa como barreira de acesso, naturalizada e culturalmente enraizada na prática cotidiana.

A existência de políticas públicas para grupos específicos, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional para a População em Situação de Rua e o Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres, demonstram a relevância de ações de educação permanente na área da saúde que discutam a interseccionalidade de raça, gênero e classe enquanto determinantes sociais de adoecimento e violência. Entendemos que a educação permanente em saúde, com olhar mais apurado para temas de grupos específicos, pode ser um caminho para o acesso aos serviços de saúde e, por outro lado, para a área da saúde se tornar um promotor de alcance da cidadania.

Referências

1. Cesaire A. Discurso sobre o Colonialismo. São Paulo: Veneta; 2020.
2. Torres NM. Análítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: Costa JB, Torres NM, Grosfoguel R, organizadores. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte: Autêntica; 2020. p. 27-53.
3. Grosfoguel R. Para uma visão decolonial da crise civilizatória e dos paradigmas da esquerda ocidentalizada. In: Costa JB, Torres NM, Grosfoguel R, organizadores. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte: Autêntica; 2020. p.55-77.

4. Mbembe A. Necropolítica, biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 Edições; 2018.
5. Vergés F. Um feminismo decolonial. São Paulo: Ubu Editora; 2020.
6. Carneiro S. Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro; 2011.
7. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD, 2012 – 2021 [internet]. [acesso em 31 out 2022]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf.
8. Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. (Setembro de 2012 a Março de 2020). IPEA; 2020.
9. Prefeitura Municipal de São Paulo. Assistência e Desenvolvimento Social. Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua. São Paulo: 2021.
10. McGeough C, Walsh A, Clyne B. Barriers and facilitators perceived by women while homeless and pregnant in accessing antenatal and or postnatal healthcare: A qualitative evidence synthesis. *Health Soc Care Community*. 2020;28:1380–1393.
11. Almeida SL. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen; 2019.
12. Ribeiro D. Quem tem medo do feminismo negro. São Paulo: Companhia das Letras; 2018.
13. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev Estud Fem*. 2002;10(1):171-188.
14. Akotirene, C. Interseccionalidade. São Paulo: Editora Jandaia; 2021.
15. Tune SNBK, Hoque R, Naher N, Islam N, Slam MdM, Ahmed, SM. Health, illness and healthcare-seeking behaviour of the street dwellers of Dhaka City, Bangladesh: qualitative exploratory study. *BMJ Open* [internet]. 2020 [acesso em 31 out 2022];10(10); e035663. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33033009/>
16. Rosa AS, Bretas ACP. Violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):275-85.
17. Antoni C, Munhós AAR. As violências institucional e estrutural vivenciadas por moradoras de rua. *Psicologia em Estudo*. 2016; 21(4):641-651.
18. Travassos C, Martins. M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad saude publica*. 2004;20(2):S190-S198.
19. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
20. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2002; 7(4):687-707.
21. Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*. 2013;37(99):571-579.
22. Leal MH, Os olhares e a invisibilidade: condições de saúde da mulher em situação de rua [dissertação]. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
23. Ferreira, IB, Coura, CA, Smith, AB Gonçalves, PD. Psychosocial treatment for homeless with substance use disorders. *Homelessness and Mental Health*. Oxford: University Press; 2021.
24. Lenta M, Panadero S, Vásquez J.J. Health situation and perceived health status among women experiencing homelessness: A longitudinal study in Spain. *Public Health Nurs* [internet]. 2022 [acesso em 30 jan 2023];40(1):9-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10086823/>
25. 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. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2022; 46(1):62-68.
26. Milaney K, Williams N, Lockerbie SL, Dutton DJ, Hyshka E. Recognizing and responding to women experiencing homelessness with gendered and trauma-informed care. *al. BMC Public Health* [internet] 2020 [acesso em 31 out 2022];20(397):1-6. Doi:doi.org/10.1186/s12889-020-8353-1
27. Teruya C, Longshore D, Andersen RM, Arangua L, Nyamathi A, Leake B et al. Health and Health Care Disparities among Homeless Women. *Women Health*. 2010;50(8): 719–736.
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília (DF); 2006.
29. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR), Secretaria Nacional de Proteção Global. Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília (DF); 2009.
30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Brasília(DF); 2004.
31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília (DF); 2015.
32. Gonçalves LAP, Oliveira RG, Gadelha AGS, Medeiros TM. Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades: uma (não) agenda? *Saúde Debate*. 2019; 43 (8): 160-174.
33. Bastide R, Fernandes F. Brancos e Negros em São Paulo: ensaio sociológico sobre aspectos da formação, manifestações atuais e efeitos do preconceito de cor na sociedade paulistana. São Paulo: Global; 2008.