



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes**

**A vulnerabilidade de mulheres em situação de rua, no ciclo gravídico-puerperal, na perspectiva da teoria das transições**

**Rio de Janeiro**

**2021**

Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes

**A vulnerabilidade de mulheres em situação de rua, no ciclo  
gravídico-puerperal, na perspectiva da teoria das transições**

Dissertação apresentada para obtenção  
do título de Mestre, ao Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Área de concentração: Enfermagem,  
Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela da Silva Santos

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

L864

Lopes, Jemima de Souza Fortunato Queiroz

A vulnerabilidade de mulheres em situação de rua, no ciclo gravídico puerperal, na perspectiva da teoria das transições / Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes. – 2021. 180 f.

Orientadora: Rosângela da Silva Santos

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Pessoas em situação de rua. 2. Maternidade. 3. Populações vulneráveis. 4. Cuidado transicional. 5. Teoria de enfermagem. 6. Pesquisa qualitativa. I. Santos, Rosângela da Silva. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação, desde que citada a fonte.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes

**A vulnerabilidade de mulheres em situação de rua, no ciclo gravídico puerperal, na perspectiva da teoria das transições**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 31 de maio de 2021.

Banca Examinadora:

---

Prof. <sup>a</sup> Dra. Rosângela da Silva Santos (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cláudia Mateus Barreto  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2021

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres, mães ou não, que exercem um papel essencial na nossa sociedade e são exemplos de força e determinação. Também dedico a minha mãe, que apesar de não estar presente fisicamente, ainda cuida de mim.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela possibilidade de ingressar neste Programa de Pós-Graduação, pois sem Ele nada disso teria sido possível.

À minha família, meu alicerce total nesse processo de construção. Minha mãe que sempre viu além do que eu via, minha grande incentivadora e minha maior saudade. Ao meu pai, a quem eu devo profundo respeito, que sempre me colocou em suas orações e acreditava na minha vitória. Minhas irmãs, Quezia e Bigayl, mulheres incríveis, que sempre demonstraram seu orgulho e carinho por mim. Ao Raphael, que esteve ao meu lado, me dando carinho e apoio. À minha família de sangue e de coração, agradeço o apoio, incentivo e por acreditarem que eu pudesse chegar até aqui.

À minha orientadora e professora, Dra. Rosângela, que foi incrível e parceira para a conclusão desse trabalho, que teve toda a paciência do mundo, que me incentivou a cada momento sem me deixar desistir. Confiou na minha capacidade e tirou o melhor de mim. Não tenho palavras para agradecer, minha gratidão será eterna.

A todas as minhas amigas e amigos, por toda preocupação, carinho e força, mesmo de longe. A minha equipe Sifrá Parteria, pelo incentivo e compreensão nas horas mais difíceis. À Vivianne Mendes, que foi essencial para o início dessa trajetória.

A minha equipe MABH, em especial Calleo e Tamara, que além de amigos, me apoiaram, acreditaram em mim e aguentaram as minhas ausências para me dedicar a este trabalho. Às minhas parceiras de mestrado, que foram presentes nesse período, Bruna, Barbara e Luisa, agradeço cada risada e incentivo nessa caminhada. Ao Grupo de Pesquisa, em especial a Renata e Jordana, que sempre estiveram dispostas a me ajudar e acolher nesse processo.

À minha banca de examinadores, aos professores, Dra. Ana Cláudia Barreto, Dr. Elias Barbosa, Dra. Inês Menezes e Dra. Thelma Spíndola, agradeço pelas contribuições valiosas ao meu projeto. As professoras, Dra. Adriana Lemos, Dra. Lucia Penna, que contribuíram com seus pareceres nessa trajetória.

## RESUMO

LOPES, J.S.F.Q. **A vulnerabilidade de mulheres em situação de rua, no ciclo gravídico puerperal, na perspectiva da teoria das transições**. 2021.180 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

**Introdução:** Objeto de estudo foi à vulnerabilidade de mulheres em situação de rua na transição para a maternidade, no ciclo gravídico-puerperal. Os objetivos foram: Analisar a vulnerabilidade das mulheres em situação de rua, no processo de transição para a maternidade, no ciclo gravídico-puerperal; descrever o processo de transição para a maternidade de mulheres em situação de rua a partir de suas narrativas de vida; identificar as vulnerabilidades que permeiam essa fase de transição na vida de mulheres em situação de rua; discutir as vulnerabilidades e as transições vivenciadas por essas mulheres, na perspectiva da vulnerabilidade à luz da Teoria da Transição. **Método:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizou narrativa de vida com a questão: Fale-me sobre a sua vida que tenha relação com a maternidade e a situação de rua. As entrevistas foram realizadas no ano de 2020, mediante aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer nº 4.076.830. A pesquisa foi realizada em duas maternidades públicas, dois Consultórios na Rua e a partir da técnica de bola de neve foram entrevistadas 11 mulheres que viveram ou vivem em situação de rua, com ou sem filhos. **Resultados e Discussão:** Das narrativas emergiram uma categoria: vulnerabilidade e transições para a maternidade de mulheres em situação de rua, e cinco subcategorias: vulnerabilidades individuais, vulnerabilidades sociais, vulnerabilidades programáticas, transições vivenciadas pelas mulheres em situação de rua e as terapêuticas de enfermagem a partir das hipossuficiências das participantes. O estudo evidenciou que as mulheres em situação de rua apresentaram como indícios a preservação da maternagem e a necessidade de proteção, afetividade e acolhimento dos seus filhos. As transições vivenciadas foram do tipo desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional, e apresentaram vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. Observou-se que apesar das situações adversas como a violência, uso problemático de álcool e drogas, alterações na saúde mental, com os familiares e situação socioeconômica, algumas mulheres vivenciaram o processo de transição para a maternidade de forma saudável. **Conclusão:** A análise das vulnerabilidades associadas à teoria das transições permitiu analisar a vulnerabilidade das mulheres em situação de rua, no processo de transição para a maternidade, no ciclo gravídico-puerperal, bem como elaborar a terapêutica de enfermagem para proporcionar uma assistência individualizada e sensível a essas mulheres. Ressalta-se a relevância do papel da enfermeira no cuidado às mulheres em situação de rua na transição para a maternidade e a necessidade de realização de novos estudos sobre esta temática.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua. Maternidade. Vulnerabilidade. Teoria de Enfermagem. Transição.

## ABSTRACT

LOPES, J.S.F.Q. **The vulnerability of homeless women in the postpartum pregnancy cycle, from the perspective of the theory of transitions.** 2021. 180 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

**Introduction:** The object of study was the vulnerability of women living on the streets in the transition to motherhood, in the pregnancy-puerperal cycle. The objectives were: To analyze the vulnerability of women living on the streets, in the transition to motherhood, in the pregnancy-puerperal cycle; describe the process of transition to motherhood for homeless women from their life narratives; to identify the vulnerabilities that permeate this phase of transition in the lives of homeless women; discuss the vulnerabilities and transitions experienced by these women, in the perspective of vulnerability in the light of the Transition Theory. **Method:** Descriptive study with a qualitative approach, used a life narrative with the question: Tell me about your life that has to do with motherhood and the situation on the street. The interviews were conducted in the year 2020, upon acceptance and signature of the Term of Consent. Free and Informed Consent (ICF) by the participants. The study was approved by the Ethics and Research Committee under opinion No. 4,076,830. The research was carried out in two public maternity wards, two Offices on the Street and, using the snowball technique, 11 women who lived or be homeless were interviewed, with or without children. **Results and Discussion:** From the narratives, a category emerged: vulnerability and transitions to motherhood for homeless women, and five subcategories: individual vulnerabilities, social vulnerabilities, programmatic vulnerabilities, transitions experienced by homeless women and nursing therapies a from the participants' hyposufficiencies. The study showed that women living on the street presented as evidence the preservation of motherhood and the need for protection, affection, and care for their children. The transitions experienced were of the developmental, situational, health-disease and organizational type, and presented individual, social, and programmatic vulnerabilities. It was observed that despite adverse situations such as violence, problematic use of alcohol and drugs, changes in mental health, with family members and socioeconomic situation, some women experienced the process of transition to motherhood in a healthy way. **Conclusion:** The analysis of the vulnerabilities associated with the theory of transitions allowed to analyze the vulnerability of women living on the streets, in the transition to motherhood, in the pregnancy-puerperal cycle, as well as to develop nursing therapy to provide individualized and sensitive assistance. these women. The importance of the nurse's role in caring for homeless women in the transition to maternity is highlighted and the need for further studies on this topic.

Keywords: Homeless people. Maternity. Vulnerability. NursingTheory. Transition.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Unidades de significação.....	55
Quadro 2 - Síntese da categoria.....	58
Quadro 3 - Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo.....	60
Quadro 4 - Historiograma.....	64
Quadro 5 - Fluxograma da Teoria das Transições aplicada as participantes do estudo .....	123

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário De Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPE	Beber pesado episódico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CadÚNICO	Cadastro Único de Programas Sociais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNH	Carteira Nacional de Habilitação
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
COEP	Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ
CMS	Centro Municipal de Saúde
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIU	Dispositivo IntraUterino
DRC	Doença Renal Crônica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECnR	Equipe de Consultório na Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FE-UERJ	Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FIPE	Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas
GVHIV	Gestante que vive com HIV
HPV	Papilomavirus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LCCFV	Laboratório de cuidados a crianças e famílias vulneráveis

LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização Nacional de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSR	População em Situação de Rua
SIDA/AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Humana
SAN	Síndrome de Abstinência
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-Natal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TA	Termo de Assentimento
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCLEr	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos responsáveis
UBS	Unidade Básica de Saúde
VITIGEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VPI	Violência Pelo Parceiro Íntimo

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	12
1	<b>REFERENCIAL CONTEXTUAL</b> .....	21
1.1	<b>Histórico da População em Situação de Rua (PSR)</b> .....	21
1.2	<b>Políticas Públicas para a População em Situação de Rua</b> .....	22
1.3	<b>Vulnerabilidade em situação de rua</b> .....	26
1.4	<b>Mulher em situação de rua e as questões de gênero</b> .....	29
1.5	<b>Maternidade x Maternagem</b> .....	33
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	38
2.1	<b>Teoria do desenvolvimento de D.W. Winnicott</b> .....	38
2.2	<b>Teoria da Transição de Afaf Meleis</b> .....	44
3	<b>ABORDAGEM METODOLÓGICA</b> .....	48
3.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	48
3.2	<b>Aspectos éticos da pesquisa</b> .....	48
3.3	<b>Cenário e Participantes do estudo</b> .....	50
3.4	<b>Coleta de dados</b> .....	52
3.5	<b>Processo analítico das narrativas</b> .....	54
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	59
4.1	<b>Caracterização das participantes do estudo</b> .....	59
4.2	<b>Vulnerabilidades e Transições para a Maternidade de mulheres em situação de rua</b> .....	67
4.2.1	<u>Vulnerabilidades Individuais para a maternidade de mulheres em situação de rua</u> .....	69
4.2.2	<u>Vulnerabilidades Sociais de mulheres em situação de rua</u> .....	99
4.2.3	<u>Vulnerabilidades Programáticas de mulheres em situação de rua</u> .....	112
4.2.4	<u>Transições vivenciadas por mulheres em situação de rua</u> .....	122
4.2.5	<u>Terapêutica de Enfermagem a partir das hipossuficiências das participantes</u> .....	142
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	144

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>147</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>171</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de autorização de gravação.....</b>	<b>173</b>
<b>APÊNDICE C- Termo de assentimento.....</b>	<b>174</b>
<b>ANEXO A - Roteiro de Entrevista Narrativa.....</b>	<b>176</b>
<b>ANEXO B -Comitê de Ética e Pesquisa UERJ.....</b>	<b>177</b>
<b>ANEXO C -Comitê de Ética e Pesquisa SMS-RJ.....</b>	<b>179</b>

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta dissertação tem por objeto de estudo a vulnerabilidade de mulheres em situação de rua na transição para a maternidade, no ciclo gravídico-puerperal. O interesse da pesquisadora acerca dos elementos da maternidade, bem como a obstetrícia, iniciou-se na graduação em enfermagem, quando no terceiro ano foi apresentado o ciclo gravídico-puerperal. A partir desse momento, a autora dessa dissertação uniu seus dois principais interesses na Enfermagem, a saúde mental e a obstetrícia, aprofundando seus conhecimentos e escolhendo ao final da graduação a Residência em Enfermagem Obstétrica na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A trajetória na especialização em Enfermagem Obstétrica possibilitou que a pesquisadora conhecesse a assistência de enfermagem nas unidades básicas de saúde, em maternidade – setores como acolhimento e classificação de risco, alojamento conjunto e sala de parto – e em níveis de organização e gestão dos serviços de saúde. Entretanto, persistia um desconhecimento acerca de grupos mais vulneráveis. Durante participação em uma das atividades para conhecer o funcionamento de elementos de gerência e gestão do cuidado a mulheres, a pesquisadora teve o primeiro contato com informações sobre a população em situação de rua, através de um enfermeiro que esteve na Comissão de Óbito Materno em uma área programática do município do Rio de Janeiro. Este enfermeiro participava de uma equipe multiprofissional de um Consultório na Rua e estava na comissão devido a um óbito fetal que ocorrera em sua equipe.

À época, saber sobre uma equipe de saúde que atendia a gestantes em situação de rua causou surpresa e despertou curiosidade sobre a vivência da gestação por essas mulheres, o que foi estímulo para visitar a unidade, conhecer melhor o trabalho daquele enfermeiro e presenciar as atividades ali realizadas.

A população em situação de rua (PSR) é caracterizada como um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou frágeis e a inexistência de moradia convencional regular, utilizando-se de logradouros públicos, unidades de acolhimento e a rua como espaço de moradia e sustento, temporária ou permanentemente (BRASIL, 2009). Conhecer a Equipe de Consultório na rua, o espaço disponibilizado na unidade e as atividades ali

realizadas - como um grupo de gestantes em situação de rua – estimulou o desenvolvimento de uma pesquisa com o intuito de ouvir as narrativas de vida das gestantes em situação de rua ali atendidas, que culminou no trabalho de conclusão de curso do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica EEAN/UFRJ.

Para a produção deste trabalho, a pesquisadora encontrou-se com estas mulheres diversas vezes e percebeu que, para elas, viver em situação de rua não era um problema e que nenhuma tinha planejado a gestação. Contudo, algumas desejavam exercer a maternidade, despejando esperança na criança que iria nascer, conforme descrito na literatura (FORTUNATO, 2015; GONTIJO e MEDEIROS, 2008; PENNA, et al, 2012).

Ressalta-se que neste estudo quatro (4) gestantes foram entrevistadas, elas eram não-brancas, possuíam documentos e boa relação com a equipe do Consultório na Rua. Apenas uma delas não queria ficar com seu filho por não ter local fixo de moradia (morava em um hotel), viver da prostituição, ser usuária de drogas e não saber quem era o pai da criança. Ela aparentava desespero por sua condição e, ao mesmo tempo, resignação por estar grávida e ter que, inevitavelmente, doar a criança ao nascer (FORTUNATO, 2015).

Essa pesquisa apurou a sensibilidade da pesquisadora acerca desse grupo vulnerável. E agora, como enfermeira obstetra e funcionária de uma maternidade, é possível ser mais crítica sobre a assistência que era prestada a essas mulheres, e perceber atitudes desumanas e que as estigmatizavam, como profissionais que questionavam se as mulheres em situação de rua deveriam ser atendidas por estarem sujas ou sob efeito de drogas.

Outro ponto importante da experiência vivenciada foi observar como algumas mulheres tinham carinho e esperança de ficar com seus filhos, mentindo algumas vezes sobre onde moravam e sobre a utilização de drogas, por já saberem que isso poderia implicar na saída dela com seu filho. Apesar de desdobramentos semelhantes já terem sido constatados durante a pesquisa anterior, assistir e estar ao lado dessas mulheres sabendo que a possibilidade de ficarem com seus filhos era pequena, causava tristeza e uma sensação de impotência na pesquisadora, já que eram situações aquém da sua competência.

Com a oportunidade de candidatar-se ao mestrado e ainda com várias inquietações acerca dessa população vulnerável, a pesquisadora escolheu manter essa linha de pesquisa a fim de trazer a discussão para a academia e aprimorar sua

assistência e de seus pares. Já no mestrado, visando o aprimoramento nesta temática, foi realizado o levantamento do estado da arte nesse campo entre os meses de maio e julho de 2019, utilizando nas bases de dados CINAHL, LILACS/BVS, SCOPUS, os descritores e termos livres: “HomelessYouth”, “Homelesspersons”, “Homeless”, “street”, “Homelessness” e “Mothers”, “PregnantWomen”, “Pregnan\*”, “motherhood”, “prenatal”, “birth”. Para associação desses termos foram utilizados os operadores booleanos “and” e “or”. A utilização de termos livres justifica-se pela complexidade da temática, como já estudado por Scappaticci e Blay (2010) e Santana, et al (2019), que demonstraram dificuldade na amostragem devido à estigmatização do problema (maternidade e situação de rua).

Como critério de inclusão foram utilizados artigos de 2009 a 2018, completos e disponíveis na íntegra, sem custo. No total, 246 artigos foram selecionados. Foram excluídos os artigos duplicados e que não respondiam aos aspectos relacionados à maternidade em situação de rua.

Dessa forma, dos 84 artigos encontrados na base de dados SCOPUS, apenas 15 foram selecionados, e desses apenas cinco (5) correspondiam à temática. Na base CINAHL, dos 52 artigos encontrados, apenas 17 foram selecionados e quatro (4) contribuíram com a temática. Já na base BVS/LILACS, dos 110 artigos encontrados, 57 foram selecionados e nove (9) desses contribuíram com esse estado da arte.

A partir do estado da arte, foi possível evidenciar também, o desejo de mulheres em exercer a sua função materna, bem como o cuidado e permanência com seus filhos apesar das dificuldades (ALMEIDA e QUADROS, 2016; COSTA, et al, 2015; PENNA, et al, 2012). Estas dificuldades são instabilidades em relação à moradia, problemas de saúde mental, dependência de álcool/drogas, problemas familiares e econômicos (THOMPSON, BEGUN e BENDER, 2016). Esses foram os fatores observados nos 18 artigos selecionados na busca realizada sobre a temática nas bases de dados supracitadas.

Surpreendentemente, foram encontrados três (3) artigos sobre apoio institucional a mulheres em situação de rua que desejam estar com seus filhos (COLLEN, 2015; MILL, SINGH E TAYLOR, 2012; KRAHN, et al, 2018). Esse apoio englobou desde assistência à moradia a atendimento profissional contínuo, e contribuiu para o exercício da maternidade por essas mulheres e a manutenção da custódia de seus filhos.

No Brasil, a população em situação de rua possui fluxos de atendimento bem delimitados através dos Consultórios na Rua, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREA), Conselho Tutelar e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com profissionais capacitados para atender as mulheres em situação de vulnerabilidade.

Vulnerabilidade pode ser entendida como estado de suscetibilidade a um ou mais riscos devido ao contexto de desigualdade e injustiça social (CARMO e GUIZARDI, 2018), e a fatores biológicos, existenciais e sociais (CZERESNIA e MALAGÓN-OVIEDO, 2015). Como um elemento relacional, Ayres (2018) traz a vulnerabilidade sobre três aspectos, social, individual e programático. Além disso, é importante atentar sobre as relações de vulnerabilização, cujo reconhecimento permite a transformação dessas relações e superação das situações de vulnerabilidade desse grupo.

Apesar do número de mulheres em situação de rua ser menor que o de homens, evidencia-se que elas estão expostas a situações de vulnerabilidade relacionadas ao gênero, preconceitos, violência e desigualdades de direitos sociais (BISCOTTO, et al, 2016; VILLA, et al, 2017).

Entende-se como saúde mental a qualidade de vida cognitiva e emocional, a habilidade de apreciação da vida, estar bem consigo mesmo e com os outros, saber reconhecer as exigências da vida e suas emoções, sabendo lidar com elas sendo desagradáveis ou não, reconhecer limites e buscar ajuda quando preciso. E o comprometimento dessas habilidades é considerado sofrimento/transtorno mental (BRASIL, 2016).

Anos de alimentação incerta, busca por água potável, trabalho informal, distanciamento da família, violência e preconceitos causam impacto na saúde física e mental das pessoas em situação de rua. Portanto, entender esses contextos de vulnerabilidade e instabilidade nas ruas facilita a assistência a essas pessoas e desmistificam crenças sobre essa população (VALLE, FARAH e CARNEIRO JUNIOR, 2020).

Dados de pesquisa recente, realizada em Recife nos anos de 2016/2017 com pessoas em situação de rua, mostram que 47,1% dos entrevistados eram do sexo feminino, número que difere da média nacional, aproximadamente, 18%. Desses

entrevistados, cerca de 39,6% relatam apresentar algum problema de origem mental, psicológico ou neurológico, não relacionando a utilização de drogas lícitas ou ilícitas como problema de saúde (SILVA, 2017).

Sabe-se que o consumo de drogas tem aumentado em todo mundo. Em 2009, cerca de 210 milhões de pessoas, 4,8% da população global entre 15 e 64 anos utilizaram algum tipo de droga. Já em 2018, esse número saltou para 269 milhões de pessoas, aproximadamente 5,3% da população (UNODC, 2020).

Em 2018, estimou-se que 35,6 milhões de pessoas sofriam de transtornos por uso de drogas. Fatores como marginalização social, educação limitada e pobreza aumentam os riscos de transtorno por uso de drogas e exacerbam as consequências do seu uso, afetando a saúde mental dos indivíduos (UNODC, 2020).

Esses dados remetem à importância de relacionar os problemas de saúde mental ao contexto vivenciado pelas pessoas em situação de rua, principalmente a mulher que passa pelo período gravídico-puerperal, pois, neste estudo foi possível verificar que 67,5% dos entrevistados possuem filhos.

A enfermeira tem papel importante no cuidado da mulher em situação de rua, visto que está inserida em toda a rede de atenção, seja nas equipes de Consultório na Rua, atuando no pré-natal de alto e baixo risco e no atendimento na maternidade. Assim, é necessário conhecer como ocorre a transição para a maternidade e a vulnerabilidade que permeia esse grupo de mulheres.

A maternidade é um período de transição que transcorre desde a descoberta da gravidez ao nascimento e desenvolvimento da criança. Vários fatores podem ser observados na vida da mulher em situação de rua que influenciam sua relação com a maternidade, por exemplo, sua relação com seus próprios pais, os motivos que a levaram à rua, a presença ou não de parcerias, as doenças, o acesso a serviços, as situações de violência e o uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas (SADEGHI, ADDELYAN, PARVIN, SALOMONI, 2018).

Cuidado de enfermagem pode ser definido como o conjunto de ações desenvolvidas e dirigidas a indivíduos ou grupos, visando promover e manter conforto, bem-estar e segurança. Ele deve ser desenvolvido com ética, humanidade e baseado em habilidades, competências, atitude profissional e na valorização da subjetividade de cada ser cuidado (FIGUEIREDO, et al, 2012; SANTOS, et al, 2017).

A experiência profissional e a literatura demonstram que muitas mulheres perdem a guarda de seus filhos devido ao seu estilo de vida e à falta de apoio para

mudança de sua realidade (SADEGHI, et al, 2018). O afastamento de crianças de suas mães, sem a avaliação individual de cada situação, acompanhamento e apoio antes, durante e após o nascimento, fere direitos básicos, como a autonomia da mulher e a convivência familiar (BRASIL, 2015).

A Constituição da República Federativa do Brasil (Art. 226, caput, 1988) apresenta a família como base da sociedade, com especial proteção do Estado. Isto posto, em situações de vulnerabilidade, o Estado deve garantir subsídios educacionais e científicos para proteção da família, sendo vedadas quaisquer situações de relativização dos direitos e intervenção no processo de cuidado intrafamiliar, caso haja a vontade da mulher de permanecer com seu filho (BRASIL, 1988).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) preconiza em seu artigo 19, a importância da convivência familiar para o desenvolvimento sadio e harmonioso da criança, em condições dignas de existência, não constituindo a falta de recursos materiais motivo para separação de mãe e filho (BRASIL, 1990). Entretanto, estudo realizado com crianças abrigadas em São Paulo demonstrou como principal motivo de afastamento das crianças a dificuldade da família em prover condições mínimas de acesso a direitos básicos (FAVERO, VITALE e BAPTISTA, 2008). Outro estudo realizado com grupos marginalizados, no Reino Unido, sobre utilização de serviços de contracepção, imunização e exames, identificou que das 53 mulheres entrevistadas, 35 mulheres deram à luz a 97 crianças, das quais 70% (n=68) foram recolhidas ou adotadas (WARREN e LOMAX, 2016).

Justifica-se o afastamento da criança de sua mãe pelo entendimento do profissional do próprio ECA, que prevê em suas medidas protetivas que em situações de risco crianças sejam afastadas de suas famílias, atendendo ao suposto melhor interesse do menor. E em adição a isso, a concepção dos profissionais envolvidos no processo de que a situação de rua e suas intempéries são de responsabilidade e escolha dos pais, precisando a criança, dessa forma, ser protegida (COSTA, PING e MASSARI, 2018).

Este fato perpetua a concepção social do morador em situação de rua, esquecendo que muitas dessas pessoas não nasceram na rua, mas estão nesta situação por processos de desfiliação em que, por motivos diversos, passam de uma situação de integração para uma situação de extrema vulnerabilidade de ausência de suportes sociais (CASTEL, 2015).

Dessarte, as mulheres que vivem em vulnerabilidade e desejam estar com seus filhos enfrentam contradições na maternidade. A invisibilidade e a desesperança, associados ao preconceito e adversidade, levam à resignação e aceitação das imposições sociais e estatais, que corroboram a sua situação de insuficiência para estar com seus filhos (MUNOZ, et al, 2013).

Foram elaboradas as seguintes questões norteadoras para este estudo:

- a) Como a mulher em situação de rua exerce a maternidade?
- b) Quais as vulnerabilidades apresentadas por mulheres em situação de rua no processo de transição para a maternidade, no ciclo gravídico-puerperal?

Para responder as questões, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

#### **Objetivo geral:**

Analisar a vulnerabilidade das mulheres em situação de rua, no processo de transição para a maternidade, no ciclo gravídico-puerperal.

#### **Objetivos específicos:**

- a) Descrever o processo de transição para a maternidade de mulheres em situação de rua, a partir de suas narrativas de vida.
- b) Identificar as vulnerabilidades que permeiam essa fase de transição na vida de mulheres em situação de rua.
- c) Discutir as vulnerabilidades e as transições vivenciadas por essas mulheres, na perspectiva da vulnerabilidade à luz da Teoria da Transição.

#### **Justificativa**

Durante a pesquisa bibliográfica para a realização deste estudo, foram observados apenas 10 artigos nacionais identificados sobre a temática, nas bases de dados supracitadas, nos últimos 10 anos. Estes artigos tinham como foco o cotidiano de gestantes em situação de rua, a situação de rua relacionada ao uso/abuso de substâncias, principalmente o crack, os significados de maternidade para adolescentes em situação de rua, e a concepção dos profissionais sobre a maternidade de adolescentes em situação de rua (ALMEIDA e QUADROS, 2016; COSTA, et al, 2015; PENNA, et al, 2012; BOTELHO, ROCHA e MELO, 2013; FERTIG, 2013; BLAY e SCAPPATICCI, 2010; YABUUTI e BERNARDY, 2014; ARAUJO,

SANTOS, TAVARES e FIDELIS, 2017; GONTIJO e MEDEIROS, 2008; NEIVA-SILVA, et al, 2018).

Este estudo torna-se relevante dado o aumento do número de pessoas em situação de rua, segundo dados de 2015 da Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), que indicam um crescimento de 14% desse grupo em São Paulo, em comparação ao ano de 2009, totalizando 15.905 pessoas, sendo 14,6% do sexo feminino. Este aumento tem relação com a crise econômica vivenciada em nosso país, com uma taxa de 12,7% de desempregados (IBGE, 2019) e, também, a falha das políticas públicas em garantir a equidade e a diminuição das desigualdades para a população (SOTERO, 2011). É importante ressaltar a dificuldade no levantamento estatístico relacionado à maternidade de mulheres em situação de rua, uma vez que as metodologias utilizadas, como o Censo do IBGE, não consideram a característica itinerante desse grupo ao pesquisar por domicílios.

No Brasil, esse grupo tem seis vezes mais chance de engravidar do que a população em geral (CARNEIRO JUNIOR, JESUS e CREVELIM, 2010). Dados de pesquisas em municípios brasileiros demonstram que cerca de 60 a 80% das moradoras em situação de rua possuem filhos. Porém, em plataformas oficiais como o DATASUS e SISPRENATAL não foi possível observar dados específicos em relação a gravidezes e partos desse grupo.

Um estudo realizado na Ucrânia em 2010, indicou que 41,7% das jovens em situação de rua estudadas tiveram um envolvimento relacionado à gravidez ao longo da vida (ZAPATA, et al, 2010). No Canadá, um estudo realizado em Toronto, aponta que 50% das mulheres que vivem na rua engravidaram antes de encontrar moradia fixa (SHAH, et al, 2017).

Diante do exposto, também, se justifica a realização deste estudo, pois a mulher em situação de rua sente-se estigmatizada em relação a gestar e culpada por exercer a sua maternidade, devido ao uso/abuso de substâncias, à prostituição e à ausência de recursos para cuidar de seus filhos (DOSKOCH, 2011; ARAUJO, et al 2017). Assim, ao dar voz a essas mulheres, espera-se além de gerar acolimento às suas moléstias, contribuir para um olhar coletivo sensível em relação a elas, que têm o direito de maternar mesmo estando em situação de rua.

Além disso, este estudo é relevante para as questões relacionadas ao adoecimento/transtorno mental e ao uso problemático de álcool e drogas pelas mulheres em situação de rua ou não, dada a frequência com que estes problemas

ocorrem na vida de pessoas em situação de rua. Em estudo realizado em Recife, constatou-se que 39,6% da população em situação de rua apresentava algum acometimento neurológico/psicológico/mental, além de elevada prevalência entre esses entrevistados de uso atual ou passado de alguma substância psicoativa, cerca de 86,9% (SILVA, 2017). Dessa forma, confirma a relevância deste estudo como contribuição sobre esse tema, dada a suscetibilidade desse grupo a esses acometimentos.

Além disso, este estudo contribuirá para que esta temática seja discutida para além da perspectiva das vulnerabilidades apresentadas por esta população, com enfoque nos desejos de maternagem que podem ou não existirem mulheres em situação de rua, como ocorrem em mulheres que não se encontram na mesma condição. Contribuirá, também, com fundamento teórico e prático para se repensar e ressignificar a assistência multiprofissional prestada a essas mulheres, possibilitando que elas se sintam acolhidas e bem assistidas nos serviços de saúde.

Este estudo também irá contribuir para a aplicabilidade e avanço da Política Nacional de Pessoas em Situação de Rua, ao passo que produz, sistematiza e dissemina dados e indicadores sociais e culturais, além de contribuir para o aprimoramento e reestruturação dos programas e serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Ademais, oferecerá subsídios para os cursos de graduação em enfermagem, para instrumentalizá-los no cuidado à mulher em situação de rua e estimular a discussão da temática durante a formação do futuro profissional. Para os programas de pós-graduação Lato e Stricto Sensu, contribuirá para os estudos desenvolvidos no Grupo de Pesquisa Gênero e Violência em Saúde e Enfermagem, em especial para o Laboratório de cuidados a crianças e famílias vulneráveis (LCCFV), da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FE- UERJ), disponibilizando subsídios para o desenvolvimento de novos estudos com outras abordagens metodológicas e perspectivas teóricas.

## 1 REFERENCIAL CONTEXTUAL

### 1.1 Histórico da População em Situação de Rua (PSR)

Mendigo, mendicante, pedinte, indigente, esmoleiro, vagabundo, morador de rua, sem-teto, andarilho ou sem-abrigo são alguns termos que durante muitos anos foram utilizados para definir as pessoas que têm instabilidade em relação a sua moradia. Esses termos apresentam a imagem desse grupo como inaptos ao convívio social, com base em valores morais e preconceitos, atribuindo a essas pessoas uma condição de inferioridade.

A terminologia “em situação de rua” foi adotada para distinguir-se das expressões “de rua” ou “na rua” e indicar o caráter de transição, de evento, passagem, um movimento do estar na rua e não um estado permanente (PAGOT, 2012). Diferente do termo utilizado em inglês, *homeless*, no Brasil, o termo “em situação de rua” foi consolidado para expressar mais que a ausência de casa, mas a situação momentânea do sujeito em relação à rua.

A vivência de pessoas em situação de rua é um fenômeno mundial, recorrente na história da humanidade. No Brasil, as primeiras informações sobre a constituição desse grupo populacional remetem ao período colonial quando, de acordo com historiadores, existiam pessoas aquém da atividade econômica da época que se abrigavam em espaços de anti-ordem, construindo uma ideologia de vadiagem, definida por ociosidade e itinerância (NOGUEIRA, 2008)

Há uma relação entre o processo de rualização e a não inserção no processo produtivo/econômico, haja vista a pobreza ser um dos principais motivos de as pessoas viverem em situação de rua. No período pós escravidão, por exemplo, milhares de negros livres, porém, desabrigados e sem trabalho formal, vagavam pelas cidades praticando a mendicância, cometendo pequenos furtos ou realizando atividades deploráveis para sobreviver nas ruas (CERQUEIRA, 2011).

Situação similar se deu durante a transição do feudalismo para o capitalismo na Europa, devido à Revolução Industrial do século XVIII. A situação do camponês que de forma repentina e súbita perdeu o seu meio de trabalho/moradia e tinha que ir

para as cidades em busca de emprego nas indústrias pode ser comparada a do negro recém-liberto (KLAUMANN, 2016).

Entretanto, nem todos são aproveitados pela onda capitalista, não por incapacidade ou falta de esforços pessoais, mas, devido à consequência básica da acumulação de riqueza, em que se deve acumular cada vez mais com menos trabalhadores e maior exploração dos mesmos (TIENGO, 2018). Dessa maneira, muitos são descartados do processo produtivo, no propósito de criação de um “exército industrial de reserva”, e as vagas nos postos de trabalho são insuficientes, deixando-os à mercê de toda a injustiça e desigualdade (MARX, 2013).

Assim, como afirma TIENGO (2018), deve-se avaliar o fenômeno da situação de rua para além da escolha do indivíduo, observando as consequências do método individualista do capitalismo como causa principal da desigualdade social e exclusão social, gerando subjugados, pessoal e socialmente, com difícil perspectiva de transposição social.

Outro ponto que pode ser destacado na origem do processo social da população de rua brasileira, assim como em países da Europa, é a questão sanitária-higienista. As campanhas eram direcionadas moradores de cortiços, favelas, expressão maior da insalubridade e de doença da época, e tinham como objetivo afastar das áreas centrais da cidade os pobres, mendigos e negros, juntamente com seu estilo de vida e acabar com os cortiços para proporcionar um tratamento estético em locais onde não deveria existir a pobreza (CERQUEIRA, 2011).

Essa cultura criada ao longo dos anos pode ser observada até os dias atuais, em que ao mesmo tempo que a população em situação de rua gera comoção, também provoca sentimento de repulsa e de necessidade de segregação. Além disso, o histórico de políticas higienistas só aumentou o abismo existente da desigualdade social, fazendo com que a população em situação de rua continue personagem no cotidiano das grandes cidades.

## **1.2 Políticas Públicas para a População em Situação de Rua (PSR)**

No Brasil, a construção de políticas públicas direcionadas à população em situação de rua tem seu início a partir de iniciativas religiosas, mas, precisamente nas

décadas de 70/80, quando a Pastoral do Povo da Rua - Igreja Católica –organizou um movimento de pessoas em situação de rua. Essa instituição promoveu casas de assistência, organizou movimentos de representação popular e eventos de mobilização social de cunho local, com foco na população em situação de rua (BRASIL, 2012b).

Tal pressão social gerou alicerce para a Constituição de 1988 considerar os direitos sociais como fundamentais de todo o cidadão, o que foi corroborado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), reconhecendo a Assistência Social como política pública (COSTA, 2005). Essa lei foi instituída em 1993 e traz em seu texto a garantia de direitos sociais e o amparo às classes menos favorecidas da sociedade, para o mínimo de condições de sobrevivência e de direitos de cidadania (BRASIL, 1993). Esses dois instrumentos foram essenciais ao contexto político e visibilidade social para a população à época e influenciou diversas manifestações do segmento.

O aumento da representatividade desta população, a partir dos movimentos organizados e, conseqüente interesse, até então inexistente, do Estado, repercutiu em estratégias municipais para delinear métodos para identificação e abordagem das necessidades desse grupo. Destaca-se o pioneirismo da cidade de Belo Horizonte, com a realização do Fórum Nacional de Estudos sobre a População de Rua em 1993, que teve o objetivo de integrar vários segmentos sociais para discutir formas de reverter à exclusão social a partir do conhecimento e caracterização do grupo em situação de rua, identificando instituições que atuavam junto a esta população, propondo e implementando programas de apoio e realizando capacitações para aperfeiçoar técnicas para lidar com esta população.

Esse fórum municipal pôde propor um censo específico para esta população que reorientou os serviços de saúde e gerou a primeira equipe de saúde da família exclusiva para atendimento da população em situação de rua, sem território de abrangência fixa, referência dessa população e matriciadora de outras equipes para sensibilização sobre esse grupo na cidade de Belo Horizonte (BRASIL, 2012b)

Devido ao Programa “A gente na Rua”, a cidade de São Paulo implantou suas primeiras equipes de saúde da família modificando algumas abordagens de equipes à PSR, reconhecendo a rua como local de moradia dessas pessoas e onde o cuidado deveria ser prestado, mudando alguns paradigmas como a “visita domiciliar” que agora seria a “visita à rua” (BRASIL, 2012b).

Assim, a partir dos anos 2000, ações e serviços socioassistenciais ganharam maior atenção nas discussões governamentais em relação à pobreza e à desigualdade social com significativa expansão dos recursos, benefícios e serviços, proporcionando uma reestruturação da assistência social brasileira implantando o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como elemento organizador desse setor (GOMES e ELIAS, 2016).

O SUAS tinha o propósito de promover a equidade para indivíduos em situação de vulnerabilidade social e grupos específicos em maiores graus de risco, como os quilombolas, adolescentes em conflitos com a lei, indígena se população em situação de rua. Corrobora a Política Nacional de Assistência Social (2004) que atribui Proteção Social Especial ao atendimento da População de Rua, promovendo especificidade e organizando os serviços prestados com competências e atribuições definidas, destinados ao atendimento a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos (GOMES e ELIAS, 2016).

E assim, outras iniciativas municipais, como censos e equipes, foram surgindo ao redor do país, o que culminou, em 2005, numa iniciativa nacional de um censo para a PSR acima de 18 anos, em um universo de 71 municípios e o reconhecimento de censos municipais realizados. O censo promovido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) serviu como referência para reformular e sistematizar políticas públicas intersetoriais para a inclusão de pessoas em situação de rua e novos caminhos de entendimento e abordagem dos problemas sociais inerentes a esses grupos (BRASIL, 2012b).

Porém, foi um episódio de violência ocorrido na cidade de São Paulo, tragédia que causou a morte de sete moradores de rua, que motivou a criação do Movimento Nacional da População de Rua e posterior realização do I Encontro Nacional de População em Situação de Rua, propiciando o início da formulação da Política Nacional de População em Situação de Rua (KLAUMANN, 2016).

Esta política tem dentre seus objetivos assegurar o acesso amplo a programas e serviços que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, renda e trabalho; a formação e capacitação permanente dos profissionais para atuação junto a esta população; institui a contagem oficial desta população; a produção de indicadores e promoção de pesquisa e conhecimento sobre este grupo e a implementação de Centros de Referência especializados (BRASIL, 2009). Nesse contexto, a Política

Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) traz a concepção dos Consultórios na Rua, equipes para o cuidado integral da população em situação de rua, profissionais multidisciplinares que lidam com diversas necessidades da população em situação de rua, atuando de forma itinerante e in loco, promovendo a redução de danos, o cuidado integral à saúde e preservando direitos desses indivíduos (BRASIL, 2012b).

O respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, as ações de redução de danos, a intersetorialidade e o enfrentamento do estigma são princípios norteadores do CnaR (BRASIL, 2012b). Essas equipes atuam, privilegiadamente, em regiões de maior concentração da população em situação de rua, executando ações das mais pontuais às crônicas. Dentre essas ações, temos o desenvolvimento de cuidados primários, distribuição de insumos, orientações em saúde, garantia de acesso e serviços (VARGAS e MACERATA, 2018).

A atuação do Consultório na Rua (ECnR) apresenta três planos fundamentais, que transcendem a ideia de espaço como espaço físico, imutável, fixo e com fronteiras definidas, fazendo com que os planos de atuação – rua, a sede/unidade de referência e as redes institucionais (saúde e intersetoriais) – se misturem e se interpenetrem com o objetivo de alcançar as peculiaridades da população em situação de rua (VARGAS e MACERATA, 2018).

Como estratégia no plano de ação, a rua é vista como o território de vida e moradia da clientela, sem ser domiciliada. Essa clientela diversa não inclui apenas a população em situação de rua, mais fixa ou mais itinerante, é composta também pelos atores variados (comerciantes, traficantes, moradores...) que influenciam na assistência prestada a essa população (VARGAS e MACERATA, 2018).

A sede/unidade como plano de intervenção se dá para além da organização e realização das práticas de cuidado, mas também, presente na rua e na sede, levando em consideração o aspecto relacional no cuidado à população, transcendendo as ações previstas e organizadas normativamente. Esse aspecto relacional torna a ECnR referência na rua, na sede e no território (VARGAS e MACERATA, 2018).

As redes institucionais referem-se aos espaços físicos (serviços) e às lógicas organizacionais dos equipamentos da saúde, das políticas públicas e da sociedade civil na relação com o trabalho das ECnR. Sob um olhar dos Direitos Humanos, salienta-se que as intervenções do CnaR proporcionam a construção da autonomia e empoderamento dos usuários, fundamentadas por estratégias de redução de vulnerabilidade (SOUZA, et al, 2020; VARGAS e MACERATA, 2018).

Outro avanço foi a inclusão da População em situação de Rua no Cadastro Único de Programas Sociais (CadÚNICO), permitindo o acesso desse grupo aos benefícios sociais, como o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada, mesmo não possuindo endereço de moradia (GOMES e ELIAS, 2016). Ainda mais recente e que garante o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, é a legislação que proíbe expressamente a recusa do atendimento pelo SUS para indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social, mesmo sem a apresentação de comprovante de residência (BRASIL, 2018).

Contudo, faz-se necessário saber que todo o avanço obtido pelas políticas públicas ainda não é suficiente, devido à cultura nacional de sentimento de repressão e segregação, que gera contextos de violência e desigualdade contra esta população.

### **1.3 Vulnerabilidade em situação de rua**

O conceito de vulnerabilidade está presente em diferentes áreas do conhecimento e, há mais de duas décadas no campo da saúde pública brasileira, é apresentada como substituto à conceituação de risco, originado da abordagem epidemiológica (CZERESNIA e MALAGON-OVIEDO, 2015).

A vulnerabilidade pode ser definida por duas funções distintas, como função adjetiva, qualificadora de alguns grupos e pessoas ou de forma substantiva descrevendo a realidade comum do homem, seu caráter perecível, finito, mortal e, irredutivelmente, vulnerável (BARCHIFONTAINE e ZOBOLI, 2007).

Este termo apareceu no desenvolvimento da teoria da interdependência, criada no contexto pós-segunda guerra mundial na década de 1970, que trazia o conceito de sensibilidade para referir-se ao grau de capacidade de resposta do Estado a situações adversas, e, paralelamente, o conceito de vulnerabilidade para referir-se aos custos advindos dessas mudanças, quanto maiores esses custos, maior a vulnerabilidade daquele país (MOURA e SCHUMANN, 2014).

Outro ponto que pode ser discutido em relação à vulnerabilidade é sua relação com a pobreza. Por longo tempo, a situação econômica precária foi considerada condicionante devido ao acesso à renda e aos meios de superação das vulnerabilidades vivenciadas, porém a situação econômica é relevante, mas não

determinante, nem todas as pessoas pobres são vulneráveis e nem todas as pessoas de classes mais elevadas se encontram em situação de invulnerabilidade (AYRES, PAIVA e BUCHALA, 2012; CARMO e GUIZARDI, 2018).

No âmbito da bioética, a vulnerabilidade surgiu no Relatório de Belmont (1978), com o objetivo de classificar alguns grupos ditos vulneráveis, relacionando o risco ao agravo desse grupo a ser “ferido”, prejudicado em relação aos seus interesses devido à investigação biomédica. Este relatório trouxe três princípios bioéticos básicos para a proteção dos vulneráveis que são: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça. O respeito pelas pessoas exige o reconhecimento da autonomia do indivíduo e a proteção daqueles que possuem sua autonomia diminuída; a beneficência visa maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos e a justiça na exigência da equidade (BARCHIFONTAINE e ZOBOLI, 2007).

Para o Brasil, o termo foi apresentado no contexto da área de Direitos Humanos pela advocacia internacional que designou grupos ou indivíduos fragilizados, política ou juridicamente, na promoção, proteção e garantia de direitos de cidadania (AYRES, 2009). Porém, ganhou maior visibilidade ao estar associado aos estudos sobre a Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA/AIDS), na década de 1990, quando foram realizados estudos de intervenção baseados na atenção integral e em processos de mobilização social (MALAGÓN-OVIEDO e CZERESNIA, 2015).

Foram as características da epidemia e seu inicial estigma aos considerados “grupos de risco” que gerou uma maior preocupação sobre a doença, levando à adoção do termo vulnerabilidade, indicando a ampliação das formas e chances de acometimento pelo vírus (CARMO e GUIZARDI, 2018). Nesse contexto, ganham mais espaço estratégias que visam não só o individual, mas sim o alcance social em relação à doença, chamando a atenção para os determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais envolvidos no HIV/AIDS (AYRES, 2009; MALAGÓN-OVIEDO e CZERESNIA, 2015).

O motivo para o adoecimento das pessoas vai além de características individuais, mas engloba, também, aspectos coletivos e contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos para se proteger. A análise da vulnerabilidade é interligada por três eixos: o biológico ou individual, o social ou coletivo e o programático ou institucional (AYRES, 2009; OVIEDO e CZERESNIA, 2015).

A vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais e cognitivos do indivíduo, levando em consideração a premissa da suscetibilidade humana e a capacidade do indivíduo para obter, elaborar e incorporar informações sobre algum problema em seu cotidiano e, a partir disso, assumir medidas ou condutas protegidas e protetoras (AYRES, 2009; RODRIGUES e NERI, 2012). Destaca-se o viés comportamental e racional das relações intersubjetivas (CZERESNIA e MALAGON-OVIEDO, 2015).

A vulnerabilidade social diz respeito à obtenção de informações, as possibilidades de metabolizá-las e ao poder de incorporá-las às mudanças práticas, relaciona-se a aspectos contextuais como: relações econômicas, de gênero, étnico/raciais, crenças religiosas e de exclusão social (AYRES, 2009; CZERESNIA e MALAGON-OVIEDO, 2015). Depende de condições de acesso aos meios de comunicação, escolarização, de recursos materiais, do poder de influenciar questões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou de poder defender-se delas (AYRES, 2009).

A vulnerabilidade programática ou institucional relaciona-se aos serviços de saúde e a forma como eles lidam com as questões de vulnerabilidade, entendendo que quanto maior o grau de qualidade e compromisso, recursos, gerência e monitoramento, maiores as chances de canalizar os recursos sociais existentes para diminuir contextos vulneráveis (AYRES, 2009; CZERESNIA e MALAGON-OVIEDO, 2015).

A vulnerabilidade é uma marca fundamental, uma realidade manifesta e permanente em toda a ordem biológica e simbólica da humanidade e faz com que as pessoas não sejam vulneráveis, mas estejam vulneráveis a algo, em certo grau e forma, em certo tempo e espaço (AYRES, 2009; CZERESNIA e MALAGON-OVIEDO, 2015).

De acordo com o que foi exposto, a população em situação de rua pode ser considerada como aquela que vive em estado de vulnerabilidade nas três instâncias supracitadas, por não ter ou ter acesso precário a documentos e certidões, indispensáveis para exercer sua cidadania, por não possuir moradia, renda, emprego fixo, educação e saúde, pela falta/baixa auto estima que os torna mais suscetíveis as situações de violência, fome e medo e pela ineficiência/resolutividade das políticas voltadas para esta população(SOTERO, 2011).

A situação agrava-se para a mulher em situação de rua, que se torna mais vulnerável em um contexto essencialmente masculino (BISCOTTO, ET al 2016), principalmente, quando ela fica grávida ou se torna mãe, devido à condição de vulnerabilidade que está associada a maiores níveis de estresse e ansiedade e outros agravos ao recém-nascido. Assim, os componentes propostos por Ayres (2009) serão utilizados para fundamentar a análise das vulnerabilidades vivenciadas por essas mulheres em relação à rua e à transição para a maternidade, na perspectiva de Afaf Meleis.

#### **1.4 Mulher em situação de rua e as questões de gênero**

O conceito de gênero surgiu, pela primeira vez, para diferenciar a questão biológica entre homens e mulheres, entendendo que essa diferenciação resulta da realidade social, e não da anatomia de seus corpos (CARRARA, et al, 2010). Porém, pelo seu caráter mutável frente às práticas humanas, tem seu uso e entendimento adaptado dependendo do contexto em que se utiliza (SCOTT, 2012).

Este conceito das ciências sociais tratada construção social do sexo, designa, portanto, a caracterização anatomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita. Dentro dessa lógica, confirma a existência na espécie humana de machos e fêmeas, mas a qualidade de ser homem e mulher é realizada pela cultura, sendo essa capacitação cultural essencial para a sobrevivência (HEILBORN, 2003).

As construções sociais configuram-se numa rede complexa, na qual a cultura patriarcal e de superioridade masculina traduz as relações de gênero baseadas nas diferenças dos sexos. Dessa maneira, a história da humanidade e suas relações trazem o homem com o detentor do poder em suas várias interfaces, concedendo direitos aos homens, deveres às mulheres, coisificando o corpo feminino e submetendo a mulher ao papel submisso e inferior (ALMEIDA, 2011; MOREIRA e MOREIRA, 2020).

Ações isoladas ou coletivas contra a opressão das mulheres podem ser observadas ao longo da história. Olympe de Gouges, pioneira do feminismo, propôs, na França de 1791, a Declaração dos direitos da mulher e da cidadã, que exigia que

os direitos legais, políticos e sociais conquistados pelos homens fossem estendidos às mulheres.

Após este marco, a primeira onda feminista representou um movimento de organização de mulheres de classe média que buscavam a ampliação do direito ao voto às mulheres –as sufragistas– direitos civis, políticos e educacionais e apresenta pela primeira vez a categoria gênero com foco na igualdade binária. O movimento sufragista alastrou-se por diversos países e o alcance do seu objetivo ocasionou certa acomodação do movimento feminista que volta a reacender suas discussões a partir da década de 1960 (LOURO 2014).

Mulheres foram a preocupação explícita das feministas que utilizavam a questão de gênero para recusar a ideia de que a anatomia da mulher era seu destino, recusando a ideia do biológico, à medida que raramente a fisiologia genital foi posta para explicar o porquê as ações masculinas, o sexo/gênero e a distinção natureza/cultura foram um suporte crítico na tentativa de conter a discriminação contra as mulheres e a exclusão do mundo dos homens (SCOTT, 2012). Nesta época, gênero se aplicava a todos, aos homens e mulheres eram atribuídos diferentes tratamentos e havia uma naturalização do fato que era social, econômico e de desigualdades políticas, em um sistema hierarquicamente arranjado e que perdura até os dias atuais (SCOTT, 2012).

É na segunda onda feminista que as discussões teóricas acerca das concepções de gênero ganham força, junto às questões políticas e sociais. Em meio a contestações e manifestações coletivas de reivindicações, o movimento feminista expressa junto a outras minorias a sua inconformidade e desencanto com os arranjos sociais e políticos, a discriminação, a segregação e o silenciamento (LOURO 2014).

Nesse contexto, estudiosas feministas trazem para a academia a importância do estudo da categoria mulher, entendendo a construção social de ser mulher, trazendo visibilidade a este grupo extremamente excluído pela sociedade patriarcal. Além disso, os estudos tinham o objetivo de mostrar e denunciar a ausência das mulheres nos ambientes acadêmicos, nas artes e sua invisibilidade no ambiente laboral, bem como a exploração do trabalho feminino (LOURO 2014).

Com o aprofundamento dos estudos acerca da vida das mulheres, e com a influência da Psicanálise, novas concepções de feminismo surgiram baseadas na análise do patriarcado e a visão binária em relação ao gênero. O feminismo radical afirma que o patriarcado é a raiz da desigualdade social de todas as sociedades, e

que os homens seriam responsáveis pela opressão sofrida pelas mulheres, necessitando da diferenciação sexual para a manutenção do poder (SILVA, 2008).

Nesse sentido, gênero apresenta as relações de poder como forma de articulação relacional e em seu caráter político apresenta a discussão sobre sua utilização e nos exige atenção por ser a lente de percepção no qual se devem entender os significados de macho/fêmea, masculino/feminino (SCOTT, 2012).

O conceito de gênero tem duas características fundamentais: sua arbitrariedade cultural, que é imposta pela cultura, e seu caráter relacional, que diz respeito a relação entre masculino e feminino. A cultura tem forte papel nas questões de gênero, participando efetivamente na construção de regras, modos, gestos que acabam sendo atribuídos ao sexo biológico, gerando uma concepção limitante relacionada à característica biológica dos pares (CARRARA, et al, 2010).

Assim, fica claro que a forma com que homens e mulheres são percebidos diante de diversas sociedades é variada deduzindo-se a fraca determinação de natureza na definição de comportamentos sociais. E é na esfera reprodutiva que essa desigualdade de gênero se salienta na apropriação masculina da fecundidade feminina, onde há uma carga simbólica de atributo pré-social da condição feminina no cuidado com a prole (HEILBORN, 2003).

A sexualidade feminina também sofre influência de uma cultura em que se permite essa apropriação do corpo e sua transformação em corpo social, inseridos numa rede de significações que definem as categorias de gênero, de orientação sexual e de escolhas de parceiros. O sexo torna-se um canal de comunicação e idealização, em que no universo feminino são impostas concepções românticas e sentimentais culturalmente fabricadas (HEILBORN, 2003).

Deste modo, concebe-se o sexo, gênero e corpo como construções político-culturais, definidoras dos sujeitos e seus corpos (VASCONCELOS e SEFFNER, 2015). E a identidade feminina dentro dessa perspectiva pode ser caracterizada pelo feminismo dentro de dois grandes grupos: feminismo ginocêntrico – que levam em conta as diferenças constitutivas entre homens e mulheres, considerando as mulheres possuidoras de valores que excedem ao imposto pelas instituições; e o feminismo humanístico que considera que a humanidade deve se concentrar nas atividades que diferem os seres humanos do restante da natureza (HENRIQUES, 2004).

A partir destas reflexões, é necessário entender que basta ser mulher para estar em situação de vulnerabilidade, até os dias atuais. A escravidão, a morte e

violação das mulheres ao longo dos anos fragilizaram o direito das mulheres à vida e permitem identificar as mazelas causadas pelo patriarcado e como os sistemas de poder se posicionam dentro desse contexto (SCOTT, 2012; GOMES, MURTA, FACCHINI e MENEGHEL, 2018).

Segundo estudos, o histórico da epidemia do HIV/AIDS também exemplifica como as questões de gênero no contexto da saúde são responsáveis por tornarem as mulheres mais vulneráveis a contrair a doença. Poucas campanhas foram direcionadas à mulher, que tem seu corpo desvinculado da sexualidade e da dependência da prevenção masculina para sua proteção – até hoje percebe-se as campanhas vinculadas ao preservativo masculino (HEILBORN, 2003).

Mulheres e homens apresentam diferenças nas formas que vivem e sobrevivem nas ruas, para algum deles a rua é desfecho de uma condição terminal de ruptura e degradação social, já para algumas delas é a solução inicial para situações de violência e desavenças domésticas (ROSA e BRETAS, 2015). As situações de violência são frequentes nos estudos que tratam sobre as questões de gênero e a mulher em situação de rua. Estas violências podem ser de cunho sexual, devido a conflitos territoriais, ou por ofensa, devido a opressões praticadas pelos próprios moradores de rua, agentes urbanísticos ou comunidade em geral (ROSA e BRETAS, 2015; SOUZA, et al, 2016; VERNAGLIA, VIEIRA e CRUZ, 2015).

Em pesquisa realizada com mulheres usuárias de drogas que vivem em situação de rua, elas afirmam que a maioria da violência sofrida era cometida por uma pessoa do sexo masculino, o que marca a relação desigual entre os sexos e a demonstração do poderio masculino, da mulher vista como propriedade e, como tal, obrigada a submeter-se à vontade, ao desejo e à escolha do homem, e o seu não cumprimento gera desavenças e agressões (SOUZA, et al, 2016).

Portanto, essa construção que é decorrente de uma cultura ocidental, patriarcal e machista, na maioria das vezes, legitima socialmente e banaliza a violência sofrida pelas mulheres. A sociedade, através de diversos dispositivos (instituições, leis, enunciados científicos, políticas, propagandas), controla e normatiza a sexualidade a partir de uma heterossexualidade compulsória (SAMPAIO e GERMANO, 2014).

Na rua essa configuração não é diferente, a mulher muitas das vezes já vivenciou situações de violência anteriores e vêm com tolerância situações não físicas, como violências verbais, psicológicas e negligências (ROSA e BRETAS,

2015). Em adição a isso, elas sentem medo, insegurança, solidão e angústia por estar vivendo na rua (VILLA, et al, 2017).

A pobreza ou privação de renda também emerge nesta reflexão, como consequência da educação insuficiente, a dificuldade de acesso à escola, o desigual mercado de trabalho, a dependência e a falta de direitos econômicos (VILLA, et al, 2017). A maioria das mulheres tem menos oportunidades para ascender economicamente, visto que a sociedade machista e capitalista as colocam em situação inferior aos homens ou até mesmo de menor capacidade em relação a eles, atribuindo ao biológico, características construídas culturalmente.

O uso de drogas, como o crack, por mulheres em situação de rua ocupa um lugar social que pode modificar as relações de gênero, como foi evidenciado no estudo de Souza, et al (2016), que demonstrou nas falas de suas participantes diferenças de comportamentos de quem usa álcool e crack, como se cada tipo de droga guardasse um local para quem as usa.

As situações de gênero e vulnerabilidade das mulheres que vivem em situação de rua, associadas ao uso de drogas caracterizam-se em situação complexa, pois as pessoas carregam marcas sociais e estigmas que reduzem o status do indivíduo (SOUZA, et al, 2016).

## **1.5 Maternidade x Maternagem**

Maternagem e maternidade são conceitos que se complementam, apesar de diferirem entre si. Enquanto a maternidade refere-se à relação consanguínea entre mãe e filho, a maternagem é estabelecida pelo vínculo afetivo do cuidado e acolhimento ao filho por uma mãe ou uma substituta (GRADVOHL, OSIS e MAKUCH, 2014; WINNICOTT, 2005).

A maternidade tem seu início antes mesmo da existência de um corpo grávido, com as brincadeiras de boneca na infância (GRADVOHL, OSIS e MAKUCH, 2013), porém é a partir da descoberta da gestação, ou seja, sentir o bebê dentro de si, que o sentimento de maternidade se potencializa (GRADVOHL, OSIS e MAKUCH, 2014).

Alguns autores consideram a maternidade como um conceito construído socialmente que varia de acordo com os diferentes contextos históricos e sociais,

políticos e econômicos, por conseguinte, podemos concluir que a ideia de maternidade não é única (RESENDE, 2017; BADINTER, 1985; 2010).

A mudança do conceito de maternidade desde a Idade Média até os dias atuais exemplifica o que foi dito anteriormente. No início dos tempos, na Europa, a construção familiar era voltada para a produção de renda da família, ou seja, as crianças a partir de certa idade já eram inseridas no contexto de trabalho, não existindo uma relação afetiva e de proteção entre cônjuges e seus filhos (GRADVOHL, OSIS e MAKUCH, 2014).

Badinter (1985) explica como a maternidade se tornou um conceito atrelado ao ser humano a partir das ideias de Rousseau, que colocou a mulher como centro da família e responsável pelo cuidado dos filhos. O autor aponta que essa construção ocorreu devido à alta mortalidade infantil da época, justificada pela falta de cuidados maternos, isto é, os recém-nascidos eram cuidados por amas-de-leite, em vez das mães, e práticas de infanticídio e abandono eram constantes.

A maternidade era considerada um instinto e algo inerente à mulher, Badinter (1985) evidenciou que essa condição não é inata, pois, o papel de mãe é algo construído socialmente e modifica-se através dos períodos. Essa construção gera na mulher contemporânea um misto de desejo, frustração e uma ideia irreal e idealizada do que é ser mãe.

A imagem materna construída através da história é a de dedicação à prole, que chega ao extremo, abrangendo a capacidade de renúncia, a favor da preservação e sobrevivência dos filhos, sendo exaltadas as qualidades de “boa mãe” e de alicerce do lar (MATA 2018). O homem tinha que ter tido uma “boa mãe” para que pudesse aprender a sustentar um lar (BADINTER, 1985).

Nessa lógica as imposições sociais da sociedade em geral e de cada família influenciam os pensamentos das mulheres sobre estar sendo ou não boas mães e a exigência de um amor incondicional, que pode não existir, gerando nelas sentimentos de frustração, dúvidas, culpa e até raiva de seus filhos. (MATA, 2018)

A maternagem, em sua particularidade, trata do modo como os cuidados maternos são realizados, isto dependerá de valores relacionados ao que é ser mulher e ao significado de ter um filho, dentro de determinada sociedade (GRADVOHL, OSIS e MAKUCH, 2014). Winnicott (2001) postula que a maternagem não se restringe apenas às necessidades básicas do bebê, mas, também, à disponibilidade psíquica materna.

Na contemporaneidade, com o avanço da medicina reprodutiva e as novas formas de procriação, a maternagem deixou de ser uma característica essencialmente feminina. A função materna, o cuidado de uma criança, pode ser realizada por homens, casais homoafetivos, avós, tios, vizinhos, em famílias com maior poder aquisitivo, pode ser dividida com creches, escolas de arte, música e outras atividades (GRADVOHL, OSIS e MAKUCH, 2014).

Há também a possibilidade de a mulher não exercer ou não querer exercer a maternidade ou maternagem, o que foi evidenciado por Badinter (2011) que define quatro fenômenos decorrentes do controle de sua fecundidade pela mulher: queda da fertilidade, aumento da idade média das mulheres que decidem ter filhos, diversificação dos modos de vida feminino e o modelo de casal sem filhos. Logo, ser mãe deixa de ser destino, ressignificando o papel da mulher e o “destino” imposto há anos da obrigatoriedade de ser mãe (COLARES e MARTINS, 2016). Diferente dos anos 70, quando a maternidade era considerada um instinto e uma obrigação religiosa, associada à sobrevivência das espécies, fato este já postulado por Rousseau no século XVIII. O desejo do filho seria universal e nasceria na parte reptiliana do cérebro humano e o seu não desejo constituiria a época uma não adequação (BADINTER, 2011).

Badinter (2011) refere que a escolha de ser mãe envolve a reflexão sobre os motivos e as consequências, pois na vida de um ser humano esta decisão seria a mais radical e exige a reflexão sobre suas habilidades altruístas e o prazer que se poderá obter. Assim, a mesma através de uma pesquisa francesa indica que a maioria das pessoas escolhe ter filhos pelo hedonismo, sem pensar em nenhum momento em sacrifício ou rendição pessoal.

Badinter (2011) conclui que a maioria dos pais não sabe o porquê de ter filhos, o que gera a tentação de apelar por um instinto que prevalece. Contudo, a afetividade e o normativo sobrepõem a consciência racional sobre as vantagens e desvantagens de ter filhos, gerando dificuldade para aqueles que optam por fugir de um normal exigido pela sociedade sobre a procriação.

O individualismo e a busca pela realização pessoal fazem com que muitas mulheres passem por conflitos no seu desejo de ter filhos, tornando essa decisão um desafio e até mesmo uma contradição. Ao mesmo tempo em que a sociedade e a própria mulher exigem um desenvolvimento profissional, pessoal e egocêntrico, ter um filho culmina em uma dívida infinita de responsabilidades e deveres que podem se

tornar uma tabela de plenitude para alguns e gerar obstáculos para outros (BADINTER, 2011).

A forma como essa situação será sentida depende do investimento feito em relação à maternidade, capacidade altruísta e o entendimento de que a criança pode representar o fim da liberdade e dos prazeres individuais. Isto se reflete na desigualdade do casal, considerando que a vida conjugal sempre teve um custo social e cultural para as mulheres, o que reflete também na maternidade por restringir a mulher mais do que ao homem aos trabalhos domésticos e à responsabilidade com os filhos (BADINTER, 2011).

Dispositivos recentes permitem à mulher não exercer a maternidade como previamente imposta. A ideia do parto anônimo, por exemplo, já existe em muitos países desenvolvidos e possibilita que a mulher, sem se identificar, dê à luz e/ou entregue o bebê para adoção no próprio hospital. Essa institucionalização do parto anônimo evita a discriminação e a sanção social contra a mulher em contraponto com o mito do amor materno e a ideia de mulher-mãe (OLIVEIRA, 2008).

Porém, na realidade brasileira, esta iniciativa pode esconder reais problemas em relação a políticas públicas preventivas que envolvem informações, orientação sexual e educação em relação ao planejamento reprodutivo, gerando uma questão social que vai além do filho não desejado, levando ao aborto e ao abandono de crianças (OLIVEIRA, 2008).

Outro ponto que é importante salientarmos é a maternidade em condições adversas. Muito se espera das mães e quando a devoção absoluta não é observada as consequências são, além da discriminação/preconceito, desamparo à mulher em situação de vulnerabilidade. É o que ocorre, por exemplo, com as usuárias de crack que, devido à dependência, tem prejuízos em seus laços familiares, na convivência afetiva e social, bem como na criação de filhos (GIMBA e CAVALCANTI, 2013).

Segundo estudo realizado sobre as usuárias de crack, a relação com a droga muitas vezes se sobrepõe à maternidade e apelação com a criança. Muitas dessas crianças estão sujeitas a própria sorte, dependendo do auxílio de parentes ou do Estado, na forma de abrigos infantis. Porém, é importante ressaltar que algumas usuárias também recorrem ao aborto, que mesmo se tratando de um crime, torna-se opção para não exercer a maternidade devido ao desespero na descoberta da gravidez, ao medo pelo uso/abuso de drogas e as consequências para a criança e a vulnerabilidade da dependência química (GIMBA e CAVALCANTI, 2013).

Uma mulher pode conceber ou gestar e não sentir amor por seu conceito, por ter outros imperativos para fazer/cuidar de sua criança ou não. Valores morais e sociais são responsáveis pela identificação materna com seu filho e a construção do amor materno pode se der na descoberta da gestação, em seu curso, no parto, no puerpério ou no processo de criação de filhos, ou talvez, nunca existir (MATA 2018).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

No método de narrativa de vida proposto por Daniel Bertaux, a análise das narrativas tem seu início na primeira entrevista narrativa, em que o entrevistado narra o importante para ele em sua história de vida. Nesse contexto, o referencial teórico emerge das narrativas de vida dos participantes da pesquisa.

O objeto de estudo dessa pesquisa trata da vulnerabilidade das mulheres em situação de rua, entende-se que a maternidade e a situação de rua na perspectiva da teoria das transições de Afaf Meleis são situações transicionais que denotam uma mudança nas relações de papéis, nas expectativas e habilidades e podem se assemelhar pela desconexão com a rede social habitual e sistemas de apoio social; a perda de temas de referência familiar e a novas expectativas em relação à mudança (COSTA, 2016).

Assim, a escolha pelo referencial de Winnicott auxilia a compreensão do processo de transição que é a maternidade, como se desenvolve esse processo transicional, sua importância na vida das mulheres e seus filhos e o papel dos profissionais para que esse processo ocorra de forma saudável. A maternagem na perspectiva winnicottiana refere-se a todo e qualquer cuidado prestado a seu filho recém-nascido.

### 2.1 A Teoria do desenvolvimento de D.W. Winnicott

O médico pediatra, psiquiatra infantil e psicanalista Donald W. Winnicott nasceu na cidade de Plymouth/Massachusetts, em 1896. Em sua trajetória, escolheu a medicina e no início de seus estudos trabalhou na 1ª Guerra Mundial, escolhendo a pediatria como área de atuação. Trabalhou como pediatra por mais de 40 anos, especializou-se em psicanálise após ler um trabalho de Freud, assim aprofundando seus conhecimentos na psicanálise infantil e na relação mãe-lactente (WINNICOTT, 2005; WINNICOTT, 2007).

A psicanálise corresponde a um método e um corpo teórico que se preocupa com o desenvolvimento emocional do indivíduo humano. Este método desenvolvido

por Freud auxilia no tratamento de pessoas psiquiatricamente doentes através de meios psicológicos (WINNICOTT, 2005).

Winnicott (2005) considerava que Freud desenvolvera com a Psicanálise ou Psicologia dinâmica uma nova ciência que se preocupava com a personalidade, o caráter, a emoção e o esforço. Argumenta que a psicanálise amplia o território científico acerca da natureza humana, avançando onde a fisiologia se detém, fala a respeito do inconsciente, da vida oculta com raízes na realidade e imaginária da infância mais precoce.

Assim, Winnicott, a partir dos conceitos apreendidos da psicanálise, postula teorias baseadas na dependência e no desenvolvimento do indivíduo a partir de um suprimento ambiental satisfatório (WINNICOTT, 2005). Ele trouxe aspectos fenomenológicos para compreender, a partir da relação mãe-bebê, o desenvolvimento humano, a ideia do paradoxo, *do self*, da transicionalidade e das relações com o objeto (SILVA, 2016).

A teoria de desenvolvimento emocional primitivo refere que o bebê é o ambiente e o ambiente é o bebê, este separa os objetos e separa o ambiente do *self* – *experiência de si e a possibilidade de se perceber*. O bebê torna-se unidade e passa a ter um interior e isso gera um intercâmbio complexo da realidade interna e externa e sua relação com o mundo. Esse intercâmbio envolve mecanismos mentais denominados “projeção” e “introjeção” (WINNICOTT, 2005).

O progresso do desenvolvimento emocional decorre de processos de maturação facilitados pelo ambiente que, se não for suficientemente bom, os enfraquecem e interrompem (WINNICOTT, 2005). Esses processos de maturação abrangem três tarefas principais: a integração, a personalização e a relação objetal (WINNICOTT, 2007).

A integração corresponde a quase todas as tarefas do desenvolvimento e leva o bebê a uma categoria unitária, primeiro vem o “eu” que inclui “todo o resto é o não eu”. É um processo que tem ritmo próprio e crescente complexidade, e relaciona-se com o cuidado. O processo de integração leva em consideração a inexistência de um *self* do lactente sem a proteção do ego, proporcionado pela mãe, que permite ao novo indivíduo construir uma personalidade no sentido de continuidade existencial, porque ainda não existe um ego para diferenciar o que é interno do que é externo (WINNICOTT, 2007).

Dessarte, o padrão da criança inclui a sua experiência com a sua mãe em sua realidade pessoal e ligada à função ambiental de segurança. Por outro lado, a desintegração é um processo de defesa contra uma falha na não-integração pela ausência do ego materno, ou seja, contra a ansiedade inimaginável ou arcaica resultante da falta de segurança (WINNICOTT, 2007).

A partir da integração do ego, o processo de personalização se traduz na identificação da parceria psicossomática que se destina à obtenção da *psique-soma* em que cuidado físico (segurar, manipular fisicamente, banhar, alimentar) gera o status de “ser uma pessoa” (WINNICOTT, 2005). E o estabelecimento de relações objetais, nas quais, através do processo maturacional, o bebê é convidado a relacionar-se com objetos, o que ocorre satisfatoriamente dependendo de como o mundo é apresentado para este bebê (WINNICOTT, 2005).

Dentro da revisão psicanalítica de Winnicott, o cuidado ambiental satisfatório é o norte no desenvolvimento do indivíduo, tão necessário a partir do nascimento, ele deve se adaptar à criança para criar o seu verdadeiro *self*. Todavia, o autor enfatiza a importância do período de gestação, que seria o de preparação, quando a mãe entra num estágio de reorientação e interação com o bebê (“ela é o bebê e ele é ela”) (WINNICOTT, 1988).

Este processo pode ser exemplificado pela “preocupação materna primária” que se caracteriza como um estado de verdadeira fusão da mãe com seu bebê, em que ela apresenta uma sensibilidade exacerbada durante e, principalmente, ao final da gestação, dura algumas semanas após o nascimento, e segundo o autor é um estado de “quase doença materna”, onde há um processo de dissociação ou perturbação do tipo esquizoide que assume a personalidade da mulher (WINNICOTT, 1956).

Esse processo de identificação da mãe com seu bebê, geralmente vivenciado por mulheres saudáveis, cresce dentro da mulher e permite que ela tenha uma percepção muito sensível das necessidades do bebê. E parece ser comum que as mães com má-saúde ou que passam por tensões ambientais diárias tendam a não ter essa identificação e a não saber exatamente as necessidades dos seus lactentes (WINNICOTT, 2007).

O autor ressalta a questão do potencial herdado que se torna uma “continuidade do ser”, referindo-se ao potencial que o ser humano traz consigo ao nascer, incluindo a tendência a crescer e a amadurecer, do ponto de vista físico e

emocional (WINNICOTT, 2005; 2007). Sendo legítima a sua reflexão desde que seja entendido que este potencial só se torna real se associado a um cuidado materno (WINNICOTT, 2007).

Cuidado materno satisfatório significa cuidado paterno satisfatório – relaciona-se aos pais – e pode ser classificado em três estágios:  *Holding*, Mãe e lactente vivendo juntos e Pai, mãe e lactente, todos vivendo juntos. O termo  *Holding* é utilizado para além do segurar fisicamente o lactente, mas a provisão ambiental total, anterior ao conceito de viver com (WINNICOTT, 2007).

Nesse momento o lactente é capaz de experimentar a ansiedade decorrente da desintegração do ego, capacidade de reexperimentar estados não integrados, na dependência de um cuidado materno consistente ou da reunião das recordações do lactente sobre eles. O lactente torna-se uma pessoa com individualidade própria, há o despertar da inteligência e o início da mente separada da psique. Todavia, o lactente entra em um estado de dependência absoluta até o seu desenvolvimento pessoal (WINNICOTT, 2007).

Winnicott descreve três estágios de desenvolvimento pessoal: o de dependência absoluta, dependência relativa e o rumo à independência, sendo estas as bases do desenvolvimento psíquico e da personalidade. O bebê não existe sozinho, ele faz parte de uma relação e a sua dependência absoluta vai além de física ou corporal, ele possui uma capacidade de compreensão limitada, dependente da provisão física da mãe em seu útero e depois de seus cuidados como lactente. Neste estágio, o lactente não tem noção dos cuidados maternos, estando em uma posição passiva, sendo exposto a benefícios ou a sofrer distúrbios (WINNICOTT, 2007).

No próximo estágio, a dependência relativa, o lactente pode se dar conta da necessidade de detalhes do cuidado materno, é um estágio de adaptação às falhas dessa mesma adaptação, há o começo da compreensão intelectual. A grande maioria das mães favorecem essa desadaptação gradativa para orientar o desenvolvimento do lactente. É neste estágio que a criança se torna consciente de sua dependência (WINNICOTT, 2007).

E o último estágio desencadeia a sua independência, o lactente percebe a importância dos cuidados maternos, porém, desenvolve formas para ir vivendo sem o cuidado real, que é alcançado através das memórias do cuidado, da projeção de suas necessidades e da introjeção de detalhes do cuidado (WINNICOTT, 2007).

Outro fato importante é que a maioria dos bebês passam por estágios iniciais de dependência sem ter jamais essas experiências, já que suas necessidades básicas são logo satisfeitas, uma vez que a sua figura materna ou mãe adapta o seu cotidiano às demandas do bebê. E graças a essa assistência satisfatória, o bebê vivencia experiências positivas e adquire confiança em relação ao mundo e às pessoas (WINNICOTT, 1988).

A principal característica do cuidado da criança é a contínua apresentação dela ao mundo, sendo necessário um ser humano que despeje atenção e devoção a ela, propondo condições para o seu desenvolvimento e amadurecimento (WINNICOTT, 2007). Dessa forma, faz-se necessário que as condições ambientais sejam adequadas e a maternagem “suficientemente boa”, não sendo perfeita, mas, adequada às necessidades do lactente. Ao pensar no cuidado materno e na maternagem, podemos identificar três funções:  *Holding*,  *Handling* e a apresentação dos objetos (WINNICOTT, 2007).

*Holding*, de uma forma mais detalhada, é o conceito trazido por Winnicott, primeiramente, para dar importância à forma como o bebê é segurado no colo pela sua mãe e salientar como esse bebê precisa ser segurado, pois isso pode afetar seu processo de amadurecimento. E a partir da sutileza do cuidado materno, a mãe pode demonstrar o amor por seu filho e auxiliá-lo no processo de sentir-se real. Outras funções podem ser atribuídas à mãe nesse processo: proteção da agressão física; o olhar à sensibilidade cutânea do lactente (tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, à queda – ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactente sobre existência de qualquer coisa a não ser ele; inclui a rotina completa de cuidados e segue as mudanças diárias que fazem parte do crescimento e desenvolvimento do lactente (WINNICOTT, 2007).

*Handling* é descrito como a forma de manusear o corpo da criança nas atividades diárias de troca, banho, favorecendo a personificação ou localização do  *self* num corpo próprio através das mãos de sua mãe, facilitando a formação de uma parceria psicossomática (MEDEIROS e AIELLO-VAISBERG, 2014).

E a fase de apresentação dos objetos, também, conhecida como realização, inclui o início das relações interpessoais e a introdução do entorno do bebê em sua realidade, a mãe torna-se substituível e proporciona ao lactente o encontro e a criação de novos objetos adequados ao seu desenvolvimento (WINNICOTT, 2001).

Nesse contexto, Winnicott em sua obra valorizava a capacidade materna de cuidar de seus filhos, utilizando dois adjetivos para classificá-la, a mãe dedicada (WINNICOT, 1988) e a mãe devotada comum (WINNICOT, 2005). Esses adjetivos demonstram a adaptação materna às necessidades absolutas da criança, que se encontra em dependência.

A mãe suficientemente boa alimenta a onipotência do lactente, observando sentido nesta ação, ela dá força ao *self* do lactente, ela se adequa ao lactente, diminuindo gradativamente esse processo. Naturalmente, a mãe do bebê pode exercer esse papel, mas isso não depende de instinto, e nem mesmo de conhecimento e, sim, de devoção no cuidado ao lactente.

Se a mãe está saudável, é capaz de provê-lo e auxilia no processo de adaptação, retardando-o, pois, esse processo diminui de acordo com a crescente necessidade do bebê de experimentar reações à frustração, evitando traumas devido à incapacidade materna. O trauma que não permite a continuidade da existência, que impede a continuidade do existir, do se sentir real, *do self* que pode vir a ser característica da personalidade do indivíduo (WINNICOTT, 2005).

Quando a figura materna é bem assistida por todos os membros da sociedade, se prepara para experienciar as necessidades do bebê. A confiança materna no apoio do pai, família ou comunidade torna a criança capaz de avaliar ideias destrutivas inerentes ao ser humano, integrando impulsos amorosos às situações e encontrando modos e maneiras de proteger de si mesmas pessoas e objetos valorizados (WINNICOTT, 2005).

Já a mãe que não é suficientemente boa não é capaz de complementar a onipotência do lactente e, assim, falha na identificação com ele, fazendo com que o lactente seja submisso ao seu próprio gesto. Essa submissão é o estágio inicial do *false self*, e resulta da inabilidade da mãe de sentir as necessidades do lactente (WINNICOTT, 2007).

Perturbações ambientais produzem distorções da personalidade, distorcem o desenvolvimento emocional de um bebê que redundam em psicoses que podem levar a um hospital ou não, ou a viver padrões distorcidos, porém socialmente aceitos. As privações ou lembranças delas provocam a tendência antissocial que leva a criança ao momento anterior à condição de privação (WINNICOTT, 2005)

## 2.2 A Teoria da Transição de Afaf Meleis

Afaf Ibrahim Meleis graduou-se em enfermagem em 1961 na Universidade de Alexandria, Egípcia, é filha de enfermeira, e tem em seu currículo o título *Magna Cum Laude* – menção oferecida indicando o nível de distinção acadêmica com que cursou a faculdade. Mudou-se para os EUA, onde pela Universidade da Califórnia, Los Angeles, obteve seu título de Mestre em Enfermagem em 1964 e dois anos mais tarde, o título de *Master of Arts* (MA) em Sociologia (MELEIS 2007).

Em 1968, concluiu o doutorado em Psicologia Médica e Social pela mesma Universidade, onde atuou como instrutora prática e como professora assistente. Mudou-se para São Francisco em 1971, onde passou 34 anos e desenvolveu a Teoria da Transição (MELEIS 2007).

Renomada enfermeira, socióloga, pesquisadora e teórica tem seus interesses perpassando a temática da saúde e desenvolvimento da mulher, cuidados de saúde internacional, conhecimento/desenvolvimento da disciplina de enfermagem e cuidado de saúde de imigrantes, sendo este último o que a levou a questionar a transição como conceito (MELEIS 2007).

Em 1985, Meleis une-se a Norma Chicke desenvolve a transição como conceitodefinido pela passagem ou movimento de um estado ou condição razoavelmente estável para outro, englobando tanto o processo como a interação do indivíduo com o ambiente (CHICK e MELEIS, 2010). Esta teoria de enfermagem sofreu influência da teoria de Florence Nightingale e do Interacionismo Simbólico (LIMA, et al, 2016).

Considerada uma teoria de médio porte, a Teoria daTransição tem seu modelo focado nos processos transacionais a que o indivíduo está sujeito em seu ciclo vital. As teorias de médio porte são consideradas menos abstratas, voltadas para um fenômeno ou conceito e representam diversas situações de cuidado, podendo ser testadas na pesquisa e na prática (MELEIS 2010).

A teoria da transição é composta por três etapas: a Natureza das transições, os Condicionantes da transição e Padrões de resposta. Essas etapas auxiliam e se relacionam no desenvolvimento desta teoria de enfermagem, e pressupõem conhecimento para desenvolvimento da assistência de enfermagem. (MELEIS, 2010).

A Natureza das transições compreende: Tipos, Padrões e Propriedades. Os tipos de transição são: desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional.

A transição desenvolvimental está relacionada a mudanças no ciclo da vida, a transições individuais ou familiares, como, por exemplo, torna-se pai ou mãe, a passagem da infância à adolescência e ao envelhecimento. A transição situacional diz respeito a um acontecimento ou fato da vida do indivíduo ou familiares, de forma planejada ou não. Podem ser decorrentes de práticas de saúde, inovações tecnológicas, globalização, precarização do trabalho ou mudanças de programas educacionais (MELEIS 2010).

A transição saúde-doença associa-se a uma mudança brusca das condições de saúde para estado de doença de um indivíduo. O custo-benefício durante a transição das pessoas entre os tipos de serviços de saúde, tais como da internação para o cuidado ambulatorial é motivo de preocupação nos indivíduos que passam por esta transição (MELEIS 2010). A transição organizacional corresponde a mudanças no ambiente, social, político, econômico ou intraorganizacional. Ocorre nas organizações e modifica a vida de seus trabalhadores e de seus clientes (MELEIS 2010).

Em relação ao Padrão das transições, elas podem ser únicas, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas, isso a depender se o indivíduo está passando por uma única transição ou por múltiplas. Assim, é importante reconhecer a relação e a extensão da sobreposição dessas transições entre os diferentes eventos que desencadeiam as transições para um indivíduo (MELEIS 2010).

Segundo Meleis (2010), ainda relacionando a natureza das transições, apesar de serem complexas e multidimensionais, é possível identificar propriedades inter-relacionadas em um processo complexo: consciência, compromisso, mudanças e diferença, intervalo de tempo, pontos e eventos críticos. A seguir, definiremos essas propriedades:

- **Conscientização:** relaciona-se à percepção, conhecimento e reconhecimento da transição experienciada. É necessário existir no indivíduo certa consciência para que as mudanças e a transição ocorram, sendo o indivíduo sem conhecimento um ser que não iniciou seu processo de transição (MELEIS 2010). Esta consciência que segundo Meleis (2010) pode ser modificada

dependendo dos eventos ocorridos e dependerá do significado dessa transição para o indivíduo.

- **Envolvimento:** etapa que se caracteriza pela demonstração do indivíduo de seu envolvimento no processo transição. Sofre influência da conscientização do indivíduo, pois sem essa última não pode haver envolvimento (MELEIS 2010).
- **Mudanças e diferença:** são elementos essenciais na transição, mudanças são acontecimentos que podem ser definidos como eventos críticos ou de desequilíbrio, interrupções de relacionamento, rotinas, ideias, percepções e identidade. Transições são resultados das mudanças ocorridas com o indivíduo, porém nem toda mudança ocasionará um processo transicional. E confrontar a diferença é outra propriedade das transições, exemplificada por diferenças não satisfeitas ou divergentes de sentimentos, expectativas, formas de concepção e visão de mundo. Estas que se não entendidas pelo indivíduo podem gerar mudanças no seu modo de ser e ver. (MELEIS, 2010).
- **Período de tempo:** caracteriza uma transição desde o acontecimento do evento até a estabilidade, e concede a quem avalia um viés de observação e antecipação dos eventos que traduzem as mudanças ocorridas. As transições caracterizam-se pela dinâmica ao longo do tempo, sendo difícil, em algumas situações, colocar limites em relação ao tempo (MELEIS 2010).
- **Pontos e eventos críticos:** Algumas transições estão associadas a fatos marcantes como o nascimento, a morte, o diagnóstico de algumas doenças. Esses eventos/pontos críticos na vida dos indivíduos estão frequentemente, relacionados à crescente conscientização de mudança, ou diferença, ou engajamento mais ativo em lidar com as transições. Além disso, alguns desses podem ser caracterizados por um senso de estabilização em novas rotinas, habilidades, atividades de estilo de vida e autocuidado (MELEIS 2010).

As condições da transição consistem em mais uma etapa da teoria, estas podem ser pessoais, comunitárias ou sociais, sendo facilitadoras ou inibidoras, dependendo se facilitam ou restringem os processos transicionais saudáveis e os desfechos das transições. As condições pessoais compreendem o significado da transição para o indivíduo, suas crenças e atitudes culturais, status socioeconômico e preparação e conhecimento sobre a transição (Meleis 2010).

As condições comunitárias compreendem o suporte ofertado pela comunidade, família ou rede de apoio diante de situações transicionais, todavia, os recursos disponíveis nem sempre são aceitos por questões de desconfiança e necessidade de privacidade. E as condições sociais, em que a sociedade em geral pode ser um facilitador ou inibidor das transições, como, por exemplo, os eventos estigmatizados ou estereotipados, em que o preconceito da sociedade tende a afetar o processo de transição saudável (MELEIS 2010).

A última etapa refere-se ao Padrão de Resposta da transição, levando em conta os indicadores de processo: sentir-se conectado, em interação, localizar-se e estar situado, desenvolvendo confiança e enfrentamento e, os indicadores de resultados: compreendem a maestria e a integração fluída das identidades (MELEIS 2010).

A utilização dos componentes desta teoria auxilia a enfermeira no desenvolvimento e busca de problemas/soluções que possam ser agregados a um corpo de conhecimentos de enfermagem, ao mesmo tempo em que fornece um arcabouço sistemático para o diagnóstico e a intervenção de enfermagem no cuidado prestado (MELEIS, 2010). Dessa maneira, a enfermeira assume papel relevante na facilitação do processo de transição em direção à saúde e a percepção de bem-estar pelo indivíduo ao assumir uma postura de escuta e aceitação do outro, educação e orientação, promoção do autocuidado e conforto (MELEIS, 2010; SANTOS, et al, 2015).

### **3 ABORDAGEM METODOLÓGICA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, que busca analisar a vulnerabilidade das mulheres em situação de rua, no processo de transição para a maternidade, no ciclo gravídico-puerperal. Optou-se pela pesquisa qualitativa por entender que esse paradigma faz jus à complexidade da realidade e possibilitaria conhecer o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (DEMO, 2015; MINAYO, 2014). O conjunto desses fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois este se distingue não só pelo seu agir, mas, também, pelo seu pensar e pela interpretação de suas ações a partir da realidade vivenciada e partilhada com seus pares (MINAYO, 2014).

Diante do exposto, optou-se por utilizar o Método de Narrativas de Vida que consiste em uma forma peculiar de entrevista, a entrevista narrativa, na qual o pesquisador solicita que o “sujeito”, agora participante, conte toda ou parte de sua experiência vivida, este discurso narrativo se esforça para contar uma história real, dentro da perspectiva etnossociológica (BERTAUX, 2010).

Essa perspectiva propõe desenvolver os conhecimentos sócio gráficos e sociológicos acerca de um grupo, reconhecendo a diversidade, possibilitando uma pesquisa empírica adaptada à identificação de cada mundo social ou de cada tipo de situação (BERTAUX, 2010).

As mulheres em situação de rua que vivenciam a maternidade possuem obrigações e lógicas de ação que apresentam vários pontos em comum, e a utilização das narrativas de vida se torna eficaz, pois, possibilita aos indivíduos que se encontram ou se encontrou em situação social similar testemunhar sobre sua experiência vivida compreendendo as suas singularidades e seu contexto social (BERTAUX, 2010).

#### **3.2 Aspectos éticos da pesquisa**

Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ (CAAE: 26544719.6.0000.5282) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE: 26544719.6.3002.5279), por se tratar de uma pesquisa com seres humanos respeitou os preceitos e rigor da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Todas as participantes da pesquisa tomaram ciência e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Termo de Assentimento (TA) e o Termo de Consentimento dos responsáveis (TCLER) não foram utilizados, pois, a pesquisa não contou com adolescentes. As participantes foram esclarecidas de sua participação voluntária, quanto à importância de sua participação no estudo, seus objetivos, a garantia da privacidade e anonimato e da sua autonomia para se desligar do estudo sem prejuízo de qualquer ordem e a qualquer momento.

As mulheres que participaram do estudo foram identificadas por participante e o número da entrevista que foi realizada, garantindo assim o anonimato e o sigilo de seu nome e suas respostas. As narrativas obtidas foram tratadas de forma confidencial e os resultados da pesquisa somente serão divulgados no meio acadêmico, em eventos e revistas científicas.

Os áudios das entrevistas foram transcritos pela pesquisadora e ficarão armazenados durante cinco anos, tendo como preceito ético a confidencialidade da gravação bem como o não compartilhamento do material. Após esse período, os áudios serão descartados e as transcrições das entrevistas incineradas.

As participantes não tiveram nenhum custo ou compensação financeira ao participar da entrevista e tiveram ciência dos benefícios desta pesquisa no aprimoramento do conhecimento científico em relação ao grupo populacional em que fazem ou fizeram parte (moradores em situação de rua), a saúde materno-infantil e a enfermagem.

Esta pesquisa trabalhou com risco mínimo, não ocasionando nenhum risco físico às participantes, porém por se tratar de uma população vulnerável e a maternidade ser um tema que envolve sentimentos diversos, existe o risco potencial da mulher se sentir envergonhada, sensibilizada e constrangida ao reviver em sua narrativa essas questões. Dessa forma, primeiramente, os riscos foram pontuados no TCLE ou TA, e caso ela concordasse em participar e no momento da entrevista se

sentisse mal ou desconfortável, ela poderia, a qualquer momento, parar a sua narrativa. A pesquisadora estava apta a tranquilizar e restaurar o equilíbrio das participantes que não desejassem encaminhamento para o serviço de psicologia disponível nas instituições de saúde.

### **3.3 Cenário e participantes do estudo**

As participantes da pesquisa foram mulheres que vivem ou viveram em situação de rua. O critério de inclusão foi “mulheres em situação de rua que engravidaram e/ou possuem filhos” e o critério de exclusão foi “mulheres que em função da ação de drogas lícitas e/ou ilícitas não estejam orientadas no tempo e espaço e não possam narrar sua história de vida”.

Os locais de realização da pesquisa foram equipes de Consultório na Rua, de Unidades Básicas de Saúde- UBS, localizadas na região do Centro e na região Norte do município do Rio de Janeiro e duas maternidades municipais, referências dessas unidades de atenção básica.

O Centro Municipal de Saúde - CMS localizado no Centro/Rio de Janeiro possui duas equipes de Consultório na Rua que contam com enfermeiros, agentes de saúde, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, que realizam atividades itinerantes e nos consultórios da unidade.

A UBS localizada na região Norte, possui uma equipe de Consultório na Rua que, através do Projeto Teias, garante acolhimento, avaliação e atenção às condições de saúde da população em situação de rua, incluindo práticas de redução de danos aos usuários de álcool e outras drogas, distribuição de insumos para a população em situação de rua para combate às IST, fornecimento de medicamentos em campo, distribuição de material de educação em saúde e encaminhamentos para a rede de saúde e intersetorial.

A maternidade está localizada no Centro/RJ. Em parceria com a Associação Saúde Criança, profissionais da maternidade acompanham famílias em situação de vulnerabilidade social após a alta. A outra maternidade é uma unidade localizada na zona norte.

Foi utilizada a técnica de amostragem de bola de neve devido à característica do grupo populacional estudado, mulheres em situação de rua. A técnica de coleta de dados bola de neve, também conhecida como Snowball Sampling é uma forma de amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referência, útil para estudar grupos de difícil acesso, porém não permite determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa (VINUTO, 2014).

A Unidade Básica de Saúde deve ser a porta de entrada preferencial da mulher grávida ou não, no sistema de saúde, por ser um ponto estratégico para acolher as suas necessidades e demandas, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado (BRASIL, 2012). Dessa forma, os locais em questão foram escolhidos por se tratar de Centros de Referência Especializado para a população em situação de rua no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), atuando no trabalho junto à usuária sem atividades educativas/culturais, dispensação de insumos para proteção a saúde, encaminhamentos e acompanhamento do cuidado desses viventes em situação de rua (BRASIL, 2011).

Na gestação, a rede de atenção, através da Rede Cegonha, propõe a vinculação da gestante à unidade de maternidade de referência (BRASIL, 2011). Esta vinculação, no município do Rio de Janeiro, ocorre quando a gestante entra no terceiro trimestre e uma visita à maternidade é agendada a fim de evitar a peregrinação das gestantes no momento de parir e contribuir para a formação de vínculo com os profissionais da maternidade.

O método narrativa de vida prevê a ambientação da pesquisadora com o local e as participantes da pesquisa, o que possibilita a integração pesquisadora-participantes, tornando-a familiarizada com o objeto social estudado. Para este estudo a pesquisadora esteve nos dias de consulta de pré-natal nas unidades básicas de saúde, onde estabeleceu contato com as participantes, realizou contato nas maternidades visando identificar internações de mulheres em situação de rua e contato com líderes sociais que trabalham com mulheres em situação de rua, buscando indicações.

Dessa maneira, cinco participantes foram entrevistadas provenientes de indicações, duas foram encontradas a partir das consultas nas equipes de Consultório na Rua e quatro foram entrevistadas por conta de períodos de internação nas maternidades. Assim, após o primeiro contato com essas mulheres, a entrevistadora

observou a área física do local onde estavam, realizando as entrevistas em espaço reservado para que as participantes se sentissem confortáveis para compartilhar suas vivências enquanto mulheres e mães em situação de rua.

### **3.4 Coleta de dados**

A coleta de narrativas de vida foi realizada em dias aleatórios, conforme a agenda das equipes de Consultório na Rua, a demanda das mulheres na maternidade e a oportunidade de encontrá-las através das indicações. Em contato prévio com as equipes de Consultório na Rua, foram sugeridas as melhores datas para encontrar as mulheres em situação de rua na unidade e, também, em visitas esporádicas da pesquisadora que passou alguns períodos na unidade, aguardando as mulheres em demanda espontânea.

Nas maternidades onde a pesquisa foi realizada, a pesquisadora contou com as equipes plantonistas para identificação dessas mulheres e posterior encontro com elas no alojamento conjunto ou na enfermaria de gestantes, dependendo do motivo da internação da mulher em situação de rua.

A escolha por diversificar as unidades de pesquisa é preconizada pelo teórico metodológico Daniel Bertaux (2010) para possibilitar que a pesquisadora tivesse acesso a um maior número de pessoas, garantindo maior variedade de narrativas de vidas.

Para coletar as narrativas, primeiramente, foi utilizado um instrumento de caracterização dessas mulheres para obtenção de dados sociodemográficos (identificação, com ou sem parceiro ou parceira, grau de escolaridade, renda familiar, idade atual, situação de moradia, raça/cor) e dados obstétricos (número de gestações, abortos e filhos). Além disso, foi possível analisar os prontuários das participantes, identificando dados obstétricos e situações de vulnerabilidade.

Em relação à situação de moradia, ressalta-se que a mulher em situação de rua pode abrigar-se em invasões, abrigos, casa de parentes, marquises e na rua. Neste estudo focamos onde ela dorme ou costuma dormir a maior parte dos dias.

A entrevista narrativa requer um preparo para sucesso na realização do método, além da ambiência que deve ser realizada antes da coleta das narrativas, o

pesquisador tem que estimular o entrevistado a narrar sua vida demonstrando interesse por tudo que ele diz, estimulando-o a se apropriar da entrevista (BERTAUX, 2010). Considerando a característica dessa população, como a dificuldade e construção de confiança e vínculo, o nomadismo, a interação prejudicada pelo uso de drogas que advém das situações vivenciadas, justifica-se a ambiência que foi realizada pela pesquisadora, numa tentativa de aproximação com as participantes, possibilitando construção de confiança e abertura para que pudessem expor suas narrativas de vida (WIKJ e MANGIA, 2017).

Dessa forma, a coleta das narrativas da pesquisa foi realizada de forma distinta dependendo das participantes em questão e do local onde elas se encontravam. Utilizando apenas uma pergunta norteadora da entrevista para responder aos objetivos da pesquisa, **Fale-me sobre sua vida que tenha relação com a maternidade e a sua situação de rua.** Junto a essa pergunta norteadora foram utilizados filtros que auxiliaram a pesquisadora a abordar pontos importantes para a pesquisa, que foram:

- Quantas vezes ficou grávida e como foi cada gestação (a descoberta, cada fase da gestação até o parto e nascimento)
- Como foi cada experiência de pré-natal, parto e pós-parto
- Relação com os filhos
- Como é estar em situação de rua e ser mãe
- Já vivenciou alguma situação como mãe que acredita ser específica para a sua condição de viver em situação de rua.

Esse roteiro foi sempre lido ao final de cada entrevista realizada, pois seu caráter é evolutivo e ele ajudou a pesquisadora a se preparar para o decorrer das entrevistas e desenvolver ideias claras sobre a situação social que pretendia compreender (BERTAUX, 2010).

As entrevistas foram gravadas com um gravador digital, ao mesmo tempo, que a pesquisadora utilizou um diário de campo, que serviu para descrever a atitude geral da participante em relação ao tema, à pesquisadora e à própria história. Foi possível anotar ideias, hipóteses, intuições, possibilitando o início da análise das narrativas de vida (BERTAUX, 2010).

### 3.5 Processo analítico das narrativas

O primeiro passo do processo analítico dos dados foi à caracterização das participantes do estudo e a construção do historiograma para nortear o futuro leitor acerca das participantes envolvidas neste estudo.

No método de Narrativas de Vida, a análise se inicia paralelamente à coleta de dados. A análise das primeiras entrevistas oportunizou a construção do modelo a ser retomado no roteiro da entrevista narrativa. Foi um processo dinâmico que se consolidou através das comparações entre as narrativas para salientar recorrências (BERTAUX, 2010).

Foi uma análise precisa ao ponto de não extrair todas as significações da narrativa, mas, somente aquelas que se referem ao objeto de estudo. A pesquisadora transcreveu as entrevistas no mesmo dia, respeitando os erros e vícios de linguagens das participantes, e reviveu mais brevemente as nuances da entrevista, as entonações e a comunicação não verbais (movimento dos olhos, expressões da face) (BERTAUX, 2010).

Posteriormente, a pesquisadora retranscreveu as entrevistas, pois Bertaux (2010) recomenda a retranscrição integral das três ou quatro primeiras entrevistas para acelerar a entrada da pesquisadora no cerne do estudo, identificar lacunas, falhas como entrevistadora e ponto de saturação.

O ponto de saturação emergiu da comparação das narrativas de vida dessas mulheres, em que foram percebidas recorrências das mesmas situações, além de lógicas de ação semelhantes. E é a pesquisa sistemática de “casos negativos” ou contrários a essa lógica que leva à consolidação ou reformulação de uma dada hipótese, o que leva a atingir o ponto de saturação da pesquisa (BERTAUX, 2010).

Após esse processo foi realizada uma leitura flutuante das narrativas identificando aquelas que se aproximam por semelhança, utilizando a análise temática para identificar as unidades de significação (Quadro 1). A presença e frequência das unidades de significação consistiram em uma pré-análise. Nessa fase, os fragmentos de narrativa foram lidos no conjunto, de forma a esgotar todo o material (BERTAUX, 2010).



Quadro 1 - Unidades de significação (continuação)

Enquadramento policial	X		X		x							3
Relação com equipe hospitalar – positiva	X	x	X		x			X		X	X	7
Relação com entidades religiosas		X	X	X						X		4
Internação de filho			X			X	X		X	X		5
Orientações no cuidado do filho fornecidas pelo hospital			X		x	X	x		X	X		6
Negligência no hospital/unidade de saúde			X	X				X	X	X		5
Descoberta tardia de gestação	X		X		x		x	X	X			6
Apresentava doença na gestação (HA, DMG...)	X			X	X		x	x		X		6
Acompanhada no momento do parto pela equipe					X							1
Utilização das tecnologias não farmacológicas					X							1
Orientada sobre procedimentos e respeito as suas condições					X			X	X			3
Chegou drogada para ganhar o bebê	X					X		X			X	4
Não usava drogas		X			x						X	3
Uso problemático de drogas	X		X	X		X	X	X	X	X		8
Uso na gestação	X		X			X	X	X	X			6
Fome	X			X		X	X			X		5
Ficar em cracolândia/favela/rua	X		X	X		X		X		X		6
Medo/Remorso de sequelas no RN	X		X						X	X		4
Esperança em relação ao nascimento	X				x		x		X			4
Desejo de engravidar			X			X						2
Aborto/ Morte fetal ou neonatal	X		X	X		X	x	X	X	X		8
Pré-natal tardio	X		X		x	X	x	X	X			7
Família desmembrada	X	x		X	x		X			X		6
Falecimento de entes queridos		x	X					X	X			4
Brigas/conflitos	X	x	X	X	x		x			X		7
Relacionamento conturbado com a própria mãe	X		X	X						X		4
Reconciliação com a própria mãe ou boa relação com a mãe			X	X	x	X	x					5
Preconceito da própria família	X		X	X						X		4

Quadro 1 - Unidades de significação (continuação)

Auxílio familiar	X		X	X	x	X						5
Filhos como única família	X	x		X	x		x	X			X	7
Filhos que auxiliam a sair da situação de rua	X	x		X								3
Cuidado/educação dos filhos	X		X	X	X			X			X	6
Moram com os filhos	X	x		X	X	X		X			X	7
Filhos criados por familiares/terceiros	X	x	X			X	X	X	X	X		8
Cuidada/amparada/reconhecida pelos filhos	X	x	X	X	X	X	x	X		X	X	10
Filhos agressivos/ levados	X	x	X		x	X		X		X		7
Abrigou os filhos ou não levou os filhos para morar na rua	X	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
Esperança de estar com os filhos		x	X	X		X	x	X	X	X		8
Primeiro contato assim que nasce			X		x							2
Ameaça ou perda da tutela dos filhos/ Pedido de doação dos filhos	X	x			X			X	X			2
Relação entre irmãos	X		X		X		X	X				2
Proteção aos filhos	X		X	X	X			X	X	X		7
Dependência financeira do parceiro a ela	X		X	X		X						4
Brigas	X	x	X	X				X		X		6
Violência física parceiro atual	X			X								2
Violência física	X		X	X								3
Violência sexual			X							X		2
Afeto pelo pai dos filhos	X	x	X	X	x	X	X		X	X		9
Parceiro com problemas com a droga	X		X	X	x							4
Parceiro em situação de rua	X		X	X	x		x		X	X	X	8
Sem parceiro atual		x						X			X	3
Tentativa de tirar o parceiro da rua	X		X	X	x							4
Irresponsabilidade do parceiro em relação aos filhos	X		X	X	x			X		X		6
Sente-se cuidada pelo parceiro			X	X	X	X	x		X			6
Histórico de abandono/separação	X	X	X	X	x	X		X		X		8
Partos sob efeito da droga	X		X			X	X	X	X	X		7

Quadro 1 - Unidades de significação (conclusão)

Ausência de pré-natal/ ou pré-natal com menos de 6 consultas gestação atual	X		X	X	x	X	x	X	X		X	9
Amamentação	X		X									2
Trabalho	X			X	x				X		X	5
Prostituição									X	X		2
Sentir-se fraca pelo vício	X		X						X	X		4
Vergonha pelo vício	X		X	X					X	X		5
Sentir-se ou já se sentiu deprimida/triste	X			X	x		x	X	X	X		7
Histórico de violência	X		X	X	x	X	x			X		7
Responsabilidade em prover os filhos	X			X	X		x		X		X	6
Difícil perder um filho aborto, falecimento, ver os filhos por motivos diversos ou perda de tutela		X	X	X	X	X		X	X	X	X	9

Fonte: a autora, 2020

Depois da codificação, foi realizada a recodificação, constituída de releitura e comparação das unidades de significação formando grupamentos. Posteriormente, após a síntese destes grupamentos elaborou-se uma grande categoria analítica com 5 subcategorias, conforme quadro abaixo (BERTAUX, 2010):

Quadro 2 - Síntese da categoria

Vulnerabilidade e transições para a maternidade de mulheres em situação de rua	Vulnerabilidades individuais para maternidade de mulheres em situação de rua
	Vulnerabilidades sociais de mulheres em situação de rua
	Vulnerabilidades programáticas de mulheres em situação de rua
	Transições vivenciadas por mulheres em situação de rua
	Terapêutica de Enfermagem a partir das hipossuficiências das participantes

Fonte: a autora (2020)

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização das participantes do estudo

Conforme descrito na metodologia, as participantes eram mulheres que vivem ou viveram em situação de rua que engravidaram e/ou possuem filhos. A caracterização dessas participantes é apresentada no quadro 3 abaixo, onde elas foram reportadas na sequência das entrevistas antecedida pela letra P (participante).

Segundo o teórico metodológico Daniel Bertaux, para conhecer o geral em cada caso particular, é necessário dispor de uma variabilidade de casos a fim de construir sua comparação, considerando semelhanças e diferenças da amostra. Dessa maneira, é fundamental a pesquisadora, a partir do olhar das participantes, entender o posicionamento e contexto em que elas estão inseridas e o diferencial que compreende a ação dessas pessoas em função de seu *habitus* – sistema de disposições socialmente construídas, com a finalidade de gerar e unificar um conjunto de práticas e ideologias (BOURDIEU, 2007). Para então, criar comparativamente e de forma crítica, um modelo de objeto de estudo (BERTAUX, 2010).

Na pesquisa etnossociológica, o objetivo é construir um corpo de hipóteses progressivamente, elaborando-as a partir das observações e reflexão baseada em recorrências (BERTAUX, 2010). A amostra desta pesquisa cumpriu com o sugerido pelo método. As participantes apresentavam diversidade de idade, diferentes contextos e *habitus*. Todas experienciaram a vida em situação de rua, algumas estavam com seus filhos e outras os tinham sob cuidados de familiares ou pessoas próximas.

Identificou-se como indícios nesse estudo, a preservação da maternagem e a necessidade de proteção, afetividade e acolhimento dos seus filhos. Indícios, segundo Daniel Bertaux, são fenômenos que remetem a um mecanismo social que marcam a experiência do indivíduo.

Quadro 3 - Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo

ID ***	Idade	Estado civil	Renda familiar	Trabalha	Escolaridade	Situação de moradia	Etnia	História Obstétrica	Condição Obstétrica	Nº de filhos vivos	Usuária ou ex-usuária de álcool/droga
P1	41	Solteira *	< 1 salário min.	Sim	EMC	Casa da filha	Preta	G: IX P: VI A: III	Puérpera 15 dias pós-parto	6	Sim
P2	41	Viúva	Bolsa família	Não	Déficit cognitivo (classe especial)	Barraco de madeira, sem banheiro	Preta	G: III P: III A: 0	Não está gestante	3	Não
P3	28	Solteira *	Bolsa família	Não	EFI	Em situação de rua	Branca	G: V P: III A:II (1neomorto)	Não está gestante	2	Sim
P4	48	Divorciada*	Bolsa família	Não	EFI cursando	Em situação de rua, porém refere ter casa	Parda	G: II P: I A: I	Não está gestante	1	Sim
P5	28	Solteira *	Bolsa família + 2 pensões	Sim	EFI	Mora em invasão, banheiro compartilhado	Preta	G: VII P: VI A:I	Puérpera 1 dia pós-parto	6	Não
P6	36	Solteira*	Bolsa família	Não	EFI	Em situação de rua	Preta	G: VI P: V A: 0 (1 natimorto)	Gestante	4	Sim
P7	30	Solteira *	1 salário min.	Não	EMI	Casa da mãe	Parda	G: VP: IV A: I (1 natimorto)	Puérpera 1 dia pós-parto	3	Sim
P8	35	Solteira	Não tem	Sim	EFI	Barraco em comunidade	Parda	G: IX P: VI A:III	Puérpera 1 dia pós-parto	6	Sim **
P 9	25	Solteira*	Não tem	Sim	EFI	Barraco de madeira, embaixo de viaduto	Preta	G: III P: II A: 0 (1natimorto)	Gestante	1	Sim
P 10	29	Solteira	Não tem	Não	EFI	Em situação de rua	Parda	G:V P:III A: II	Não está gestante	3	Sim
P 11	74	Viúva	1 salário min	Não	Analfabeta	Casa de alvenaria	Preta	G: XVI P: XVI A:0	Não está gestante	6	Não

Legenda: Ensino Fundamental Incompleto (EFI), Ensino Médio Incompleto (EMI), Ensino Médio Completo (EMC);

\*Mulheres que possuem parceiro fixo, porém sem vínculo matrimonial.

\*\* Suspeita da equipe de saúde do hospital. Paciente não deixou claro em sua Narrativa de Vida.

Fonte: A autora, 2020.

As narrativas de vida evidenciaram a faixa etária de 74 a 25 anos das participantes, sendo elas divididas em não gestante (5), gestantes (2) e puérperas (4). Das que não eram gestantes apenas duas não tinham mais a possibilidade de ter filhos, pela idade e/ou por possuírem laqueadura tubária. Das mulheres que ainda vivenciavam o período gravídico-puerperal a média de idade foi de 32,5 anos, sendo 3 participantes com idade maior ou igual a 35 anos, o que já predispõe uma gestação de risco, conforme os protocolos do Ministério da Saúde.

Considera-se gestação de risco aquela que por fatores particulares apresentam maior probabilidade de desfechos negativos para mãe e o feto (BRASIL, 2010). Dessa maneira, as mulheres com idade acima de 35 anos têm a maior probabilidade de alguma patologia/situação como: pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, hipertensão gestacional e rotura prematura de membranas. Contudo, a idade materna não deve ser avaliada de forma isolada, pois ainda são necessários estudos com relação a doenças pré-existentes e de paridade (ALVES, et al, 2017).

Sobre o estado civil dessas participantes, 8 delas se intitularam solteiras, porém, 7 com relacionamentos afetivos (namorado, parceiro, noivo). Duas delas eram viúvas sem relacionamentos atuais e uma participante considera-se divorciada, porém possuía relacionamento (parceiro).

A situação conjugal insegura é considerada um marcador de risco para a gestação, sabe-se que no Brasil, segundo dados do IBGE (2018), existem cerca de 11,6 milhões de famílias compostas por mães solo e a ausência masculina gera vulnerabilidade social, devido à renda média feminina ainda ser inferior à do homem (IPEA, 2015). Além disso, a incerteza e a insegurança na relação entre os pais de uma criança são responsáveis pelo aumento do estresse materno, que pode gerar desfechos negativos para o recém-nascido (MERKLINGER-GRUCHALA e KAPISZEWSKA, 2019).

A expressão “mãe solo” faz referência ao termo mãe-solteira, utilizado para identificar mulheres que criam os filhos, sozinhas, tendo se popularizado como forma de desconstruir a forma pejorativa ligada ao estado civil (SILVA, et al, 2019). Nota-se nas narrativas das participantes que a criação dos filhos, em sua maioria, conta com momentos de ausência dos pais, sendo essas mulheres muitas das vezes chefes de família, provedoras de renda para a criação dos filhos.

A maioria das participantes (5) possui como renda familiar valores fornecidos por programa assistencial do governo federal, o Bolsa Família, benefício básico dado

a unidades familiares que se encontram em extrema pobreza. Este benefício é variável e dependente de parâmetros como quantidade de filhos e renda. (BRASIL, 2004). Apenas uma participante relatou receber pensão para dois de seus seis filhos, juntamente com o benefício Bolsa Família.

Três das participantes relataram não possuir renda, duas tinham renda igual a um salário-mínimo e uma relata ter renda menor que um salário-mínimo, fruto de trabalho informal. Em relação a trabalhar, apenas quatro mulheres relatam trabalhar de forma informal, duas como vendedoras ambulantes, uma como faxineira e uma garimpando com o parceiro em um conjunto habitacional.

No Brasil, cerca de 41,1% da população ocupada atua na informalidade (IBGE, 2019), esta situação corresponde a atividades desenvolvidas na extra legalidade, sem registro formal de trabalho e emprego (IBGE, 2016). Dessa forma, infere-se que as condições socioeconômicas se relacionam com os indicadores de saúde, as condições de vida e acesso aos serviços de saúde, como pode ser observado nas narrativas de vida das participantes do estudo (DINIZ, et al, 2016).

Outro ponto que pode ser observado na caracterização dessas participantes é a escolaridade, 7 delas possuíam o Ensino Fundamental Incompleto (uma cursando a sétima série através da Educação de Jovens Adultos), uma possuía o Ensino Médio Incompleto, uma concluiu os estudos em classe especial devido ao seu déficit cognitivo, uma era analfabeta e apenas uma possui o Ensino Médio completo.

A baixa escolaridade é uma característica desfavorável e representa risco no ciclo gravídico-puerperal, pois, relaciona-se à menor adesão pré-natal, multiparidade e desfechos negativos de saúde da mulher e bebê (ROSA, et al, 2014; DINIZ, et al, 2016).

A despeito de P2 apresentar algum déficit cognitivo, ressalta-se que a participante se apresentava orientada no tempo e espaço. Sabia ler e escrever, estava sozinha sem acompanhantes, não precisava de nenhum auxílio para se comunicar, entendeu a leitura do TCLE e concordou em participar. A pesquisadora só soube dessa condição quando a participante foi questionada sobre sua escolaridade, por não ter cursado o ensino regular.

Em relação ao local onde moram/dormem, atualmente, 4 das participantes referiram morar em situação de rua, sendo que duas delas informaram ter casas e o motivo para estarem na rua seria estar perto de parceiro, morador de rua. Três das participantes moravam em “barracos” de madeira em comunidades, sem saneamento

básico. Duas moravam em casa de familiares (mãe, filha), uma mora em uma invasão com banheiro compartilhado e apenas uma morava em casa de alvenaria.

Mulheres que vivem em condições inadequadas apresentam maiores chances de ter desfechos neonatais negativos como o baixo peso ao nascer e prematuridade. (MERKLINGER-GRUCHALA e KAPISZEWSKA, 2019). Nota-se que a maioria das participantes do estudo englobam os aproximadamente 6 milhões de brasileiros com déficit de moradia (IBGE, 2015), que compreende as moradias sem condições de habitação, que existe coabitação familiar forçada, ônus superior de 30% da renda com aluguel e moradia em locais sem fins residenciais (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2017).

Em relação à etnia, seis das onze participantes consideravam-se da cor preta, três delas consideravam-se da cor parda e apenas uma delas considerava-se da cor branca. Neste estudo, a relação entre cor da pele preta/parda e a situação de rua (90,9%) é superior ao que foi considerado pela Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua, que aponta 67% da população como preta/parda. Porém, se assemelham ao já visto em estudo anterior realizado pela autora, em que todas as entrevistadas eram não-brancas (FORTUNATO, 2015).

Sabe-se que a relação entre cor da pele e desfechos no ciclo gravídico puerperal define que mulheres não-brancas (pretas e pardas) têm maior risco para desfechos perinatais desfavoráveis devido às condições socioeconômicas e as iniquidades sociais que permeiam este grupo (PACHECO, et al, 2018).

Em relação ao número de gestações, as mulheres que vivem ou vivenciaram a situação de rua apresentaram em média 6,36 gestações, com média de 5 filhos nascidos vivos, o que difere da taxa de fecundidade nacional de 1,75 nascidos vivos. (IBGE, 2015). Em relação a abortamentos e natimortos, as participantes vivenciaram no total 16 episódios, sendo 3 natimortos e 13 abortamentos, provocados e espontâneos.

As mulheres em situação de rua apresentavam um cotidiano difícil que as impediam de entender a definição de saúde reprodutiva e as impossibilitavam de manter os cuidados desejados com a sua saúde, devido à deficiência de acesso aos meios de cuidado como informações, métodos, campanhas educativas rotineiras e a busca ativa de profissionais para tratar deste cuidado específico (COSTA, 2019).

Considera-se direito à saúde reprodutiva aquele que permite que as pessoas decidam, de forma livre e responsável, ter ou não ter filhos e em que momento os ter;

o acesso a informações, meios, métodos e técnicas contraceptivas e de concepção; e de exercer a sexualidade e reprodução livre de violência, discriminação e imposição (BRASIL, 2013).

Em relação ao uso problemático de drogas, foi possível perceber que 8 das participantes tiveram ou têm algum envolvimento com drogas lícitas e ilícitas. Álcool, maconha, crack, cocaína foram algumas das substâncias utilizadas pelas participantes. Apenas uma das participantes estava em processo de descontinuar o uso de drogas. E uma delas não deixou claro o uso/abuso, porém estava em suspeita pela equipe do hospital onde estava internada.

Cerca de 35,5 % da população em situação de rua, tem como motivo para a sua trajetória de rua o uso de drogas, o que foi perceptível nas narrativas de algumas participantes (BRASIL, 2009). Sabe-se que o uso de drogas lícitas e ilícitas contribui para desfechos perinatais desfavoráveis, como aborto, complicações respiratórias, prematuridade, abstinência neonatal e morte perinatal (VASCONCELOS, et al, 2016).

Problema de saúde pública, o consumo de drogas ilícitas e seu desfecho em mulheres gestantes em atendimento pré-natal é acentuado pela baixa adesão de pré-natal, seja por questões individuais ou institucionais de dificuldade de acesso, além do temor das mulheres de relatar o problema por medo de perder a guarda dos filhos (VASCONCELOS, et al, 2016). Dessa forma, as histórias de vida coletadas das participantes do estudo ratificam o que pode ser observado na caracterização inicial dessas mulheres. Para melhor entendimento do leitor, o historiograma, condensa a história de cada narrativa de vida, e é apresentado no quadro 4:

Quadro 4 - Historiograma (continua)

Narrativas	Breve relato das histórias
P1	Puérpera de 15 dias de pós-parto normal, realizado em maternidade municipal, retorna à unidade por vínculo criado com a equipe e para receber doação de uma enfermeira. Gesta IX, Para VI, Aborto III (provocados), 41 anos, 6 filhos vivos, 3 deles menores de idade, vivendo com ela na casa da filha mais velha. Relata possuir parceiro que é usuário de drogas e já ter sofrido violência física provocada por ele. Trabalha informalmente como ambulante ou prestando serviços na casa da mãe, com renda média mensal de 400/500 reais. Está há 20 dias sem utilizar drogas, motivo que a levou a passar período da última gestação longe de casa e na cracolândia. Comunicativa, demonstra cuidado com os filhos pequenos que estavam no momento da entrevista, refere gratidão a equipe do hospital pelo apoio o que a incentiva a não utilizar drogas. Não realizou pré-natal, solicitou internação social devido à pneumonia que contraiu na "cracolândia".

Quadro 4 - Historiograma (continuação)

P2	Não é gestante, participante de um projeto para moradores em situação de rua em uma igreja católica em Campo Grande. Gesta III, Para III, 41 anos, 3 filhos vivos, 1 menor de idade criado pela madrasta que recebeu a guarda da criança, relata comportamento agressivo do filho. Possui déficit cognitivo, é viúva, foi para a rua depois que o marido morreu por ter ficado sem condições financeiras. Recebe Bolsa Família no valor de R\$ 130,00. Relata que saiu há pouco da rua e está morando com a filha mais velha em um barraco de madeira sem banheiro. Relata história obstétrica normal e esperança de conseguir reaver o filho.
P3	Não é gestante, participante de um projeto para moradores em situação de rua em uma igreja católica em Campo Grande. Gesta: V, Para: III Aborto: II 28 anos, 2 filhos vivos, 1 filho neomorto com 6 meses devido a problemas respiratórios causados pelo pré-natal deficiente e o uso de drogas. Filho mais novo está internado na UTI neonatal de um Hospital Municipal desde o nascimento devido a uso/abuso de drogas – “loló, crack, pó” e pré-natal tardio. Relata estar na rua com parceiro para poder ficar mais próximo do filho mais novo. Filho de 10 anos mora com a avó que deseja retorno da filha para casa. Recebe Bolsa Família e auxílio da mãe. Usuária de drogas. Relata ter sofrido violência sexual e física do ex-parceiro. Fica emocionada ao falar sobre maternidade e os filhos.
P4	Não é gestante, participante de um projeto para moradores em situação de rua em uma igreja católica em Campo Grande. Gesta: II, Para: I, Aborto: I, 48 anos, 1 filho maior de idade com quem tem boa relação. Recebe bolsa família, 91 reais. cursando a 7ª série e desempregada. Sofreu um aborto espontâneo do atual parceiro e relata episódio de infecção com atendimento na emergência e posterior internação em outro hospital. Usuária de drogas e álcool, vários períodos em situação de rua, o primeiro devido a ser expulsa pela mãe de casa e o último para acompanhar o atual parceiro. Não tinha iniciado pré-natal. Relata ter sofrido violência física do atual e ex-parceiro e episódios depressivos.
P5	Puérpera de 1 dia de pós-parto normal, internada em uma maternidade municipal. Gesta VII, Para: VI, Aborto: I, 28 anos, 6 filhos vivos que moram com ela em ocupação no Centro do Rio de Janeiro. Realizou poucas consultas de pré-natal, sendo bem tratada pela equipe de enfermagem na clínica, porém medo devido a COVID 19. Gestação de risco devido à hipertensão. Atendimento em emergência com realização de USG devido a dores. Relata ter vivido em situação de rua após ser expulsa da comunidade devido a delito de ex-cunhada. Recebe duas pensões e bolsa família com renda média de R\$600,00. Trabalho informal vendendo balas na rua. Parceiro e pai de última filha foi preso há 18 dias devido à injustiça, relato emocionado por estar sem ele, sentindo abandono. Apresenta marcas pelo corpo de cortes cicatrizados e trauma em relação a agulhas, não quis entrar em detalhes sobre isso. Refere acolhimento na emergência da maternidade e um parto tranquilo com acompanhamento contínuo, utilização de banho de aspersão e banqueta de parto. Acolhimento da equipe em relação a seu trauma em relação a agulhas e suspensão de amamentação devido a não realização de exames laboratoriais. Unidade não tinha teste rápido.
P6	Gestante, IG 33 semanas, internada na emergência de uma maternidade municipal devido a sentir-se mal na rua. Gesta: VI, Para: V, Aborto: 0, 36 anos, 4 filhos vivos, 1 natimorto com 7 meses. Usuária de drogas, sozinha e não tinha como se comunicar com nenhum familiar. Não realizou pré-natal, emagrecida e algo agressiva. Relata que os familiares moram distantes e que doou a sua casa para que a mãe cuidasse dos filhos. Está em situação de rua por isso e por condições financeiras. Recebe o bolsa família que devido ao auxílio emergencial passou para R\$1.200,00, valor que relata ser entregue para o cuidado dos filhos. Relata que é a primeira gestação que passa na rua, discriminação devido a sua situação e saudades dos filhos que não vê há três meses. Chorou durante a entrevista encerrando-a precocemente. No dia seguinte, a visitei na enfermaria onde acabara de receber o diagnóstico de HIV+, apresentava fragilidade e preocupação ao diagnóstico, entendendo o risco da doença.
P7	Puérpera de 1 dia de pós-parto normal, internada em uma maternidade municipal, o RN estava na UI neonatal devido à internação social devido à mãe ser usuária de drogas. Gesta: V, Para: IV, Aborto: I, 30 anos, 3 filhos vivos, 1 natimorto na gestação que passou na rua devido à fome e violência física. Relata morar na casa da mãe que possui renda de 1 salário-mínimo. Relata namorar o pai do bebê que mora em barraco sem banheiro. Mora com os dois outros filhos. Relata que RN está na UI realizando fototerapia devido às drogas que tinha utilizado. Uso de Penicilina Benzatina devido a sífilis, porém paciente não entra em detalhes em relação a isso. Arredia e sonolenta pede para retornar no dia seguinte, porém quando retorno a mesma tinha ido embora. RN manteve-se internado.
P8	Puérpera de 1 dia de pós-parto normal, internada em uma maternidade municipal, estava acompanhada de seu RN em alojamento conjunto, sob observação do Serviço Social da unidade por estar sem documento, suspeita de ser usuária de drogas e ter passado por situação de vulnerabilidade. Gesta: IX, Para: VI, Aborto: III, 35 anos, 6 filhos vivos, 4 estão com ela e 2 foram criados pela irmã em São Paulo. Relata que quase perdeu a guarda da filha de 2 anos, pois não realizou pré-natal e ficou em situação de rua por recaída devido à depressão pela perda dos pais. Resgatou a filha do Juizado com auxílio do ex-marido. Relata não ter renda, mas fazer faxina. Nessa gestação realizou pré-natal tardiamente por não saber que estava grávida, diagnosticada como DMG. Abandono do pai da criança, reside em barraco na Mangueira. Retraída e de poucas palavras, relata não lembrar situações como o abortamento que teve. Tem um olhar fixo na criança como se a estivesse admirando.

#### Quadro 4 - Historiograma (conclusão)

P 9	Gestante, atendida por equipe de Consultório na Rua, iniciou o pré-natal com equipe, porém não tinha USG. Foi levada por mim e pelo ACS para realizar a USG na Fiocruz. Gesta: III, Para II, 25 anos, 1 filho vivo e 1 natimorto, devido à perda líquida e uso de drogas. Filho mais velho está sendo cuidado por terceiros, pois quando nasceu teve Síndrome de Abstinência devido ao uso de drogas, quase sendo encaminhado para adoção. Mora em barraco de madeira junto a parceiro, sem renda, relata garimpar em conjunto habitacional ao lado de viaduto onde mora. Descobre a sua idade gestacional ao realizar USG e questiona se bebê está bem, tem receio sobre ter outro natimorto como em gestação anterior devido ao uso de drogas. Fala sobre a cesariana e apresenta dúvidas em relação ao que aconteceu, relata anestesia e não ter visto seu feto morto. Chora ao falar da culpa e ao comparar estar no hospital sem o bebê.
P10	Não é gestante, paciente de uma equipe de Consultório na Rua. Gesta V, Para III, Aborto II, 29 anos, 3 filhos vivos que moram com a família em Itaboraí. Vive em situação de rua em região de cracolândia, usuária de drogas e soropositiva. Não tem renda, possui namorado, porém devido a sífilis pretende terminar. Perdeu a guarda das filhas para mãe, que também perdeu a guarda devido à violência doméstica. Relata histórico de prostituição, crimes, violência sexual e física na adolescência o que a levou para a situação de rua e a dependência química das drogas. Relata sífilis congênita em gestação anterior, dificuldade na relação com familiares, principalmente com a mãe, ex-usuária de drogas. Esteve em acolhimentos religiosos em gestações anteriores, não relata pré-natal, realizou laqueadura tubária em aborto (?). Apresenta lesões sífilíticas o que a fez iniciar tratamento, não está conseguindo medicação para o HIV devido à pandemia. Não tem contato com as filhas há 8 meses.
P11	Não é gestante, moradora de São Gonçalo acolhe pessoas carentes e deficientes em sua residência. Gesta: XVI, Para XIV, tem 6 filhos vivos (não determinou idade de falecimento), vários filhos adotados (não legalmente), 74 anos, viveu sua infância em situação de rua, analfabeta, iniciou sua vida no mercado de trabalho na infância como faxineira. Viúva e pensionista, recebe 1 salário-mínimo. Não trabalha devido a problemas de saúde prévios, porém é ativa e continua recebendo pessoas carentes da região. Mora em casa de alvenaria construída por ela e marido durante anos. Filhos moram no mesmo quintal que ela que recebe diversas doações devido à filantropia que exerce. Sobre seu histórico gestacional refere não ter realizado nenhum acompanhamento nas gestações e falta de informação, cesariana em última para realização de laqueadura tubária - não fica claro o porquê, se foi desejo dela ou se o médico realizou sem consentimento devido ao número de gestações. Relata ter ficado sozinha em sala por 1 dia para depois ser encaminhada a enfermaria. Relata ter trabalhado durante as gestações e logo após o parto, sem licenças maternidade. Demonstra agradecimento pelas situações boas da vida conquistadas e carinho pelas pessoas que recolhe e auxilia.

Fonte: A autora, 2020.

A narrativa de P11 sobre sua trajetória de vida evidenciou situação divergente das demais participantes, ela dentro de um contexto de vulnerabilidade social, programática e individual, além de seus filhos biológicos, adotara outras crianças no decorrer de sua vida e ainda hoje, leva pessoas carentes para a sua casa, como pode ser observado na narrativa a seguir:

Cheguei lá uma mãe ia jogar um aleijado no mar. Olha que pecado meu deus. Não faça isso que esse vai ser o primeiro filho que eu vou ganhar da rua. Trouxe pra casa. Aí dessa foi passando pra outro, passando pra outro, eu tive 76 crianças[...] eu tive 16 filhos, ganhei operação de graça do hospital, porque não sabia, cada vez que a gente chega no hospital o nome a gente fica lá. Então ganhei uma operação de graça. Deus me ajudou muito. Fiquei aqui nessa casa. Agora eu não tenho só criança. Quem fala a verdade não merece castigo. Tenho velho de 86 anos, tem aquele ali, tem mais uns velhinhos, tenho 6 velhinhos que não tem onde morar, porque jornal aparece tudo, gente se bater na sua porta você não vai deixar? [...]

A participante P11 era uma senhora de 74 anos que vivera de 3 a 8 anos em situação de rua, foi para a rua devido à situação de rua dos pais que, em busca de

uma situação de vida melhor, faziam parte da massa de marginalizados das décadas de 50-60 empurrados para a periferia do sistema econômico das grandes cidades (CERQUEIRA, 2011).

Em uma época em que o trabalho infantil era considerado usual, a participante P11 começara a trabalhar ainda na infância como empregada doméstica e, apesar das adversidades e o meio onde estava, sua crença em Deus colaborou com o comportamento em relação ao trabalho e sua relação com seus filhos adotados, como podemos notar a seguir:

[...] Um homem ali na cachoeira, ele cortava seios da mãe, orelha da irmã, eu tinha só medo desse homem, eu morava dentro desse mato aí e aqui não tinha casa nenhuma, era só mato, só mato, eu morava ali, cada cobra, cada surucucu e elas não me picavam, delas eu não tinha medo, tinha medo era desse homem. Eu pedi a Deus, meu senhor, se me ajudar, não deixar ninguém me fazer mal nenhum. A primeira, quando eu tiver a casa, a primeira criança que o pessoal reclamar, matar, eu panho. Aí Deus me ajudou [...]

O contexto de vulnerabilidades e situações de violência vivida pela participante P11 pouco difere das demais participantes do estudo. Considerando a disseminação de drogas à época, menor do que atualmente, a oportunidade de emprego mesmo criança e a crença em uma figura divina, a participante P11 conseguiu concretizar o exercício da maternagem, criando seus filhos, adotados ou não.

Da análise das narrativas das 11 participantes do estudo, emergiu a categoria analítica: Vulnerabilidades e transições para a maternidade de mulheres em situação de rua, com 5 subcategorias: Vulnerabilidades individuais para maternidade de mulheres em situação de rua, Vulnerabilidades sociais de mulheres em situação de rua, Vulnerabilidades programáticas de mulheres em situação de rua, transições vivenciadas pelas mulheres em situação de rua e as terapêuticas de enfermagem a partir das hipossuficiências das participantes.

#### **4.2 Vulnerabilidades e Transições para a maternidade de mulheres em situação de rua**

Evidenciou-se nas narrativas das participantes a preservação da maternagem e a necessidade de proteção, afetividade e acolhimento dos seus filhos, objetivando os indícios preconizados por Bertaux (2010):

[...] do jeito que o meu filho veio no mundo eu vou aceitar, não tenho problema nenhum, se ele viesse deficiente, se ele não viesse, porque eu dou muito bem com criança [...] eu falei do jeito que o meu filho vir gente, com doença sem doença eu vou aceitar, porque é uma benção, porque tem muita gente que quer ter e não consegue, eu fico olhando as vezes reportagem essas crianças que joga o neném no mato, no mar fora assim... eu fico olhando, eu falo assim, o que? Se eu engravidar, eu não tenho coragem de tirar não, pode ser do homem que eu não quero, mas eu não tiro, porque tem muita gente querendo ter um filho e como não pode ter, e eu que posso ter eu vou tirar? Não tiro não, não tiro não... perdi minha vida com meu primeiro filho, perdi não me arrependo, segunda? Perdi? perdi não me arrependo... to perdendo minha vida, de curtir minha vida, que eu to com 28, ainda to nova ainda, to mas eu não me arrependo e eu quero viver pros meus filhos agora, só pros meus filhos e pra Deus [...] (P3)

eu cuido dele porque, eu não vou deixar ninguém maltratar meu filho, porque, eu, o que o meu pai não fez por mim, eu sempre quis fazer pelo meu filho, então eu falei: então o que eu não tive, meu filho vai ter...é atenção, é o carinho, é um amor de mãe, como eu dou até hoje, chamo ele de meu bebê, meu rei, minha vida, ele fica até com raiva de mim mas eu chamo assim mesmo, não quero nem saber...ah sim, como é cuidar dele, ele pode ter todas as namoradas do mundo que ele quiser, mas se eu souber que ela maltratou meu filho ela vai ser maltratada por mim [...] (P4)

Badinter (2011) refere que a escolha em ser mãe envolve a reflexão sobre os motivos e as consequências, pois na vida de um ser humano esta decisão seria a mais radical que exige a reflexão sobre suas habilidades altruístas e o prazer que se poderá obter. Assim, através de uma pesquisa francesa, ela indica que a maioria das pessoas escolhe ter filhos pelo hedonismo, sem pensar em nenhum momento em sacrifício ou renúncia pessoal.

Apesar das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas e os múltiplos fatores de risco para a saúde (VILLA, et al, 2017), nota-se neste estudo, o esforço das participantes de tentar exercer a maternagem e/ou a manutenção do contato com seus filhos, como observado a seguir:

então em casa eu fico vendo as fotos do meu filho, e fico perto do meu outro filho de 10 anos e fico feliz...e a gente fica brincando de cosquinha, ele faz cosquinha nim mim, eu faço cosquinha nele ... (ela sorri) e quando ele me chama de mãe é uma emoção muito grande, então, eu quero que o outro também cresça, sabendo que eu... sou a mãe dele[...] criei meu sobrinho de 9 meses até os seis anos, e ele fala pra mim: tia, você não é minha tia, você é minha mãe... e aí eu cuidei do meu sobrinho e eu sabia que ia ter coragem pra ser mãe e criar meus filhos... e é isso...e eu gosto também quando ele me chama de mãe... meu filho, meus filhos é tudo na minha vida... dou a minha pelos meus filho...dou a minha vida pelos meus filho,se é pra escolher a minha vida ou do meu filho [...] (P3)

eu as vez fico, tem o contato dele... mando recado mando um beijo pra ele ... e é assim... (P9)

[...] infelizmente longe da das minhas filhas, só me tenho contato com ela, me comunico com ela com elas através do telefone, uma vez na vida outra na morte quando meu irmão desce pro Rio, meu irmão traz uma delas pra me ver, ne, a mais velha já entende, as outras duas já não entendem...entendeu!? (P10)

Dessa forma, devido à complexidade das mulheres em situação de rua faz-se necessário uma visão ampliada sobre a história de vida dessas mulheres para entendermos os desfechos que as levaram a viver em vulnerabilidade e gestar/parir/maternar dentro desse contexto.

#### 4.2.1 Vulnerabilidades Individuais para a maternidade de mulheres em situação de rua

O componente individual da vulnerabilidade considera o grau e qualidade do nível de informação, a capacidade de elaborar e incorporar o conhecimento, modificando seus modos de vida com comportamentos de proteção e prevenção que podem favorecer ou inibir riscos/agravos a saúde (DIMESTEIN e CIRILO NETO, 2020; AYRES, PAIVA, FRANÇA JUNIOR, 2013).

A presente subcategoria foi formada a partir da vulnerabilidade individual que foi levantada considerando o desconhecimento em relação ao ciclo gravídico/puerperal, o uso problemático de drogas lícitas e ilícitas, problemas familiares, problemas em relação à saúde mental, situações de violência e IST.

As experiências de rejeição familiar e as perdas pessoais relacionadas à família contribuíram para a vulnerabilidade individual das mulheres em situação de rua participantes deste estudo. Essas situações que se iniciaram na infância ou adolescência dessas mulheres se perpetuam e ganham importância em suas narrativas de vida, como podemos perceber nos relatos abaixo:

[...] eu tinha uma vida tranquila, antes, era boa não muito boa, porque tipo meu pai foi embora, minha mãe tinha que criar quatro filho, eu praticamente eu sou a do meio, né, ai vinha a caçula e vinha outro caçula, minha mãe tinha que trabalhar pra cuidar dos quatro, minha irmã mais velha é que cuidava da gente, eu não fazia nada dentro de casa, nunca gostei de fazer nada. Eu, sempre... eu sempre fui a última em tudo, como eu até hoje também, assim, entendeu, assim pra roupa, pra alimentação, eu sempre era a mais esquecida de todas, ai eu até falei com a minha mãe, assim: “mãe você só compra roupa

pras minhas irmã, ela falou assim: “não, Adriana” ... então nunca chegava a minha vez, até que eu decidi trabalhar com 15 anos [...] (P3)

[...] sou um Zé ninguém, amor de mãe, amor de mãe eu num tenho desde o começo, desde o começo como eu contei dá pra ver que eu não tenho amor de mãe, e minha mãe minha mãe abusava de mim, botava pra eu fazer coisas com homi, por causa da droga, é, e minha mãe era só cocaína e cerveja [...] (P10)

Nas narrativas de vida acima, podemos perceber problemas em relação à parentalidade, quando o pai da participante P3 sai de casa, gerando a necessidade de sua mãe criar os filhos sem ajuda financeira e na participante P10, quando a mãe a prostitui com o objetivo de conseguir drogas.

Vários autores, da Psicanálise ao Direito, conceituam o complexo processo da parentalidade. De uma forma simplista, este termo pode ser entendido como o conjunto de modos de ser e de viver o fato parental, de ser pai e mãe. Ele congrega as diferentes visões da função parental - material, psicológica, moral, cultural e social. Independente da relação de família, o objetivo é assegurar o cuidado, permitindo a educação e o desenvolvimento da criança (SOUZA, 2018).

Esta relação assume um conjunto de funções, direitos e obrigações morais, materiais, legais, educacionais e culturais, proveniente do vínculo do adulto com a criança previsto em lei. A monoparentalidade é um termo utilizado em situações em que a criança dependente é criada no dia a dia somente por um dos pais, enquanto o outro, seja pai ou mãe, só está presente esporadicamente (SOUZA, 2018).

A monoparentalidade feminina é a categoria composta por mães solteiras, viúvas, separadas e abandonadas, quando a separação do casal pode ocorrer com consentimento ou não de um dos cônjuges. Uma mulher mãe, chefe de uma família monoparental, atua sozinha como mãe e pai, com a responsabilidade de criar, cuidar dos filhos, provendo a educação, o sustento e o amor que eles necessitam (SCARPELLINI e CARLOS, 2011).

Contudo, a maioria dessas famílias monoparentais encontra-se em camadas mais vulneráveis da sociedade, não tendo condições materiais e afetivas para suprir de forma completa as necessidades dos seus membros. Dessa maneira, o que podemos observar é o compartilhamento da responsabilidade com os filhos mais velhos, a sobrecarga feminina e um processo de marginalização social que reflete em sentimentos de inferioridade e de desvalorização pessoal da figura parental e dos filhos (BALIANA, 2014; CUNICO e ARPINI, 2016).

Em relação à participante P3, há muitos determinantes do comportamento dos pais que influenciam a parentalidade, circunstâncias individuais, históricas e sociais levam à ocorrência de abusos ou maus-tratos. Estudos relatam alterações genéticas que atuam negativamente na parentalidade provocando a rejeição parental e a sobre proteção parental, porém, observamos que a dependência química como fator social é a justificativa para essa parentalidade negativa no caso de P3 (BARROSO e MACHADO, 2010).

Outro ponto a ser adicionado a essa relação de P3 com sua mãe foi a dependência de drogas de P3. Um estudo com adolescentes sobre drogas e parentalidade informa que a pouca afetividade materna e paterna aumentam a tendência do filho(a) ser dependente de drogas e tabaco. E se há algum parente que ingere bebida alcoólica diariamente, a possibilidade de desenvolver o alcoolismo aumenta ou se já fez ou faz uso de drogas ilícitas, aumenta a possibilidade de ser alcoolista (CERUTTI, et al, 2015).

Pais e mãe são responsáveis por criar um lar/ ambiente acolhedor para que a criança consiga desenvolver o *self*, encontrando a si mesma e ao mundo, criando uma relação operativa com o mundo, tornando-se um indivíduo saudável (WINNICOTT, 2005). Quando isso não ocorre, o desenvolvimento emocional do ser é distorcido, produzindo alterações em sua realidade, podendo provocar doença mental ou atitudes distorcidas do que é socialmente aceito.

Dessa forma, podemos relacionar a vulnerabilidade que essas participantes desenvolveram na infância/adolescência com a construção do desenvolvimento de si em um ambiente não acolhedor. Entretanto, salienta-se que não é possível creditar a formação do indivíduo somente aos pais, pois querer educar não significa ter condições para isso, o contexto de vida desta família deve ser observado e as instâncias sociais em que essa criança está inserida também contribuem para o seu desenvolvimento (SOUZA, 2018; BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (2012) considera famílias vulneráveis aquelas que possuem pais que têm dificuldades com a parentalidade e que possuem histórico de problemas múltiplos –dependência química a drogas lícitas e ilícitas, pobreza, condições crônicas, afetando o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Pode-se definir família como instituição social composta por um grupo de pessoas ligadas pela descendência de um ancestral comum, via casamento ou por adoção, partilham do mesmo sobrenome, oriundos de um ancestral direto ou dos

matrimônios ocorridos na família (SCARPELLINI e CARLOS, 2011). Sabe-se que 29,1% das pessoas em situação de rua têm como razão para ida para a rua as desavenças com pai/mãe/irmãos (BRASIL, 2008).

As etapas de vida do ciclo familiar são cercadas de crises que podem ser previsíveis ou não, problemas e infortúnios podem acontecer, porém, a habilidade de lidar com as dificuldades é fundamental para o crescimento dos indivíduos e sobrevivência do grupo familiar (BRASIL, 2012; FERNANDES e CURRA, 2006).

Uso de drogas, desemprego, divórcio, o falecimento de algum familiar são alguns acontecimentos que podem afetar o indivíduo e gerar a necessidade de reorganização individual e familiar (FERNANDES e CURRA, 2006). Percebe-se nas narrativas abaixo fatos infortúnios familiares e individuais:

[...] eu as vezes fico pensando meu Deus será que o que me levou a ir pra lá (cracolândia) foi esse lado dessa carência que eu tenho por causa de família, e ali dentro querendo ou não as pessoas são de certa forma muito unidas [...]  
(P1)

Eu descobri que tava grávida, na época pra mim foi...foi minha fi... foi mesmo da minha filha de dois anos que eu perdi minha mãe e meu pai juntos, ai eu tive uma depressão, tive uma recaída, ai eu ficava mais na rua do que em casa, entendeu!? (P8)

GABATZ, et al, (2013) concluíram em seu estudo que a ausência de preocupação dos familiares em relação aos problemas de seus filhos gera sentimentos de abandono e frustração, e para suprir esse vazio existencial, muitos recorrem às drogas lícitas e/ou ilícitas ou a situações perigosas, como P1 relata em sua narrativa sobre sua ida para local onde havia muitos dependentes de drogas e onde o uso da droga era o foco do local.

Segundo uma revisão de literatura sobre família e dependência química, a família é um fator determinante para o uso de drogas devido a aspectos como desprezo familiar, falta de diálogo, falta de afeto, substituição da família por amizades inseguras, conflitos e violência moral e física (VASCONCELOS, et al, 2015). Como pode ser observado nas narrativas de vida das participantes deste estudo.

Porém, quando observamos a narrativa de vida de P5 e P11, nota-se que apesar de situações de abandono, violência psicológica e física, estas participantes não possuem envolvimento com álcool e drogas. Contradizendo o que propõe o autor anterior, podemos perceber que a família não é fator determinante para o uso/abuso de drogas, devido à individualidade do ser humano no que concerne suas escolhas,

vontades e percepções de mundo, sendo esses frutos autônomos, mesmo com a dependência familiar (RODRIGUES, 2016).

Culpabilizar a família pelo uso problemático de álcool e drogas pode provocar um afastamento dos familiares nos cuidados ao dependente químico. Estudos concluem que à medida em que se buscam culpados para o envolvimento do familiar com drogas faltam soluções para a resolução e cuidado de sua dependência química. Além de gerar sofrimento, tristeza, frustração, fracasso e recolhimento aos familiares, fomentam o preconceito em relação ao dependente de álcool e drogas (RODRIGUES, 2016; RODRIGUES, et al, 2018).

A morte de familiares próximos contribui para a vulnerabilidade individual de algumas participantes, como P8, que no processo do luto apresenta sentimentos de vazio e depressão, que podem ter relação com a privação dos seres amados, mas também de seu papel de filha, que não será mais exercido. Mortes inesperadas ou violentas podem provocar um luto mais difícil, impacto no sistema familiar e diferentes processos de enfrentamento dentro da família (SCHLITHLER, CERON e GONÇALVES, 2010).

A vulnerabilidade em relação à vida pode paralisar algumas pessoas da família e sentimentos como raiva, negação e culpa podem ser sentidos intensamente. A perda familiar como algo doloroso pode afetar a saúde mental dos indivíduos, bem como reforçar atitudes destrutivas como a dependência de álcool e outras drogas (SCHLITHLER, CERON e GONÇALVES, 2010; MENDES e HERR, 2014; SOUSA, et al, 2020).

O envolvimento de um familiar com drogas lícitas e/ou ilícitas causa sofrimento para a família e para o dependente. Esta dependência é vivenciada como uma falência da família ideal, gerando dificuldades e angústias para lidar com o dependente químico (COSTA, CENCI e SPIES, 2014). Isso é observado na narrativa de P4 e P10:

a minha mãe me botou pra fora de casa, porque eu infelizmente arrumei uma pessoa que não, minha mãe não aceitava era um drogado, um dependente eu também era (P4).

uma briga minha e da minha mãe, minha mãe jogou tudo o meu passado na minha fu na minha cara e eu joguei o passado na cara dela ai eu falei assim ah é já que a senhora quer assim, então eu vou voltar a usar droga, já que você não aceita a pessoa que eu to, sem usar, vou começar a usar droga de novo, pra você vê se já é me dá valor, ai foi onde eu experimentei a maldita aqui no Rio de novo, to até hoje, ai eu num sei onde ta minha família, sei que eles tão em Itaboraí, eu ligo pra eles, eu sou tipo assim pra eles eu num faço parte da família [...] (P10)

O uso problemático do álcool ou de outras substâncias no sistema familiar ou seu histórico alteram as relações familiares, interfere nas tarefas desenvolvimentais da família e dificulta a execução do papel do indivíduo no contexto familiar, isso provoca desavenças, conflitos, sofrimentos e é uma retroalimentação de comportamentos destrutíveis (BRASIL, 2017).

Outro ponto que pode ser observado é a vulnerabilidade que a dependência química de um ente querido gera no núcleo familiar causando, além de conflitos e desconforto, enfraquecimento e sobrecarga em maior e menor escala (VASCONCELOS, et al, 2015). Entretanto, quando há um enfrentamento da dependência química do familiar ou filho, é possível ressignificar experiências e a relação, retomar a vida conjugal e, também, oportunizar aprendizado e intimidade de viver novamente em família (COSTA, CENCI e SPIES,2014).

A ruptura dos laços familiares é um dos fatores que podem levar não apenas à dependência química de álcool e/outras drogas, mas também à doença mental e à situação de rua (PAGOT, 2012). Um levantamento de saúde mental em moradores em situação de rua comprovou que apenas 20% deles se classificariam com algum distúrbio mental, no entanto, apresentaram atenção à saúde mental relativamente baixa ou nula, em comparação a problemas físicos (SANTOS, TRAJANO e SANTOS, 2019).

As participantes narram episódios característicos das pessoas em situação de rua – tensão, insegurança e incerteza, medo, a baixa autoestima ligada à desesperança, violência, alimentação incerta ou em baixas condições de higiene, disponibilidade de água precária, privação do sono e afeição, discriminação e vergonha, que são fatores estressantes que afetam a sua saúde mental (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016)

ta sem nenhum lençol pra me cobrir, ta num lugar imundo, deu às vezes num, num conseguir nem deitar por ter nojo de botar meu corpo ali, ta às vezes mal cheirosa, porque você não toma banho, e eu tossia demais e perdia urina teve vezes de eu ficar toda assada e não poder falar nada pra ninguém porque ninguém ia poder me ajudar(P1)

...quando eu morava na rua, a gestação foi horrível, tendeu, passei muita fome, apanhei (P7)

já tinha visto poucas e boas, muita gente morta, muita covardia...tinha dia que não tinha nada para comer, tinha dia que tinha que comer resto dos outros, comida assim jogada na lata do lixo (P5)

...eu não gosto de ficar na rua, eu não gosto de ser humilhada, não gosto de ser maltratada e eles, sim tem muita discriminação com a gente, nem se importa, com o que a gente ta passando, com que a gente ta pensando...(P6)

Ficar na rua é ruim, a gente dorme, assim como com aquele medo que alguém vai chegar e fazer uma maldade, o que mais tem é gente maldoso na rua... dormia mas naquele sono leve, às vezes não dormia, dormia de dia, ficava a noite toda acordada e de dia ficava na porta da igreja, aí conseguia dormir. aí quando eu quase perdi a minha filha foi aí que eu caí na real[...] (P8)

A saúde mental é um aspecto fundamental para o desenvolvimento do ser, porém, os estresses da vida adulta e, principalmente, das pessoas em situação de rua, associados a vulnerabilidades pessoais (ausência de crenças e habilidades de vida) e socioambientais (ausência de família, amigos, redes de cuidado) contribuem para níveis de ansiedade, insônia, depressão e outros sofrimentos mentais, como a dependência de drogas psicoativas (BRASIL, 2017; BRASIL, 2016).

Para discussão sobre esse aspecto da vida dessas mulheres, utilizaremos termos compatíveis com o preconizado pelo processo de desmedicalização da assistência à saúde mental. Sabe-se que a Reforma Psiquiátrica é um marco e propôs o debate sobre a doença mental, trazendo como foco não a doença, e sim o indivíduo e o cuidado deste indivíduo que possui algum comprometimento de sua saúde mental (BRASIL, 2013).

Sufrimento não é doença, porém, algumas formas de expressão podem estar associadas a sinais e sintomas característicos de alguma síndrome, contudo, não se deve avaliar nenhum sofrimento mental sem levar em consideração as múltiplas vulnerabilidades que podem existir dentro do contexto de vida do indivíduo (Brasil, 2013).

O sofrimento psíquico costuma ser entendido como objeto de intervenção médica, recebendo o rótulo de “doença mental” e diferentes nomenclaturas como loucura, alienação, sofrimento psíquico e transtorno mental. Estas nomenclaturas têm sido utilizadas em diferentes momentos da humanidade (DEL’ OMO e CERVI, 2017). Podemos entender que o sofrimento se distingue do transtorno mental ao ponto que a exacerbação de sinais e sintomas constituem na nomenclatura e diagnóstico médico uma doença, um transtorno mental resultante de diversos fatores, sejam eles genéticos, de estresse, alterações do funcionamento do cérebro (como pela utilização de drogas), agressões de ordem física e psicológica e de personalidade (DEL’ OMO e CERVI, 2017).

A pessoa com algum sofrimento mental apresenta problemas em relação à convivência social, sendo ela ausente ou precária na maioria das vezes. Com isso, as pessoas que apresentam transtornos graves ou gravíssimos apresentam maior vulnerabilidade em relação à convivência com os demais e exacerbação dos sintomas (DEL' OMO e CERVI, 2017).

Tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade, medo, mudanças dos padrões de sono e apetite, dores, cansaço, palpitações, tonturas, alterações gástricas e intestinais são algumas características relacionadas a síndromes ansiosas, depressivas e somáticas que acometem, frequentemente, os usuários das unidades de saúde (BRASIL, 2013).

Sabe-se que as mulheres são mais vulneráveis a transtorno mental comum, sendo mais recorrentes entre aquelas que se identificam como pretas e pardas, são pobres e possuem baixa escolaridade (BRASIL, 2013). Observamos nas narrativas de vida das participantes episódios que contribuem para o sofrimento mental, seja na situação de rua, seja anteriormente à rua, na relação familiar e com parceiros íntimos. Em adição a isso, podemos acrescentar seu gênero, sua raça/cor e a situação socioeconômica que contribuem para a vulnerabilidade ao sofrimento mental.

Nota-se também que muitas não reconhecem as situações vivenciadas como potenciais riscos a sua saúde mental. Um levantamento realizado em São Paulo sobre a população em situação de rua, constatou a presença de depressão/“doenças dos nervos”, em aproximadamente, 30% dessa população, com percentual mais alto de depressão entre as mulheres. Quatro participantes deste estudo relatam episódios de depressão, sem diagnóstico médico, como apresentado a seguir:

Foi eu perdi meu pai, eu queria ficar mais na rua, entrei em depressão, queria me matar (P8)

pra não ver você chorando de dia e de noite, aí como você ficava pelos cantos, eu achei até que você tava com depressão, falta das crianças, aí é ele que me abandona, as crianças fico perto de mim, ele me abandona...(P5)

Foi muito triste... eu entrei em depressão, por causa da, da doença, antes eu não tinha o HIV né, mas tinha uma sífilis (P9)

ele vai aceitar que a mãe dele fique fora de casa quando vou ver meu filho, e quando eu chego em casa eu chego em casa deprimida, com depressão, triste, eu sou uma pessoa que todo mundo me conhece, eu converso, com todo mundo, brinco com todo mundo eu chego em casa e ele, ah ele fala, mãe você tem que ser arrumar uma pessoa que te queira, uma pessoa feia, que te faça feliz, pra você ficar com uma pessoa que num...(P4)

A depressão é um comprometimento resultado da interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos. Situações adversas como desemprego, luto e traumas podem acarretar episódios depressivos que levam a um maior estresse e pioram a situação de vida da pessoa afetada. Estima-se que 264 milhões de pessoas em todo mundo sofram com esse transtorno, que pode causar grande sofrimento e disfunção laboral, acadêmica e familiar. Em casos mais extremos, pode levar ao suicídio (OMS, 2019).

Em estudo sobre transtornos mentais e o uso de drogas como álcool/tabaco/maconha realizado com estudantes, observou-se uma correlação positiva entre depressão e o uso de drogas lícitas e ilícitas; entre o estresse e o uso de álcool; e a ansiedade e o uso de maconha (PIRES, et al, 2019). Nas participantes acima, que relataram episódios depressivos, duas são usuárias de drogas, uma não relata uso de drogas e uma não dizia de forma clara seu uso de drogas.

De acordo com pesquisa sobre comportamento suicida e a população em situação de rua, este comportamento ocorre devido à tristeza, desesperança, uso problemático de álcool e/ou drogas, doenças, perda de familiares e a falta de fé (CASTRO, et al, 2019). P8 refere na fala acima, desejo de se matar em decorrência da perda do pai. Esta fala nos remete à vulnerabilidade dessa população às ideações suicidas, seja pelas questões do uso problemático de álcool ou outras drogas, seja pelas situações vivenciadas no seu cotidiano.

Outro estudo realizado com usuários de crack e moradores em situação de rua constatou uma maior prevalência de sintomas depressivos, somada a um risco maior de suicídio (Halpern, et al, 2017). Segundo a OMS, para cada suicídio, há muito mais pessoas que tentam cometer esse ato a cada ano, sendo a tentativa prévia o fator de risco mais importante na população em geral.

Embora se trate de uma questão delicada, é importante ressaltar que o suicídio é a quarta maior causa de morte em jovens brasileiros entre 15 e 29 anos. No mundo, cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio todos os anos, sendo 79% delas provenientes de países de baixa e média renda (OMS, 2019).

A dependência química de álcool e/ou drogas é considerada pela OMS (2004), um transtorno mental caracterizado por um grupo de sinais e sintomas ocasionados pelo uso de substâncias. Estigmatizado e negligenciado pela sociedade, o dependente químico está mais vulnerável à violência, prostituição, rompimento de

vínculos familiares e invisibilidade dos serviços de saúde (OMS, 2004; SOUZA, et al, 2016).

As mulheres dependentes químicas podem ser consideradas mais vulneráveis porque, socialmente, ao não cumprir as expectativas sociais de boas mães, cuidadoras e provedoras, tornam-se, frequentemente, mais rejeitadas e subjugadas pelas suas famílias e pela comunidade. Essa vulnerabilidade que prejudica o acesso dessas mulheres a situações de reabilitação e tratamento, deixa-as mais vulneráveis ao retorno ao uso problemático de drogas e as consequências dessa utilização (FONSECA, et al, 2013; SARMIENTO, et al, 2018).

Situações de violência permeiam a vida das mulheres que participaram desse estudo, seja relacionada a familiares, parceiros íntimos ou a sociedade, todas relataram em suas narrativas de vida, algum tipo de violência nem sempre entendido por elas. Quando nos remetemos a familiares os relatos de P10 e P4 referem como a violência intrafamiliar interferiu em suas vidas, como nota-se abaixo:

[...]aos 13 anos fui violentada pelo meu padrasto, aos 14, e, aos 13 mermo saí de casa, fui pra rua [...] a minha mãe me agredia muito, tendeu, quando eu era pequena, eu fui entreguei ela pros polícia [...](P10)

[...] não podia ir pra casa, porque eu fiquei com medo, entendeu!? Meu irmão na época era bandido, entendeu, achava que se eu fosse, ele ia querer me matar então, aquela coisa, fiquei três meses na rua [...](P4)

A violência familiar é aquela que ocorre dentro da família, na relação entre os membros da comunidade familiar, formada por vínculos de parentesco natural (pai, mãe, irmãos...) ou civil (padrasto, marido, sogra...), por afinidade (primo, tio do marido...) ou por afetividade (amigo, amiga que more na mesma casa) (BRASIL, 2001). É possível perceber que dentro da violência familiar, outras violências ocorrem, como no caso de P10 que sofrera violência sexual aos 13 anos.

Fatores como famílias monoparentais, prole numerosa, ausência de rede de apoio, situações de crise (morte, desemprego ou divórcio), história de uso de drogas ilícitas e violência na família contribuem para a vulnerabilidade a maus-tratos na infância (BARROS, 2014). Além disso, a violência intrafamiliar aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos a prejuízos na formação do vínculo e privação do amor materno, como pode ser observado na história de vida de P10, em que mesmo após o arrependimento da própria mãe e tratamento da dependência química não consegue se relacionar afetivamente com ela.

Transtornos de conduta, uso problemático de drogas, alcoolismo, falta de confiança e isolamento são fatores que podem ocorrer com indivíduos vulneráveis a violência intrafamiliar, seja ela psicológica, física, sexual, de gênero, moral e intrafamiliar (AREND, et al, 2020).

A violência contra a mulher é multifacetada e sofrida em todas as fases da vida - na infância, adolescência, vida adulta ou na velhice - e ocorre em todas as classes sociais. Ainda cercada de silêncio e dor, a violência contra a mulher é um risco para sua saúde, além de aumentar a probabilidade de ocorrência de pobreza, desemprego, uso de drogas, transtornos mentais como ansiedade, traumas e suicídio (BRASIL, 2012).

As participantes apresentam vulnerabilidade à violência sofrida pelas mãos de seus parceiros íntimos como observamos nos relatos abaixo:

[...] teu marido vem atrás de você, ele nem te bate mais...porque eu já fui muito agredida por ele (P1)

[...]apanhei muito levei muita surra do pai dele [...] (P4)

[...]agora dessa vez a gente separou porque ele me agrediu, foi uma agressão muito, tentei debater com ele, mas não deu, um homem, e enforcou, me deu soco, me deu pescoção, puxou meu cabelo, eu ia furar ele de faca pra evitar eu falei assim: eu não preciso disso não[...] (P4)

[...]Porque você é muito feia. E ele foi honesto e minha mãe é portuguesa não deixa a gente casar com família preta. Assim mesmo, na minha cara. Eu disse ta bem[...] (P11)

A violência pelo parceiro íntimo (VPI) contra a mulher envolve formas físicas, psicológicas e sexuais de violência. Os abusos estão relacionados ao ambiente familiar e às vezes permanecem ocultos devido à cultura essencialmente machista (TORRE, et al, 2016).

Um levantamento sobre VPI em usuárias de um serviço de saúde mostrou que as agressões verbais e psicológicas foram as mais prevalentes, seguidas de violência física e sexual. Das entrevistadas deste estudo, 7,2% sofreram agressões físicas, das quais 45,7% sofriam agressões recorrentes e 5,2% delas foram forçadas a fazer sexo ou a manter prática sexual que não queriam (TORRE, et al, 2016).

Ressalta-se que as VPI podem ser recorrentes, praticadas por um mesmo parceiro ou por vários parceiros ao longo da vida, como aconteceu com a participante P4, que sofrera agressões físicas do pai do filho, já com 22 anos, e também do

namorado atual. Com a participante P3, a relação afetiva conflituosa com o ex-parceiro é diferente do parceiro atual, porém, a mesma relata já ter se reconciliado com o ex-parceiro embora já tenha sofrido violência sexual, patrimonial e psicológica ocasionada por ele, como relata a seguir:

[...] ele me bateu muito, eu passei quatro ano com ele, me batendo, me batendo, batia a minha cabeça na parede, quebrou meu braço, meu braço é quebrado até hoje, me batia muito entendeu, me batia de... pegar a faca pra mim, minhas coisas assim... um dia eu tive que dar obrigada pra ele, que ele pegou a faca e enfiou no meu pescoço, dizendo que se eu não transasse com ele, ele ia me matar, isso e aquilo, então tipo assim não foi porque eu quis dar, tipo foi um estupro, que ele me estuprou porque eu não queria, eu não sentia mais nada por ele não queria ficar com ele, ele me levou pra casa dele, não queria deixar eu sair de casa, eu tinha que sair de casa com ele e voltar com ele, não podia ir na minha mãe, teve um dia que ele não deixou eu ir na minha mãe, eu fugi, fui pra minha mãe, fiquei de vez, não quis mais saber dele, então tipo isso, não foi uma relação, isso foi um estupro, que ele me estropou, entendeu!? porque como que a mulher não gosta, vai comer a mulher a força, botando uma faca no pescoço e a mulher não te dar, vai matar a mulher, ou então vai matar seu filho, você nunca mais vai ver teu filho, e como era soco na cabeça, era soco no braço, era soco em tudo quanto é lugar, era com soquete, era com vara, era com cinto, era com tudo que ele me batia, com knerner, com madeira, não tinha pena mesmo, e vários socos entendeu!? Aonde pegava ele não queria saber, então eu fui desgostando dele [...] (P3)

[...]porque o outro mora lá e como, ta usando o meu fu, ta usando o meu fogão, ta usando meu gás, ta usando as compras que eu fiz, o outro ta na casa, mas eu tenho que ir lá com ele pra ele, pra mandar o outro sair e nos entrar entendeu?! Que o outro tem a casa dele também, mas ele ta na minha casa, que eu tinha separado dele e ele foi seguir o caminho dele, ficou um tempo, eu também então, eu voltei pra ele né, pra esse que é o meu ex-marido que me batia [...] (P3)

Estudo realizado com 640 usuárias de uma unidade de saúde da família, vítimas de VPI, observou a prevalência de 21% de abusos físicos, 90,6% de abusos psicológicos e 39,1% de abusos sexuais nos últimos 12 meses da entrevista (RAFAEL, et al, 2017). Todas essas atitudes demonstram a vulnerabilidade das mulheres à violência de gênero e o controle exercido de parcerias íntimas sobre elas.

Nenhuma das participantes relatou denúncia em relação a VPI, sabe-se que a notificação sobre VPI é mais frequente em mulheres com menor escolaridade (MASCARENHAS, et al, 2020). Porém, neste estudo, mesmo com baixa escolaridade, a situação de violência vivenciada pelas participantes é falada e vista de forma comum, não aparentando descontentamento excessivo, o que pode ser resultado da banalização das questões sociais de gênero e o contexto vivenciado por essas mulheres.

A VPI é frequente entre pessoas que usam drogas, situações de agressões e ameaças se tornam presentes na vida dos casais e a tendência feminina é minimizar

a dor atribuindo-a ao uso da droga. Ressalta-se que os danos decorrentes são aquelas consequências diretas de lesões sofridas fisicamente, lacerações, traumas cranianos, IST e gravidezes indesejadas (VERNAGLIA, VIEIRA e CRUZ, 2015; MASCARENHAS, et al, 2020).

Embora alguns estudos informem sobre a relação de VPI e gestação, nenhuma participante relatou ter sofrido VPI neste período. Entretanto, P7 informa que apanhou na rua enquanto gestante, o que ocasionou a morte de seu bebê, ela não especificou se essa agressão fora por parceiro íntimo ou não, porém, vale ressaltar que a violência contra a mulher na gravidez é um grande problema de saúde pública.

Estudo realizado com 385 mulheres indica que 36,9% delas sofreram violência doméstica em algum momento da vida, dessas, cerca de 49 mulheres (34,6%) passaram por algum tipo de violência na gestação. Outro estudo indica que dentre as 25,4% mulheres que sofreram violência de parceiro íntimo, 20,1% (53), exclusivamente na gravidez, e 30,1% (79), antes e durante a gestação (OKADA, et al, 2014; CARNEIRO, et al, 2016).

Dentre as consequências da violência na gestação é possível citar abortamentos, baixo peso ao nascer, partos prematuros, sangramento vaginal, ausência de desejo sexual. Além disso, a grávida maltratada pode desenvolver estresse emocional constante, baixa autoestima, isolamento, depressão perinatal, uso/abuso de substâncias e dificuldade de vínculo com o bebê (OKADA, et AL, 2014; ARAUJO, et al, 2020)

Estudo realizado em Recife/PE, consultou prontuários de vítimas de violências, deles cerca de 3,9% dessas mulheres eram gestantes, 16,4% dessas violências aconteceram em domicílio e a violência física foi a de maior predominância. Em cerca de 84% dos prontuários não havia identificação de agressores e 80,3% dos casos não foram notificados (SOUSA, et al, 2020).

Não foi observado nenhum registro de violência no prontuário das participantes deste estudo. E em suas histórias de vida, nenhuma delas narrou ocorrência de gestações derivadas de estupro por parceiros ou ex-parceiros, como é citado em estudos de prevalência das VPI (VERNAGLIA, VIEIRA e CRUZ, 2015; MASCARENHAS, et al, 2020).

Outro ponto que podemos observar na fala da participante P3 é a situação de “cárcere privado” cometida pelo seu parceiro íntimo. Essa privação de liberdade é consequência de um fenômeno atemporal que é a violência contra a mulher, em que

o homem exerce um papel hierárquico e de poder sobre esta. Segundo a Lei Maria da Penha, este tipo de ato abrange a violência psicológica já que o agressor tende a isolar, vigiar e limitar o direito de ir e vir da vítima (CASTILHO, 2011; JUSTINO e NASCIMENTO, 2020).

Mulheres vítimas deste tipo de violência sofrem com diversas consequências, principalmente, quando estão gestantes. Uma delas é a ausência ou início tardio do pré-natal, seja por vergonha e medo devido à violência sofrida e/ou por restrição imposta pelo parceiro quanto à ida ao serviço público, já que esta situação é crime de acordo com o Código Penal Brasileiro e fato de Notificação Compulsória (CARNEIRO, et al, 2016. MARANHÃO, et AL, 2012).

Dessa maneira, podemos atribuir o número de gestações ao desconhecimento acerca do ciclo gravídico-puerperal que foi evidenciado nas narrativas de vida de nove (9) das mulheres entrevistadas. Essa falta de informação é evidenciada pelas falas a seguir:

eu vou te explicar, eu amamentava pra mim quem amamenta nunca engravida, só que não era essa lei, o meu corpo ele carrega, muito hormônio, então não é essa lei, a moça falou que mesmo assim, eu amamentando, não menstruando eu continuavaaaa, ovulando e foi nessa ovulação que veio a minha filha (P5)

Trabalhava até o dia de nascer. Passava mal. A bolsa d'água arrebentava, aí que eu sabia que ia nascer. Eu não sabia que tava chegando. O primeiro filho eu nem sabia nem pra donde que ia nascer. Ninguém nunca me falou. Olha que vergonha. (P11)

Esse desconhecimento pode estar associado à baixa escolaridade e consequente dificuldades de compreensão, dada a falta de estudo da maioria das participantes (BRASIL, 2010). Associada a isso, a falta de conhecimento sobre a saúde reprodutiva do ciclo gravídico-puerperal pode estar vinculada a informações fornecidas ou não, pela família, em especial a figura da mãe, como transmissora ou orientadora de informações sobre sexualidade (NASCIMENTO, LIPPI e SANTOS, 2019). Porém, quando a relação é conflituosa essa aquisição de conhecimento fica deficiente, como foi observado na relação materna de uma das participantes a seguir:

a minha mãe me agredia muito, tendeu, quando eu era pequena, eu fui entreguei ela pros polícia, aí foi ingual a Maria, a Vitoria fez, eu entre, a Vitoria entregou minha mãe pros polícia e perderam a guarda, a minha mãe perdeu a minha guarda definitivamente, eu fui morar com outra família, aí enquanto minha mãe não se tratasse do alcoolismo e da drogadição minha mãe não ia me ter

A educação familiar, veiculada dos pais para os filhos, é considerada espaço legítimo de aquisição de conhecimento pelas mulheres que se tornam mães, e não se restringem às informações dadas pelos profissionais de saúde na construção do conhecimento acerca da gestação, parto e puerpério (GUERREIRO, et al, 2014).

Em um estudo realizado com mulheres sobre o conhecimento acerca de métodos contraceptivos, foi constatada fragilidade nas informações e uso incorreto dos métodos tanto por desconhecimento, como por busca de orientações não técnicas, seja na família/amigas ou mídia (FERRERA, et al, 2019). E comparando com as participantes, é possível perceber esse tipo de comportamento, que leva à desinformação tanto sobre engravidar, gestar e parir, quanto para como evitar gestações não planejadas ou indesejadas.

Segundo estudo sobre mulheres com deficiência, a busca de informações favorece o desenvolvimento de visão crítica, autonomia e cidadania em relação a sua vida reprodutiva e sexual (CARVALHO E BRITO, 2016). Dessa maneira, deve-se assegurar informações acerca do ciclo gravídico puerperal, principalmente, sobre os direitos da mulher/gestante/nutriz e do bebê para que elas tenham conhecimento sobre a importância do acompanhamento nesse processo, desmistifiquem mitos e solucionem suas dúvidas (NOBREGA, et al, 2019).

Mulheres em idade reprodutiva, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade, necessitam de acesso aos serviços de saúde, oportunidade de informação e a melhor condição física possível antes da concepção, dessa forma, evitam-se desfechos negativos, comorbidade grave, morte materna e perinatal (BRASIL, 2010).

Em 2018, no Brasil, a razão de mortalidade materna foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Esses óbitos em sua maioria, ocorrem por causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas devido a omissões, intervenções, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas (BRASIL, 2020).

Ressalta-se que oito das participantes deste estudo engravidaram no período entre 15 e 19 anos, período considerado pela OMS (2018) mais suscetível a complicações na gravidez e parto, como observado nas falas a seguir:

Foi assim do meu primeiro filho, a minha menstruação atrasou, eu era muito nova, eu tinha 15 anos, aí eu perguntei pra minha colega assim: Tamires,

como é que nois fica grávida? Se a menstruação não descer a gente ta grávida? (P3)

comecei no mundo da drogadição aos 9...ver minha mãe, por ver minha mãe se drogando, levando homem pra dentro enfim, isso tudo... aos 13 anos fui violentada pelo meu padrasto, aos 14, e, aos 13 mermo saí de casa, fui pra rua, nisso ganhou uma gestação, o nome dela se chama Ester, foi a minha primeira gestação [...] Teve mais uma gestação com 15 anos, aí com 16 fui mãe, que é a minha Vitoria de 8 anos (P10)

A entrevistada P3 narra em sua história de vida em relação a seu primeiro filho pré-natal tardio, gravidez de risco, sendo encaminhada à internação em um hospital de referência para neonatologia, aproximadamente 10 dias de internação até o nascimento do seu primeiro filho que saiu da sala de parto direto para cuidados intensivos e morte do mesmo após seis meses de vida.

No relato de P10 podemos observar a recorrência de gravidez na adolescência e um contexto de vulnerabilidade que envolve o contato precoce com drogas ilícitas e abuso sexual. Estes dois que, unidos à negligência, são as principais causas de afastamento de crianças e adolescentes de suas casas, buscando na rua espaços de proteção (RIZZINI e COUTO, 2018).

Os riscos para as adolescentes, frequentemente, relacionam-se a comportamentos como o uso de álcool ou tabaco, a falta de atividade física, o sexo desprotegido e/ou a exposição à violência. Essas atitudes que podem comprometer a saúde atual, mas também seu futuro como adulta e até mesmo a sua descendência (OMS, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), aproximadamente 830 mulheres morrem de causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo, sendo as jovens adolescentes com maior risco de complicações e morte como resultado da gravidez (OPAS, 2018).

Em um estudo com adolescentes, foi observado que o uso inadequado ou a falta de conhecimento acerca de métodos contraceptivos e o desconhecimento da fisiologia da reprodução podem contribuir para a ocorrência de gravidez precoce e/ou indesejada (MOURA, et al, 2014).

A OMS considera o período de adolescência aquele entre 10 e 19 anos de idade, enquanto, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera o período de 12 a 18 anos de idade. Observando o relato das participantes podemos perceber que nove (9) tiveram a sua primeira gestação entre 13 e 19 anos.

A identificação de fatores de risco gestacional antes da ocorrência da gestação permite orientações em relação ao planejamento reprodutivo e aconselhamento pré-concepcional, evitando gravidezes não planejadas e ampliando o acesso e a qualidade da atenção à saúde, garantindo o direito à saúde sexual e reprodutiva e atenção humanizada à gravidez, parto, aborto e puerpério (BRASIL, 2010).

Como já analisado pelas características sociodemográficas das participantes, o número de gestações também pode ser decorrente do desconhecimento da saúde reprodutiva no ciclo gravídico-puerperal. A média encontrada no estudo, cerca de 6,36 gestações, com média de 5 filhos nascidos vivos, nos remete a outros estudos sobre a multiparidade dessas mulheres como consequência da baixa escolaridade materna, a não utilização de métodos contraceptivos, seja por efeito de drogas ou bebidas alcoólicas e/ou parcerias fixas que desejam a gestação ou o próprio desejo da mulher haja vista a receptividade do bebê pela família (NASCIMENTO, LIPPI e SANTOS, 2018; FERREIRA, et al, 2012) , como observado nos relatos a seguir:

o pai já queria eu não queria mais, eu falei eu não vou engravidar mais, eu já tenho os meus filhos, eu já tenho meus cinco filhos, quero não, quero não, cabou que Deus é tão assim, Deus escreve as coisas certas (P5)

Mulher você não dorme não? Você não tem televisão? Não tinha mesmo. Seu marido? Eu digo, meu marido, ele quer filho (P11)

Ah foi ótima, eu gostei, porque eu já queria mais um filho e agora a gente vai, e daqui a pouco vou colocar o DIU, esperar na fila pra poder ligar (P7)

As recorrências que emergirão sobre a não utilização de métodos contraceptivos se confirmam, não só pelo número de gestações das participantes, mas também pela presença das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como observado no trecho abaixo:

Foi muito triste... eu entrei em depressão, por causa da, da doença, antes eu não tinha o HIV né, mas tinha uma sífilis, né, uma sífilis é uma sífilis... aí passou pra criança, nisso que passou pra criança, quanto eu tive ela que eu vi ela, eu já rejeitei logo no começo, aí eu fui pegando aquele carinho né, parecia normal, passou um mês a pele dela parou de descascar, ela ficou, na ficou igual aquele ratos, ela ficou igual um ratinho, toda descascando (P10)

Salienta-se que P10 além de ter sofrido abusos sexuais na adolescência, chegou a trabalhar em uma casa de prostituição, usuária de drogas, chegou a vender

uma droga conhecida como “*tine*” (reductor de tinta) praticou roubos e no momento da entrevista estava novamente em tratamento para sífilis.

As pessoas em situação de rua têm uma maior vulnerabilidade para a ocorrência de IST e quando associada à prostituição, muitos afirmam que não utilizam preservativo em suas relações, pois os clientes exigem o não uso do método contraceptivo (PALHETA, et al, 2020). Além disso, a aquisição de drogas foi um dos motivos levantados para a prostituição, o que nas narrativas foi relatado por P1 que nunca se prostituiu, mas indica que isto ocorre na vivência da rua para saciar o vício.

Ao se comparar uso do preservativo em mulheres que se prostituem e vivem na rua ou não, estudo demonstra que 72,2% das entrevistadas relatam que utilizam o preservativo em todos os atendimentos, contra 5,6% que não o utilizam. Sabe-se que por lidarem com diversos parceiros muita das vezes desconhecidos, as profissionais do sexo devem ter maior cuidado pelo risco de IST, porém associado ao viver na rua essa vulnerabilidade aumenta devido às diferenças de gênero, falta de acesso aos serviços, discriminação e uso de drogas e álcool (PALHETA, et al, 2020; SANTOS, et al, 2019).

As IST são aquelas transmitidas por contato sexual, e de forma eventual, por via sanguínea. Elas são causadas por diferentes agentes etiológicos: vírus, bactérias, fungos e protozoários; e podem se apresentar em forma de síndromes, como úlceras genitais, corrimento uretral e doença inflamatória pélvica (BRASIL, 2015).

Cerca de 1 milhão de IST são adquiridas todos os dias em todo mundo, estima-se que a cada ano 376 milhões de pessoas contraem pelo menos uma dessas infecções: clamídia, gonorréia, tricomoníase e sífilis (OMS, 2018).

Segundo a OMS, as IST são problemas de saúde pública por gerar consequências graves na saúde sexual e reprodutiva da população. Sua incidência aumenta o risco de aquisição do HIV, sua transmissão vertical pode gerar desfechos gestacionais negativos como natimorto/aborto, morte neonatal, baixo peso ao nascer, deformidades congênitas e prematuridade (OMS, 2018).

Além disso, a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) é responsável por causar 570.000 casos de câncer cervical e mais de 300.000 óbitos por ano em todo mundo, e é a quarta maior causa de morte por câncer entre mulheres. Apesar da infecção genital por esse vírus ser frequente, ele pode não causar doença, porém, em alguns casos leva a alterações celulares que podem ser precursoras do câncer de colo uterino (BRAY, et al, 2018; OMS, 2018; INCA, 2019).

Apesar dessas alterações celulares serem facilmente detectadas através do exame colpocitológico(preventivo), associado a alguns fatores de risco como o início precoce da vida sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo e uso prolongado de anticoncepcionais orais, em países com baixo e médio Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) o câncer do colo de útero é o segundo mais incidente (INCA, 2019).

No Brasil, a taxa de mortalidade de mulheres decorrente deste câncer é de 6,31/100 mil e a incidência prevista para o ano de 2020 é de 15,38 novos casos a cada 100 mil mulheres. Apesar dos esforços estatais para controle e prevenção através da implementação da vacinação quadrivalente contra o HPV em 2014, e o incentivo para continuidade do rastreamento, estudos comprovam que esse controle ainda é um desafio, necessitando de melhorias nos programas de prevenção (INCA,2019; TALLON, et al, 2020).

Estudo realizado sobre a qualidade do exame colpocitológico comprovou sua relação com a vulnerabilidade social de mulheres. Isto porque verificou o maior acesso e orientação para realização do exame colpocitológico em usuárias de benefícios governamentais, recomendando para melhoria e qualidade do programa de rastreamento de câncer de colo uterino, além de investimento na estrutura e processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS), investimentos em programas de transferência de renda e de progresso de condição social (BARCELOS, et al, 2017).

Três participantes do estudo apresentaram alguma IST, com diagnósticos confirmados por exames realizados nas unidades de saúde. Duas das participantes estavam em tratamento para sífilis, uma delas já tinha o diagnóstico de HIV, sem tratamento e estava novamente tratando sífilis.

A realidade brasileira de detecção da sífilis foi de 72,8 casos por 100 mil habitantes, em 2019.A sífilis adquirida, a sífilis em gestante e a sífilis congênita são doenças de notificação compulsória, ocasionada por uma bactéria, que tem caráter sistêmico e curável (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020). Entretanto, a sífilis é um grande desafio para a saúde pública, pois, mesmo com tratamento, há um aumento do número de casos de sífilis gestacional e congênita em todo país, aumento significativo de sífilis gestacional em adolescentes e tratamento incompleto (BOTTURA, et al, 2019)

Essa infecção causada pela bactéria *Treponema Pallidum* tem diversas manifestações clínicas, como: úlceras, “cancro duro”, linfadenopatia inguinal, erupções cutâneas em forma de mácula e/ou pápula, febre, mal-estar, cefaleia,

adinamia e linfadenopatia, e em sua forma mais grave acometimento do sistema nervoso e cardiovascular (BRASIL, 2015).

Na gestação, pode gerar abortos, partos prematuros, mortes perinatais e manifestações precoces e congênitas (BRASIL, 2020). Calcula-se no mundo, que cerca de 1 milhão de mulheres grávidas tiveram sífilis ativa em 2016, ocasionando mais de 350.000 resultados adversos no nascimento, sendo em sua maioria mortes neonatais e natimortos (KORENROMP, et al, 2019).

A taxa brasileira de detecção de sífilis em gestante foi de 20,8/1000 nascidos vivos, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 8,2/1000 nascidos vivos e a mortalidade por sífilis congênita de 5,9 por 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2020). Esses números demonstram a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas para a prática sexual segura, prevenção e tratamento correto, seja, na fase gestacional ou em casos de sífilis congênita (BOTTURA, et al, 2019).

Das duas participantes que relataram sífilis, uma narra em sua história de vida o nascimento de uma de suas filhas acometida pela doença:

a Vitoria nasceu com sífilis, que é a doença que eu to agora, que eu peguei, ai pow, tipo assim, eu não vou falar mas no começo eu rejeitei minha filha, devido como é que ela nasceu, ela nasceu muito feia, toda descascando, sabe com um umbigo grande, então, e eu não pude amamentar por causa devido o vírus, ai eu fiquei assim com remorso (P10)

No relato da participante P10 observa-se o desconhecimento da mesma em relação a sífilis e as consequências da doença em seu recém-nascido, quando ela relata não ter podido amamentar por conta da doença e o aspecto de sua filha. O Ministério da Saúde (MS) não contraindica a amamentação em casos de sífilis materna, porém, alguns estudos a contraindicam, transitoriamente, em caso de lesões mamárias pelo contato com a mucosa do bebê (CARDOSO e FERNANDES, 2013; BRASIL, 2015).

Não fica claro porque houve essa contraindicação no relato de P10. Ela, que é usuária de drogas desde os 9 anos, narra que no momento do parto da filha, não tinha o HIV, mas estava sob o efeito de drogas, dessa maneira infere-se que a contraindicação pode ter relação com o vício. O MS recomenda a avaliação do risco da droga versus o benefício da amamentação para orientar a suspensão ou não do aleitamento materno, mesmo orientando as nutrizes a evitar a utilização de drogas lícitas e ilícitas. (BRASIL, 2015)

A sífilis congênita pode se manifestar no recém-nascido ocasionando baixo peso ao nascer, prematuridade, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas, fissura Peri bucal, síndrome nefrótica, hidropisia fetal, edema, convulsão, meningite, periostite, alterações ósseas, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório, anemia, linfadenopatia generalizada e icterícia (BRASIL, 2015).

Quando essa doença acomete o recém-nascido, os pais vivenciam um momento de crise devido ao sentimento de falha em seu papel parental, eles se sentem incapazes de exercer suas funções e apoiar o sofrimento do bebê. Além disso, alguns escondem a real situação do seu RN, com medo de serem culpabilizados e estigmatizados pela sociedade, fato este muito comum quando se trata de IST (GUIMARÃES, et al, 2018; BRASIL, 2015).

Foi na narrativa de vida da participante P6 que aparecera a questão das IST pela primeira vez no estudo. Em relato no dia seguinte do primeiro contato e entrevista, ela informou à pesquisadora que acabara de receber o diagnóstico de HIV da médica, sozinha, com olhar apático e triste, questionava como podia ter contraído o vírus, já que possuía parceiro único.

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) utiliza essencialmente os linfócitos CD4 para a sua multiplicação, afetando o sistema imunológico do indivíduo e prejudicando a capacidade de defesa desse organismo, deixando o indivíduo suscetível a infecções oportunistas. Na presença dessas infecções, surge a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS em inglês) (BRASIL, 2015).

O HIV é transmitido a partir de contato sexual desprotegido, seja por via vaginal, anal ou oral; transmissão vertical durante a gravidez e/ou parto; pela amamentação e pelo uso de instrumentos que cortam ou perfuram, não esterilizados. A OMS estima que cerca de 70% das pessoas portadoras do vírus sabem de sua condição sorológica (BRASIL, 2015; OMS, 2017).

A infecção por HIV geralmente é verificada através de testes rápidos, que detectam a presença ou ausência de anticorpos, o que beneficia e oportuniza o tratamento precoce. A OMS considera segmentos populacionais que merecem atenção, chamados de “populações-chave”, eles apresentam maior vulnerabilidade para a infecção, este grupo inclui: pessoas trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam álcool e outras drogas, trabalhadoras do sexo e pessoas privadas de liberdade (OMS, 2017).

A participante P6 se inclui nesse grupo por ser usuária de álcool e drogas ilícitas. No entanto, limitar a infecção do HIV a um grupo de risco determinado de pessoas foi erroneamente difundido no início da epidemia, pois classificava somente certos indivíduos com determinado comportamento em risco para a aquisição do vírus (AYRES, et al, 2009).

Este pensamento é exposto a partir do questionamento da participante P6, informando que somente tinha relações sexuais com seu parceiro fixo. A detecção da infecção do HIV em mulheres apresentou uma queda em quase todas as faixas etárias de idade, entre 2006 e 2015, exceto entre 15 e 19, 55 e 59 e 60 anos ou mais. Contudo, em 2015, a maior taxa de detecção foi entre mulheres de 35 a 39 anos, cerca de 27 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016).

No Boletim epidemiológico de 2018 do HIV/AIDS, observou-se 31,4% de casos de HIV em mulheres no período de 10 anos (2007-2017) em comparação a 68,6 % de homens. Neste mesmo levantamento, cerca de 57,1 % consideravam-se pretas ou pardas e 96,8% se inserem na categoria de exposição heterossexual (BRASIL, 2018).

Sabe-se que comparações sobre o indicador raça/cor e a mortalidade associada a AIDS expõem a vulnerabilidade do grupo de pessoas pretas e pardas que acabam por possuir maior taxa de mortalidade em comparação às pessoas de cor branca. Também a baixa escolaridade é indicadora de sobrevida e adesão ao tratamento de pessoas que vivem com o vírus HIV (MELO, et al, 2019).

Estudos evidenciam mitos que habitam a lógica feminina sobre a conjugalidade, como o do relacionamento estável, mulheres não se veem vulneráveis à contaminação por acreditar que seus parceiros utilizarão preservativo caso haja relações extraconjugais. Em adição a isso, existe a crença que o HIV está relacionado a comportamentos promíscuos e desviantes, excluindo a necessidade do uso de preservativo em relacionamentos monogâmicos e conservadores (XAVIER, et al, 2020).

A descoberta do vírus HIV por P6 foi seguida de apatia e incerteza sobre como havia contraído o vírus já que possuía parceiro único. Entende-se que a descoberta da contaminação pelo vírus HIV ocasiona sentimentos dilacerantes que se expressam por incertezas, incredulidade, medo e raiva (LOURENÇO, et al, 2018).

Outro ponto que pode ser discutido em relação à P6 é que, no momento da entrevista, ela estava com 33 semanas de gestação e não realizava pré-natal. Segundo a OMS (2017), na ausência de qualquer intervenção no período gestacional

a taxa de transmissão vertical do HIV é de 45%, é consenso que com a utilização de antirretrovirais em mãe e bebê é possível evitar essa transmissão, por isso a importância do tratamento precoce e eficaz em gestantes.

No Brasil, é utilizada a taxa de detecção de AIDS em menores de cinco anos como indicador de monitoramento de transmissão vertical do HIV e em dez anos (2007-2017) a taxa passou de 3,5/100 mil habitantes para 2 casos por 100 mil habitantes. Quanto à detecção do vírus em gestantes, houve um aumento de 21,7%, de 2,7 casos em 100 mil habitantes em 2007, para 2,8 casos em 100 mil habitantes, em 2017, esse que pode ser resultado de incentivos governamentais garantindo a ampliação da rede pré-natal e ao controle e diagnóstico do HIV visando o tratamento e a prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2017).

O tratamento das gestantes que vivem com HIV pode ter dois objetivos, prevenir a transmissão vertical ou o tratamento pela infecção do HIV, dessa forma, o objetivo do tratamento dependerá das repercussões clínicas do HIV na mulher e a contagem de celular LT-CD4 (BRASIL, 2015).

Em março de 2020, o MS atualiza as recomendações sobre os antirretrovirais (TARV) em uso de gestante, neste documento salienta-se a necessidade do compartilhamento da decisão e escolha dos TARV entre equipe de saúde e a gestante que vive com o HIV (GVHIV).

Para essa decisão informa que se deve levar em consideração a utilização prévia ou não de TARV pela mulher, o momento do início da utilização do TARV (se já utilizava e engravidou ou se irá iniciar na gestação), a idade gestacional (com esse novo protocolo é possível a utilização de TARV no 1º trimestre), condição clínica e imunológica da mulher, sensibilidade aos TARV ou reações adversas em utilizações prévias, segurança do TARV no 1º trimestre gestacional, presença de Hepatite B, condições gestacionais que possam piorar com o uso de TARV e a escolha da mulher (BRASIL, 2020).

Não existe cura para a infecção do HIV, mas o tratamento com os TARV, que são fornecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), possibilita melhor qualidade de vida dos usuários e menor probabilidade da AIDS (BRASIL, 2015). A participante P10 em sua narrativa de vida relata dificuldade para manutenção de seu tratamento, em tempos de pandemia pela COVID-19.

... é...mas complicado agora, pra mim, pra mim, tomar uma decisão mesmo de parar (refere-se às drogas) foi quando eu descobri, né, a há um ano atrás que eu sou soro positivo, e mais que essa pandemia aí do coronavírus agora

ta muito difícil pra arrumar coquetel... aí vem várias sequelas vem sono, vem isso vem aquilo, eu graças a Deus não posso ser mais mãe, entendeu!? Devido a... a minha, a minha vida financeira, a minha vida familiar também, tendeu, que não é muito boa (P10)

Não existem evidências científicas que comprovem que pacientes vivendo com HIV estáveis e em tratamento têm maior suscetibilidade à infecção ou ao desenvolvimento de formas mais graves ocasionadas pelo vírus SARS-CoV-2. No entanto, pacientes imunossuprimidos e/ou com carga viral detectável sem tratamento podem apresentar uma maior vulnerabilidade para aquisição da COVID-19 (BRASIL, 2020). Assim, o MS recomendou estratégias para os serviços de saúde como a dispensação de TARV de forma ampliada, espaçamento das consultas de rotina observando as condições clínicas do usuário e salientando a importância da vacinação contra influenza e pneumococos a fim de diminuir o número de sintomáticos respiratórios (BRASIL, 2020).

No relato de P10, podemos observar que ela, além de ser soropositiva, tem envolvimento com drogas, relação que dificulta a adesão ao tratamento com TARV e aumenta a sua vulnerabilidade a infecções oportunistas devido aos efeitos das drogas no organismo (BRASIL, 2013).

Sete das onze participantes do estudo relataram o uso ou histórico de uso de drogas ilícitas e/ou álcool em suas narrativas de vida. Das quatro restantes, uma estava em acompanhamento pelo serviço social da unidade e não deixou claro em sua narrativa de vida se utilizava ou não a droga, porém, durante seu relato utilizou por duas vezes a palavra “recaída”, sem querer especificar muito em que, talvez por receio por estarmos dentro da unidade de saúde.

A utilização de álcool e/ou seu uso problemático aparece na narrativa de duas das participantes do estudo, como apresentado a seguir:

só tomando mesmo uma cerveja, duas e mesmo assim não querendo mais cerveja que eu nem bebo mais, hoje em dia não bebo, sinto nojo... (P3)

tive infecção intestinal e urinária, a intestinal por causa do quibe a urinária não sei por que que eu bebia muito água, mas deve ser por causa da cachaça, que eu bebia muita cachaça, eu bebia três barrigudinhas por dia, meu Deus, muita cachaça, aí Jesus...gente muita cachaça, como é que você consegue? (falando com ela mesma) não eu bebia muita cachaça, era muita cachaça, muita cachaça, fiquei doente (P4)

O álcool é considerado uma substância psicotrópica ou psicoativa consumida em praticamente todo o mundo, socialmente aceito em diversas culturas, é admitido e incentivado por vários setores da sociedade (ANS, 2011; OMS, 2014). Considerada

uma droga lícita, causa dependência e seu uso nocivo é um fator de risco para mais de 200 doenças e lesões (OPAS, 2019).

Acredita-se que no mundo 3 milhões de mortes resultam do uso nocivo do álcool. A OMS classifica como o consumo abusivo ou Beber Pesado Episódico (BPE) ou “*bingedrinking*” o consumo de 60g ou mais de álcool puro em pelo menos uma ocasião no mês, sendo este padrão de consumo relacionado a maior risco de prejuízos (OPAS, 2019; OMS 2014).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS -2019) afirmam que 26,4% da população brasileira com mais de 18 anos tem o hábito de consumir bebida alcoólica uma vez ou mais na semana. Desses, a maioria ainda são do sexo masculino, porém, a proporção de mulheres usuárias de álcool vem crescendo nos últimos anos, cerca de 17%, crescimento de 4,1 percentuais em comparação a 2013, quando a taxa de uso era de 12,9 % (BRASIL, 2020b).

Em pesquisa sobre Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VITIGEL/2018), a frequência do uso abusivo do álcool considerando os últimos 30 dias foi de 11% em mulheres, um acréscimo de quase 40% se compararmos o índice de 7,7% em 2006. Acredita-se que o aumento do consumo feminino de álcool é consequência da mudança do estilo de vida das mulheres, como a maior participação social e no mercado de trabalho, estresse e sobrecarga de funções (SILVEIRA, et al, 2012; ANDRADE, 2020).

Em pessoas que vivem em situação de rua, estudos comprovam que o uso de álcool está relacionado à tentativa de “fuga da realidade”, com o objetivo de suprir o vazio existencial e tirar o foco do seu sofrimento. Dessa forma, esse grupo utiliza do excesso de álcool e outras drogas para lidar com uma realidade de exclusão social, discriminação, miséria, vulnerabilidade e violência (MATOS, 2018).

A relação do uso de drogas ilícitas e o alcoolismo com a situação de rua é notória, isso porque a dependência alcoólica e/ou de outras drogas pode afetar os laços familiares e sociais, as atividades laborais e condições socioeconômicas do indivíduo, fazendo com que ele recorra às ruas como meio de moradia e sobrevivência (MENDES e HERR, 2014; MATOS, 2018).

As mulheres apresentam maior vulnerabilidade quando se trata do uso abusivo do álcool devido às suas características fisiológicas, apresentando maior probabilidade de serem afetadas por câncer de mama, doenças do fígado, osteoporose, doenças cardíacas, doenças psiquiátricas, IST, gravidez indesejada, e

em caso de uso na gestação, consequências para o feto (SILVEIRA, et al, 2012; VARELLA, 2020).

Além disso, as mulheres também são mais afetadas socialmente por situações de violência e o preconceito de gênero que o consumo abusivo de álcool pode provocar (LEÃO, et al, 2020; ANDRADE, 2020; SILVA e LYRA, 2015). Nas mulheres deste estudo, nota-se que o consumo abusivo de álcool está relacionado a doenças, à utilização de outras drogas, como a maconha, o crack e a cocaína e à permanência fora de casa.

Sobre as drogas ilícitas utilizadas, observa-se que a maconha, o crack e a cocaína foram as mais frequentes, como apontado nas narrativas a seguir:

a gente só usava cocaína, todo o final de semana a gente dava o nosso teco, mas assim é uma merda também, é uma droga horrível mas não tem comparação com o crack... a começar por que eu não preciso ir pra crackolândia pra dar um teco, só do seu ciclo de amizades não ser um ciclo de amizade péssimo você já ta ganhando... outra não preciso de cinza, não preciso de copo, não preciso de nada, posso dentro de um banheiro, usar e ninguém vai saber... dependendo de como vai agir o ...entorpecente no meu corpo, eu já cansei de usar e ta no meio dos outros e ninguém perceber que eu tinha usado, porque eu não fico naquela alucinação, naquela onda louca, eu só me acelero um pouco (P1)

ai comecei o...continuei o...no uso da drogadição, só que eu não estava fumando crack ainda, eu estava fumando, usando só cocaína e maconha, aí isso veio uma gestação de rua [...] (P10)

eu sou usuária, não sou viciada, viciada é que vende as coisas dentro de casa, vou te most, vou te falar o ponto do que é viciada, vou chegar lá, calma aí... conheci esse jovem, tava num bar bebendo uma cerveja, jogando na maquininha eu, ele parou do meu lado, perguntei se ele quisi queria cheirar [...] (P4)

Ainda eu fumo uma maconha...(P7)

No mundo, aproximadamente 269 milhões de pessoas utilizaram drogas pelo menos uma vez no ano anterior, correspondendo a 5,4% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos. A prevalência do uso de drogas aumentou em mais de 12% no período entre 2009 e 2018, de cerca de 4,8% para 5,4% (UNODC, 2020).

O III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira informa que aproximadamente 1,2 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos eram dependentes de alguma substância, que não álcool ou tabaco, nos últimos 12 meses da pesquisa, dados de 2015. As dependências mais frequentes foram a de maconha, benzodiazepínicos e cocaína (BASTOS, et al, 2017).

Por esse estudo estimou-se que, em 2015, nas capitais brasileiras, existiam mais de um milhão e 90 mil usuários regulares de maconha, aproximadamente 670

mil usuários de drogas ilícitas que não a maconha e 380 mil usuários regulares de crack e/ou similares (BASTOS, et al, 2017).

Na última década, houve uma diversificação das substâncias disponíveis nos mercados de drogas, além daquelas tradicionais provenientes de plantas, como a heroína, cocaína e maconha; drogas sintéticas e o uso não médico de drogas farmacêuticas e medicamentos prescritos contribuíram para aumento da dependência química em todo mundo (UNODC, 2020).

Desigualdades socioeconômicas como pobreza, educação limitada e marginalização são alguns dos fatores que contribuem para a vulnerabilidade à dependência de drogas e suas consequências. Como exemplo, podemos identificar os impactos que a dependência de drogas gera nas relações familiares e em comunidade, bem como nas relações de emprego e renda, nas perspectivas acadêmicas e sociais dos indivíduos (UNODC, 2020).

Conhecida como porta de entrada para outras drogas, a maconha ou *cannabis* é uma substância de cor esverdeada ou acastanhada proveniente da secagem dos brotos floridos e folhas da planta *cannabis* (cânhamo). Ela pode provocar sensação de bem-estar, relaxamento, euforia e exacerbação de sentidos. Acelera o pulso e aumenta o apetite (UNODC, 2012). Este último efeito é apontado pela participante P3 para justificar a utilização da maconha, como observado no trecho abaixo:

... peço sim “ amor, pode comprar uma maconha de dois reais?” “pra que?” pra eu comer e sentir mais fome, do que eu, entendeu!?do que eu já sinto, porque em casa, eu usava crack e cheirava e não comia ficava 2/3 dias sem comer [...] eu fumo minha maconha e, como e durmo, entendeu?! Porque maconha é bom da fome, né, e é e o crack, a loló e o pó, emagrece, seca por dentro [...] (P3)

Na narrativa acima, podemos observar que a participante P3 aparenta desconhecer os riscos da utilização desta droga, que englobam déficit do desenvolvimento cognitivo, episódios de ansiedade, psicóticos e de pânico, perda de interesse no trabalho e em relações pessoais e problemas respiratórios (devido ao alcatrão presente em sua fumaça) (UNODC, 2012).

A cocaína é uma droga extraída das folhas da planta coca, forte estimulante, é um pó fino de cor branca ou esbranquiçado, pode ser inalada, injetada ou fumada. Pode provocar sensação de euforia e exaltação, aumento do estado de alerta e energia, diminuição do apetite e fadiga, como demonstrado na narrativa de P1 que informa que utilizava a cocaína para vencer a preguiça e arrumar a casa (UNODC, 2012).

[...]sempre usei entorpecentes, mas eu usava na minha casa, só usava final de semana[...] porque eu não fico naquela alucinação, naquela onda louca, eu só me acelero um pouco, eu costu... eu costumava a falar que eu gostava de usar pra fa... dar faxina em casa que eu não ficava com preguiça, eu...eu acho ridículo a pessoa que usa e fica naquela onda de paranoia, falando que tem gente seguindo, que ta vendo isso, fica com aquele olhão esbugalhado, gente se for pra ficar assim se tranca em casa porque a cena é horrível, se tem que usar usa o negócio pra se sentir bem, é por isso que eu falei no início, droga é bom te faz ver, eu me sentia bem usando só que que eu to te falando é um bem que não é verdadeiro [...]

Entretanto, a droga, seja ela qual for, causa uma sensação de prazer e euforia que fomenta a relação de dependência do indivíduo, este que, na maioria das vezes, conhece os riscos e seus potenciais efeitos negativos, mas, a utiliza buscando satisfação momentânea, na tentativa de fazer parte de um grupo, por incapacidade de lidar com frustrações e sentimentos como baixa autoestima, solidão ou falta de confiança (GABATZ, et al, 2013).

Altas doses e uso prolongado da cocaína podem provocar, além de morte súbita, convulsões, acidente vascular cerebral (AVC), hemorragia cerebral, insuficiência cardíaca, danos a mucosa nasal, problemas respiratórios, abscessos, doenças infecciosas, dependência psicológica, psicose, comportamentos violentos, subnutrição e desorientação (UNODC, 2012).

O crack tradicional é um derivado da cocaína em pó misturada com substâncias como ácidos, bases e/ou solventes que formam pequenos flocos ou pedrinhas que são fumadas em cachimbos artesanais. O efeito do crack é rápido e intenso, o que provoca um consumo compulsivo de seus usuários, que não conseguem sair do local onde compram e consomem a droga, como já visto nas narrativas das participantes P1 e P3 (UNODC, 2012).

Assim como a cocaína, o crack provoca uma sensação de intenso prazer e bem-estar, falta de apetite, sono e agitação psicomotora. Os usuários podem apresentar alucinações e surtos persecutórios que podem levar à violência. Os efeitos do crack são visíveis, a desnutrição é característica e, além disso, envolve sintomas de desidratação, gastrite, rachadura nos lábios, cortes e queimaduras nos dedos e, às vezes, no nariz. Em adição a isso, essas pessoas apresentam maior risco de sofrer ataques cardíacos, paradas respiratórias, dores abdominais, náuseas e AVC (UNODC, 2012).

Os dependentes de crack possuem uma maior exposição ao risco social e de doenças, como apresentado no relato de P1:

[...]primeira internação que eu tive da Betina que eu tava morrendo de medo de ta com tuberculose e eu só tava com pneumonia, eu fiquei 15 dias aqui no hospital[...] (P1)

Estudo realizado com usuários de crack em estado brasileiro identificou uma prevalência de 26,2% de participantes que relataram ser ou ter alguma IST, sendo 3,4% com testagem positiva para o HIV (GUIMARÃES, et al, 2015). Outro estudo realizado com usuários de cocaína identificou a relação da utilização dessa droga com sintomas respiratórios como: “pulmão de crack”, talcos e, barotrauma, seguido por enfisema bolhoso, pneumonia em organização, infarto pulmonar, embolia séptica, edema pulmonar cardiogênico e pneumonia eosinofílica (ALMEIDA, et al, 2015). Esses estudos corroboram a elevada vulnerabilidade dessa população usuária de drogas às IST e outras doenças.

Conhecido como poli usuário, o usuário de crack também faz uso de outras drogas concomitantes, e socialmente estabelece uma cadeia de rupturas decorrentes da estigmatização e efeitos colaterais da droga, e pode passar a rejeitar a aproximação humana e ser rejeitado pela sociedade pelos contextos violentos e marginalizados onde sobrevive (UNODC, 2012).

Um estudo multicêntrico com usuários de crack que apresentam escores altos em relação ao uso, com histórico de situação de rua, podem ter importante marcador de vulnerabilidade para gravidade no uso de álcool, problemas médicos, psiquiátricos, de emprego e suporte familiar, mais sintomas depressivos, prisão por roubo e problemas com renda (HALPERN, et al, 2017).

Ressalta-se que nas narrativas de vida de P1, bem como nas de P3, P6, P7, P9 e P10, nota-se que a utilização de álcool e/ou drogas aconteceu também no período gestacional. Sabe-se que o uso de drogas lícitas e ilícitas não é recomendado na gestação, pois afeta não só a mulher, mas também o feto (DIAS, et al, 2018; BAPTISTA, et al, 2017; BRASIL, 2012). Os efeitos das drogas na gestação incluem ocorrência de abortamentos espontâneos, malformações congênitas, parto prematuro, crescimento intrauterino restrito, baixo peso ao nascer, irritabilidade, excitação, tremores, convulsões, microcefalia, transtornos mentais e neurológicos no recém-nascido, descolamento prematuro de placenta, morte fetal ou neonatal (BAPTISTA, et al, 2017; DIAS, et al, 2018; MAIA, et al, 2015).

Além disso, cerca de 1 terço dos bebês de mães alcoolistas podem ser afetados pela síndrome alcoólica fetal, em que o feto fica exposto aos efeitos tóxicos do álcool,

podendo sofrer problemas físicos, cognitivos, emocionais e de comportamento (BMA, 2016; BRASIL, 2012). Outra consequência neonatal que aparece na narrativa de vida de P9 é a síndrome de abstinência as drogas, como apresentado a seguir:

Então eu tinha ganhado a alta, e ele continuou no hospital tomando o remédio por aqui (braço), pra limpar, ooo o organismo dele, [...] pra limpar, porque caso do devido a droga , então foi pa ele também, então ele nasceu na abstinência, ele não ia, que acho que se ele não tomasse esse remédio, acho que ele ia crescer no crescimento de querer, é... querer saber do que era droga, porque ai, ele, ele nasceu grandinho, ai ele ficou, limpo, ai falo que eu só podia sair de lá com o meu filho quando meu filho tivesse limpo, porque ele nasceu na abstinência, e ai eu fiquei indo lá (P9)

Segundo Margotto e Veiga (2018), dois terços dos RN de mães usuárias de drogas apresentarão sinais de abstinência neonatal. Os sinais e sintomas aparecerão entre o 3º e 5º dias após a utilização da droga pela mãe e o diagnóstico da Síndrome de Abstinência (SAN) é dado pela exclusão de outras doenças e o relato materno do uso de drogas.

As manifestações da SAN são relacionadas ao sistema nervoso central (SNC) – choro, hipertonia, tremores, convulsões, irritabilidade, distúrbios do sono, hiper vigilância e hiperatividade; ao sistema nervoso autônomo (SNA) – hipotermia, pele mosqueada, coriza, sudorese e obstrução nasal; ao sistema respiratório – taquipnéia e crises de apneia; ao sistema gastrointestinal – diarreia, vômitos, regurgitação e deglutição deficiente; e ao comportamento anormal. (MARGOTTO e VEIGA, 2018).

Das participantes usuárias ou ex-usuárias de drogas (7), todas têm em seu histórico obstétrico a ocorrência de abortamentos (12), natimortos (3) e/ou neomortos (1). Segundo a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) são esperados índices de abortamento de 15 a 20%, fato que difere das participantes usuárias que tem em média 27,27% de abortamentos.

Duas narrativas exemplificam e demonstram o sentimento das mulheres em relação aos desfechos obstétricos negativos e o uso de drogas:

[...] ai é muito ruim tia, você ta no hospital e você não ta com seu filho... tipo assim, ali naquela forma que eu perdi meu filho, fiquei no hospital vendo várias criança, tipo assim eu fiquei arrependida, ah não porque eu não fiz tudo direitinho, porque eu não parei com essa maldita, tipo assim eu me arrependi muito, ai sei lá tia não gosto nem de lembra [...](P9)

também comecei pré-natal tarde, que eu não sabia se estava grávida ou não, nasceu de 8 meses também, problemas de respiração, por causa das drogas que eu usei, então nasceu com problema, que eu usei muitas droga na gravidez, muito crack, muito lolo, pó, essas coisas... ia pra favela e ficava lá... ai por isso que me arrependo até hoje, porque se eu pudesse voltar atrás eu não tinha usado lolo nem droga pro meu filho nascer de 9 meses certinho... ele nasceu de 8 meses, prematuro (P3)

A culpa materna ou arrependimento materno são pontos que podemos salientar como consequências do uso de drogas na saúde/vida de seus filhos. É notório que as participantes têm algum conhecimento dos efeitos das drogas nos desfechos neonatais, o que gera estes sentimentos, assim como foi demonstrado em um estudo que trata de maternidade e HIV, em que as mulheres demonstraram arrependimento pela exposição de seus RN (ANDRADE e GONÇALVES, 2018).

Ademais, esses sentimentos também são resultado da construção cultural sobre as atribuições maternas, de proteger o seu conceito de forma onisciente e onipotente (FREITAS e MICHEL, 2014). Contudo, mulheres com dependência química de drogas têm seu posicionamento deturpado, os papéis sociais impostos pela sociedade como a maternidade ou de proteger a gravidez/feto são descartados devido à dependência física, emocional e psicológica que a droga provoca (TRINDADE e BARTILOTTI, 2017).

#### 4.2.2 Vulnerabilidades Sociais de mulheres em situação de rua

O componente social da vulnerabilidade trata da possibilidade de obtenção das informações, do poder de transformá-las em hábitos e práticas de saúde. Depende do tipo de acesso aos meios de comunicação, escolarização, de recursos, de enfrentamento de barreiras culturais, a possibilidade de influenciar as decisões políticas e institucionais, contexto de gênero, étnico/raciais, religiosidade e de exclusão social (DIMESTEIN e CIRILONETO, 2020; AYRES, PAIVA, FRANÇA JUNIOR, 2013; AYRES, 2009; CZERESNIA e MALAGON-OVIEDO, 2015).

Dessa maneira, essa categoria foi formada a partir dos problemas relacionados à falta de apoio, problemas financeiros, situações insalubres vivenciadas na rua, ausência de documentos e a problemas relacionados à guarda de seus filhos.

As mulheres desse estudo vivem ou já viveram em situação de rua, parte de uma população extremamente marginalizada e estigmatizada, dessa forma, como afirmado por Sarmiento e Pedroni (2017), duplamente excluídas, por terem em sua história essa vivência e, além disso, sofrerem violações e preconceitos de uma sociedade predominantemente machista.

As participantes do estudo relataram perdas de caráter econômico que contribuíram para sua ida e/ou manutenção em situação de rua, como podemos perceber nos relatos a seguir:

[...] pagar aluguel aqui é caro, é difícil, o jeito é a gente ficar na rua, e o pouco que a gente consegue trabalhano, mando pra casa pras crianças, e a gente fica com um pouco do dinheiro...(P6)

[...]eu falei com ele sobre o aluguel ele simplesmente não pagou, o meu senhorio falou que era melhor eu entregar, eu falei, eu vou realmente entregar, só que eu já de barriga eu já tava com a barriga grande né nessa época, eu devia ta o que com 5, 6 meses, eu falei com ele Rodrigo eu já tirei tudo de dentro do quarto, onde a gente morava batia muito tiro, na parede, no, no quarto que ficava na frente do nosso, então ele não alugava, era tipo um quarto só pra guardar coisa, e a gente morava no de trás (tosse)ficou apenas a cama, a geladeira e um.... dois... dois racks pra botar no quarto da frente, eu todo dia pedi a ele pra colocar lá dentro, no quarto, as coisas, pra gente poder esvaziar o que a gente tava e entregar a chave pro senhorio. Ele simplesmente não fez isso, eu sai pra trabalhar com meu filho no sábado de manhã, quando eu voltei, eu não tinha mais como entrar em casa, meu senhorio tinha trocado todas as fechaduras, trocado todas as fechaduras, e... nisso, já... já é o que, já vou pra 4 meses com as minhas coisas presas na, na, lá no morro, [...]eu to sem documento, to com a minha identidade porque eu sempre andei com ela, cartão de vacina dos meus filhos estão lá em cima, minhas roupas estão lá em cima, tudo que eu tenho, foi o que eu fui conseguindo depois, roupas que eu ganhei, algumas eu consegui comprar [...] (P1)

A maioria das participantes antes de viver em situação de rua, já tinha um histórico de vulnerabilidade social, vinha de uma classe social baixa, possuía baixa escolaridade e/ou teve experiências de abrigagem na infância, o que também identificou um estudo realizado com mulheres em situação de rua de Porto Alegre (PEDRONI e SARMENTO, 2017).

A vulnerabilidade social trata-se de uma qualidade heterogênea devido a fatores multicausais. As perdas materiais vivenciadas pelas participantes do estudo relativas à moradia demonstram o que já foi observado em estudos sobre o déficit habitacional brasileiro que, em 2015, subiu para 6,2 milhões de domicílios, um crescimento de 2% em relação a 2014 (IBGE, 2015).

O déficit habitacional leva em consideração o cálculo da soma das habitações precárias, casas compartilhadas por mais de uma família, casas com mais de três moradores em média/cômodo e as situações em que o gasto com aluguel de famílias com renda até três salários-mínimos chega a mais de 30% (IBGE, 2015). No caso das

participantes, apenas uma relata morar em casa com as mínimas condições de moradia.

A habitação é um espaço para a realização de atividades rotineiras, proteção da intimidade, garante segurança e bem-estar das pessoas e dos grupos sociais, exercendo papel importante na inclusão do indivíduo na sociedade, sendo essencial para a garantia da dignidade humana. Dessa forma, não ter uma moradia deixa o indivíduo vulnerável a situações de violência, preconceito e exclusão social (MONTEIRO e VERAS, 2017).

As outras participantes que relataram possuir moradia ou não estarem na rua, narraram certa instabilidade sobre elas. Moram em favelas, comunidades, vilas, palafitas, cortiços ou de favor em casa de parentes. A participante P2 reforça a precariedade de sua habitação carente de saneamento básico em sua narrativa de vida:

porque eu não estou mais na situação de rua, eu fiz um barraco de madeira... no meu quintal que meu esposo deixou que ele faleceu, do meu segundo casamento e ...vou tentar agora levantar, já levantei um pouco e vou tentar fechar né... eu to numa situação crítica né, sem banheiro, então é ruim né, muito ruim... (P2)

Já a participante P5 orgulha-se em falar sobre o que tem em sua casa, mesmo ela sendo uma ocupação no grande Centro da capital, porém, para ela que teve que sair da casa de sua mãe por causa da violência, ter um lugar para morar é a garantia de ter os filhos perto, o que provoca satisfação mesmo em uma moradia instável.

uma menina que eu conheci me deu um espaço, minha casa é... desse tamanho todo aqui... (ela mostra um espaço aparentemente de 4x4m) grandona, trouxe os cinco, todo mundo comigo... (P5)

[...]tenho geladeira, tenho televisão, tenho cama para eles deitar, tenho fogão, tenho comida, não falta nada[...] (P5)

O direito à moradia adequada, ou seja, uma moradia conectada a uma rede de infraestrutura urbana vem ganhando proteção no ordenamento jurídico nacional e internacional. A Constituição Federal de 1988, na sua definição de saúde, traz a moradia como um elemento desse direito fundamental, assim, a ausência de moradia ou a instabilidade dela, deixa o indivíduo suscetível a riscos relacionadas a sua saúde.

Segundo Santos e Freitas (2019), a partir de um estudo sobre direito à saúde e habitação de moradores de regiões de igarapés na cidade de Manaus, a vulnerabilidade social desses indivíduos deve ser abordada a partir dos riscos relacionados à fragilidade da economia familiar, precarização e instabilidade no

emprego, inacessibilidade da previdência social, capacidade de suportar catástrofes, insegurança espacial que quando ativos e associados ou não à moradia geram ameaças à segurança, à habitabilidade e à saúde desses indivíduos.

Em relação à saúde, a ausência de moradia adequada aumenta o risco de doenças infecto parasitárias, prejudica o bem-estar fisiológico dos indivíduos em relação às alterações climáticas, aumenta o risco de acidentes e exposição à violência, prejudica sua saúde mental em relação à comunidade e a si próprio (PASTERNAK, 2016).

Nas histórias de vida das participantes do estudo percebe-se a insalubridade e a exposição que é morar em situação de rua, muitas referem o medo da violência, o frio, a fome, o dormir em locais sujos, apresentando a vulnerabilidade a doenças e a saúde dessas participantes como observado nas narrativas abaixo:

[...] não vou mais me sujeitar a coisas que eu passei como ficar sem tomar banho, ter que tomar banho e lavar, lavar a própria roupa no corpo e deixar secar no corpo[...] desse tipo de droga e de outras, eu dormia mas na crackolândia porque eu não tinha onde dormir e eu ficava apavorada, de grávida com uma barriga imensa eu dormi no meio da rua debaixo de uma marquise [...] (P1)

Quando eu morava na rua, a gestação foi horrível, tendeu, passei muita fome, apanhei, com tanto que um até, nasceu morto esse bebê dessa gestação...entendeu...(P7)

A ausência de documentos foi outro achado do estudo que se relaciona com a vulnerabilidade social e interfere no registro de nascimento da criança de um casal em situação de rua como demonstram as falas de P7 e P8, como podemos identificar a seguir:

Eu perdi, perdi meus documentos todo, na sorte antes de começar o coronavírus eu consegui tirar minha certidão, aí quando eu agendei para tirar a minha identidade aí veio e parou tudo, do meu CPF eu tenho número, talá na certidão porque de cabeça é foda (P8)

Trabalhador ele também, sabe, pena que ele só não pode registrar porque ele perdeu os documento dele todo, ele não conseguiu tirar até agora (P7)

No Brasil, a certidão de nascimento é o primeiro documento do cidadão, é através dela que é possível adquirir outros documentos como o registro geral (RG), carteira nacional de habilitação (CNH), carteira de trabalho e outros. A certidão de nascimento comprova a existência oficial da pessoa para a sociedade e para o Estado,

além de ser necessária para a matrícula da criança na escola e o acesso a benefícios sociais (JORNAL DO SENADO, BRASIL, 2013).

O IBGE estima que no Brasil cerca de 3 milhões de brasileiros não possuem documentos, não tendo acesso a programas sociais como o bolsa família ou o auxílio emergencial de R\$600,00 (seiscentos reais), propiciado pelo governo federal durante a pandemia do novo Coronavírus. Esses dispositivos auxiliam a diminuição das desigualdades sociais e combate à pobreza (BRASIL, 2015).

Outro ponto que pode ser observado sobre a vulnerabilidade social dessas participantes é sobre os aspectos referentes à exclusão social e racial. A questão sobre raça foi perguntada na caracterização das participantes, que se autodeclararam, em sua maioria, não-brancas. Duas narrativas envolveram as questões raciais e de discriminação social, tanto pela cor das participantes quanto pela condição de pessoa em situação de rua, como observado a seguir:

Negra, discriminada, isso... verdade... eu trabalho cada dia em um lugar assim, às vezes tô no Centro, as vezes eu to em Copacabana e é muita discriminação, as pessoas que tem mais um pouquinho, mais lá em cima quer, não vou te falar assim pisar, pisar não é a palavra certa mas eles querem tipo ser melhor do que todo mundo, e eu vou assim mesmo... não tenho vergonha, to trabalhando[...]Discriminação, de você chegar e tive... tá numa lanchonete, vamos supor, ta numa lanchonete ...entra numa lanchonete tem um segurança, o segurança não deixar você entrar, você vender a bala pra você chegar e pedir alguma coisa, ele não deixa, te expulsa, ta entendendo, diz que você chegar em certo lugar ou pra pedir uma quentinha ou pedir pra comprar uma bala e não deixa, e aquelas pessoas que mais são... como vou falar que mais precisa, que mais... tão pior do que a gente que tá vendendo bala na rua, é isso. [...] (P5)

Ahh..eu gosto da minha cor, mas os otros às vezes tem muito preconceito...ainda mais com a gente na rua, as pessoas discriminam muito a gente, eu consigo lidar com isso na boa, já to acostumada[...] Eu não tenho preconceito com a minha cor, eu amo a minha cor, eu gosto de ser negra.(P6)

A vulnerabilidade social dos negros ainda hoje é perpetuada por condições de acesso precárias aos bens sociais como saúde, trabalho, saneamento e educação, além dos bens de consumo. As fontes de trabalho e a mão de obra barata da população negra reafirmam o histórico de exclusão, decorrente do preconceito étnico, e se associam diretamente com a informalidade (RODRIGUES, 2017).

Como as participantes, a maioria da população de pele negra está nos postos de menor qualificação profissional, sofrem com as desigualdades sociais e a dificuldade de acesso (RODRIGUES, 2017). O relato de P11 exemplifica essa relação desigual de trabalho, além de já ter recebido xingamentos de seu antigo patrão, a

participante relate que na época de suas gestações não tinha direitos trabalhistas, além de trabalhar na construção de sua casa, como observa-se abaixo:

[...]Meu patrão me chamou de burra, de ignorante, mas pagou o casamento, casei com ele e vim morar aqui [...] (P11)

É, eu trabalhava o ano todo. Eu ficava grávida, dava um enjoozinho, porque isso dá normal em todo mundo; mas eu pensava que era do problema do estômago. Ficava enjoada, enjoada. Depois passava e continuava. Mas não ficava um dia em casa. Nunca faltei nem um domingo. Trabalhei de domingo a domingo. Nunca faltei. Todos os dias eu ia trabalhar. Minha patroa dizia que eu era um bicho. Mas não era vontade de vencer na vida. Isso aqui era um barraquinho de pau a pique. Olha só. Carreguei muito tijolo. Carreguei tudo. Trabalhava e de noite vinha pra casa e vendia laranja na rua, pra ter um dinheirinho a mais. Agora eu não trabalho mais. Fico em casa. Eu podia trabalhar porque o salário do meu marido só que ele morreu e deixou pra mim não dá, mas eu tive enfarte e derrame [...] (P11)

Estatisticamente, pessoas pretas e pardas representam 75,2% da camada mais pobre do país, representam cerca de dois terços da população desocupada e 66,1% dos subutilizados – inclui desocupados, subocupados e a força de trabalho potencial. O percentual de trabalhadores pretos e pardos é de 47,3% em comparação de 34,6% dos trabalhadores brancos. As mulheres pretas recebem menos da metade dos salários dos homens brancos (44,4%), recebem menos que as mulheres brancas e que os homens pretos e/ou pardos (IBGE, 2018).

Em relação à moradia, segundo dados do IBGE 2010, uma pessoa preta ou parda tem duas vezes mais chance de viver em um aglomerado subnormal (ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia caracterizada por padrão urbanístico irregular e carência de serviços públicos essenciais) do que uma pessoa branca.

Quando se trata da relação trabalhista, principalmente, em período gestacional, é garantido às mulheres estabilidade provisória sem justa causa, na confirmação da gestação até 5 (cinco) meses após o parto, licença maternidade de 120 dias, transferência de função quando as condições de saúde exigirem, retomada da função ao retorno ao trabalho e dispensa do horário de trabalho para a realização de no mínimo 6 consultas médicas e demais exames complementares (BRASIL, 1943; BRASIL, 1988; BRASIL, 1999).

Esses direitos são garantidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), porém, trabalhadoras informais ou aquelas sem carteira de trabalho ficam aquém desses direitos, se não efetuarem o pagamento da previdência social. As participantes do estudo não fizeram menção a trabalho formal e a única mulher com idade para a

aposentadoria, referia-se somente àquela deixada pelo marido, pois, deixara de trabalhar devido a problemas de saúde e contraindicação médica (teve um AVE e infarto).

Ao longo dos anos, o papel social da mulher foi moldado de acordo com a sociedade, a ela foi designada a responsabilidade sobre a criação dos filhos, e lhe cabe, mesmo estando em situação de vulnerabilidade, o cuidado e a responsabilização caso situações adversas acometam sua prole (SILVA, CASSIANO e CORDEIRO, 2019). Esta ótica é resultado de anos de patriarcalismo, sistema social em que a dominação do homem prevalece sobre a mulher, seja no âmbito institucional ou familiar, fazendo com que o homem se isente da criação dos filhos, participando apenas como provedor (BALBINOTTI, 2018; BARRETO, 2004).

Ser mãe é um papel estereotipado e extremamente cobrado, ainda atualmente, a sociedade espera que a mulher seja a provedora de cuidados e que tenha disponibilidade para isso, e a própria mulher propaga e evoca essa característica para si (MARTINS, et al, 2014), como podemos perceber no relato das participantes abaixo:

mas eu não vou pedir, porque eu tenho consciência que eu pari, eu fiz, eu que pari e eu que tenho que sustentar (P1)

...e sobre a minha gravidez, eu nunca aceitei tirar, por isso que eu tenho esses filhos todo, eu nunca quis tirar... eu sempre quis eles...sempre quis meus filhos... “ah você é maluca, você é doida”... mas eu sempre quis eles, do jeito, que... nem que eu tinha que me sacrificar, mas eu queria eles...e é isso... (P5)

O movimento feminista busca a igualdade dos gêneros e, ao contextualizar a maternidade, anseia por mudança e equidade em relação aos papéis, redução da vulnerabilidade, exercício dos direitos individuais, sem subjugação de gênero ou aprisionamento (SILVA, CASSIANO e CORDEIRO, 2019).

Podemos perceber que a maioria das mulheres entrevistadas apresentam indícios de desigualdades relacionadas ao gênero, tanto pela situação de vulnerabilidade por viver em situação de rua e estar mais vulnerável a situações de violência quanto por relacionamentos destrutivos, relatados em suas histórias de vida.

O trecho abaixo demonstra vivências que corroboram o que já foi exposto e demonstram a sobrecarga feminina e a ausência de reciprocidade e apoio do parceiro, contribuindo para a vulnerabilidade individual e afetando a autoestima da participante, para além da situação de rua e a maternidade.

[...]eu não sou homem, não adianta querer jogar tudo pra cima de mim que vai ter uma hora que eu não vou aguentar, sabe,eu sinto falta de ir pro salão fazer meu cabelo, no salão fazer minha unha, eu sinto falta de um paparico,

de você sentar e ficar ali alguém mexendo em você, cuidando fazendo alguma coisa em você, eu sinto falta dessas coisas e eu tenho que abrir mão dessas coisas porque eu tenho, ou deixo o dinheiro pra uma coisa ou pra outra, e chega uma hora que vem a cobrança, disso sabe, na tua cabeça, você fica pensando, teu corpo também não aguenta, você se olha, pow meu pé ta horrível, ai tu quer fazer a unha não tem ânimo, porque tu já ta toda estourada [...] (P1)

No último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015, cerca de 11,6 milhões de lares no Brasil eram compostos por mães solteiras sem a presença do cônjuge. Dessas, cerca de 57% vivem abaixo da linha da pobreza (INSTITUTO LOCOMOTIVA, 2020).

Essa realidade é frequente no Brasil e na maioria das narrativas de vida das participantes do estudo, pois, apresentam uma realidade de criação e responsabilidade pelos filhos muitas das vezes não dividida com o progenitor, como pode ser observado no relato abaixo:

Sobre as gravidez, nem uma, nem um pai acompanhou, só o pai agora da minha filha por último que acompanhou, nem um pai chegou eeee, fez alguma gracinha, eu que sustento tudo, costumo falar pra eles que eu sustento tudo na costela (P5)

Sabe-se que em todas as sociedades os sujeitos são identificados pelos papéis que desempenham, o que faz com que eles concebam seu desenvolvimento e o seu estar no mundo construindo relações sociais a partir da cultura vigente (BARBANO e CRUZ, 2015)

O tema maternidade dentro do contexto situação de rua é vivenciado de forma delicada por essas mulheres. Nas narrativas de vida, quando a maternidade ocorre antes do momento de ir para a rua, a maioria das participantes enfatizam que, antes de ir para a rua, protegeram seus filhos em casa de parentes (geralmente, casa da avó da criança), como nos relatos abaixo:

[...] meu filho só tinha 4 anos de idade, foi pra casa da avó dele, só que a avó dele não me aceitou na casa dela. Aí eu falei assim, gente o que é que eu vou fazer [...]essa moça não, não me aceitava na casa dela, falei gente: o que eu vou fazer com meu filho?! Aí, ele, eu falei assim eu não vou poder deixar meu filho na rua, peguei o meu filho e sentei na pracinha, ali já bate o desespero de mãe, você sozinha na rua, você, sabe o que você faz, você senta, você não dorme, você dorme [...] aí a neta dela gostou, eles gostaram, gostaram do meu filho mas não gostaram de mim, porque eu não sei, porque eu era uma empregada na casa deles, aí ela falou assim" A\*\*\*\*\* (ocultado nome de participante) minha avó falou assim, se você quiser deixar o menino com a gente, até você se estabelecer, tudo bem, por depois você pega ele, que não sei o que, que a gente vai devolver[...] (P4)

[...] Porque eu não trouxe eles para rua, primeiro eu me estabilizei, depois eu trouxe eles porque, já tinha visto poucas e boas, muita gente morta, muita covardia...tinha dia que não tinha nada para comer, tinha dia que tinha que comer resto dos outros, comida assim jogada na lata do lixo, eu não acharia, eu não acho certo, eu nunca assim no caso, eu pegar eles lá na minha mãe, ter um conforto e querendo ou não eles lá tavam com teto, trazer eles pra rua pra passar necessidade que eu tava passando[...] (P5)

Quando pensamos em situação de rua e as vulnerabilidades que esse tipo de vivência representa, a academia e o senso comum concordam que este não é lugar ideal para a criação de filhos devido à proteção inadequada do Estado, a ausência da escola, a possibilidade de trabalho infantil, a facilidade para o envolvimento com as drogas e a suscetibilidade à violência (RIZZINI e COUTO, 2018).

Segundo o Artigo 27 da Convenção sobre os Direitos da Criança, é direito da criança um nível adequado de desenvolvimento físico, mental, espiritual e moral e responsabilidade dos Estados Partes adotar medidas que auxiliem pais e/ou responsáveis a tornar efetivo esse direito, podendo até proporcionar assistência material e programas de apoio, especialmente quando se trata de nutrição, vestuário e habitação. Dessa forma, podemos entender o porquê das participantes não levarem seus filhos para viver com elas na rua.

Entre as participantes que passaram a gravidez na rua, duas têm relatos de intervenção do Estado para a retirada de seus filhos em virtude de alguma vulnerabilidade, seja pela dependência de drogas e/ou sua situação de rua, como percebemos a seguir:

Foi ruim né ao mesmo tempo bom, saber que você ta carregando uma barriga, quando você vai, você sente dor pra botar pra fora e você quase perde, pros outros, pro juiz [...](P8)

[...] dele eu também eu tinha usado uns negócio, então ai lá eles falaram que eu só ia sair, meu filho só ia sair se tivesse um responsável, mais comigo, senão eu ia perder meu filho, não gosto nem de conversar isso porque eu fico pensando nesse daqui [...]ai falou que eu ia perder meu filho, tia, tinha que te ter um responsável pra sair porque tinha que assinar, tinha que passar pelo, pelo o, pelo juiz, ai é uma coisa muito séria, [...] (P9)

[...] juiz nenhum tira filho da mãe... eles que me tiraram, sem justiça, sem nada [...] A esposa do meu marido pegou meu filho...não querem devolver [...] eles não querem devolver, eles acham que eu não tenho capacidade pra tomar conta do meu filho, pegaram a guarda[...] (P2)

Nas narrativas acima observamos o papel do Estado na proteção da criança, sem a observância do que diz o ECA e a Convenção de Direitos da Criança de proporcionar aos pais a criação dos filhos. Nota-se a dominação estatal sobre o corpo

feminino e o seu produto logo após o nascimento, com a retirada das crianças do cuidado de suas mães, aproximando-se do estudo de Pedroni e Sarmiento (2019).

Neste estudo uma adolescente foi internada compulsoriamente pelo uso e abuso de drogas e sua criança retirada após o nascimento sob essa justificativa. Ela não pôde amamentá-lo, não assinou nenhum papel permitindo a adoção do seu filho e nunca mais teve notícias dele (PEDRONI e SARMENTO, 2019).

Ciente do estigma social que as mães usuárias de drogas sofrem em relação a maternar, em um estudo que oportunizou a convivência com pais usuários de drogas e suas famílias não foi observada nenhuma forma de violência por parte das mães ou familiares contra as crianças (CAMARGO, et al, 2019). O que faz com que repensemos a visão e crença que o comportamento de abuso vivenciado pela participante P3 seja repetido em todos os contextos.

Outra situação relatada no estudo de Pedroni e Sarmiento (2019) refere-se à retirada da filha de uma usuária de drogas que vivia em situação precária, sem oportunizar o casal a reaver a criança, que já adolescente se reencontrou com os pais ainda morando em um abrigo. Nota-se que esta situação ocorreu em uma cidade diferente do nosso estudo, e as vivências das participantes foram diferentes como mostra o trecho a seguir:

[...] então eu não tinha como fazer isso sozinha ganhar alta, ela só ia lá, ela só ia ir lá comigo quando era pro neném ganhar alta, que de lá, nois ia atravessar e ia lá no juiz, pra resolver que ia ficar, ou ia pra doação, mas graças a Deus meu filho não foi, aí conversou, foi assim, fez assim igual você, chamou a gente, mas lá ele chama um por um, chama um por um, aí conversa aí pergunta pela pessoa, aí quando vem eu pergunta, você quer mesmo essa pessoa com seu filho? ela tem condição pra ficar com seu filho? Cê confia? É de confiança? Que não é parente, mas ela é um amor de vida pra mim... e olha que nem é neto dela de, de sangue hein[...] (P9)

Crianças expostas à vulnerabilidade social são mais suscetíveis à violência, dependência química, problemas de saúde mental e de aprendizagem, vínculos familiares enfraquecidos, dificuldade de acesso aos meios sociais e entrada precoce no mercado de trabalho (SOUZA, PANUNCIO-PINTO e FIORATI, 2019). Além disso, estudos comprovam que o vínculo com os filhos podem ser precursores de transformação para os pais.

Isso é observado quando P8 refere “ter caído na real” com a possibilidade de perder a guarda da filha. Assim, é necessário conhecer os contextos que as mulheres em situação de rua estão inseridas para poder aplicar o que é preconizado pelo ECA

e o ideal para o desenvolvimento da criança/adolescente (SOUZA, PANUNCIO-PINTO e FIORATI, 2019).

Contudo, iniciativas internacionais que relacionam a situação de rua e a maternidade são exitosas no que diz respeito à manutenção da criança com os pais, a partir de apoio de instituições para o tratamento do uso/abuso de drogas, incentivo à moradia e à geração de renda (COLLEN, 2015; MILL, SINGH E TAYLOR, 2012; KRAHN, et al, 2018).

Outro ponto que podemos observar no relato das participantes são os efeitos da vulnerabilidade social e o afastamento das mães que passaram pela transição da situação de rua, como observado nos relatos abaixo:

ele é uma criança agressiva, bate em todo mundo lá, porque ele deve sentir falta de mim né, eles não entendem, tipo como o meu filho tivesse obrigado, eles não gostam do meu filho, eles estão com o meu filho pelo dinheiro e não porque gostam... (P2)

Ahh pra mim foi a pior coisa do mundo, que eu recebi assim um papel do juiz falando que eu não ia ter mais minha filha como na minha guarda, por causa que eu tava sendo uma mãe... na um ausente, não presente, e ai eu perdi foi uma queda ne, igual a minha mãe teve, comigo, eu acho assim, entre aspas eu acho que foi uma queda, porque ficar longe dos filhos, igual eu to agora, to longe das minhas filhas tem 8 mês, não sei de nada, só por telefone, nem sei se, eu nem sei mais se tem telefone, falar pra você que eu nem sei mais se tem telefone, porque o telefone só chama chama e ninguém atende, tem uma semana, e se já não trocaram o telefone pra eu não saber mesmo onde as meninas tão (P10)

A vulnerabilidade social quando acomete a família e as crianças podem gerar um possível sofrimento emocional decorrente das precárias condições de vida e trabalho. Reconhecer esse sofrimento pode ser difícil, de certo modo, impossibilitando a atuação para minimizar os efeitos dessa vulnerabilidade, seja na família ou na escola (SOUZA, et al, 2019).

As narrativas acima identificam o possível sofrimento identificado na criança devido à situação de rua materna, um afastamento de sua mãe e a convivência com terceiros que segundo a narrativa materna não o tratam com afeto. Já no segundo relato, podemos observar o sofrimento materno por esse afastamento e a distância que a vulnerabilidade social vivenciada – estar na rua, não possuir condições financeiras – gera nesta mulher.

Em estudo realizado com crianças/adolescentes em município brasileiro, identifica que a desigualdade social daqueles a margem da pobreza, aumentam a chances das crianças por vezes a trabalhar ao invés de estudar, sofrerem com o

descuido das famílias irresponsáveis, seja elas substitutas ou não, prejudicando sua educação (ALVES, et al, 2016).

Winnicott (2005) reforça essa ideia ao ponto que propaga a importância de uma “mãe suficientemente boa” e o prejuízo que perturbações ambientais causam no desenvolvimento do bebê podendo levar a distorções da personalidade e tendência antissocial a criança.

Embora, as participantes estejam em vulnerabilidade social, pouco foi possível perceber na narrativa de vida das mães sobre a escolaridade de seus filhos. As que ainda possuíam filhos em idade escolar como, P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9, P10, podemos notar que a maioria das crianças estavam matriculadas em escola e possuíam certo relacionamento com a mãe. Somente P2, P9 e P10, não tinham a guarda das crianças. Já P3, P6, P7 estavam presentes parcialmente na vida dos filhos que moravam com suas mães, relatam certo relacionamento das crianças e não referem perda da guarda.

Biatrix deu um escândalo na porta da escola quando viu o pai que não queria largar ele de jeito nenhum, e não queria ficar com a minha mãe mais de jeito nenhum. Hoje por exemplo ela não deu a mão pra minha mãe, eu dei uma bronca terrível nela, porque isso é horrível, eu não aprovo, não não incentivo isso, nunca incentivei a violência nos meus filhos. Não é só com esses não, com os mais velhos também. É... eu acho isso horrível ... (P1)

ai graças a Deus deu tudo certo, meu filho ta ai, seis ano, ta na escola, ta no projeto, de manhã é escola e de tarde é o projeto, e ai abençoe muito a vida dela, porque só o que ela ta fazendo pelo meu filho que não é nada dela, pow, e o jeito que ta esse mundo muito maldoso, muita ruindade, quem ia confiar?! (P9)

Sabe-se que a construção da vida social requer cuidados para favorecer o bom desenvolvimento psicológico e social, além de evitar distúrbios e falta de interesse nos estudos pela criança/adolescente (ALVES, et al, 2016). Conforme, podemos notar na vida das participantes, a vulnerabilidade social vivenciada na infância contribuiu para uma vulnerabilidade social mantida na vida adulta, uma menor escolaridade e problemas relacionados ao seu desenvolvimento social e psicológico.

[...] graças a Deus as minhas filhas têm um...um ritmo de, de vida totalmente da minha, ingual eu falei no começo, no começo da minha, da dada(entrevista) da entrevista que... minha vida de drogadição começou através da minha mãe, minha mãe levava homem pra dentro da minha casa, usava droga na minha frente, nisso ela arrumou um companheiro e eu fui violentada, então tudo isso eu sou traumatizada até hoje, entendeu!? (P9)

Entretanto, nota-se que embora elas possuam esse histórico, a maioria delas não deixaram de exercer a maternidade, não levaram seus filhos para viver em situação de rua junto com elas, desejam o melhor para a criança e/ou desejam estar

perto de seus filhos, independentemente de sua vulnerabilidade, como as falas a seguir:

[..] abriguei meus filhos né, não deixei meus filhos na rua, ai eu fui pra rua... Abriguei meus filhos... arrumei casa pros meus filhos ficar, pra eles não ficar na rua comigo, eles são os maiores né, e... fiquei na rua, muito ruim... eu não desejo isso pra ninguém, situação de rua, é muito ruim, muito perigoso, muito ruim...a gente fica ali né, na rua , sem um banho, esperando a pessoa ir levar uma comida né, é muito ruim, muito ruim mesmo...e é isso... (P2)

Nas narrativas das participantes o abrigamento de seus filhos ocorreu devido a situação de rua, a utilização de drogas ilícitas e lícitas e problemas relacionados a questões financeiras e violência doméstica e extrafamiliar. Em levantamento realizado em 2013, sobre acolhimento e abrigamento de crianças e adolescentes constata-se no Brasil que o motivo mais alegado para isto é a negligência da família, 54,9%, exceto no Norte, onde o abandono pelos responsáveis corresponde a 71,4%. Violência doméstica corresponde a 10% dos motivos relatados e a violência extrafamiliar, exploração sexual e trabalho e mendicância, corresponde a menos de 5% das crianças e adolescentes. A dependência química dos pais e responsáveis representam cerca de 26,6% de acolhimento familiar (ASSIS e FARIAS, 2013).

Em nosso estudo percebemos que as participantes ao notarem a impossibilidade de estar com seus filhos devido a situação de vulnerabilidade e estar prestes a viver em situação de rua, procuraram abrigamento para seus filhos e a superação e retorno a guarda e cuidado com seus filhos dependeu em sua maioria, de atitudes individuais e auxílios não governamentais.

Em situações distintas, como ocorrera com as participantes P8, P9 e P10, devido a utilização de drogas ilícitas, elas foram afastadas dos seus filhos devido a possibilidade de negligência familiar, pois a ação das drogas utilizadas na gestação, corroboraram a esta atitude do Estado. Os filhos dessas mulheres tiveram Síndrome de Abstinência Química, conforme já citado neste estudo.

Ressalta-se que negligência familiar se caracteriza pela omissão de cuidadores sejam responsáveis ou instituição pela criança ou adolescente, deixar de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento social, emocional e físico. Esses atos que podem ser a privação de medicamentos, atendimento a saúde e educação, descuido com a higiene, falta de estímulo, de proteção de condições climáticas e falta de atenção ao desenvolvimento (BRASIL, 2010).

Podemos perceber a vulnerabilidade social que essas mulheres estão expostas e a dificuldade que elas possuem a partir do momento do afastamento de seus filhos. Elas não conseguem contato ou dependem de terceiros para saber notícias de seus filhos, a dificuldade financeira é outro ponto que foi possível perceber no relato das participantes:

sinto falta do pequeno, né, ele tem 13, 14 anos, mas não tem como pegar ele agora, por causa da minha situação, eu to numa situação crítica, não tem como pegar ele agora, mas eu vou pegar...(P2)

eu convivi o tempo todo perto da Maria Eduarda, [...] o terceiro ano, agora to quase um tempão longe da minha filha pow... é muito triste... nem como, nem nem contato com elas eu to tendo por causa, devido o coronavírus, devido esse negocio da...da energia lá...(P10)

Viver em situação de vulnerabilidade social diz respeito a trabalho, renda, condição alimentar, privação de recursos materiais essenciais para o enfrentamento da pobreza. Embora, a pobreza seja um fator que aumenta a vulnerabilidade social do indivíduo, não há impedimento da interação e afeto, as práticas de cuidado e de estimulação, e o estabelecimento de vinculação materna (GOMES, 2018).

Esta vinculação materna, interação e afeto que foi possível perceber nas narrativas de vida das participantes, que apesar da situação de vulnerabilidade demonstram a maternidade a florada, mesmo vivenciando situações de violência na infância, tendo problemas com suas mães e não possuir apoio institucional e familiar para exercer a maternidade.

#### 4.2.3 Vulnerabilidades Programáticas de mulheres em situação de rua

A vulnerabilidade institucional ou programática trata de recursos sociais e políticas públicas ligadas a determinada situação, seja saúde, segurança, educação, diminuindo assim contextos de vulnerabilidade. Entende-se que quanto maior vínculo estabelecido, abrangência de território, recursos humanos e materiais, qualidade e compromisso, gerência e monitoramento, maiores as chances de práticas de cuidado em saúde efetivas (DIMESTEIN e CIRILONETO, 2020; AYRES, PAIVA, FRANÇA JUNIOR, 2013; AYRES, 2009; CZERESNIA e MALAGON-OVIEDO, 2015).

Com isso, essa categoria foi formada a partir dos problemas em relação a realização do cuidado pré-natal, a ausência do planejamento reprodutivo e a ocorrência dos abortamentos, relato de descaso na assistência à saúde e situações vivenciadas com forças policiais/poderes paralelos.

Durante as entrevistas narrativas das participantes as dificuldades em relação aos serviços de saúde chamaram atenção quando se refere ao planejamento reprodutivo inexistente devido ao número de gestações e filhos, ao cuidado ofertado em relação ao ciclo gravídico puerperal que vai além do desconhecimento dessas pacientes e as situações vivenciadas por elas em relação a violência institucional.

Quando tratamos de planejamento reprodutivo, lembramos que esse termo é uma evolução do planejamento familiar que refere ao conjunto de ações de regulação da fecundidade, garantindo direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pelos usuários dos serviços de saúde, sendo proibidas ações para controle demográfico (BRASIL, 1996).

Dessa maneira, o planejamento reprodutivo garante uma concepção mais abrangente sobre o que é família, pois o indivíduo, independentemente de ter ou não uma união estável ou de constituir uma família pode ter a escolha de quando e como e se quer ter ou não filhos. Com isso, é possível garantir um direito que é sexual e reprodutivo onde cada pessoa independente do seu contexto de vida tem o direito de tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2013).

Nas narrativas das participantes pode-se observar a ausência do acompanhamento em saúde no período reprodutivo, nenhuma em sua narrativa informa alguma ação dos serviços de saúde sobre sua saúde sexual e reprodutiva anteriormente estar gestante. Sabe-se que só a partir de marcos históricos na saúde pública brasileira como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que a incorporação do ideário feminista a atenção a mulher, com políticas voltadas a atenção integral em todas as fases do ciclo vital feminino não só aquelas voltadas para o ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2013).

Analisando as narrativas de vida das participantes observa-se que além das vulnerabilidades individual e social a que estão expostas, há a exposição, também, a contextos públicos que as excluem pelas relações de gênero, e em sua maioria por serem, pobres, dependentes químicas e não-brancas.

Em relação aos serviços de saúde que mais as participantes tiveram acesso podemos perceber que a maternidade foi a mais frequente, em seguida o posto de saúde. Até mesmo a participante P1 informa que ao achar que estava com tuberculose, solicitou internação social na maternidade onde ganhara seu bebê posteriormente, como observado a seguir:

me internei, praticamente implorei pra ficar no hospital porque eu estava com pneumonia, que eu com certeza contrai dentro da cracolândia, e dormia numa cracolândia, obvio além de fazer uso da [...] (P1)

Essa situação nos demonstra a dificuldade dessas mulheres em relação a moradia e acolhimento de instituições públicas, como abrigos ou moradias temporárias. Apenas uma delas relata que ao ser expulsa da casa da mãe devido as drogas e a gravidez tiveram abrigo em uma instituição de caridade e, em outro momento em um abrigo próprio para gestantes, como observado em relato a seguir:

[...]eu fiquei um ano sem usar, conheci umas freira, fui pro convento das freira la em Vitoria, lá em Vitória, lá na ilha do boi, ai fiquei um ano lá em Vitoria, ai com com seis meses de gestação da Maria Eduarda eu vim embora[...] (P3)

[...] minha mãe me rejeitando, o pai da minha filha me rejeitando e pra onde que eu vou, ai foi pra onde que eu fui pra família acolhedora, não sei se você já ouviu falar da família acolhedora? Que é....que é tipo um abrigo, mas não é um abrigo, ai quando a criança nasce, eles tomam a criança de você e bota pra adoção, só que graças a Deus, né, a Vitoria foi diferente [...] (P3)

Os serviços que integram a Proteção Social Especial de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social – SUAS são os abrigos institucionais, casas de passagem e os serviços de acolhimento em República. Eles ofertam atendimento integral garantindo condições de estadia, convívio, endereço de referência para pessoas em situação de rua e desabrigados por abandono, migração, ausência de residência ou trânsito, sem condições de autossustento (MPRJ, 2015).

O serviço de acolhimento para população adulta e famílias em situação de rua são acolhimentos provisórios com estrutura para acolher pessoas do mesmo sexo ou grupo familiar, é ofertado em espaços urbanos de forma democrática, garantindo permanência, segurança, privacidade, igualdade de condições e acesso aos serviços públicos (MPRJ, 2015)

Um levantamento da Defensoria Pública do Rio de Janeiro informa que a prefeitura tem apenas 63 abrigos com a capacidade total de 2,3 mil pessoas, menos de 15% do total estimada para a população em situação de rua carioca. Além disso,

há denúncias de abusos, violência e condições precárias (sujeira, infestação de insetos, falta de estrutura) (CASTRO e SARZA, 2019).

Com isso, justifica-se o entendimento de algumas mulheres a não ir para algumas instituições e se sujeitarem ao medo e insegurança de estar na rua, pois as participantes mesmo em situação de vulnerabilidade como apresentado abaixo, optam por continuar em situação de rua:

[...] num lugar que eu não conhecia ninguém, pelo menos ali naquele lugar horrível, as pessoas me conheciam e eu sabia que se eu pegasse no sono ninguém ia fazer nada comigo... ao contrário de dormi no meio de uma calçada em qualquer lugar, eu sabendo que, não sei a gente vê tanta coisa na televisão e... medo de alguém jogar alguma coisa em mim ou querer me machucar, ou querer abusar de mim, eu gestante também... frio...(P1)

O apoio institucional, em relação as participantes, foi observado em algumas narrativas, porém, esse apoio aconteceu através de funcionários das instituições onde estavam, instituições de caridade, como o projeto que três das participantes faziam parte e ao Consultório na Rua onde duas delas eram atendidas. Abaixo, observamos o trecho das narrativas onde podemos perceber esse apoio:

[...]Muito ruim... eu to numa situação triste...É... o padre vai me ajudar [...](P2)

eu conheci um cara muito bom, num retiro, no retiro de casais da igreja, e foi ate lá perto do shopping, da igreja católica pra moradores de rua, eu fui, foi quando a gente até voltou de novo, ano passado, isso. Voltamo, conheci o seu Alexandre, da igreja, ele me deu fogão me deu bujao cheio, me deu cesta básica que a casa que a gente tava, que ele mora hoje é 100 reais com gatonet 120,00, ai ele ah eu vou ajudar vocês, então ele me apadrinouh [...]  
(P4)

Diferente do que foi observado em estudos sobre apoio institucional para mulheres em situação de rua, onde elas recebiam moradia e assistência profissional (COLLEN, 2015; MILL, SINGH e TAYLOR, 2012; KRAHN, et al, 2018), o apoio institucional dado as participantes estava relacionado ao ciclo gravídico puerperal e a redução de IST.

Outro ponto pode ser discutido quando falamos do apoio institucional em relação às crianças e adolescentes, filhos dessas participantes. Conforme já evidenciado nesse estudo, algumas participantes não possuem a guarda de seus filhos, ou já tiveram essa guarda em risco. Não foi possível perceber a ação completa das instituições governamentais sobre o respeito aos direitos fundamentais dessas crianças, como o direito a convivência familiar e comunitária.

Nas narrativas das participantes P2, P9 e P10 estar sem a guarda dos filhos nos remete uma situação permanente, elas não demonstram estar em programas de acolhimento estatais para recuperação da guarda de seus filhos e interação com os mesmos e acompanhamento psicossocial.

eles não querem devolver, eles acham que eu não tenho capacidade pra tomar conta do meu filho, pegaram a guarda... fazer o que né, esperar agora ele ficar de maior ...pra mim poder pegar ele de volta...(P2)

não penso de pegar da a maluquice, pegar meu filho de lá e coisa, graças a Deus não vem isso na minha mente (P9)

Dessa forma, há uma vulnerabilidade programática, pois, não é possível observar se essas crianças/adolescentes vivenciaram os programas conforme são preconizados. O acolhimento familiar ocorre em ambiente familiar, garantindo a construção de vínculos e convivência comunitária para crianças e adolescentes afastados de suas famílias por ordem judicial, como medida de proteção excepcional e provisória. O objetivo deste é o retorno a família biológica, priorizando a manutenção do vínculo com esses, onde o Estado oferta acompanhamento psicossocial para auxílio e superação das situações que levaram ao acolhimento.

Já o acolhimento institucional foi possível notar como forma de local temporário para a filha de participante P8, o abrigo:

[...]Não gosto não... Ela ficou um mês lá no abrigo, ai eu falei... se...o pai do... dos meus três filhos que é o de 8, a de 4 e essa de 2, que eu quase perdi, ele fez isso aqui e a gente conseguiu tirar ela com um mês do abrigo, com um mês ele tirou ela ...e hoje em dia ela ficam comigo, mas na casa da avó que é no buraco quente, entendeu[...] (P8)

Este que é previsto pelo ECA e configura-se em uma instituição fiscalizada e mantida pelo Estado, visando proteger, conceder abrigo e orientação ao menor em situação de risco social e pessoal. São acolhimentos institucionais abrigos, casa-lar e casas de passagem.

Sobre o atendimento recebido no ciclo gravídico-puerperal, a maioria delas informa não ter realizado pré-natal ou realizar o pré-natal tardiamente, como podemos observar a seguir:

[...]Nem acompanhava, só trabalhava. Só trabalhava. [...] Eu tive de dois em dois. Eu todo ano tinha filho.Sabia? Todo ano eu tinha filho. O médico falava a beça. Mas fazer o que? [...] (P11)

[...]o meu primeiro filho eu tentei fazer pré-natal e não consegui, fui consegui também fazer pré natal com 6 meses, mas sempre quando eu ia o médico nunca ia, então eu fui gravidez de risco [...] (P3)

O acompanhamento pré-natal é importante para assegurar o desenvolvimento da gestação, um parto saudável, sem impactar a saúde materna, abordando atividades educativas e preventivas. É o principal indicador prognóstico ao nascimento, sendo o número de seis consultas o mínimo adequado a sua realização (BRASIL, 2012c)

Grávidas com maiores riscos, como as participantes deste estudo, devem receber atenção especial. Segundo estudo que trata da vulnerabilidade programática de gestantes no pré-natal, problemas com início e continuidade na sua realização, dificuldade no acesso a imunização e realização de exames de rotina, deficiência na comunicação entre profissionais e clientela, atividades educativas e acesso a informação escassa são problemas que marcam essa vulnerabilidade (ARAUJO, OLIVEIRA e PORTO, 2017).

Nas narrativas podemos perceber como a falta de comunicação é frequente em relação aos profissionais e participantes, profissionais estes que pela situação de vulnerabilidade não respondem perguntas básicas como o sexo do bebê ou não permitem que essas mulheres exponham situações de risco, como o uso de drogas:

ai ele é pode fazer o exame, eu não fiz exame nenhum, por ultimo que a gente veio aqui, ai eu fui bati uma ultra e a moca falou que não podia falar qual era o sexo, não sei qual é a norma do hospital (P5)

[...] tipo assim eu vou te dizer que eu também uso, por isso quando eu venho nos médico que ele ta bem, ta tudo direitinho?! Lá elas me perguntaram (referindo a ultra pela manhã) mas eu não dei mole no papo, entendeu!? Lá elas perguntaram se eu usava crack, ai eu falei que não, ai ela falou mas tu usa o que então? Ai eu uso só maconha, mas eu sai com a cabeça assim meio pesada, porque porque na hora de ter, com certeza, mas Deus sabe de todas as coisas, por menos, ele sabendo, eu sabendo que ele ta bem, então sinal que não ta muito, pro tah muito pro, ah eh, os maldito não ta muito então se apegando nele, ele só ta com pouco peso né!? (é ela falou que ta no limite inferior ali do peso, ta quase com baixo peso) ai isso, ahh agora tu me explica isso é o que?(P9)

As mulheres em situação de rua sofrem pelo estigma e pelo preconceito devido às situações de vulnerabilidade que estão envolvidas, elas se sentem julgadas nos serviços de saúde, afastando-se deles ou não se envolvendo e percebendo a necessidade desse cuidado. Essas atitudes muitas das vezes resultam de profissionais que não são qualificados e não acolhendo essas gestantes (ARAUJO, et al, 2017; SANTANA, et al, 2019).

Estudo com adolescentes mais jovens evidenciou que a pouca inserção em programas de saúde reprodutiva e sexual, necessidades de contracepção não

respondidas, número de consultas de pré-natal reduzidas e seu início tardio, aumentam a vulnerabilidade programática e individual no ciclo gravídico-puerperal. Dessa maneira, as mulheres que partilham esses problemas têm maior risco a mortalidade materno-infantil (XAVIER, et al, 2013).

Durante entrevista narrativa da participante P9, respondi dúvidas sobre o estado do seu filho, percebi que o agente comunitário de saúde (ACS) que nos acompanhava oferecia orientações sobre alimentação e cuidados que deveriam ter sido ofertados na gestação. No momento, devido à pandemia do COVID-19 o contato da participante era apenas com esse ACS e com a médica da equipe, que estava visivelmente, sobrecarregada pelo excesso de trabalho.

Outro ponto que observamos para além do desconhecimento das participantes sobre os métodos contraceptivos, é o acesso que elas tiveram a eles. Duas das mulheres realizaram laqueaduras tubárias, como se observa:

Maria Eduarda, a que vingo, antes de eu fazer a ligadura que eu fiz ligadura [...]a Maria Eduarda foi cesariana, foi onde eu fiz aaaa ligadura (P10)

Eu fui pra ganhar neném. O neném já tava nascendo. Ele, você não vai ter esse neném nenhum. Deu injeção pra subir um pouquinho o neném. Subiu, me botou na mesma hora na sala de operação. Aí me ligou as trompas. Eu fiquei 1 dia numa sala sozinha. No outro dia já me botou na enfermaria. Aí eu fiquei lá. Aí eu fiquei 3 dias lá, porque eu fiz cesariana, com 3 dias me mandaram embora. Não mandaram não. Eles trouxeram em casa de ambulância. (P11)

A laqueadura tubária é um método de esterilização feminina onde cada trompa é ligada, seccionada ou bloqueada com um grampo ou anel. É um método considerado irreversível, que deve ser utilizado em condições clínicas ou genéticas que impossibilitem nova gestação. É um método considerado mais caro e que necessita de aconselhamento cuidadoso devido a questões éticas e legais que envolvem o processo e aos riscos a saúde que este pode provocar (BRASIL, 2013).

Os riscos a saúde são com o avançar da idade, a morbiletalidade aumenta, as queixas menstruais, dores pélvicas, hipermenorreia irregularidades menstruais também. Em curto prazo, a laqueadura tubária não evita IST e HIV, deixando as mulheres suscetíveis a esse tipo de contaminação. Sabe-se que a realização dela dependente critérios como: não deve ser realizada durante o parto ou em períodos de aborto ou até 42 dias do pós-parto ou aborto. Essa condição é exceto para mulheres com risco devido a cesarianas anteriores (BRASIL, 2013).

A participante P10 entra no critério de cesarianas prévias, porém, como ela relata em sua história de vida, adquiriu o vírus HIV depois da laqueadura, o que pode

ser resultado da ineficiência de orientação acerca da necessidade do uso de preservativo, mesmo quando a pessoa utiliza um método contraceptivo definitivo. Já em relação a P11, a laqueadura tubária foi realizada antes da lei de planejamento familiar, dessa forma havia a necessidade da assinatura do marido, o que não aconteceu como ela diz em sua narrativa.

Entretanto, ela não relata orientações em relação a métodos contraceptivos em nenhuma das outras gestações, violência institucional quando o médico a questiona “não tem televisão em casa?” como ela mesma narra e a realização da laqueadura sem o efetivo consentimento e orientação dos riscos para ela.

O Ministério da Saúde (MS) incentiva através da PORTARIA Nº 3.265/2017, a colocação do Dispositivo Intrauterino (DIU) pós-parto como medida de oportunizar as mulheres que desejam a sua colocação. Porém, na narrativa a seguir, podemos perceber que nem todas têm o acesso no pós-parto imediato como diz P5 em seu puerpério imediato:

ir no posto procurar que aqui não tinha DIU pra colocar, ela falou que não tinha DIU não, mas ta bom ,só me cuidar direitinho...(P5)

Outra participante (P7) expõe seu desejo pelo DIU, porém, mesmo estando no puerpério imediato este não foi ofertado. Sabe-se que o DIU deve ser disponibilizados de acordo com os critérios de elegibilidade nos serviços de obstetrícia, na atenção básica e nas maternidades com atenção ambulatorial período fora o pós-parto (BRASIL, 2017).

Outra situação que pode ser pontuada como pesquisadora foi o relato da participante P9 sobre o pós-parto da cesariana de seu natimorto, pois, além de não terem explicado a real causa ou motivo da cesariana, não foi permitido ela ver seu filho, deixando em seu imaginário dúvidas em relação ao ocorrido, como evidenciado a seguir:

Ai falando que eles que... que de repente eles que tavam mentindo pra mim, que meu filho não morreu... mas eu acredito que se foi, porque quando uma criança sai dentro de tu a criança sai chorando e o choro da criança é alto, ele não são maluco de querer tirar um filho da, da paciente e já querer matar, não tem lógica, então pra mim eles não mentiram pra mim foi verdade, porque eu não escutei o choro do neném, não escutei choro nenhum, e era só eu naquela sala, então eles não mentiram, e é isso[...] (P9)

Mesmo em situações de abortamento ou de morte fetal ou neonatal é importante para a elaboração do luto, que os pais entendam o que aconteceu com seu filho e se despeçam dele da melhor forma que os convém. O processo de luto é

decorrente a uma perda e pode variar de acordo com a idade, sexo, personalidade, estabilidade social e psicológica, identidade, como ocorreu a perda e a expectativa depositada pelo enlutado sobre o que foi perdido (SILVA, 2018).

O luto pode gerar grande sofrimento, alterações psicológicas, fisiológicas e comportamentais ao enlutado. Dessa maneira, vivenciar o luto e reconhecer as suas fases, auxiliam no processo de restabelecimento e reorganização da vida (SILVA, 2018).

Quando a morte acontece no período perinatal gera aos pais e ao entorno dessa gestação/nascimento um sentimento de angústia, tristeza e ambiguidade, devido aos sentimentos criados e não vivenciados acerca daquele novo ser (ALMEIDA, et al, 2016; PEREIRA, et al, 2016). Isto gera a experiência da perda significativa e pode reverberar em gestações subsequentes, como podemos perceber no relato de P9, gestante, sente receio que o desfecho de sua gestação anterior aconteça novamente.

É importante ressaltar que quando a morte se faz presente no período perinatal, leva consigo não só o bebê, mas a idealização de família, a possibilidade de exercer o papel social de mãe, o ideário de controle sobre o próprio corpo e da concepção de outro ser. E dessa maneira, é importante para os pais/família vivenciar o luto para tentar encontrar alguma esperança, conforto e alternativas de vida após a perda (PONTES, 2016; PEREIRA, et al, 2018).

Estudo realizado com mães que vivenciaram a perda de seus filhos conclui que profissionais sensibilizados e a religião favoreceram o enfrentamento em relação a perda de seus filhos (PEREIRA, et al, 2018). Com isso, cabe aos profissionais de saúde o respeito a esse momento, oportunizando a família a lidar com seus sentimentos da melhor forma possível, não interferindo negativamente, no processo, não utilizando dos seus juízos de valor no processo de morte/morrer/luto (MUZA, et al, 2013; AGUIAR e ZORNIG, 2016).

Outro ponto que pode ser considerado violência institucional ou descaso dos profissionais de saúde ante a perda neonatal ou fetal, é o compartilhamento do espaço de mulheres que sofrem perdas e/ou abortamentos com as mulheres em alojamento conjunto. Esse fato que ocorreu com a participante P10 e gerou sentimento de culpa e tristeza a essa mulher, como explicitado a seguir:

[...] ai o que eu me lembro assim, eu só não escutei o choro do neném...ai quando eu fui...o coisa, pra sala, eu via ar mãe vindo, ai teve uma criança que ficou, ai eu vi as criança no carrinho, ai é muito ruim tia, você ta no hospital e você não ta com seu filho... tipo assim, ali naquela forma que eu perdi meu filho, fiquei no hospital vendo varias criança, tipo assim eu fiquei arrependida, ah não porque eu não fiz tudo direitinho, porque eu não parei com essa maldita, tipo assim eu me arrependi muito, ai sei lá tia não gosto nem de lembra... (ela começa a chorar) desculpa...(é bom botar pra fora ...) ai a reação muito estranha tia, estar no hospital sem teu filho, que Deus dê tudo certo com esse (vai dar), [...]

As mulheres que sofrem perdas fetais, neonatais ou sofrem abortamento são mais vulneráveis a situações de depressão, culpa, melancolia, raiva e doenças psicossomáticas (MUZA, et al, 2013; AGUIAR e ZORNIG, 2016). Além disso, essas situações causam aos profissionais, sofrimento psíquico, devido a falta de informação e conhecimento de empatia neste momento, preconceito em relação aos usuários de drogas e pessoas em situação de rua.

Outra situação de vulnerabilidade programática é o que ocasiona a violência institucional provocada por policiais sofrida por essas mulheres. A violência institucional é praticada por prestadoras de serviços públicos ou agentes públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, judiciários. Serviços que deveriam garantir uma assistência humanizada, preventiva e reparadora de danos (CHAI, SANTOS E CHAVES, 2018).

As narrativas demonstraram a violência vivenciada por essas participantes e suas percepções sobre elas:

[...] da polícia chegar e não bater, não jogar spray de pimenta na cara por eu ta grávida do lado (P1)

que os cavaleiros enquadrrou a gente, porque a gente dorme ali no BRT, ali...ai o cavaleiro enquadrrou a gente ali, mas só, tinha um que é filho da minha mãe de criação, ai a minha mãe foi conheceu ele e ele me conheceu, mas mesmo assim ele enquadrrou pra ver né (P3)

Estudo realizado sobre violência e mulheres em situação de rua traz na narrativa violência física praticada por policiais e seguranças (ROSA e BRETAS, 2015). Nenhuma das participantes relatou violência física realizada por policiais e seguranças, porém as que narraram sobre situações com agentes de segurança, informaram medo e insegurança na presença deles. As duas participantes P1 e P3eram usuárias de drogas, informaram “enquadramento” em relação a isso e medo da violência física.

A violência praticada por alguns agentes públicos está cercada de juízo de valor, discriminação e intolerância social, pois, nenhuma das participantes mesmo

estando grávidas foi recolhida pelo uso/abuso de drogas ou até mesmo para instituições de abrigo (ROSA e BRETAS, 2015).

#### 4.2.4 Transições vivenciadas por mulheres em situação de rua

As participantes desse estudo apresentaram tanto transições saudáveis como não saudáveis em relação à maternidade e à situação de rua. Para organização da teoria, foi realizado um quadro com o fluxograma da Teoria das Transições aplicada as participantes do estudo.

**Quadro 5 - Fluxograma da Teoria das Transições aplicada as participantes do estudo** (continua)

<b>TEORIA DA TRANSIÇÃO</b>		
<b>Hipossuficiência identificadas nas narrativas das mulheres em situação de rua em relação à maternidade</b>		
<b>Natureza da Transição</b>		
Tipo	Saúde- doença	Abortamento, internação na gestação, internação de seus filhos
	Desenvolvimental	Gravidez
	Situacional	Viver em situação de rua
	Organizacional	Mudança de ambiente de moradia e/ou trabalho.
Padrão de transição	Múltiplas	Ocorrência de mais de uma transição pelas mulheres em situação de rua.
	Simultâneas e relacionadas	Transições foram simultâneas, sequencias, relacionadas e não relacionadas.
Propriedades	Conscientização	Cinco participantes não tiveram conscientização sobre a transição vivenciada.
	Envolvimento	Seis participantes não tiveram envolvimento
	Mudança	morte dos pais, ida para a rua e a perda temporária da guarda da filha, natimorto, internação dos filhos
	Diferença	sentir-se diferente ao não sair da maternidade com a filha, devido ao uso de drogas, ao se submeter a situação de rua.
	Tempo de transição	As participantes apresentaram oscilações de personalidade ao longo da vida, sendo diverso a delimitação do intervalo de tempo
	Pontos e eventos críticos	morte dos pais, uso de drogas, ida para a rua, possibilidade da perda da guarda, morte dos filhos e/ou natimorto, gravidez na adolescência e violência.
<b>Condição de Transição</b>		
Pessoal	Significado	A maternidade tem significado positivo para participante facilitando exercer a maternagem.

**Quadro 5 - Fluxograma da Teoria das Transições aplicada as participantes do estudo (conclusão)**

	Volição	Não houve preparo e conhecimento em relação as transições vivenciadas
	Crenças culturais e atitudes	Uso problemático de drogas, dificuldade de sair da situação de rua e a crença do cuidado dos filhos
	Status socioeconômico	Condição econômica baixa
Comunitário	<p>Condições Facilitadoras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio de parceiro para sair da situação de rua.</li> <li>• Apoio dos profissionais de saúde da unidade para o tratamento do uso problemático de drogas e estar com a guarda dos filhos</li> </ul> <p>Condições Inibidoras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de drogas e os efeitos nas gestações</li> <li>• Falta acesso na preparação e informação nos cuidados na gestação, parto e puerpério</li> <li>• Relacionamento conturbado com a mãe e com a família e a falta de apoio deles</li> <li>• Situação de vida de parceiro que é usuário de drogas e irresponsável economicamente.</li> <li>• Situações vivenciadas com agentes públicos que as fizeram temer em estar em situação de rua.</li> </ul>	
Sociedade	<p>Condições Inibidoras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desigualdade de gênero</li> <li>• A marginalização da população em situação de rua e usuários de drogas</li> <li>• O preconceito em relação a maternidade e as mulheres usuárias e em situação de rua</li> <li>• Afastamento dos filhos</li> </ul>	
<b>Padrões de resposta</b>		
Indicadores de processo	Sentir-se ligado	Sete participantes não se sentiram conectadas
	Interação	As interações das participantes envolviam os filhos, familiares e profissionais de saúde.
	Localizar-se e estar situado	Localização foi fluida entre a rua, a casa e a maternidade. Sete participantes não se situaram em termos de tempo, espaço e relacionamentos.
	Desenvolver a confiança e adaptar-se	Sete participantes não desenvolveram confiança e adaptação.
Indicadores de resultado	Maestria	Sete participantes não apresentaram maestria
	Identidade integradoras fluidas	Sete participantes não apresentaram identidade integradora e fluida devido a falta de conexão e habilidades

Fonte: A autora, 2021 adaptado de JANINI, 2019.

Em relação à natureza das transições, elas apresentaram as transições desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional. Todas as participantes apresentaram a transição desenvolvimental devido passar pelo ciclo gravídico-puerperal, como podemos observar abaixo:

[...] Depois eu engravidei de novo, já sabia que tava grávida, comecei pré-natal tudo direitinho, hoje ele tem 10 anos, esse que ta vivo... agora eu engravidei de novo, tive, também comecei pré-natal tarde, que eu não sabia se estava grávida ou não [...] (P3)

A transição desenvolvimental corresponde às situações precipitadas e relacionadas aos ciclos de vida. Tornar-se mãe, contribuiu e estimulou a mudança de papel e personalidade das participantes. Foi possível perceber que apesar de vivenciar situações de vulnerabilidade, as participantes vivenciaram a maternidade de forma a querer exercer a maternagem, contudo, fatores como o uso de drogas, déficit cognitivo, situação financeira e de rua, em alguns casos, prejudicaram viver uma transição saudável neste período.

O cuidado materno engajado pode ser visto nas participantes 1, 3, 5,11, como evidenciado:

[...]sempre tive muita consciência, eu jamais iria pegar uma filha minha pra expor ela ao risco por causa do meu vício, eu teria completa, é... sensatez de deixá-la com minha família, como eu sempre deixei todas as vezes que eu fui usar, e não pegaria minha filha por capricho ou por implicância, por nada, porque eu sei que educação e a, e a integridade de uma criança que está em jogo, [...] (P1)

[...] E em 62 nasceu o primeiro filho. Aí eu fui comprar leite, açúcar que tava faltando, na falta de açúcar eu fui comprar. Cheguei lá uma mãe ia jogar um aleijado no mar. Olha que pecado meu deus. Não faça isso que esse vai ser o primeiro filho que eu vou ganhar da rua. Trouxe pra casa [...] (P11)

O cuidado materno engajado é um processo ativo, envolvido e mútuo, onde a mulher se prepara para ser mãe, lidando com a realidade envolvida, adaptando-se as crianças e planejando uma boa vida para seus filhos e familiares. Na perspectiva de Meleis et al (2010) este cuidado proporciona a incorporação do cuidado materno a identidade da mulher e uma criança saudável, feliz, forte, segura e confiante.

A maioria das participantes não planejou suas gestações, fato esse que pode ter influenciado nessa transição, contudo, todas elas relataram sentimento em relação aos seus filhos vivos ou não:

Primeiramente é eu amo eles, eles foi o que Deus me deu, não aceito ninguém tirar eles de mim, não aceito passar, eu to aqui e eu já quero ir

embora por mim eu já ia embora agora, com a minha bebê ir embora, mas tem que esperar, que eu não fiz exame, tem que esperar... eles pra mim é tudo, eu amo aquelas criança, a única coisa que eu tenho[...] (P5)

aí é muito ruim tia, você ta no hospital e você não ta com seu filho... tipo assim, ali naquela forma que eu perdi meu filho, fiquei no hospital vendo várias crianças, tipo assim eu fiquei arrependida, ah não porque eu não fiz tudo direitinho, porque eu não parei com essa maldita, tipo assim eu me arrependi muito, ai sei lá tia não gosto nem de lembra [...] (P9)

Esses sentimentos podem ser resultado da forma como a cultura influencia as mulheres quando se trata de maternidade. Como já dito anteriormente, os sentimentos em relação à maternidade começam na infância quando a menina é estimulada a brincadeiras com bonecas e é perpetuado por ideias de plenitude e completude sobre o fato de gerar e cuidar de outro ser. (GRADVOHL, OSIS e MAKUCH, 2013; BADINTER, 2010).

Outro ponto que foi observado a partir das narrativas de vida das participantes é sobre a história obstétrica dessas mulheres, pois, elas influenciaram o desenvolvimento dessa transição, já que muitas temiam a repetição dos desfechos negativos, como se observa a seguir:

[...] é... é porque...dele eu também eu tinha usado uns negocio, então ai lá eles falaram que eu só ia sair, meu filho só ia sair se tivesse um responsável, mais comigo, se não eu ia perder meu filho, não gosto nem de conversar isso porque eu fico pensando nesse daqui [...]

Este fato também foi observado em estudo realizado com mulheres afrodescendentes, onde abortos anteriores e históricos de problemas de saúde maternos diminuíram a sensação de bem-estar da mulher e inibiram esta transição (MELEIS, et al, 2010). Ressalta-se que no momento da entrevista narrativa, as mulheres que se encontravam na maternidade ficavam mais temerosas em dar detalhes sobre a sua trajetória de vida do que aquelas que foram encontradas através de indicações e/ou no Consultório na Rua. Este fato pode ser atribuído à assinatura do termo de consentimento e às informações fornecidas a pesquisadora nas narrativas de vida e que geraram o receio de terem seus filhos retirados.

Todas as participantes, também, vivenciaram a transição situacional devido à mudança de locais de moradia, ao viver em situação de rua, ao utilizar drogas lícitas e ilícitas, ao perder familiares/cônjuges, ao se relacionar com o parceiro em situação de rua, ao sofrer violência do parceiro íntimo, ao ser diagnosticada com IST, ao

vivenciar uma gravidez de risco, quanto a possibilidade da perda da filha e a morte dos filhos.

Sobre viver em situação de rua, destaca-se a fala de P6:

[...] Meus filhos não foi criado na rua não, foi criado dentro de casa, eu tinha casa, deixei eles tudo em casa, essa que é a primeira gravidez que eu passo na rua, que eu nunca passei na rua, passei em casa, tinha casa, como os pais do meus esposo que mora longe, que mora em Vassouras, minha mãe mora aqui no rio mas mora na baixada e não dá nem pra ir pra lá, nem prum lado nem pro outro, o jeito é ficar aqui, já tentamo até arrumar casa por aqui [...]

Viver em situação de rua é um exemplo de processo transicional, visto que, o indivíduo passa de uma condição de estabilidade para outra ocasionando uma mudança nas relações de papéis, nas expectativas e/ou nas capacidades (MELEIS, et al, 2010). Como nota-se no fragmento de narrativa anterior, a participante não morava na rua e, sim, estava em situação de rua, com o objetivo de sair tão logo se estabilizasse.

Destaca-se também a relação das participantes e o uso de drogas ilícitas:

[...]Hoje eu moro com a minha filha e... graças a Deus porque eu tive um problema eu estava atravessando um problema com as drogas hum... como eu já to aum... quase um mês sem usar nada, consegui ir pra casa dela logo após...após o nascimento da menina, da Betina. [...] (P1)

[...] ai tipo assim eu voltei pro Rio, ai fiquei um ano e seis meses sem usar, nisso teve uma briga minha e da minha mãe, minha mãe jogou tudo o meu passado na minha fu na minha cara e eu joguei o passado na cara dela ai eu falei assim ah é já que a senhora quer assim, então eu vou voltar a usar droga, já que você não aceita a pessoa que eu to, sem usar,vou começar a usar droga de novo, pra você vê se já é me da valor, ai foi onde eu experimentei a maldita aqui no Rio de novo, to até hoje [...] (P10)

Nas narrativas acima, podemos perceber que utilizar a droga é uma situação em que o indivíduo passa por uma mudança em seu quadro de saúde, saindo de um quadro de estabilidade, para um quadro de desorganização, para enfim, retornar a um período de menor perturbação ou maior estabilidade, a partir do crescimento relativo do ocorrido anteriormente (MELEIS, et al, 2010)

Dentre as participantes com o consumo problemático de drogas, apenas duas estavam no processo de estabilidade para o não uso da substância, as demais, mantêm-se em uso problemático da droga, característico de pessoas em recidiva da droga, apresentando distanciamento de suas relações e dificuldade de pensar seus conflitos emocionais (REZENDE e PELICIA, 2013).

Em seus processos de transição, as narrativas das participantes P2 e P5 exemplificam a instabilidade vivenciada pela morte de entes queridos ou o afastamento desses, situações estas que exigiram uma reformulação da identidade para lidar com essa nova fase:

[...]Com o pai dele que faleceu...morei 19 anos com ele, só que eu saí sem nada, sem salário, sem nada...[...] já tinha meus filhos, foi logo assim que meu marido morreu, eu morava de aluguel e aí eu fui morar na rua[...] (P2)

[...],mas nada tira a minha fé que ele vai sair de lá (refere-se a prisão) o mais rápido possível, ele entrou como um...não tem crime cara, mesmo assim que ele tava assinando ele assinava direitinho (refere-se a condicional), eu obrigava ele ir, as vezes até ia com ele, não sei... as vezes eu pergunto Deus porque não sabia... pergunto pra que? porque tudo tem que ter um objetivo, não sei porque que foi [...] (P5)

Um dos pontos que podemos observar nessas narrativas é a interrupção do vínculo ou pontos de referência como fator de perturbação devido a dependência de sentimento em relação a segurança dessas participantes (MELEIS e SCHUMACHER, 2010). Dessa forma, a necessidade de vivenciar o luto e as suas fases, facilita nesse processo para a aquisição de uma de transição saudável.

Esta transição também foi evidenciada devido à perda da guarda dos filhos como pode ser observada a seguir:

[...] Aí... quando eu quase tive a minha filha na maternidade X ela tem dois anos, quase perdi ela, foi aonde eu parei pra pensar melhor[...]

Em estudo realizado com mães sem a guarda de seus filhos, foi identificado em suas falas solidão, culpa e esperança, além de arrependimento em relação às situações adversas que expuseram suas crianças (MENANDRO, et al, 2019). O que se assemelha com o que foi percebido na narrativa de vida das participantes deste estudo, que referem o afastamento dos filhos fator inibidor para seu processo de transição.

Outra situação que exigiu das participantes uma reformulação do seu papel foi a descoberta de alguma IST. P10 em sua narrativa de vida deixa claro, as dificuldades em relação ao HIV e como descobrir a sífilis prejudicou a interação com o parceiro atual, junto a isso, a necessidade dela de buscar tratamento para a doença, como observado a seguir:

se eu falar muito eu vou chorar, é eu to to decepcionada sabe eu conheci uma pessoa tão legal mas, enquanto eu não tiver boa tomando o meu coquetel eu falei com ele, que eu tenho soro positivo, ele mesmo assim me aceitou, mas é melhor vou distanciar, vou dar o fim hoje, não mas eu vou dar o fim hoje, ta bom eu não quero me magoar mais entendeu, ele já sabe que eu tenho soro positivo me aceitou, vai aceitar mais eu, com mais uma doença,

eu não vou nem falar com ele, vou falar assim, ah Max da um tempo, vamo dar um tempinho por enquanto, entendeu, to cheia de problema (P10)

Um estudo sobre doença renal crônica (DRC), reforça que ao receber o diagnóstico de uma doença e ao lidar com o tratamento de uma doença pré-existente o indivíduo deve entender as diferentes percepções e significados pessoais sobre a situação vivenciada. Este entendimento que irá gerar múltiplos sentimentos e atitudes no enfrentamento da doença e a possibilidade de uma estabilidade dentro dessa experiência vivenciada (OLIVEIRA, et al, 2020).

A relação com parceiro íntimo foi um ponto que chamou a atenção nas narrativas de vida dessas participantes. E a violência sofrida por elas salienta uma transição por vezes não entendida e normalizada, devido ao sentimento depositado a esses parceiros, como exemplifica a fala de P4:

[...] infelizmente, né a gente não manda no coração, como eu gosto dele, voltei, mas eu trabalhava, tinha meu dinheiro, ele trabalha de segunda a sexta, segunda a sexta ele gasta o dinheiro todinho com cachaça, e droga, muita droga, e ele já tá bêbado, vou até embora pra casa porque eu não tô a fim de apanhar aqui[...]

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública, segundo relatório da ONU, de abril de 2019 até março de 2020, 243 milhões de mulheres passaram por algum tipo de violência sexual ou física realizada por um parceiro. Em estudos relacionados a teoria das transições e as situações de divórcio, identificou-se a necessidade de promover a saúde e a prevenção de doenças, para esse momento de transição. Assim, utilizando deste exemplo, observa-se a importância da atenção e intervenção nas situações de violência na vida dessas mulheres, visto a sua vulnerabilidade (DOMINGUEZ, et al, 2020).

Sobre a transição saúde-doença, 9 das 11 participantes tiveram essa experiência vivenciada, como nota-se a seguir:

[...]eu senti uma pressão, aí eu olhei pro meu patrão, aí ele “o que que foi?” eu falei assim, acho que tô perdendo meu filho, ele me botou dentro do carro, me levou pro (hospital X) e lá eu perdi o neném, foi... Deus sabe todas as coisas porque que eu tinha que perder, mas foi meio difícil essa, foi difícil...foi uma, experiência que não quero mais, você tem que engravidar e perder aquela criança foi difícil pra mim foi, hoje eu não quero mais ter outro não [...]  
(P4)

Então eu tinha ganhado a alta, e ele continuou no hospital tomando o remédio por aqui (braço), pra limpar, ooo o organismo dele, [...]pra limpar, porque caso do devido a droga, então foi pra ele também, então ele nasceu na abstinência, ele não ia, que acho que se ele não tomasse esse remédio, acho que ele ia crescer no crescimento de querer, é... querer saber do que era droga, porque aí, ele, ele nasceu grandinho, aí ele ficou, limpo, aí falo que eu só

podia sair de lá com o meu filho quando meu filho tivesse limpo, porque ele nasceu na abstinência, e ai eu fiquei indo lá, e ai ia casa e lá, casa e lá, ai tinha dia que eu, dormia lá, ai ela me dava dinheiro da passagem, assistente social de lá, tive ele lá no (Hospital Y), e ai foi, ai graças a Deus deu tudo certo [...] (P9)

A transição saúde-doença foi observada na mudança no estado de saúde das participantes, seja na aquisição de alguma doença devido a situação insalubre ou não; também foi possível observar na internação dos filhos, onde para exercer a maternagem elas tiveram que se reestruturar para o acompanhamento da criança internada.

Embora, a maioria das mulheres aparentasse cuidado e preocupação com seus filhos internados, a participante P7 teve uma característica diferente ela teve o afastamento de seu filho no momento do nascimento devido ao uso de drogas, porém optou pela saída da maternidade (à revelia), sem o bebê que estava em fototerapia na unidade neonatal.

Diferente dessa participante, a participante P3 demonstrou um empenho na transição saúde-doença com seu filho internado, ela referiu esforços no cuidado com seu filho e para o aprendizado, reorganizando-se e informando que está na rua porque consegue incentivo para ficar mais perto de seu filho, conforme narrativa a seguir:

mas agora que ele tirou o aparelho de respirar, eu vou lá entro lá pego ele no colo a hora que eu quero, então é uma felicidade e eu começo a chorar, brincando com ele e ele rindo, e eu começo a chorar, e a enfermeira: “ tá chorando porque de tristeza ou felicidade?” de felicidade... é muito bom a sensação de uma mãe, pegar um filho no colo, ri pro seu filho, brincar com teu filho e eu não tive isso do primeiro, mas eu tive do segundo, e to tendo com esse, então, não vejo a hora do meu filho sair do hospital, mas se Deus quiser ate o dia 30 ele ta ai, que é só eu aprender dar leite na sonda pra ele, e a enfermeira já viu que eu sei dá e a médica, então ele vai ter alta já já (P3)

eu não uso droga, mas se eu for pra casa, assim, sem o meu marido, eu vou me perder, entendeu?! Se eu for embora, igual a minha mãe me chamou pra mim ir embora, seu for embora e ele ta aqui, eu sei que um dia, eu posso ficar dois dias, três dias em casa, o outro dia quando eu pegar dinheiro é favela, fico dois três dias na favela, então aqui, [...] vou querer chegar tarde, então, e depois, e pra mim ver meu filho no (Hospital Z)?! Como que eu vou vim ver? Porque se eu fico três dias na favela, e eu não tenho a responsabilidade de ver ele então pelo menos aqui na rua com meu marido eu vou todo dia ver ele porque ele me obriga entendeu!? Porque meu filho é filho dele, então ele me obriga, aí eu vou ver ele...todo dia...(P3)

A participante P3 exemplifica situações de dependência emocional em relação ao marido que acaba sendo um facilitador no cuidado e responsabilidade com o filho internado. Ela reestrutura-se na dependência do marido e este fato acaba colaborando para ela exercer a maternidade, almejada. Apesar de estar na rua

demonstrar certa complexidade situacional, de forma complementar auxilia na transição saúde –doença porque contribui em estar mais perto do filho e contribui na transição desenvolvimental pois, auxilia ela a exercer a maternidade. Dessa forma, corroborando com o que diz a Teoria das Transições é necessário o entendimento da complexidade das transições de forma ampla e relacional (MELEIS, et al, 2010).

Outro ponto que pode ser observado é que todas as mulheres estiveram internadas no período do ciclo gravídico puerperal, porém, nem todas passaram por um período transicional, por não vivenciaram a transição. A participante P5 destaca-se em sua internação durante o nascimento de sua última filha pela manutenção dessa internação devido ao seu trauma de agulhas, ela acaba por não ter uma transição saudável, pois não se reorganizou e se estruturou para superar esse trauma, conforme narrativa a seguir:

[...]Não... fiquei em desespero, parecia que aquilo ali, tavam, querendo me matar, Deus me livre, eu até sonhei com isso tu acredita? A mulher correndo atrás de mim com a injeção...eu sonhei... bobeira né... meu Deus... (Não!) não é bobeira não...não é bobeira, é uma coisa que, eu não consigo, eu não consigo, eu não consigo...eu peço desculpa, mas, não consigo ... tem muitos que tem medo de um negocinho ali, tem medo do escuro, eu tenho medo da injeção [...] (P5)

A participante P5, em sua história de vida, ressaltou que não é a primeira vez que essa situação acontece numa maternidade, relatou que foi dopada em gestação anterior para a retirada de material para exames laboratoriais. Com isso, apesar do reconhecimento da dificuldade, ela não consegue desenvolver um enfrentamento diante da sua vulnerabilidade, obtendo uma recuperação problemática e afetando a sua interação com seus filhos, a filha recém-nascida não pode amamentar e os filhos mais velhos a aguardam em casa sem ela.

Meleis, et al, 2010, reforçam que a vulnerabilidade se relaciona a experiência de transição, condições ambientais e interações que expõem os indivíduos a possíveis danos, problemas em relação a recuperação e enfrentamento não saudável ou retardado, conforme observamos acima.

Apenas três participantes apresentaram a transição organizacional. P2, P8 e P10 vivenciaram mudanças ambientais que caracterizaram transições e mudanças no padrão econômico e/ou modificaram seu papel e sua identidade, como observado nas narrativas abaixo:

Eh porque eu deixei, na época eu trabalhava, ai a firma que eu trabalhava mudou pra cá, eu vim pra cá, ai acabou que minha irmã não pode ter filho, porque ela tem, teve um problema que ela teve que tirar tudo, ai eu... “deixa

eu cuidar dos meus sobrinhos, deixa eu criar” eles são registrados no meu nome, eles me chamam de mãe e chama ela também, mas a mãe mesmo daquelas crianças sou eu, mas chama ela de mãe, ela criou eles mais ensinou a mãe de vocês mora no Rio, toda semana quando eles começaram a falar, ligava, botava eles pra falar comigo[...] (P8)

aí foi pra onde que eu fui pra família acolhedora, não sei se você já ouviu falar da família acolhedora? Que é.... que é tipo um abrigo, mas não é um abrigo, ai quando a criança nasce, eles tomam a criança de você e bota pra adoção, só que graças a Deus, né, a Vitoria foi diferente, aí ali é tipo um abrigo eu saia ficava de dia, de dia ficava na rua a noite eu poderia voltar, ai ali a minha gravidez todinha, foi pedindo fralda, leite na rua, porque eu não podia amamentar mais, como já falei eu já tava cum cum sífilis, eu pedia eu grávida pedia fralda, pedia leite, pedia roupa de criança, ia pra saens pena, pa tijuca, mendigava????, pedia mesmo, não pedia dinheiro mas pedia pra minha filha, ate que essas fraldas e esse leite durou um ano (P10)

As narrativas acima demonstram uma mudança de ambiente que contribuiu para uma reorganização e mudança de papel das participantes. A participante P8 que a partir da mudança de ambiente, afasta-se dos filhos mais velhos e permite que a irmã os crie, não exercendo a maternagem e a participante P10 que ao mudar para o abrigo, se desvincilha da mãe e do pai da criança e se reestrutura para conseguir apoio no cuidado da filha.

Em relação ao padrão das transições, as participantes vivenciaram transições múltiplas:

quando eu engravidei dele, eu não sabia, eu morava com ele aqui na rua [...] (P4)

As participantes 2, 3, 5, 7, 9, 10 e 11 apresentaram transições sequenciais e as participantes 1, 4, 6, 8 simultâneas, ou seja, moravam na rua antes de engravidar e/ou mantiveram-se na rua estando grávida. Outro exemplo foi quando as participantes engravidaram, posteriormente, internaram para o nascimento do filho ou quando em seguida, este internou em unidade neonatal:

[...] eu fui gravidez de risco, tive que que ter lá no Hospital F, comecei, discuti com a menina, comecei passar mal fui parar no Hospital F, aí fiquei internada uma semana e depois de uma semana ele nasceu. Ai com seis meses ele veio a falecer [...] (P3)

Nota-se que a maioria das transições foram relacionadas, como observado a seguir:

Passei na rua... só ela, porque minha mãe não aceitou, minha mãe rejeitou a minha a minha segunda gestação, ela falava assim, poxa já vai pra terceira, quarta gestação, porque eu sofri dois abortos, ela na quarta gestação, vai ficar enchendo a minha casa de creche, então ela me botou pra fora, minha mãe me botou pra fora de casa, eu fiquei do primeiro até o nono mês na rua, depois que a criança nasceu, que saiu de alta que eu sai de alta também, minha mãe aceitou eu em casa[...] (P10)

Quando as transições não eram relacionadas, aconteciam em tempos distintos ou por motivos alheios as transições já vivenciadas, como exemplo na narrativa abaixo:

Pelo menos tenho uma casa, mas antes disso eu era mendiga de rua, comi lixo de 3 anos de idade até 8 anos [...] (P11)

Reconhecer o padrão das transições, suas sobreposições e a relação entre elas, contribui para entender os eventos ocorridos na vida das participantes, confirmando sua multiplicidade e complexidade (MELEIS, et al, 2010).

As propriedades das transições vivenciadas pelas participantes foram diferentes em determinados casos, a maioria das participantes apresentaram consciência da experiência de transição, como evidencia a narrativa a seguir:

eu falo que dentro desses 41 anos que eu tive, que eu tenho de vida, foi a pior fase que eu já passei na minha vida, não desejo isso pra ninguém e eu acho que todo mundo tem que querer o melhor pra si, todo mundo tem capacidade disso... não me vejo... não quero me colocar, não vou mais me sujeitar a coisas que eu passei como ficar sem tomar banho, ter que tomar banho e lavar, lavar a própria roupa no corpo e deixar secar no corpo [...] (P1)

A conscientização refere-se à percepção e conhecimento da experiência de transição e, alguns autores a consideram como característica definidora da transição. A narrativa de P6 evidenciou que ela apresenta consciência de sua situação, percebe sua condição de estar na rua e os fatores intervenientes nesse processo (MELEIS, et al, 2010), como pode ser observado a seguir:

[...] é a primeira vez que eu passo por isso...eu não gosto de ficar na rua, eu não gosto de ser humilhada, não gosto de ser maltratada e eles, sim tem muita discriminação com a gente, nem se importa, com o que a gente ta passando, com que a gente ta pensando...Por isso que eu falo, que assim que eu ganhar minha filha eu vou embora, quero voltar, quero ir pra Bahia que eu tenho parente lá, ficar no Rio de Janeiro é muito complicado, muita discriminação...não quero mais falar não... quero ficar quietinha [...] (P6)

Apesar de conhecer as situações adversas da situação de rua, apenas as participantes P3, P4, P10 não apresentam consciência da transição vivenciada. Para que ocorra a transição, é importante o nível de conscientização apresentada pela pessoa, caso contrário, pode significar que não esteja em transição ou que se encontre em fase de pré-transição (MELEIS, 2010).

Conhecer e reconhecer a experiência de transição depende do nível de consciência apresentado pela pessoa, o qual possibilitará a tomada de consciência ao entender seu papel enquanto sujeito na sociedade, de acordo com os

determinantes sócio-normativos dos diferentes papéis e comportamentos desempenhados pela pessoa. (MELEIS, 2010).

A próxima propriedade da transição é o envolvimento, evidenciada a seguir:

[...] Foi, eram poucos os que sempre, eles realmente, eles realmente se preocupavam comigo, pena que eu, eu não tem como vê-los, porque eu não passo mais perto desses lugares, e eu...também to evitando, eu to graças a Deus, há 20 dias... na paz, não to sentindo falta da droga...não sonho, graças a Deus, mais que eu to usando, não tomo mais diazepam para dormir, embora eu tenha até a receita, eu vá pegar mais porque eu não vou brincar, eu não vou bobear, porque eu sei que...é só mais um dia que eu to sem ela, entendeu, e pra falar verdade, eu considero que essa doença que eu tenho não tem cura, ela tem controle, eu não vou ficar curada nunca disso, porque eu sei que se eu bobear e seu eu usar, uma coisinha que seja, eu vou voltar novamente, porque droga não é uma coisa ruim, é uma coisa muito boa... é prazeroso, só que é um prazer... um prazer... falso [...] (P1)

O grau de envolvimento no processo caracteriza-se pela busca de informações, o uso de modelos de conduta, preparar-se ativamente e modificar atividades de forma proativa (MELEIS, et al, 2010). Na narrativa anterior, podemos perceber que para sair da rua e deixar de usar as drogas a participante 1, deixa de conviver com algumas pessoas e de frequentar locais que remete ao uso de entorpecentes.

Seis participantes, P3, P4, P6, P7, P9, P10 não demonstraram envolvimento no processo vivenciado, como evidenciado a seguir, onde a participante não demonstrou envolvimento no processo gestacional, pois, não realizou pré-natal e ainda mantém o uso de drogas apesar da ciência dos malefícios das drogas para os recém-nascidos.

Porque eu não fiz mermo, pra mim era normal, eu não fiz, não fiz nada, não fiz exame [...] (P8)

tipo assim eu vou te dizer que eu também uso, por isso quando eu venho nos médicos que ele tá bem, tá tudo direitinho?! Lá elas me perguntaram (referindo a ultra pela manhã) mas eu não dei mole no papo, entendeu!? Lá elas perguntaram se eu usava crack, aí eu falei que não, aí ela falou mar tu usa o que então? Aí eu uso só maconha, mas eu saí com a cabeça assim meio pesada, porque porque na hora de ter, com certeza, mar Deus sabe de todas as coisas, por menos, ele sabendo, eu sabendo que ele tá bem, então sinal que não tá muito, pro tah muito pro, ah eh, os maldito não tá muito então se apegando nele, ele só tá com pouco peso né!?![...] (P9)

Importante ressaltar que o nível de engajamento de um indivíduo que está consciente das mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais será diferente dos que não apresentam consciência dessas mudanças (MELEIS, et al, 2010). Nesse estudo, as participantes que apresentaram maior engajamento/envolvimento vivenciaram transições mais saudáveis do que as demais.

As mudanças ocorridas com as participantes do estudo envolveram a ida para a situação de rua, a mudança de parceiros e a relação com parceiros em situação de rua, o retorno ao uso de drogas, internação na gestação, a morte de familiares ou cônjuge, perda da guarda dos filhos, prisão do marido, descoberta de IST, a saída da rua e a conquista de um trabalho.

Entendendo que nem toda mudança corresponde a uma transição, as mudanças que ocorreram nas vidas das participantes influenciaram nas transições por elas vivenciadas, sendo necessário desvendar e descrever os efeitos dessas mudanças que acometeram as histórias de vida dessas mulheres (MELEIS, et al, 2010). Neste estudo foi possível perceber mudanças devido a eventos críticos ou desequilíbrios como a ocorrência de um natimorto, a violência sofrida por parceiro íntimo; a perturbações nos relacionamentos, como brigas com a mãe, e nas rotinas dessas participantes.

Com isso, confrontar a diferença, exemplificada por expectativas não satisfeitas ou divergentes, é outro aspecto da transição que podemos salientar a partir das narrativas a seguir:

agora dessa vez a gente separou porque ele me agrediu, foi uma agressão muito, tentei debater com ele, mas não deu, um homem, me enforcou, me deu soco, me deu pescoção, puxou meu cabelo, eu ia furar ele de faca pra evitar eu falei assim: eu não preciso disso não, foi onde a ficha caiu, eu não preciso [...] (P4)

até na época que eu tinha a minha casa, eu saía de casa e largava o meu marido pra ficar lá com eles porque eu sempre tive uma ilusão falsa de uma ver... amizade verdadeira lá dentro... porque minha mãe e assim minha família ela é meio desmembrada [...] (P1)

A diferença percebida pelas participantes resultou em mudanças de comportamento e percepção. As reações de P1 e P4 em relação a sentir-se diferente foram distintas, para P1 essa propriedade contribuiu para uma transição saudável, já para P4, a mudança não correspondeu a processo transicional saudável.

Todas as transições caracterizam-se por fluxo e movimento ao longo do tempo, definir as experiências de transição das participantes levaram em consideração os primeiros sinais de mudança, através de um período de instabilidade, confusão e angústia até um final com um novo começo ou período de estabilidade (MELEIS, et al, 2010). As participantes que vivenciaram a transição situacional em relação à situação de rua, quando alcançaram a transição saudável tiveram o seu intervalo de

tempo contado a partir do momento que foi para a rua, até a conquista de uma moradia, seja ela casa própria ou a casa de familiares.

Algumas transições vivenciadas foram difíceis de delimitar o intervalo de tempo, pois, as participantes apresentaram oscilações de personalidade ao longo da vida, passando por diversas situações, pois, ainda estão em processo transicional, como a P10, que foi para a situação de rua ainda adolescente, passando por abrigos, indo para a casa da mãe, sendo expulsa da casa da mãe, voltando novamente para a situação de rua.

Os eventos e pontos críticos associados às transições vivenciadas pelas participantes compreendem a ida para a rua, o uso de drogas, o nascimento do bebê morto, a violência sofrida antes e após viver em situação de rua, a possibilidade da perda da guarda da filha, a gravidez na adolescência e a adoção do filho adotado.

Neste estudo ressalta-se que o uso de drogas é um evento crítico na transição de algumas participantes, visto que a droga dificulta a conscientização e envolvimento delas no processo transicional, além de interferir nas relações com seus filhos, familiares e a sociedade, como podemos observar a seguir:

Na minha família não tem drogado, não tem bandido, não tem ninguém assim, que seja da vida errada, eles não tem convívio, com ninguém da vida errada, ninguém da minha família foi preso, então a gente, fica difícil de explicar pra eles, e fazerem eles entenderem certas coisas que eu passei e algumas coisas do meu comportamento, pra quem não usa droga a pessoa que faz isso, é viciada, safada, gente não é, é uma compulsão, uma coisa infernal, eles não tem idéia, do quanto quantas vezes eu chorei por eu me sentir fraca, saber ter consciência que eu tinha uma doença que eu tava viciada demais, eu não tinha forças as vezes eu queria embora pra casa mas eu tinha vergonha, como é que eu vou chegar em casa mais uma vez e falar que eu dei mole pra droga, sabe, ai muitas vezes eu deixava eles virem me buscar por que pra mim, na minha cabeça era mais fácil, eles irem lá atrás de mim, eu pegar e ir com eles, tanto que todas vezes eu, eles chegavam eu ia embora (seus filhos? Faz sinal positivo) e o meu marido também...minha mãe nunca foi, minha mãe nunca foi muito minha mãe, ela sempre teve a minha irmã como preferida dela e eu era a mais querida do meu pai...(P1)

As condições facilitadoras e inibidoras dos processos transicionais das participantes foram observadas nas narrativas de vida. As condições pessoais observadas facilitaram a transição saudável de algumas participantes. Em relação ao significado dos eventos precipitantes de uma transição, 5 participantes – P1, P2, P5, P8, P11 apresentaram significados atribuídos a maternidade e a situação de rua:

[...]Primeiramente é eu amo eles, eles foi o que Deus me deu, não aceito ninguém tirar eles de mim, não aceito passar[...] eles pra mim é tudo, eu amo aquelas criança, a única coisa que eu tenho...sobre a situação de

rua...aconteceu um problema comigo e eu tive que sair da onde que eu morava, meus filhos nunca tinham dormido fora, nunca tinha deixado eles dormir na casa de ninguém, morava eu, eles e minha mãe, num pedacinho, pequenininho[...] vim pra rua, fiquei ai... 1 ano e pouco na rua, depois consegui, se comunicando com um, se comunicando com outro e eu fui pra primeira invasão, ahh mene... invasão não, pra primeira ocupação...fiquei, consegui trazer dois...porque eu não tava completa, [...]e sobre a minha gravidez, eu nunca aceitei tirar, por isso que eu tenho esses filhos todo, eu nunca quis tirar... eu sempre quis eles...sempre quis meus filhos[...] (P5)

Não foi possível identificar nenhum significado especial atribuído pelas demais participantes sobre essa temática. Significados positivos e neutros podem facilitar a transição. No caso das participantes – P3, P4, P6, P7, P9 e P11, a ausência de significado prejudicou a ocorrência da transição.

Em relação às crenças e atitudes culturais, o uso problemático de drogas ganha destaque na narrativa de 4 participantes – P3, P4, P7 e P10, visto que apesar de ter esse envolvimento com a droga elas demonstraram uma ambivalência em relação ao uso e crença sobre o seu consumo e dos demais, como na narrativa abaixo:

a diferença do viciado e do usuário, e eu sou usuária e pretendo não ser mais, porque como eu voltei pra minha casa, graças a Deus, eu não sinto vontade de usar droga, o usuário é aquele que consome, quando quer, tipo hoje é sexta feira, hoje eu tenho dinheiro eu vou usar droga, o viciado é aquele que vende tudo que tem dentro de casa[...] (P4)

Outra crença e atitude que pode ser destacada e contribuiu com o processo de transição da participante é o narrado por P11, que promove o acolhimento de pessoas abandonadas, cuidando e protegendo, como filhos:

A maternidade foi tudo pra mim. Eu sou feliz com os meus filhos. Eu amo meus filhos. Tudo que eu tenho são os meus filhos, tanto filho verdadeiro como não. Eu amo eles todos. Esses doentes então. Isso pra mim é tudo, não sabem pedir, não sabem dizer o que é uma dor e esses aí ainda muito, muito mais que um filho até. (P11)

Assim, foi possível perceber que algumas crenças e atitudes das participantes contribuíram para ocorrência da transição. Porém, outras atitudes e crenças, como em relação às drogas, inibiram a transição, pois, participantes como P3, P4, P7 e P10, não viram essa atitude como fator que prejudica sua percepção e movimento em relação as transições vivenciadas.

Nenhuma das participantes teve preparação antecipada e conhecimento sobre os processos de transição vivenciados. A preparação antecipada contribui para a experiência de uma transição, já a falta dela, inibe essa transição. Como o

conhecimento e entendimento limitado sobre o que esperar de uma transição, também, inibem a transição (MELEIS, et al, 2010).

Assim, destacamos a ausência de planejamento no ciclo gravídico puerperal como condição pessoal inibidora da transição para a maternidade, pois, esse não preparo retarda o desenvolvimento da identidade materna, necessária nesse processo (MELEIS, et al, 2010).

Todas as participantes possuíam situação socioeconômica baixa e este foi inibidor da transição saudável das mesmas para a maternidade e a situação de rua, visto que para retornar à estabilidade elas tiveram mais dificuldade devido a condição financeira, conforme já descrito em quadro 3, a renda média das participantes é menor que um salário-mínimo.

Sobre as condições comunitárias facilitadoras das transições foi possível perceber: o apoio das instituições de saúde e filantrópicas, o apoio dos parceiros, apoio dos filhos maiores de idade, em alguns casos o apoio da mãe, apoio de terceiros e familiares, como nota-se na narrativa abaixo:

eu conheci um cara muito bom, num retiro, no retiro de casais da igreja, e foi até lá perto do shopping, da igreja católica pra moradores de rua, eu fui, [...] conheci o seu Alexandre, da igreja, ele me deu fogão me deu bujão cheio, me deu cesta básica [...] aí ele ah eu vou ajudar vocês, então ele me apadrinou[...] (P4)

minha mãe vem aí me chamar pra ir embora me chama, mas eu falo: cara, mãe eu já falei pra senhora, que eu só vou embora quando meu filho tiver alta e meu marido vai comigo... e ela: ta minha filha, vambora...ontem mesmo ela veio aí, chorando, que os cavaleiros enquadrou a gente [...] (P3)

Destaca-se nas condições comunitárias facilitadoras das transições o apoio dos profissionais de saúde na figura das enfermeiras no pré-natal e no momento do parto e da assistente social em situações de pós-parto, como observa-se nas narrativas a seguir:

lá nesse posto também, muito bom o posto, a enfermeira lá Ana Paula, me trata super bem também, mas eu só fui em duas consultas também, com esse negócio de corona vírus (P5)

ah você já está com seis de dilatação, sobe logo com ela, sobe logo com ela, depois também que eu subi comigo não fiquei mais sozinha, toda hora, alguém ia ver, que a minha gravidez é de alto risco, que minha pressão sobe demais, toda hora elas iam lá ver, tinha uma lá que não saia do meu lado, eu não sei o nome dela, uma pequenininha (residente de enfermagem obstétrica do hospital), ficava lá o tempo todo comigo, foi ela que viu a cabeça do neném, que eu tive dentro do banheiro naquele banquinho, ai a menina que tava comigo, ela vai lá chamar alguém, vai lá chamar alguém, ta saindo já o neném, mas também foi uma dor só, não gritei, senti a dor, quietinha, fiquei na minha (P5)

A relação com a mãe é um ponto de destaque nas narrativas de vida das participantes, sendo também uma condição inibidora dos processos de transição delas, como observado a seguir:

minha mãe ficou me procurando, veio, notícias, eu falei assim, não quero que ela saiba onde que eu to porque eu fiquei na rua, foi por causa dela, hoje eu perdôo ela tudo, mas ali eu passei um sufoco, só Deus sabe, o que eu passei [...] (P4)

Quatro das mulheres participantes – P1, P3, P4 e P10 - desse estudo relataram problemas com suas mães desde a infância, a privação afetiva pode trazer danos irreversíveis a vida de uma criança, no campo cognitivo, biológico e emocional (RAYANE e SOUSA, 2018). Nota-se na narrativa de vida dessas mulheres, marcas em relação a autoestima, insegurança e sentimentos em relação a família e a sua própria mãe. Todavia, embora esses traumas tenham marcado suas vidas, as participantes desse estudo desejaram maternar e protegeram seus filhos nos processos de ir para a rua, como apresenta-se a seguir:

[...]Porque com dinheiro você arruma tudo, com dinheiro eu poderia arrumar baba,poderia arrumar... a casa de alguém pra eles ficarem, mas eu vou deixar meus filhos na, com as pessoas que eu não conheço, por mais que eu fosse, tivesse na...na loucura, Deus que me perdoe, só de imaginar que alguém pode, podia fazer uma maldade ou acontecer alguma coisa com os meus filhos e eu não ta perto, nunca deixei, então tava pedindo muito pra Deus pra ela nascer [...] (P5)

Eu nunca criei meu... o meu primeiro filho que eu tive, eu não criei na rua, então também, eu pretendo, também, não vo...eu posso continuar a morar ali, mas eu não pretendo criar ele naquela situação ali, naquela forma do meu barraco... mas eu creio que eu vou criar meu filho...então... (P9)

As condições comunitárias inibidoras foram: não obter informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, o uso de drogas e seus efeitos, falta de conhecimento dos locais de apoio às pessoas em uso problemático de drogas químicas, o relacionamento conturbado com a mãe, problemas em relação ao parceiro usuário e morador em situação de rua, o afastamento do recém-nascido e situações vivenciadas com agentes públicos na rua.

Sobre essas condições inibidoras, as situações vivenciadas com agentes públicos contribuíram para um sentimento de medo e baixa autoestima das participantes, como visto a seguir:

[...] policial ainda falava pra mim, nem de você eu tenho pena, eu tenho pena dessa criança que ta na tua barriga, eu só não vou fazer isso por causa da

criança, não é por sua causa, e são policiais assim que passam aonde a minha mãe mora, policiais que me conheciam, e aquilo ali foi me matando, porque eu fiquei pensando, gente, eles entravam no lugar, eles só falavam pra esconder a droga, eles, eles mesmo tem nojo de quem usa, eles tem nojo, eles não tão nem aí, eles querem pegar o traficante, o usuário que se fo..realmente que se f\*\*\*[...] (P1)

Essas situações que corroboram o que as condições sociais influenciam a história de vida dessas mulheres. Não se identificou condições sociais facilitadoras do processo de transição das participantes, mas foi possível identificar nas narrativas de vida dessas mulheres, condições inibidoras do processo de transição como a seguir:

eu falei com o pai dos meus filhos, ele mora na rua hoje, né, eu tava falando com ele que se ele fosse um pouquinho mais homem a gente tava numa situação completamente diferente, porque eu, eu sou mulher cara, eu posso ter dinheiro pra pagar aluguel, bancar comida, bancar droga, bancar o c\*\*\* que for, mas eu sou mulher, eu tenho que ter o meu lugar de mulher[...] (P1)

eu trabalho cada dia em um lugar assim, as vezes tô no Centro, as vezes eu to em Copacabana e é muita discriminação, as pessoas que têm mais um pouquinho, mais lá em cima quer, não vou te falar assim pisar, pisar não é a palavra certa mas eles querem tipo ser melhor do que todo mundo, e eu vou assim mesmo... não tenho vergonha, to trabalhando[...] (P5)

Dessa maneira, foi possível perceber que as condições inibidoras sociais foram relacionadas à desigualdade de gênero, a marginalização da população em situação de rua e usuários de drogas, o preconceito em relação à maternidade e as mulheres usuárias e em situação de rua e o afastamento dos filhos.

O afastamento dos filhos dessas mulheres a partir de decisão judicial é um ponto marcante na vida dessas participantes e, embora, algumas decisões sejam para proteção da criança e adolescente, ressalta-se que apenas uma delas (P1) tiveram auxílio e acompanhamento governamental para se manter com seus filhos. As demais tiveram a guarda repassada para familiares ou pessoas próximas impedindo essas mulheres a exercer a maternagem de forma completa.

Sobre a última etapa da teoria das transições temos os padrões de resposta que se traduz em indicadores de processo e indicadores de resultado, identificando assim se as participantes tiveram transições saudáveis ou não. Sobre os indicadores de processo, 6 das participantes- P1, P2, P3, P4, P5, P11-se sentiram conectadas aos filhos e a saída da situação de rua, como a narrativa a seguir:

mamãe é de ferro... e eu. me viro como eu posso, trabalho, não dou pra ninguém... porque várias pessoas já pediram meus filhos... aí me dá, me dá,

me da, me dá, me dá... não dou, é meu, vai ficar comigo... vai comer angu, mas vai comer angu do meu lado...é isso...a rua não é experiência boa pra ninguém não sabe...já vi poucas e boas, varias coisas, fora do normal [...] (P5)

Outra conexão que foi possível perceber foi a da participante P1 com a equipe de saúde como observado abaixo:

eu to dando o valor imenso a vocês aqui do hospital, porque todas as vezes que eu mando mensagem vocês correspondem e vocês perguntam se eu to bem e isso faz, pra mim é muito importante porque assim, eu bo, eu boto, assim eu vejo isso, como é meu Deus, até se eu quiser fraquejar, eu vou decepcionar fulano, pow ciclano ta apostando em mim, pow não, não vou usar nada se a pessoa for ligar e sentir que eu to na onda, Deus me livre, não não, essa cobrança pra mim é muito importante[...] (P1)

Sentir-se conectada a profissionais de saúde foi um indicador importante de uma experiência positiva de transição, isto que corrobora o que dito por Meleis, et al (2010), onde os relacionamentos de profissionais e pacientes e sua continuidade dentro de um cuidado competente favorece a experiência positiva de transição.

Cinco das participantes (P6, P7, P8, P9, P10) não se sentiam conectadas devido a motivos que eram a morte de algum familiar, a distância dos filhos e/ou ao uso de drogas, como observado a seguir:

Posso nem ver meus filhos porque tá longe por causa dessa porcaria dessa doença, morro de saudade dos meus filhos mas eu não posso ver, não posso, to doída que acabe isso tudo, a minha caçula tem sete anos, sabe que é difícil, que ela é agarrada comigo, ficar longe, meu filho mais velho tem 18...a minha menina mais velha tem 10 e ainda tem um filho especial de 12 anos... num da pra ficar aqui, eu quero mor, morrendo de saudades dos meus filhos, fazem mais de três meses que eu não vejo meus filhos, as vezes só por telefone, não quero mais ficar aqui, eu quero ir embora[...] (P6)

No exemplo anterior, a participante 6 narra a distância dos filhos devido a epidemia da COVID 19, isso que na sua narrativa demonstrava sofrimento e tristeza prejudicando a sua experiência de transição. Após esse relato, a participante chorando não desejou mais falar sobre sua história de vida.

Seis das participantes (P1, P2, P5, P7, P8, P11) interagiram com os filhos, marido, profissionais de saúde e/ou mãe e isso contribuiu para o autocuidado e a saída da situação de rua. As demais participantes não interagiram prejudicando seu processo transicional.

A localização das participantes variou entre a rua, a maternidade e a casa própria ou de familiares. Em muitas narrativas as participantes comparavam as suas vidas antes e depois da situação de rua, principalmente em relação às gravidezes conforme narrativa a seguir:

[...] Deus conhece meu coração, sei que não vai deixar acontecer nada de mal para ele, porque dela (aponta para a filha de 6 anos) eu também usava muito, pra te falar a verdade o dela, quando ela nasceu eu vim ter ela virada, pancada ainda, e também falavam que ia nascer com isso e com aquilo e eu sabia que não ia nascer ... só que a diferença é que pra dela, eu morava na minha casa, eu não fazia uso todo dia ,eu todo dia eu tomava meu bom banho, dormia na minha cama limpa, eu não tive pneumonia porque eu não andava no meio de um monte de gente doente, não tive micose no corpo porque eu não andava em lugar sujo, entendeu, então assim, foi bem diferente a gestação...eu comia muito, eu sempre comi muito bem, eu me alimentava muito bem eu sempre gostei de usar as minhas coisas, mas a minha geladeira sempre ficou cheia, eu não passei fome... então assim não tem como comparar uma gestação com a outra [...] (P1)

Fazer comparações foi uma maneira de situar-se em termos de tempo, espaço e relacionamentos. Cinco participantes (P3, P4, P6, P9, P10) não demonstram que se situam em tempo, espaço e relacionamento, isto porque essas participantes apresentavam o consumo problemático de drogas o que afetava essa percepção.

Essas participantes não desenvolveram confiança e enfrentamento, não manifestando nível de compreensão dos diferentes processos das experiências de transição vivenciadas. As outras 6 participantes que desenvolveram confiança e enfrentamento apresentaram conhecimento das situações e compreensão dos pontos críticos e das reviravoltas, como observado na narrativa a seguir:

[...]eu fico bem...bem na minha casa...às vezes até eu tenho, sei lá, não é vergonha, mas, eu nem gosto de falar pros outros que eu to na rua, que eu fiquei na rua, que eu passei por isso, isso não é espelho pra ninguém não, isso não é legal, não é legal, não é legal não, não é legal, não não é legal... os otros vendo, os otros vendo com pena de você, só isso, to bem... meu próximo passo é arrumar um serviço de carteira assinada, ficar bem...melhor ainda com os meus filhos, se eu arranjar assim, botar eles de manhã no brizolão, se eu arrumar um serviço nesse período e arranjar alguém pra buscar eles, eu fico bem[...] (P5)

A narrativa acima também exemplifica indicadores de resultado, a maestria de novas habilidades e o desenvolvimento de identidade fluida e integradora. Quatro das participantes (P1, P5, P8, P11) desenvolveram maestria no seu processo de transição em relação às habilidades e comportamentos necessários para lidar com o processo de transição. As sete outras participantes (P2, P3, P4, P6, P7, P9, P10) que não desenvolveram maestria e a identidade fluida não tiveram uma transição saudável para a maternidade e a situação de rua.

A maestria é caracterizada pelo domínio de novos comportamentos diante de novas situações e domínio de novas competências. Dessa forma, a conclusão de uma transição é determinada pelo grau que os indivíduos demonstram no domínio das

habilidades e comportamentos necessários para gerenciar suas novas situações (COSTA, 2015).

#### 4.2.5 Terapêutica de Enfermagem a partir das hipossuficiências das participantes

Dessa forma, a partir do levantamento das características das transições vivenciadas pelas participantes foi possível realizar diagnóstico e a terapêutica de enfermagem a partir das hipossuficiências apresentadas: a) sistema familiar deficiente; b) problemas relacionados ao autocuidado e autoestima; c) problemas relacionados a uso problemático de drogas; d) falta de conhecimento sobre a o ciclo gravídico-puerperal; e) falta de planejamento em relação as gestações; f) afastamento dos filhos e a falta de acompanhamento para integração familiar.

A transição é um conceito central para a enfermagem e a intervenção da enfermagem na transição é mais evidente nos períodos antecipatórios de preparação e prevenção dos efeitos negativos das mudanças ocorridas (MELEIS e CHICK, 2010; SANTOS, et al, 2015; MELEIS, et al, 2010). Dessa maneira, a terapêutica de enfermagem que propomos neste estudo tem o objetivo de orientar a cobertura de déficits apresentados no processo de transição para proporcionar resultados satisfatórios (MELEIS, 2010).

A enfermagem no cuidado a família deve agir de forma holística, buscando não só o cuidado individual e sim, o equilíbrio familiar. Os comportamentos saudáveis e de risco podem ser apreendidos no ambiente familiar e entendendo isso podemos propor um cuidado integral às famílias dessas participantes, não só no momento do evento crítico, mas no acolhimento e disponibilidade de informações para lidar com situações adversas de algum membro da família (MARTINS, et al, 2012).

Também, ficou evidente a necessidade de acolher essa família principalmente na iminência de um nascimento, pois, não só a puérpera, mas a criança necessita de ajuda para uma boa formação psíquica, que vai além de cuidados básicos, mas, uma relação de carinho e afeto de seus cuidadores (RAYANE e SOUSA, 2018).

Dessa maneira, grupos de ajuda para família de pessoas em uso problemático de drogas químicas, auxílio e informação no suporte de familiares de pessoas em situação de rua, suporte nos casos de violência e dependência de drogas são

intervenções que podem ser instituídas nos sistemas familiares deficientes, com o objetivo de unir esse núcleo, mas, também, auxiliar os familiares que também precisam ser cuidados nesse momento.

Sobre os problemas relacionados ao autocuidado e autoestima, a enfermagem age de forma a sensibilizar essas mulheres sobre a necessidade do cuidado de si, fornecendo informações sobre os seus direitos e deveres, sobre sua fisiologia e processos psicológicos. Além disso, a enfermagem pode estimular a geração de renda dessas mulheres através de parcerias com igrejas e instituições da comunidade.

Outro ponto importante é a sensibilização dos profissionais acerca das vulnerabilidades dessas mulheres, a enfermeira como agente do cuidado, tem como função desmistificar os preconceitos e acolher as mulheres em situação de rua na chegada das instituições de saúde.

Em relação à falta de planejamento das gestações, a enfermeira como educadora em saúde tem como objetivos orientar e informar as meninas e mulheres o direito em relação ao planejamento reprodutivo. Entendendo que o indivíduo tem o direito de escolha, a enfermeira deve fornecer informações acerca da fisiologia da mulher e da gestação. Orientar sobre métodos contraceptivos e os riscos acerca das infecções sexualmente transmissíveis.

A enfermagem no cuidado as pessoas com uso problemático de drogas têm como objetivo utilizar métodos para não discriminar o usuário e sim acolher e oferecer tratamento eficiente e individualizado. Em relação às mulheres em situação de rua, importante buscar a redução dos danos com o encaminhamento delas para a unidade de CAPS de álcool e drogas, proporcionar informações dos riscos da utilização de drogas, principalmente no período gestacional. Buscar métodos para pactuar redução da droga de forma gradual e busca de parcerias em instituições para acolhimento dessas mulheres.

Sobre o afastamento dos filhos e a falta de acompanhamento para integração familiar, a enfermeira em um acompanhamento das vulnerabilidades dessa mulher, pode agir formando parcerias e orientando a mulher para que ela busque meios jurídicos para estar com seus filhos, seja de forma gradual ou parcial.

Informações e sensibilização sobre a violência de parceiro é outro ponto que deve ser trabalhado pela enfermeira, além da notificação desses casos e encaminhamento desta mulher para os serviços de psicologia e de assistência social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atingiu os objetivos propostos ao descrever o processo de transição para a maternidade de mulheres em situação de rua, identificando e discutindo as vulnerabilidades e as transições a luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Evidenciou-se que as mulheres em situação de rua apresentaram a vulnerabilidade individual, social e programática, bem como, transições desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional.

A análise das narrativas evidenciou que as mulheres em situação de rua apresentaram a vulnerabilidade individual devido desconhecimento acerca do ciclo gravídico-puerperal, problemas familiares, uso problemático de álcool e drogas, infecções sexualmente transmissíveis, problemas de saúde mental e violência.

As vulnerabilidades social e programática foram evidenciadas em relação a condição socioeconômica, viver em situação de rua, a perda dos filhos, a dificuldade de acesso a planejamento reprodutivo, realização de pré-natal e as situações de violência institucional.

A transição desenvolvimental ocorreu devido à gestação e o fato de tornar-se mãe; a situacional pela situação de rua, a morte de familiares e/ou filhos e a possibilidade de perda da guarda dos filhos; a transição saúde-doença devido às alterações ocorridas com a internação no período gestacional e internação dos filhos; e a transição organizacional devido a mudança de ambiente de trabalho ou acolhimento de instituição religiosa.

Como condições facilitadoras para as transições foram observadas a atribuição de significado à maternidade e ao apoio dos parceiros e dos profissionais de saúde. Em contraste, o status socioeconômico, a falta de preparação e conhecimento, o uso problemático de drogas e o relacionamento familiar conturbado podem ser analisados como condições inibidora das transições.

Dessa forma, observou-se que o processo transicional das mulheres em situação de rua nem sempre ocorreu. Confirmou-se também que apesar da problemática da residência em espaços urbanos algumas mulheres se submetem a viver nestes espaços devido a relacionamentos com seu parceiro íntimo.

A autoestima e autoconfiança são outros fatores que chamam a atenção, bem como as questões relacionadas à saúde mental das participantes, influenciadas pelo

uso problemático de drogas, situações de violência e problemas familiares. Por sua vez, a família dessas mulheres também necessita ser acolhida em seu sofrimento, pois também se apresentam em situação de vulnerabilidade.

Apesar das situações de vulnerabilidade vivenciadas por essas mulheres, o afastamento dos filhos é um ponto de reflexão visto que embora seja necessário proteger a criança/adolescente, enfatiza-se o seu direito à recomposição familiar, visto que, as iniciativas para tal fato foram pouco observadas no estudo.

Evidenciou-se como indício, preconizado pelo teórico metodológico a preservação da maternagem e a necessidade de proteção, afetividade e acolhimento dos filhos das participantes.

Sobre o envolvimento com a enfermeira (o) e profissionais de saúde, foi possível perceber a importância do acolhimento e vínculo estabelecidos entre estes profissionais e as mulheres em situação de rua. Estes geraram sentimentos de gratidão e importância facilitando os processos transicionais vivenciados pelas participantes. Dessa maneira, faz-se necessário a sensibilização constante dos profissionais de saúde que prestam assistência a essas mulheres, no pré-natal, parto e puerpério.

Ressalta-se que uma das limitações para a elaboração deste estudo foi o tempo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, além da ocorrência da pandemia do COVID-19, que prejudicou o contato com as mulheres em situação de rua.

A Teoria das Transições foi adequada e aderente ao método narrativa de vida apontando para a importância da assistência de Enfermagem para um cuidado individualizado. A partir da Teoria identificou-se as seguintes hipossuficiências: a) sistema familiar deficiente; b) problemas relacionados ao autocuidado e autoestima; c) problemas relacionados a uso problemático de drogas; d) falta de conhecimento sobre a o ciclo gravídico-puerperal; e) falta de planejamento em relação as gestações; f) afastamento dos filhos e a falta de acompanhamento para integração familiar.

Dessa forma, este estudo contribuiu com as seguintes questões relacionadas a terapêutica de enfermagem: acolhimento da família das mulheres em situação de rua, acolhimento e orientações a essas pessoas para lidar com familiar em uso problemático de drogas e em situação de rua, orientações e estímulo as mulheres em relação a geração de renda e cuidados acerca autoconfiança e autoestima; proporcionar informações sobre planejamento reprodutivo, sobre direitos em relação aos filhos, encaminhamentos para instituições como Centro de Atenção Psicossocial

devido ao uso problemático de álcool e drogas e problemas em relação a saúde mental.

Este estudo contribuiu com subsídios para que esta temática seja discutida para além da perspectiva das vulnerabilidades apresentadas por este grupo, com enfoque na maternidade exercida ou não por essas mulheres em situação de rua. Infere-se com base nos achados e trabalho realizado junto a essas mulheres, que o estudo colaborou para a discussão e importância da minimização do estigma e preconceitos sofridos por essas mulheres.

O fundamento teórico e prático possibilitou repensar e ressignificar a assistência multiprofissional prestada a essas mulheres. Justifica-se a necessidade de discussão desta temática e ampliação dos estudos, diante da incipiência de publicações científicas, especialmente no Brasil.

Enfatiza-se a importância deste estudo para o ensino de graduação e pós-graduação, pois, apesar da temática vulnerabilidade estar presente na academia, as questões relacionadas à população de rua e à maternidade ainda são pouco discutidas, restringindo o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem e a importância do acolhimento dessas mulheres.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS (BRASIL). **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)**. – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2011.

AGUIAR, H. C.; ZORNIG, S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos da Clínica**, v. 21, n. 2, p. 264-281, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/131009>. Acesso em: 9 dez. 2020. DOI: 10.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281

ALMEIDA, D.J.R.; QUADROS, L.C.T. A pedra que pariu: Narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack da cidade do Rio de Janeiro. **Rev. Pesquisas e Práticas Psicossociais versão Online**. São João del Rei, vº 11, nº1, jan-jun/ 2016.

ALMEIDA, J.S. As relações de poder nas desigualdades de gênero na educação e na sociedade. **Série-Estudos – Periódico do Programa de Pós-Graduação em Educação da UCDB**. Campo Grande – MS, n.31, p 165-181, jan/jun. 2011.

ALMEIDA, R.R.; ZANETTI, G. JUNIOR SOUZA, A.S.; SOUZA, L.S.; SILVA, J.L.P.; ESCUISSATO, D.L.; IRION, K.L.; MANÇANO, A.D. NOBRE, L.F.; HOCHHEGGER, B.; MARCHIORI, E. Alterações pulmonares induzidas pelo uso de cocaína: avaliação por TCAR de tórax. **J BrasPneumol**.2015;41(4):323-330

ALMEIDA, F. A.; MORAES, M. S.; CUNHA, M. L. R. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 50, n. spe, p. 122-129, jun. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016001100122&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016001100122&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300018>.

ALVES, L.P.; SANTOS, V.S.; SANTOS, J.F. INFÂNCIA, VULNERABILIDADE E SITUAÇÃO DE RISCO EM PAULO AFONSO – BAHIA. *Revista Científica da FASETE* 2016

ANDRADE A.B.C.A.; GONLÇAVES, M.J.F. Maternidade em regime prisional: desfechos maternos e neonatais. **Revenferm UFPE online**., Recife, vol. 12, nº6, p.1763-71, jun/ 2018

ANDRADE, A.G (org.) **Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2020 - 1. ed.** – São Paulo: Centro de Informações sobre Saúde e Álcool - CISA, 2020.

ARAÚJO, A.J.S.; OLIVEIRA, J.F.; PORTO, P.N. Situações de vulnerabilidade programática vivenciadas por gestantes no pré-natal. **RevEnferm Atenção Saúde [online]**. V. 6, nº 2, p. 93-104, Jul/Dez 2017.

ARAUJO, A.S.; SANTOS, A.A.P.; TAVARES, C.M.; FIDELIS, E.P.B. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife: Vol .11(Supl. 10), p 4103-10, out., 2017.

ARAÚJO, D.L.; BARBOSA, T.A.; COIMBRA, N.X.; COSTA, C.S.C. Violência doméstica na gestação: aspectos e complicações para mulher e o feto. *REV. CientEsc Estadual Saúde Pública Goiás "Candido Santiago"*. 2020;6(1):64-76

AREND, J. C.; JAEGER, F. P.; NOGUEIRA, V. T.; MEINE, I. R. Violence in Brazilian families: vulnerability and psychological distress. **Research, Society and Development, [S. I.]**, v. 9, n. 3, p. e161932672, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i3.2672. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2672>. Acesso em: 10 dec. 2020

ASSIS, S.G.; FARIAS, L.O.P. Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento. São Paulo: Hucitec, 2013.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, supl. 2, p. 11-22, 2009.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA, I.; JUNQUEIRA, G.; SALETTI, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde. Novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; MACHADO, C. organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos reflexões, tendências*. **Fiocruz**, Rio de Janeiro: 2º edição, p.121-43, 2009.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA, I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: PARKER, R.; SOMMER, M. (Org.). **Routledge Handbook in Global Public Health**. Abingdon: Taylor and Francis Books, 2011. p. 98-107.

AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C.M. **Direitos Humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução**. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.C.M.; BUCHALLA, C.M. (Orgs.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde*. Livro I. Curitiba: Juruá Editora, 2012. p.9-22.

AYRES, J.R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C.M. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde – Livro I - Da Doença à Cidadania – 2 ed**. Curitiba: Juruá, 2013

AYRES, J. R.; CASTELLANOS, M. E. P.; BAPTISTA, T.; WARGAS, F. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saude soc. [online]**. vol.27, n.1, pp.51-60, 2018. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018000002>.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: mito do amor materno**. Ed Nova Fronteira. Rio de Janeiro, 1985

BADINTER, E. **O conflito: a mulher e a mãe**. Ed. Record. Rio de Janeiro, 2011.

BALBINOTTI, I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. **REVISTA DA ESMESC**, v.25, n.31, p. 239-264, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.14295/revistadaesmesec.v25i31.p239>

BALIANA, L.K. Monoparentalidade feminina e seus desafios: um estudo exploratório. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2014

BAPTISTA, F.H., et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool durante a gravidez. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 17, n. 2, p. 271-279, June 2017.

BARBANO, L.; CRUZ, D.M.C. MACHISMO, PATRIARCALISMO, MORAL E A DISSOLUÇÃO DOS PAPÉIS OCUPACIONAIS. **REFACS (online), 3(Suplemento 1 – Terapia Ocupacional)**, p.159-165, 2015. Acesso em: [https://www.researchgate.net/publication/283029149\\_MACHISMO\\_PATRIARCALISMO\\_MORAL\\_E\\_A\\_DISSOLUCAO\\_DOS\\_PAPEIS\\_OCUPACIONAIS](https://www.researchgate.net/publication/283029149_MACHISMO_PATRIARCALISMO_MORAL_E_A_DISSOLUCAO_DOS_PAPEIS_OCUPACIONAIS)

BARCHIFONTAINE, C.P.; ZOBOLI, E.L.C.P, organizadores. **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida, SP: Idéias e Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

BARCELOS, M.R.B.; LIMA, R.C.D.; TOMASI, E.; NUNES, B.P.; DURO, S.M.S.; FACCHINI, L.A. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. **RevSaude Publica**. Vol. 51 São Paulo, SP, jul/2017. Acesso em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006802>

BARROS, S. R. **Direitos Humanos e Direito de Família**, 2014. Disponível em: <<http://www.srbarros.com.br/pt/direitos-humanos-e-direito-de-familia.cont>>. Acesso em: 07/12/2020.

BARRETO, M. DO P. S. L. PATRIARCALISMO E O FEMINISMO: uma retrospectiva histórica. **Revista Ártemis - Estudos de Gênero, Feminismos e Sexualidades**, n. 1, 20 dez. 2004.

BARROSO, R.G.; MACHADO, C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psichologia* 2010; 52(1): 211-229

BASTOS, F.I.P.M., et al, (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Natal, RN: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010.

BISCOTTO, P.R, et al. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo: v 50, nº 5, p.750-756, 2016.

Bourdieu, P. **A economia das trocas simbólicas (5a ed.)**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BOTELHO, A.P.M.; ROCHA, R.C.; MELO, V.H. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. **Femina**. Belo Horizonte:V 41, nº 1, 2013

BOTTURA, B.R.; MATUDA, L.; RODRIGUES, P.S.S.; AMARAL, C.M.C.A.; BARBOSA, L.G. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016. **ArqMedHospFacCiencMed Santa Casa**. São Paulo, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 69-75, mai/ago, 2019.

BRASIL. **Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943**. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Lex: coletânea de legislação: edição federal, São Paulo, v. 7, 1943.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. LEI Nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Institui a Lei orgânica da Assistência Social. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 7 de dezembro de 1993.

BRASIL. LEI Nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 12 de janeiro de 1996.

BRASIL. LEI Nº 9.799, DE 26 DE MAIO DE 1999. Insere na Consolidação das Leis do Trabalho regras sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 26 de maio de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 17 de set 2004

BRASIL, **Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 07 de ago 2006.

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 Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 23 de dez 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Rua: aprendendo 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** - 5. ed. – Brasília:DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Lei Nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 25 de jan 2011.

BRASIL. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 12 de dez 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: DF, 2012b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – Brasília: DF, 2012c.

BRASIL. ESPECIAL CIDADANIA 2013. **JORNAL DO SENADO**, 2013. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/noticias/jornal/cidadania/doc/not01.htm>. Acesso em: 07/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 001/2015 - SAS e SGEF** - Diretrizes e Fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack e outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. SaúdeMental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011 - 2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, p.143

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.265, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2017** - Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Os ciclos de vida individual e familiar e suas interfaces com o uso de drogas**. Disponível em: <http://aberta.senad.gov.br/medias/original/201812/20181221-141913-002/pagina-00.html>. Aberta: portal de formação a distância. Florianópolis: UFSC, 2017.

BRASIL. Lei Nº 13.714, de 24 de agosto de 2018. Altera a lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993, dispondo sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do SUAS e assegura o acesso das famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social e pessoal a atenção integral a saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 de ago 2018.

BRASIL. Senado Federal. **Congresso lembrará os 100 anos de instituição do Dia das Mães em sessão solene**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/05/04/congresso-lembrara-os-100-anos-de-instituicao-do-dia-das-maes-em-sessao-solene/>. Acesso em 24 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Nº 20**. V. 51. maio/2020.

BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; SIEGEL, R.L.; TORRE, L.A.; AHMEDIN, J. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancer in 185 countries. **CA CANCER J CLIN**, v. 68, p. 394–424, 2018. Acesso em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.3322/caac.21492>

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA). Alcohol and pregnancy Preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders. **British Medical Association**, 2016.

CAMARGO, P.O.; OLIVEIRA, M.M.; HERREIRA, L.F.; PALMA, J.S.; MARTINS, M.F.D.; JARDIM, V.M.R. A Experiência da Maternidade em Mulheres Usuárias de

Crack: Vivência Entre Mãe e Filho. **RevFundCare Online**. V. 11, N° 5, p. 1272-1277, out/dez, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1272-1277>.

CARDOSO, E.C.; FERNANDES, R.A.Q. SITUAÇÕES MATERNAS IMPEDITIVAS DO ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. **Rev Saúde**. Guarulhos/SP. v.7, n.1-2, 2013

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. Vulnerabilidades em políticas públicas de saúde e assistência social. **Rev. Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: vº 34, nº 3, p. 1-14, 2018.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C.H.; CREVELIM, M.C. A estratégia saúdeda família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grande centrosurbanos. **Saude soc.** [online]. 2010, vol.19, n.3, p.709-716. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021>. Acesso em: 20/08/2019

CARNEIRO, J.F., et al. VIOLÊNCIA FÍSICA PELO PARCEIRO ÍNTIMO E USO INADEQUADO DO PRÉ-NATAL ENTRE MULHERES DO NORDESTE DO BRASIL. **REV BRAS EPIDEMIOL ABR-JUN 2016; 19(2): 243-255**

CARRARA, S, et al, [org]. **Curso de Especialização em Gênero e Sexualidade. Secretaria Especial de Política para as mulheres**. Brasilia, DF, 2010

CARVALHO, C.F.S.; BRITO, R.S. Rede de apoio no ciclo gravídico-puerperal: Concepções de mulheres com deficiência física. **Texto Contexto Enferm**. Vol. 25 nº 2:e0600015, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt\\_0104-0707-tce-25-02-2016000600015.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-2016000600015.pdf) . Acesso em: 26/11/2020.

CASTEL, R. **Metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário**. 12ª edição. Ed Vozes. Petropolis/RJ, 2015.

CASTILHO, E. W. V. Da assistência à Mulher em situação de violência doméstica e familiar - artigo 9º. In: Carmen Hein de Campos. (Org.). Lei Maria da Penha - comentada em uma perspectiva jurídico-feminista.01ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2011, v. 01, p. 1-246.

CASTRO, C.O.; SARZA, D. Rio tem abrigos para só 15% da população em situação de rua, mostra levantamento. **Globonews**, 2019. Disponível em: 07/12/2020. Acesso em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/07/30/rio-tem-abrigos-para-15percent-da-populacao-em-situacao-de-rua-mostra-levantamento.ghtml>

CERQUEIRA, A.S.T. **Evolução do processo social população em situação de rua:um estudo sobre pobreza, necessidades humanas e mínimos sociais**. Monografia de graduação em Serviço Social. Universidade de Brasilia, 2011

CERUTTI, F.; RAMOS, S. P.; ARGIMON, I. I. L. (2015). A implicação das atitudes parentais no uso de drogas na adolescência. **Acta Colombiana de Psicología**. Colombia, v.18, nº 2, p. 173-181, 2015. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/124/166>

CHAI, C.G.; SANTOS, J.P.; CHAVES, D. G. Violência institucional contra a mulher: o Poder Judiciário, de pretensão protetor a efetivo agressor. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**. Santa Maria: RS. v. 13, n. 2, p. 640-665, ago/2018.. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/29538> Acesso em: 08/12/2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.5902/1981369429538> .

CHICK, N.; MELEIS, A.I. Transitions: a nursing concern. In: MELEIS, A .I. **Transitions Theory: Middle – range and situation specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer, p. 24-38, 2010.

COSTA, A.P.M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**. Porto Alegre, nº 4, dez, p.1-15. 2005.

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

COSTA, L.G.F. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil* 2016;15(3):137-145

COSTA, S. L.; PING, C. T.; MASSARI, M. G. Famílias em situação de rua: perspectivas de trabalhadores e usuários do suas sobre proteção social e guarda familiar. **Pesquisas e Práticas Psicossociais [online]**. São João del Rei, v. 13, nº 4, out-dez, 2018.

COSTA, C.B.; CENCI, C.M.B.; SPIES, D.W. Conjugalidade e parentalidade diante da dependência de crack de um filho. **Contextos Clínicos**, v. 7, nº 2p.182-191, julho-dezembro 2014

COLARES, S.C.S; MARTINS, R.P.M. Maternidade: uma construção social além do desejo. **Revista de Iniciação Científica da Universidade**. Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 6, n. 1, p. 42-47, 2016.

COLLEN, C. **Perinatal Health Education Intervention for adolescent and Young adult pregnant homeless women living in transitional housing, and Best practice Teaching Intervention Program Staff Responsible for care of the mother-baby dyad** – Tese de Doutorado, Senton Hall University, 2015

CZERESNIA, D.; MALAGON-OVIEDO, R.A. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface**. Botucatu. v.19 nº 53, p.237-49, 2015

CUNICO, S.D.; ARPINI, D.M. Significados de paternidade em famílias monoparentais femininas. *Psicologia em Pesquisa – UFJF*. V.10 N.2. P.40-48, Julho-Dezembro de 2016

DEL'OLMO, F.S.; CERVI, T.M.D. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Seqüência**. Florianópolis, n. 77, p. 197-220, nov. 2017.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico – 1º Ed – 13ª impressão**. São Paulo: Atlas, 2015.

DIAS, M.S.S.; MONTE, T.V.S.; CALLOU, M.A.M.; GONÇALVES, C.F.; SILVA JUNIOR, J.G. Efeitos toxicológicos causados por uso de drogas de abuso na gestação. **Revista Rios Saúde**. Pernambuco, vol. 1, n 10, 2018.

DIMENSTEIN, M.; CIRILO NETO, M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João Del Rei, v. 15, nº 1, jan-mar, 2020.

DINIZ, C. S.G.; et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional - Nascer no Brasil (2011-2012). **Saude soc**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 561-572, Sept. 2016

DOMÍNGUEZ, M. L.; LÓPEZ, E. S.; TEJADAMUSTÉ, R.; VIVESRELATS, C. Análisis del proceso de divorcio como transición de salud según la teoría de las transiciones de Alaf Meleis. **Cultura de los Cuidados (Edición digital)**, 23 (54), 2019.

DOSKOCH, P. Homelessness in Year Before Delivery Linked To Reduced Levels of Prenatal and Postnatal Care. **Perspectives on sexual and reproductive health**. EUA. v 43. Nº 4, p. 266-267, dez/2011. Acesso em: <https://doi.org/10.1363/4326611>

FAVERO, E.T.; VITALE, M.A.F.; BAPTISTA, M.V. **Famílias de crianças e adolescentes abrigados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam**. Ed Paulus, São Paulo, 2008.

TRAPANI-JUNIOR, A.; SILVEIRA, S.K; AJEJE. R.; MAROLIN, A.C. **FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO) - Aborto recorrente e progestagênios**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017.

FERNANDES, C. L. C; CURRA, L. C. D. Ferramentas de Abordagem Familiar. PROMEF. Organização SBMFC, p 13-29. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006.

FERREIRA, C.L.; BRAGA, L.P.; MATA, A.N.S.; LEMOS, C.A.; MAIA, E.M.C. Repetição de gravidez na adolescência: estudos sobre a prática contraceptiva em adolescentes. **Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v. 12, n. 1, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/issue/view/614> Acesso em: 26/11/2020.

FERREIRA, H.L.O.C; et al. Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo. **Rev. Bras. Enferm.** vol.72 no.4 Brasília July/Aug. 2019

FERRERA, A.P.; BARRETO, A.C.M.; SANTOS, J.L.; COUTO, L.L.; KNUPP, V.M.A.O. (DES) Conhecimento de mulheres sobre a utilização de métodos contraceptivos. **Rev. enferm UFPE online.**, Recife, 13(5):1354-60, maio., 2019

FERTIG, A. **Histórias de vida de mulheres usuárias de Crack.** Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – **Censo da População em situação de rua da cidade de São Paulo**, São Paulo: 2015.

FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - **Pesquisa Censitária Da População Em Situação De Rua, Caracterização Socioeconômica Da População Adulta em Situação De Rua E Relatório Temático de identificação das necessidades desta população na Cidade de São Paulo.** São Paulo: 2015. Acesso em: 04/12/2020 Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao\\_de\\_editais/0005.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao_de_editais/0005.pdf)

Fundação João Pinheiro - Déficit habitacional no Brasil 2015: resultados preliminares / Diretoria de Estatística e Informações. - Belo Horizonte: FJP, 2017

FIGUEIREDO, N.M.A.; et al. Cuidado de enfermagem: aspecto epistêmico de vivências de ensino a partir do ser cliente. **Rev.enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro/RJ: V:20, nº 2, p. 167-72, 2012.

FONSECA, R.M.G.P. **Gênero e saúde-doença: uma releitura do processo saúde doença das mulheres.** In: Fernandes, Rosa A. Q; Narchi, Nádia Z (Org.). Enfermagem e saúde da mulher. 2. ed. Barueri: Manole, 2013.

FORTUNATO, J.S.; SOUZA, J.G. **As narrativas de vida de gestantes em situação de rua.** Monografia de conclusão de curso – Especialização em moldes de Residência em Enfermagem Obstétrica, UFRJ, 2015.

FREITAS, J. L.; MICHEL, L. H.F. A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 273-283, June/2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722014000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 07/12/2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-737222324010>.

GABATZ, R.I.B.; JOHANN, M.; TERRA, M.G.; PADOIN, S.M.M.; SILVA, A.A.; BRUM, J.L. PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE A DROGA EM SUA VIDA. **Esc Anna Nery (impr.)** 2013 jul - set; 17 (3):520 - 525

GIMBA, M.F.; CAVALCANTI, V.R.S. Filh@s da pedra: desvendando vidas a partir de narrativas de usuáries de crack. **Cientefico - Edição especial**. Fortaleza, v13, nº26, jul-dez, 2013

GOMES, D.F.; ELIAS, F.T.S. Políticas públicas de assistência social para a população de rua: análise documental. **Com. Ciências Saúde**. Brasília: v 27, n 2, p 151-158, 2016

GOMES, R.; MURTA, D.; FACCHINI, R.; MENEGHEL, S.N. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciencia e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V.23, nº 6, p. 1997-2005, 2018.

GONTIJO, D.T.; MEDEIROS, M. “Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, nº 2, p.469-472, fev/2008.

GOUGES, O. Declaração dos direitos da mulher e da cidadã – França, setembro de 1791 – Tradução por Jair Santana Moraes e Rosa dos Anjos Oliveira - **Em aberto**, Brasília, v. 27, n. 92, p.167-170, jul/dez.2014. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjcyY-6vkAhXqGLkGHV1jDhUQFjAAegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Femaberto.inep.gov.br%2Findex.php%2Femaberto%2Farticle%2Fdownload%2F2450%2F2407&usq=AOvVaw00Z4BYzRgTiwJk6JKYwRY0>. Acesso em: 30/08/2019

GRADVOHL, S.M.O.; OSIS, M.J.D.; MAKUCH, M.Y. Maternidade e formas de maternagem. **Pensando famílias**. São Paulo. V. 18. Nº1, p.55-62, jun/ 2014.

GRADVOHL, S.M.O.; OSIS, M.J.D.; MAKUCH, M.Y.O. Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade. **Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**. Rio de Janeiro. V.35, nº 6, p. 255-261, 2013.

GUERREIRO, E.M.; RODRIGUES, D.P.; QUEIROZ, A.B.A.; FERREIRA, M.A. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev Bras Enferm**. V. 67 nº 1p:13-21, JAN-FEV, 2014

GUIMARÃES, R.A.; SILVA, L.N.; FRANÇA, D.D.S.; DEL-RIOS, N.H.A.; CARNEIRO, M.A.S.; TELES, S.A. Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago. 2015;23(4):628-34

GUIMARÃES, M.S.F.; SANTOS, I.M.M.; SILVA, L.J.; CHRITOFFEL, M.M.; SILVA, L.R. Parentalidade De Pais De Recém-Nascidos Hospitalizados Por Sífilis Congênita À Luz Da Teoria Das Transições. **Texto Contexto Enferm**, v27, nº4: e1190017, 2018

HALPERN, S.C., et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 6, e00037517, 2017 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000605002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605002&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 09/12/2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037517>.

HEILBORN, M.L. Desigualdades, diferença em saúde – Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. IN: GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, R.M.G., GOMES, M.H.A, et al. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

HENRIQUES, F. Gênero e Desejo. Da biologia à cultura. **Cadernos de Bioética**. Lisboa, maio/2004. Acesso em: 02/09/2019. Disponível em:<http://home.uevora.pt/~fhenriques/textos-filegenero/generoedesejo.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE). **CENSO 2010** - Rio de Janeiro :IBGE, 2010. Acesso em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9754&t=resultados>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE). **Estatísticas do registro civil / IBGE – v. 1**- Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Acesso em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc\\_2015\\_v42.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2015_v42.pdf)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE). **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas** - Informação Demográfica e Socioeconômica -n.41 - Rio de Janeiro :IBGE, 2018. Acesso em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-porcor-ou-raca.html>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde: 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE**, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020

IPEA - Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília: IPEA, 2015.

INSTITUTO LOCOMOTIVA. **Autonomia das Mulheres – Relatório de Pesquisa Quantitativa**, 2020. Disponível em: [https://0ca2d2b9-e33b-402b-b217-591d514593c7.filesusr.com/ugd/eaab21\\_c4793c01b9f4491d8d40420f2b68eaa4.pdf](https://0ca2d2b9-e33b-402b-b217-591d514593c7.filesusr.com/ugd/eaab21_c4793c01b9f4491d8d40420f2b68eaa4.pdf) Acesso em: 08/12/2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Acesso em 27/11/2020. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//parametros\\_tecnicos\\_colo\\_do\\_uterio\\_2019.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//parametros_tecnicos_colo_do_uterio_2019.pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA(INCA). **Estimativa 2020: Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Atlas da Mortalidade**. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo08/consultar.xhtml#panelResultadoAcesso> em: 27/11/2020.

JUSTINO, Y.A.C.; C.R.R. NASCIMENTO. Relação entre pai e filho adolescente em famílias que vivenciaram a violência conjugal. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 21(1), 92-109, 2020.

KLAUMANN, A.R. **Moradores de Rua – Um enfoque histórico e socioassistencial da população em situação de rua no Brasil: Uma realidade do Centro PoP de Rio do Sul/SC** – Acesso em : <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Alexandre-da-Rocha-Klaumann.pdf>, realizado 09/07/2019.

KRAHN, J.; CAINE, V.; CHAW-KANT, J.; SINGH, A.E. Housing interventions for homeless, pregnant/parenting women with addictions – a systematic review. **Journal of Social Distress and the Homeless**, Edmontom: v 27, nº 1, p. 75-88, jan/2018

KORENROMP, E.L.; ROWLEY, J.; ALONSO, M.; MELLO, M.B.; WIJESOORIYA, N.S.; et al. Carga global da sífilis materna e congênita e resultados adversos do nascimento associados - Estimativas para 2016 e progresso desde 2012. *PLOS ONE*, v 14 nº 2: e0211720, 2019. Acesso em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>

LEÃO N.M.F.; et al, PERFIL DE MULHERES ACOLHIDAS EM LEITOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS. **Rev. Enferm. Foco**. Vol. 11 Nº 1, p. 63-68,2020;

LIMA, C.F.M.; SANTOS, J.L.G.; MAGALHÃES, A.L.P.; CALDAS, C.P.; ERDMANN, A.L.; SANTOS, I. Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado de enfermagem. **Rev. enferm UERJ**. Rio de Janeiro/RJ. V. 24, nº5, 2016.

LYRA, T. M.; SILVA, M. G. B. O beber feminino: Socialização e Solidão. **Rev. Saúde Debate**. RIO DE JANEIRO: RJ, V. 39, N. 106, P. 772-781, JUL-SET/ 2015 DOI: DOI: 10.1590/0103-1104201510600030017

LOURO, G.L. **Gênero, Sexualidade e Educação – Uma perspectiva pós-estruturalista**. Ed 16. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2014

LOURENÇO, G.O.; AMAZONAS, M.C.L.A.; LIMA, L.D.M. Nem santa, nem puta, apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiência de soropositividade. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**.n. 30 – p. 262-281. DEZ/ 2018.



MENANDRO, L. M. T.; GARCIA, M. L. T.; ULIANA, R. S. S. A PERDA DA GUARDA DE FILHOS: A VOZ DAS MULHERES, MÃES E USUÁRIAS DE DROGAS. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 31, e210798, 2019

. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822019000100232&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822019000100232&lng=en&nrm=iso)>. accesson 24 Apr. 2021. Epub Dec 05, 2019. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31210798>.

MENDES, C. R. P.; HERR, J.F. Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 90-97, jan./jun. 2014.

MERKLINGER-GRUCHALA, A.; KAPISZEWSKA, M. The Effect of Prenatal Stress, Proxied by Marital and Paternity Status, on the Risk of Preterm Birth. **Int J Environ Res Public Health**. EUA, v. 16, nº 2, p. 273, 2019. doi: 10.3390/ijerph16020273. PMID: 30669349; PMCID: PMC6352213.

META - Instituto de Pesquisa de Opinião. **Sumário Executivo - Pesquisa Nacional Sobre A População Em Situação De Rua**. Porto Alegre, 2008.

MILL, J.; SINGH, A.; TAYLOR, M. Women in the shadows: prenatal care for street-involved women. **Canadian Journal of Urban Research**. Edmonton/Canadá: vol 21, nº 2, p. 68-89, 2012

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde**- 14 ed – São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, A. R.; VERAS, A.T.R. A QUESTÃO HABITACIONAL NO BRASIL. **Mercator (Fortaleza)**, Fortaleza , v. 16, e16015, 2017 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198422012017000100214&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198422012017000100214&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09/12/2020. DOI: <https://doi.org/10.4215/rm2017.e16015>.

MOURA, L.B.A.; SCHUMANN, L.R.M.A. O contexto do surgimento e a construção dos conceitos de vulnerabilidade. **CONINTER 3**. Salvador/BA. n.3, v. 2, p. 661-679, out/2014.

MORAIS, T.C.A.; MONTEIRO, P.S. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. **Rev. bioét. (Impr.)** Brasília, v. 25, nº 2, p. 311-9, mar/2017.

MOREIRA, H.L.F.; MOREIRA, I.A. O feminicídio como expressão de poder nas relações de gênero. **Caderno Espaço Feminino**. Uberlândia, MG. v.33, n.1, jan./jun. 2020.

MUNOZ, L.A.; et al. Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-am. Enfermagem [internet]**. São Paulo, v 21, nº 4, 7 telas, jul/ago 2013. Acesso em: 04/08/2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt\\_0104-1169-rlae-21-04-0913.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0913.pdf)

MUZA, J.C, et al .Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 15, n. 3, p. 34-48, dez. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09/12/2020.

NASCIMENTO, M.S.; LIPPI, U.G.; SANTOS, A.S.S. VULNERABILIDADE SOCIAL E INDIVIDUAL E A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA. **RevEnferm Atenção Saúde [online]**. V. 7, Nº 1, p. 15-29, Jan/Jul 2018.

NEIVA-SILVA, L.; et al. Experiência de gravidez e aborto em crianças, adolescentes e jovens em situação de rua. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. vol.23, n.4, p.1055-1066, 2018. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.11342016>.

NOBREGA, V.C.F.; et al. As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. **Saúde debate**, V. 43, Nº 121, 2019 • <https://doi.org/10.1590/0103-110420191211>

NOGUEIRA, F. G. P. **Hóspedes incômodos: estudo sobre moradores de rua no hospital de emergência**. Dissertação de Mestrado – Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2008

OKADA, M.M.; et al. Violência doméstica na gravidez. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 3, p. 270-274, June 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002015000300270&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002015000300270&lng=en&nrm=iso)>. accesson 21 Feb. 2021. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500045>.

OLIVEIRA, D.B.B. PARTO ANÔNIMO: aspectos históricos, políticos e sociais contemporâneas. **XIII Encontro de História Anpuh-Rio – Identidades**, 2008. Acesso em: 06/11/2019. Disponível em: [http://encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212956989\\_ARQUIVO\\_partoanonimo-Anpuh.pdf](http://encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212956989_ARQUIVO_partoanonimo-Anpuh.pdf)

OLIVEIRA, P.S.; ABUD, A.C.F.; INAGAKI, A.D.M.; ALVES, J.A.B.; MATOS, K.F. Vulnerabilidade de adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária. **Revenferm UFPE online.**, Recife, V.12, Nº 3, p. 753-62, mar/2018.

OLIVEIRA, F.A; ALMEIDA, A.R.L.P.; MOTA, T.A.; COSTA, J.R.; ANDRADE, M.S.; SILVA, R.S. The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: contributionstonursingcare. **RevEscEnferm USP**. São Paulo. v. 54, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018049203581>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. **Technical Report Series 731**. Geneva, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Global sobre Álcool e Saúde - 2014**. Genebra, Suíça

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Adolescentes: riscos e soluções para a saúde**. Versão online, 2018. Acesso em 26/11/2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório **sobre vigilância global de infecções sexualmente transmissíveis, 2018**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018. Acesso em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/stis-surveillance-2018/en/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Depressão. Versão online 2019**. Acesso em 26/11/2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção dos direitos da Criança**, 1989. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 08/12/2020

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE- OPAS. **Folha informativa – HIV/AIDS, 2017**. Acesso em: 30/11/2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5666:folha-informativa-hiv-aids&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5666:folha-informativa-hiv-aids&Itemid=812)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE- OPAS. **Folha informativa - Mortalidade materna**, 2018. Acesso em: 25/11/2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE- OPAS. **Folha informativa - Álcool**, 2019. Acesso em: 02/12/2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093)

PACHECO, V.C.; et al. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 125-137, Jan. 2018.

PAGOT, A.M. **O louco, a rua, a comunidade as relações da cidade com a loucura em situação de rua**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012

PALHETA, R.P.; et al. Infecções Sexualmente Transmissíveis (Ist'S) Entre A População De Rua: Uma Experiência Da Equipe De Consultório Na Rua De Manaus. **Revista Sociedade Científica**. volume 3, número 3, março de 2020. DOI: 10.5281/zenodo.3832059

PASTERNAK, S. Habitação e saúde. **Estud. av.** São Paulo, v. 30, n. 86, p. 51-66, Abril/ 2016 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100004>.

PEDRONI, G.; SARMENTO, C.S. Vulnerabilidade e resistência: um estudo sobre as mulheres em situação de rua em Porto Alegre. **Jornadas de Jóvenes Investigadores AUGM - A 100 años de la Reforma Universitaria: saber te hace libre**. Ponencia, Mendoza, 2019. Disponível em: [https://bdigital.uncuyo.edu.ar/objetos\\_digitales/12620/8-gnero-pedroni-gabriela-ufsc.pdf](https://bdigital.uncuyo.edu.ar/objetos_digitales/12620/8-gnero-pedroni-gabriela-ufsc.pdf)Acesso em: 08/12/2020.

PENNA, L.H. et al. Concepções de profissionais de unidade de acolhimento sobre a maternidade em adolescentes abrigadas. **Rev. de Enfermagem UERJ**.Rio de Janeiro: Vº 13 Nº1, 2012.

PEREIRA, M.U.L, et al. Comunicação de morte e suporte ao luto de mães. **Rev Paul Pediatr**. São Paulo: v. 36, nº 4, p. 422-427, 2018

PIRES, P.L.S.; SOARES, G.T.; BRITO, I.E.; LIMA, C.A.; JUNQUEIA, M.A.B.; PILLON, S.C. Correlação do uso de substâncias psicoativas com sinais de ansiedade, depressão e estresse em estudantes de enfermagem. **Rev.Aten. Saúde**. Rio de Janeiro, v.17, nº 61, p. 38-44, 2019.

PONTES, V.V. **Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação** - Salvador : EDUFBA, 2016.

RAFAEL, R. M. R., et al. Perfil das violências por parceiro íntimo em Unidades de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 6, p. 1259-1267, Dec. 2017 . Available from<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000601259&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601259&lng=en&nrm=iso)>. accesson 05 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0007>.

RAYANE, D.B; SOUSA, D.H.A.V. PRIVAÇÃO AFETIVA E SUAS CONSEQUÊNCIAS NAPRIMEIRA INFÂNCIA: UM ESTUDO DE CASO. *Interscientia*. V.6, nº2, 2018.

RESENDE, D.K. Maternidade: uma construção histórica e social. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**. Minas Gerais. v. 2, n. 4, jul./dez. 2017

REZENDE, M.M.; PELICIA, B. Representação da recaída em dependentes de crack. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Original Article*9(2):76-81 May. - Aug. 2013

RIO DE JANEIRO. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ)- **A Tutela da População em Situação de Rua: cartilha de orientação**, 2015. Disponível em: [https://www.mprj.mp.br/documents/20184/150562/cartilha\\_tutela\\_populacao\\_situacao\\_ou\\_ua\\_para\\_grafica\\_2.pdf](https://www.mprj.mp.br/documents/20184/150562/cartilha_tutela_populacao_situacao_ou_ua_para_grafica_2.pdf)Acesso em: 07/12/2020.

RIZZINI, I.; COUTO, R.M.B. Maternidade adolescente no contexto das ruas. **DESIDADES - Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Infância e Juventude**. Nº 19, ANO 6, abr/jun, 2018. Disponível em:<https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/view/18885/11130> Acesso em: 07/12/2020.

RODRIGUES, N.A.; NERI, A.L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro: vol.17 nº.8 Aug. 2012

RODRIGUES, T.F.C.S.; SANCHES, R.C.N.; OLIVEIRA, M.L.F.; PINHO, L.B.; RADOVANOVIC, C.A.T. Feelings of families regarding drug dependence: in the light of comprehensive sociology. **Rev Bras Enferm [Internet]**. V. 71 nº Suppl 5, p. 2272-9, 2018.  
[Thematic Issue: Mental health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0150>

RODRIGUES, E.B. FAMÍLIA E USO DE DROGAS: VISÕES POSSÍVEIS. PERSPECTIVA. **Erechim**. v. 40, n.152, p. 77-87, dezembro/2016

RODRIGUES, W. Nosso negro passado e Vulnerabilidade social atual. **Revista Contemporânea: Revista Unileto: Arquitetura, Comunicação, Design e Educação**, v. 02, n. 01, p. 104-115, out/dez. 2017.

ROSA, A.S.; BRETAS, A.C.P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface: comunicação Saúde e Educação**. Botucatu. V. 19, nº 53, p. 275-85, 2015

SADEGHI, S; ADDELYAN, H.R.; PARVIN, S.; SALOMONI, F. Life experience of pregnancy among Iranian homeless women. **International Social Work**. Tehran: v:00, p.1-16, 2018.

SAMPAIO, J. V.; GERMANO, I. M. P. Políticas públicas e crítica queer algumas questões sobre identidade/LGBT. **Psicologia & Sociedade**. Recife. V. 26, nº2, p. 290-300, 2014.

SANTANA, C.S.; et al. Assistência de enfermagem à mulher em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal: uma revisão de literatura. **Rev. Ciências Biológicas e da Saúde Unit**. Alagoas. V. 5, nº 2, p. 71-82, 2019.

SANTOS, E.; MARCELINO, L.; ABRANTES, L.; MARQUES, C.; CORREIA, R.; COUTINHO, E.; AZEVEDO, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e faculdade CIPE. *Millenium*, 49, 153-171. Disponível em <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>.

SANTOS, A.G.; et al. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. **Rev. Cubana de Enfermeria**. [S.l.], v. 33, n.3, Out/2017. Acessado em: 11/09/2019.  
Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529/295>

SANTOS, P.S.L.; FREITAS, A.C.P. A Moradia Como Fator De Promoção Do Direito À Saúde De Moradores Das Margens Dos Igarapés Na Cidade De Manaus. **Planeta Amazônia: Revista Internacional de Direito Ambiental e Políticas Públicas**.

Macapá, n. 11, p. 13-22, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/planeta>. Acesso em: 08/12/2020.

SANTOS, C.C.S.M.; TRAJANO, R.S.; SANTOS, W.L. Levantamento da Saúde Mental em População que Reside Provisória ou Permanentemente nas Ruas.

**Repositório Institucional do Centro Universitário do Planalto Central**

**Apparecido dos Santos**, 2019. Acesso em: 06/12/2020

Disponível em: [https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/66/1/Claudia%20Santos\\_0000091\\_Rafaella%20Trajano\\_0000198.pdf](https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/66/1/Claudia%20Santos_0000091_Rafaella%20Trajano_0000198.pdf)

SARMIENTO, Y.E.S.; et al. Dependência química e gênero: um olhar sobre as mulheres. **Caderno Espaço Feminino**. Uberlândia, MG, v.31. n.2, jul./dez. 2018

SCAPPATICCI, A.L.S.S.; BLAY, S.L. Mães adolescentes em situação de rua: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul: v. 32 nº 1, p 1-5, 2010.

SCARPELLINI, M.; CARLOS, V.Y. Monoparentalidade Feminina e Vulnerabilidade Social: a realidade de mulheres chefes de família no município de Apucarana. Anais II Simpósio Gênero e Políticas Públicas ISSN2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, agosto de 2011

SCOTT, J.W. O uso e abuso do gênero. Tradução de Ana Carolina E.C. Soares. **Rev. Projeto História**. São Paulo. Nº 45, p: 327-351, Dez/2012.

SCHLITHLER, A.C. B; CERON, M.; GONÇALVES, D.P. Família em situação de vulnerabilidade social ou risco psicossocial. Universidade Federal de São Paulo – Pró-reitoria de Extensão. Especialização em Saúde da Família. Módulo Psicossocial, Unidade 18. São Paulo, 2010

SHAH, S.; et al. Three hundred babies Born to underhoused mothers in Toronto – understanding the problem and how we can help. **Paediatrics e Child Health**. Oxford/Canadá: v 22, nº 5, p.282-284, 2017. DOI: 10.1093/pch/pxx061

SILVA, E.R. Feminismo radical – pensamento e movimento. **Rev. Travessias – Pesquisas em Educação, Cultura, Linguagem e Arte**. Paraná, V.2, nº3, 2008. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/3107/2445> Acesso em: 30/08/2019

SILVA, S.G. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno infantis. **Rev. Psi. Clin**. Rio de Janeiro, vol 28, nº2, p.29-54, 2016.

SILVA, F.P. Transtornos mentais e padrão do consumo de drogas na população de rua. Tese de Doutorado. UFPE. Recife, 2017

SILVA, C.G.; CASSIANO, K.K.; CORDEIRO, D.F. Mãe solo, feminismo e Instagram: análise descritiva utilizando mineração de dados. **Intercom – Sociedade Brasileira**

**de Estudos Interdisciplinares da Comunicação.** XXI Congresso de Ciências da Comunicação na Região Centro-Oeste – Goiânia – GO, 2019

SILVA, C.D.B. Luto: uma descrição sobre os processos de elaboração do enlutado. **Revista FAROL** – Rolim de Moura – RO, v. 6, n. 6, p. 75-48, jan./2018

SILVEIRA, C.M.; SIU, E.R.; WANG, Y.P.; VIANA, M.C.; ANDRADE, A.G.; ANDRADE, L.H. Gender differences in drinking patterns and alcohol-related problems in a community sample in Sao Paulo, Brazil. **Clinics**. Sao Paulo: SP, vol 67, nº 3, p. 205-212, 2012.

SOTERO, M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. **Rev. Bioetica (impr)**, Brasília/DF: v 19, nº 3 p. 799-817, 2011.

SOUSA, M.R.; CUNHA, G.I.M.; SOUSA, M.R.S.; NASCIMENTO SILVA, I.M.; GONÇALVES, F.R.; Traumas em mulheres vítimas de violência: uma análise em Recife-PE. **Revista Nursing**, V. 23, Nº 269, p.4703-4706, 2020.

SOUZA, L.B.; PANUNCIO-PINTO, M.P.; FIORATI, R.C. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cad. Bras. Ter. Ocup. [online]**. Vol.27, nº2, p. 251-269, maio/2019. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1812>.

SOUZA, M.R.R.; OLIVEIRA, J.F.; CHAGAS, M.C.G.; CARVALHO, E.S.S. Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Rio Grande do Sul. V. 37, nº 3, 2016

SOUZA, F.H.O. MUTAÇÕES SOCIAIS, FAMÍLIA E PARENTALIDADE. UMA ENTREVISTA COM GERÁRD NEYRAND. *Psicologia & Sociedade*, 30, e161410, 2018.

SOUZA, A.C.S.; PINHO, E.S.; MACHADO, M.D.G.G.; NOGUEIRA, L.E.F.L. Redução De Vulnerabilidades Como Estratégia De Cuidados Do Consultório Na Rua. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.** Belém, 12(3), 103-115, set.– Dez., 2020.

TALLON, B.; MONTEIRO, D.; SOARES, L.; RODRIGUES, N.; MORGADO, F. Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016). **Rev. Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 362-371, abr-jun 2020. Acessoem: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012506>

THOMPSON, S.J.; BEGUN, S.; BENDER, K. Pregnancy and parenting among runaway and homeless young women. *IN: Handbook of Missing Persons*. São Francisco/EUA: Springer, 2016

TIENGO, V.M. O Fenômeno População em Situação de Rua enquanto fruto do Capitalismo. **Rev. Texto e Contexto**. Porto Alegre, v. 17, nº 1, p 138-150, jan/jul, 2018

TORRE, D.N.P.D.; et al. Violência por parceiro íntimo: uma análise sobre usuarias da atenção primária a saúde de Ribeirão das Neves – MG. **RevMed Minas Gerais**, VOL 26, NºSupl 8, p s336-s339, 2016.

TRINDADE, V.; BARTILOTTI, C. B. “Não quebrou a corrente, mas abriu um elo entre nós”: o impacto da dependência química materna sobre o vínculo mãe-filho. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em português)**, v. 13, n. 1, p. 4-12, 2017. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v13i1p4-12. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/126488>. Acesso em: 10 dez. 2020.

UNODC – ESCRITORIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME. **Saiba mais sobre as drogas – Ação Mundial por comunidades saudáveis sem as drogas**, 2012 – Acesso em: 06/12/2020. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics\\_drugs/Campanha-global-sobre-drogas/fs11\\_teachers\\_PT.pdf](https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/Campanha-global-sobre-drogas/fs11_teachers_PT.pdf)

UNODC – ESCRITORIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME - **World DrugReport 2020 – Livro 1 – Dados**. United Nationspublication, Sales No. E.20.XI.6, 2020.

UNODC – ESCRITORIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME - **World DrugReport 2020 – Livro 5 - Características**. United Nationspublication, Sales No. E.20.XI.6, 2020.

UNODC – ESCRITORIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS - **World DrugReport 2020** (United Nationspublication, Sales No. E.20.XI.6).

VALLE, F.A.A.L.; FARAH, B.F.; CARNEIRO JUNIOR, N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **SAÚDE DEBATE** -RIO DE JANEIRO, V. 44, N. 124, P. 182-192, JAN-MAR 2020

VARELLA, D. Alcoolismo em mulheres. **Artigo online**. Publicado em: 2011. Revisado em ago/2020. Acesso em: 02/12/2020. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/alcoolismo-em-mulheres-artigo/>

VARGAS, E.R; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para O Cuidado E A Gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e170. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>

VASCONCELOS, M.F.F.; SEFFNER, F. A pedagogia das políticas públicas de saúde: norma e fricções de gênero na feitura de corpos. **Cadernos Pagu [online]** Campinas, N. 44, p. 261-297, jan/jun 2015. Acesso em: 02/09/2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010483332015000100261&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332015000100261&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

VASCONCELOS, A. C. M.; ARAÚJO, L. N.; PORTO, L. G. M.; ROCHA, N. N. V.; OLIVEIRA, E. N.; ALBUQUERQUE, J. T. P. J. RELAÇÕES FAMILIARES E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 4, p. 321-326, 16 mar. 2016.

VERNAGLIA, T.V.C.; VIEIRA, R.A.M.S.; CRUZ, A.S. **Ciência e Saúde Coletiva**. Usuários de Crack em situação de rua – característica de gênero. Rio de Janeiro. V. 20 nº 6, p. 1851-1859, 2014.

VILLA, E.A; et al. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. **Rev. de Enfermagem UFPEonline**. Recife, v11 (supl.5), p. 2122-2131, maio/ 2017. DOI: 10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201717. Acesso em: agosto de 2019 disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23367/18998>

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**. Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014.

WARREN, S.; LOMAX, N. Working with marginalised groups: homeless adults and street based commercial sex workers. **Sexually Transmitted Infections**. Carliff/Reino Unido: v 92, suppl 1, p A1-A106, 2016.

WINNICOTT, D.W. **Preocupação materna primária**. In: **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1956.)

WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

WINNICOTT, D.W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Trad. por Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983 – Reimpressão 2007.

WINNICOTT, D.W. **Influências de um grupo e as crianças desajustadas – A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2001 (Trabalho original publicado em 1965)

WINNICOTT, D.W. **Tudo começa em casa; tradução Paulo Sandler – 4º Ed – São Paulo: Martins Fontes, 2005**

WIJK, L. B. V.; MANGIA, E. F. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1130-1142, Dec. 2017

YABUUTI, P.L.K.; BERNARDY, C.C.F. Perfil De Gestantes Usuárias De Drogas Atendidas Em Um Centro De Atenção Psicossocial. **Rev Baiana de Saúde Pública**. Bahia: v.38, n.2, p.344-356, abr./jun 2014.

XAVIER, R.B.; JANNOTTI, C.B., SILVA, K.S., MARTINS, A.C. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Rev.Ciência e Saúde Coletiva**. V. 18. Nº 4. p 1161-1171, 2013.

XAVIER, L.S.; TAVARES, L.V.M.; BARROS, S.R.A.F. Fatores risco para o HIV/AIDS em mulheres casadas ou que vivem parceria estável. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 05, Ed. 02, Vol. 04, pp. 47-60.

fevereiro de 2020. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/fatores-risco-para-o-hiv-aids>

ZAPATA, L.B.; et al. Multi-City Assessment of Lifetime Pregnancy Involvement among Street Youth, Ukraine. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**. New York/EUA: Vol. 88, No. 4, 2010. DOI:10.1007/s11524-011-9596-z

## APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO A VULNERABILIDADE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERSPECTIVA DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES

**Pesquisadora: Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes**  
**Orientadora da Pesquisa: Rosangela da Silva Santos**

Resolução nº 466/ de 12/12/2012

Você está sendo convidada para participar do estudo intitulado: “A vulnerabilidade de mulheres em situação de rua na perspectiva da teoria das transições”, por você ter engravidado e/ou ter filhos, viver ou ter vivido em situação de rua e capaz de comunicar-se verbalmente e interagir com a pesquisadora, respondendo à pergunta norteadora da pesquisa: Fale-me sobre sua vida que tenha relação com a maternidade e a sua situação de rua. Este estudo apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar a vulnerabilidade das mulheres em situação de rua, no processo de transição para a maternidade, no ciclo gravídico-puerperal.; e como objetivos específicos: descrever o processo de transição para a maternidade de mulheres em situação de rua a partir de suas narrativas de vida; identificar as vulnerabilidades que permeiam essa fase de transição na vida de mulheres em situação de rua; discutir as vulnerabilidades e as transições vivenciadas por essas mulheres, na perspectiva da vulnerabilidade à luz da Teoria da Transição.

**Participação do estudo:** Você será informada do objetivo da pesquisa no primeiro contato. Este termo será lido com você/para você, para seu claro esclarecimento da pesquisa. A entrada no assunto conta com a apresentação de um filtro, que orienta e predetermina a entrevista. Haverá a coleta de seus dados obstétricos em prontuário e gravação do áudio da entrevista pela pesquisadora para transcrever todas as informações recebidas, a fim de não perder a riqueza dos dados coletados, bem como a mesma estará com um bloco de anotações para anotar o que julgar relevante durante a entrevista. Esta gravação ficará guardada sob responsabilidade da pesquisadora por 5 anos, tendo como preceito ético a confidencialidade da gravação bem como o não compartilhamento do mesmo. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome, em qualquer fase do estudo. Por ser uma entrevista aberta, não haverá tempo estimado para a entrevista. A entrevista só será finalizada quando a participante informar que não há mais nada a falar sobre sua narrativa de vida. Você participará de forma voluntária nesta pesquisa. As entrevistas não serão remuneradas e não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Como os riscos são mínimos não haverá danos decorrentes da pesquisa, ao contrário, ao narrar sua história de vida, mesmo que recorde de situações negativas ou triste, o benefício de ser ouvida atentamente por um profissional da área da saúde lhe trará sensação de alívio e bem estar.

**Sigilo e privacidade:** Sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por nome fictício escolhido por você e em relação às informações que possam identificá-lo. A entrevista será realizada em local tranquilo e com a presença, somente, da pesquisadora, garantindo-se a sua privacidade. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais. As respostas serão tratadas de forma sigilosa, não será divulgado em nenhum momento seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos e revistas científicas. Desta forma, a pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

**Autonomia:** Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição que presta assistência a você. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma pergunta a ser realizada sob a forma de entrevista aberta. Esta entrevista será gravada e, posteriormente, as respostas serão transcritas e analisadas.

**Riscos:** Essa pesquisa oferece o risco mínimo, onde você pode ficar envergonhada, constrangida, relembrar eventos estressantes ou dolorosos ou sem jeito para falar sobre alguma coisa. Dessa forma, para minimizar e evitar possíveis desconfortos a entrevista ocorrerá em local privativo, sem a interferência de terceiros. Caso isto aconteça, pode pedir para não responder ou, caso já esteja respondendo, para não se aprofundar na resposta que estava dando, ou ainda, pedir para parar a entrevista. E, se for necessária assistência psicológica você será encaminhada para o serviço de psicologia disponível na instituição de saúde. Nesse caso, a entrevista será interrompida, e a pesquisadora perguntará se você deseja ou não continuar.

**Benefícios:** O conteúdo das informações obtidas será utilizado para fins específicos deste estudo, em eventos e publicações científicas, a pesquisadora manterá a preservação dos dados da pesquisa durante cinco anos, e após este prazo os áudios serão apagados e as entrevistas incineradas. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não há benefícios materiais para você ao realizar a entrevista, contudo, você oferecerá informações mais realistas para os profissionais de saúde que serão usadas para ajudar outras pessoas na mesma situação. Ademais, ao narrar sua história de vida, você poderá sentir alívio, satisfação por ter sua voz ouvida atentamente por um profissional da área da saúde.

A pesquisadora responsável, que também assina este termo, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466 de 12/12/2012, que trata de preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Caso concorde com a participação nesta pesquisa rubrique ao final deste termo, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável/coordenadora da pesquisa. Ao final, seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos,

Rubrica do responsável participante: \_\_\_\_\_

Rubrica da pesquisadora: \_\_\_\_\_

**Contato da Pesquisadora Responsável:**

Jemima Fortunato. Enfermeira. Mestranda de Enfermagem na UERJ.

Cel: (21) 97039-7020 / E-mail: [jemimafortunato@gmail.com](mailto:jemimafortunato@gmail.com)

Endereço Institucional: Facul. de Enf. da UERJ – Rua Boulevard 28 de Setembro N°: 157, Vila Isabel/ RJ CEP: 20551-030  
Telefone: (21) 2868-8236

**Professora Orientadora:** Rosangela da Silva Santos Tel: (21) 99988-9990

E-mail: [rosangelaufri@gmail.com](mailto:rosangelaufri@gmail.com)

Endereço Institucional: Facul. de Enf. da UERJ – Rua Boulevard 28 de Setembro N°: 15, Vila Isabel/ RJ CEP: 20551-030  
Telefone: (21) 2868-8236

Caso você tenha dificuldade de entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em pesquisa das instituições:

**Comitê de ética da UERJ:**

Endereço: COEP/UERJ - Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and Sl 3018, bloco E, 3º andar. Bairro: Maracanã CEP: 20.559-90 UF: RJ Município: Rio de Janeiro

Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro:**

Endereço: Rua Evaristo de Veiga, 16 - 4º andar – sala 401 – Centro/ Rio de Janeiro - Telefone: (21) 2215-1485 –

CEP: 20.231-040- E-mail: [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

Diante do exposto nos parágrafos anteriores, eu, firmado abaixo, \_\_\_\_\_, concordo em participar do estudo intitulado “A vulnerabilidade de mulheres em situação de rua na perspectiva da teoria das transições”.

Eu fui completamente orientada pela pesquisadora Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li/ ou tive esse documento lido para mim, por ela ou uma pessoa de confiança, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Autorizo a pesquisadora a obter meus dados obstétricos em prontuário e a gravar em dispositivo eletrônico de áudio (gravador digital) a narrativa por mim fornecida para o projeto de pesquisa acima especificado, durante uma entrevista de pesquisa. Declaro estar ciente que minha identidade não será revelada, que as gravações das entrevistas serão eliminadas depois de transcritas pela pesquisadora, sendo que as transcrições das narrativas ficarão de posse da mesma por cinco anos e depois destruídas. Além disso, também estou ciente de que tais informações serão utilizadas nesta pesquisa, em eventos e em artigos científicos.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada da pesquisadora.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Pesquisadora Nome: \_\_\_\_\_

Responsável: Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Participante: Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - Termo de autorização de gravação**

**Termo de Autorização de Gravação**  
**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO BIOMÉDICO**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Identificação da pesquisa: **A vulnerabilidade de mulheres em situação de rua, no ciclo gravídico puerperal, na perspectiva da teoria das transições**

Responsáveis pelo projeto: Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes, tel: (21) 97039-7020, e-mail jemimafortunato@gmail.com e Rosângela da Silva Santos (21) 99988 9990 rosangelaufrj@gmail.com (orientadora). Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – CEP/SMS - RJ. Rua Evaristo da Veiga nº 16, 4º andar. Telefone: 2215-1485. E-mail cepsms@rio.rj.gov.br. Eu \_\_\_\_\_, autorizo a pesquisadora Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes a gravar em dispositivo eletrônico de áudio (gravador digital) a narrativa por mim fornecida para o projeto de pesquisa acima especificado, durante uma entrevista de pesquisa. Declaro estar ciente que minha identidade não será revelada, que as gravações das entrevistas serão eliminadas depois de transcritas pela pesquisadora, sendo que as transcrições das narrativas ficarão de posse da mesma por cinco anos e depois destruídas. Além disso, também estou ciente de que tais informações serão utilizadas nesta pesquisa, em eventos e em artigos científicos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora: Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes

## APÊNDICE C - Termo de assentimento

### TERMO DE ASSENTIMENTO



### A VULNERABILIDADE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERSPECTIVA DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES

**Pesquisadora: Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes**

**Orientadora da Pesquisa: Rosangela da Silva Santos**

Resolução nº 466/ de 12/12/2012

Você está sendo convidada a participar do estudo intitulado: “A vulnerabilidade de mulheres em situação de rua na perspectiva da teoria das transições”, por você ter engravidado e/ou ter filhos, viver ou ter vivido em situação de rua e capaz de comunicar-se verbalmente e interagir com a pesquisadora, respondendo a pergunta norteadora da pesquisa: Fale-me sobre sua vida que tenha relação com a maternidade e a sua situação de rua. Este estudo apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar a vulnerabilidade das mulheres em situação de rua, no processo de transição para a maternidade, no ciclo gravídico-puerperal.; e como objetivos específicos: descrever o processo de transição para a maternidade de mulheres em situação de rua a partir de suas narrativas de vida; identificar as vulnerabilidades que permeiam essa fase de transição na vida de mulheres em situação de rua; discutir as vulnerabilidades e as transições vivenciadas por essas mulheres, na perspectiva da vulnerabilidade à luz da Teoria da Transição.

**Participação do estudo:** Você será informada do objetivo da pesquisa no primeiro contato. Este termo será lido com você/para você, para seu claro esclarecimento da pesquisa. A entrada no assunto conta com a apresentação de um filtro, que orienta e predetermina a entrevista. Haverá coleta de seus dados obstétricos em prontuário a gravação da entrevista pela pesquisadora para transcrever todas as informações recebidas, para não perder a riqueza dos dados coletados, bem como a mesma estará com um bloco de anotações para anotar o que a pesquisadora julgar como relevante durante a entrevista. Esta gravação ficará guardada sob responsabilidade da pesquisadora por 5 anos, tendo como preceito ético a confidencialidade da gravação bem como o não compartilhamento da mesma. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome, em qualquer fase do estudo. Por ser uma entrevista aberta, não haverá tempo estimado para a entrevista. A entrevista só será finalizada quando a participante informar que não há mais nada a falar sobre sua narrativa de vida. Você participará de forma voluntária nesta pesquisa. As entrevistas não serão remuneradas e não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Como os riscos são mínimos não haverá danos decorrentes da pesquisa, ao contrário, ao narrar sua história de vida, mesmo que recorde de situações negativas ou tristes, o benefício de ser ouvida atentamente por um profissional da área da saúde lhe trará sensação de alívio e bem-estar. E, se for necessária assistência psicológica você será encaminhada para o serviço de psicologia disponível na instituição de saúde. Nesse caso, a entrevista será interrompida, e a pesquisadora perguntará se a participante deseja ou não continuar.

**Sigilo e privacidade:** Sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por nome fictício escolhido por você e em relação às informações que possam identificá-lo. A entrevista será realizada em local tranquilo e com a presença, somente, da pesquisadora, garantindo-se a sua privacidade. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais. As respostas serão tratadas de forma sigilosa, não será divulgado em nenhum momento seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos e revistas científicas. Desta forma, a pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

**Autonomia:** Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição que presta assistência a você. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma pergunta a ser realizada sob a forma de entrevista aberta. Esta entrevista será gravada e, posteriormente, as respostas serão transcritas e analisadas.

**Riscos:** A pesquisadora está sensível ao contexto vivenciado pelas participantes, dessa forma durante a entrevista narrativa ela estará o tempo todo a seu lado. Essa pesquisa oferece o risco mínimo, onde você pode ficar envergonhada, constrangida, relembrar eventos estressantes ou dolorosos ou sem jeito para falar sobre alguma coisa. Dessa forma, para minimizar e evitar possíveis desconfortos a entrevista ocorrerá em local privativo, sem a interferência de terceiros. Caso isto aconteça, você pode pedir para não responder ou, caso já esteja respondendo, para não se aprofundar na resposta que estava dando, ou ainda, pedir para parar a entrevista. E, se for necessária assistência psicológica você (a mesma) será encaminhada para o serviço de psicologia disponível na instituição de saúde. Nesse caso, a entrevista será interrompida, e a pesquisadora perguntará se a participante deseja ou não continuar.

**Benefícios:** O conteúdo das informações obtidas será utilizado para fins específicos deste estudo, em eventos e publicações científicas, a pesquisadora manterá a preservação dos dados da pesquisa durante cinco anos, e após este prazo os áudios serão apagados e as entrevistas incineradas. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área materno-infantil e enfermagem. Não há benefícios materiais para você ao realizar a entrevista, contudo, ela oferecerá informações mais realistas para os profissionais de saúde que serão usadas para ajudar outras pessoas na mesma situação. Ademais, ao narrar sua história de vida, sua filha poderá sentir alívio, satisfação por ter sua voz ouvida atentamente por um profissional da área da saúde.

A pesquisadora responsável, que também assina este termo, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466 de 12/12/2012, que trata de preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Caso concorde com a participação nesta pesquisa rubrique ao final deste termo, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável/coordenadora da pesquisa. Ao final, seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos,

Rubrica do responsável participante: \_\_\_\_\_

Rubrica da pesquisadora: \_\_\_\_\_

**Contato da Pesquisadora Responsável:**

Jemima Fortunato. Enfermeira. Mestranda de Enfermagem na UERJ.

Cel: (21) 97039-7020 / E-mail: [jemimafortunato@gmail.com](mailto:jemimafortunato@gmail.com)

Endereço Institucional: Facul. de Enf. da UERJ – Rua Boulevard 28 de Setembro N°: 157  
RJ CEP: 20551-030 Telefone: (21) 2868-8236

Vila Isabel/

**Professora Orientadora:** Rosangela da Silva Santos Tel: (21) 99988-9990

E-mail: [rosangelaufri@gmail.com](mailto:rosangelaufri@gmail.com)

Endereço Institucional: Facul. de Enf. da UERJ – Rua Boulevard 28 de Setembro N°: 157  
RJ CEP: 20551-030 Telefone: (21) 2868-8236

Vila Isabel/

Caso você tenha dificuldade de entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em pesquisa das instituições:

**Comitê de ética da UERJ:**

Endereço: COEP/UERJ - Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and Sl 3018, bloco E, 3º andar. Bairro: Maracanã CEP: 20.559-90 UF: RJ Município: Rio de Janeiro

Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro:**

Endereço: Rua Evaristo de Veiga, 16 - 4º andar – sala 401 – Centro/ Rio de Janeiro - Telefone: (21) 2215-1485 - CEP: 20.231-040- E-mail: [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

Diante do exposto, eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar do estudo intitulado “A vulnerabilidade de mulheres em situação de rua na perspectiva da teoria das transições”. Eu fui completamente orientada pela pesquisadora Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Autorizo a pesquisadora a obter meus dados obstétricos em prontuário e a gravar em dispositivo eletrônico de áudio (gravador digital) a narrativa por mim fornecida para o projeto de pesquisa acima especificado, durante uma entrevista de pesquisa. Declaro estar ciente que minha identidade não será revelada, que as gravações das entrevistas serão eliminadas depois de transcritas pela pesquisadora, sendo que as transcrições das narrativas ficarão de posse da mesma por cinco anos e depois destruídas. Além disso, também estou ciente de que tais informações serão utilizadas nesta pesquisa, em eventos e em artigos científicos.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada da pesquisadora.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Pesquisadora

Responsável: Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Participante: Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXO A - Roteiro de Entrevista Narrativa****ROTEIRO DE ENTREVISTA NARRATIVA****1ª PARTE:ROTEIRO DA ENTREVISTA****DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

- Identificação: Número da entrevista (C ):
- Idade:
- Parcerias/estado civil:
- Renda familiar:
- Escolaridade:
- Situação de moradia
- Raça/cor

**DADOS OBSTÉTRICOS**

- Número de gestações
- Número de partos
- Número abortos
- Número de filhos vivos

**2ª PARTE: QUESTÃO NORTEADORA DA ENTREVISTA:**

**Fale-me sobre sua vida que tenha relação com a maternidade e a sua situação de rua.**

Filtros:

- Quantas vezes ficou grávida e como foi cada gestação (a descoberta, cada fase da gestação até o parto e nascimento)
- Como foi cada experiência de pré-natal, parto e pós-parto
- Relação com os filhos
- Como é estar em situação de rua e ser mãe
- Já vivenciou alguma situação como mãe que acredita ser específica para a sua condição de viver em situação de rua.

## ANEXO B – Comitê de Ética UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** A VULNERABILIDADE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERSPECTIVA DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES

**Pesquisador:** JEMIMA DE SOUZA FORTUNATO QUEIROZ LOPES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 26544719.6.0000.5282

**Instituição Proponente:** Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.802.894

**Apresentação do Projeto:**

De acordo com a pesquisadora, "trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório que busca analisar a percepção de mulheres em situação de rua acerca do cuidado de enfermagem recebido no processo de transição para a maternidade, na perspectiva da vulnerabilidade à luz da Teoria da transição. Dessa forma, será utilizado o Método de Narrativas de Vida preconizado por Daniel Bertaux. A coleta será feita em dois momentos, o 1º a mulher em situação de rua será questionada sobre seus dados sociodemográficos (identificação, com ou sem parceiro ou parceira, grau de escolaridade, renda familiar,

idade atual, situação de moradia, raça/cor) e dados obstétricos (número de gestações, abortos e filhos) e no 2º momento responderá apenas uma pergunta norteadora da entrevista para responder os objetivos da pesquisa, Fale-me sobre sua vida que tenha relação com a maternidade e a sua situação de rua. Junto a essa pergunta norteadora serão utilizados filtros que auxiliarão a pesquisadora a abordar pontos importantes para a pesquisa, que são: Quantas vezes ficou grávida e como foi cada gestação (a descoberta, cada fase da gestação até o parto e nascimento)? Como foi cada experiência de pré-natal, parto e pós-parto? Relação com os filhos. Como é estar em situação de rua e ser mãe. Já vivenciou alguma situação como mãe que acredita ser específica para a sua condição de viver em situação de rua. A coleta será realizada em duas maternidades públicas municipais e em um consultório na rua, com mulheres

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefones: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.002.094

Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOSDEANUENCIA.pdf	07/11/2019 19:50:49	JEMIMA DE SOUZA FORTUNATO QUEIROZ LOPES	Aceito
Folha de Rosto	foihaderosto.pdf	07/11/2019 19:47:31	JEMIMA DE SOUZA FORTUNATO QUEIROZ LOPES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOCOMPROMISSO.pdf	07/11/2019 19:42:44	JEMIMA DE SOUZA FORTUNATO QUEIROZ LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SMSreponsaveis.doc	07/11/2019 19:37:31	JEMIMA DE SOUZA FORTUNATO QUEIROZ LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSENTIMENTO.doc	07/11/2019 19:36:46	JEMIMA DE SOUZA FORTUNATO QUEIROZ LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SMS.doc	07/11/2019 19:36:33	JEMIMA DE SOUZA FORTUNATO QUEIROZ LOPES	Aceito
Orçamento	ORcAMENTODETALHADO.doc	07/11/2019 19:35:09	JEMIMA DE SOUZA FORTUNATO QUEIROZ LOPES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

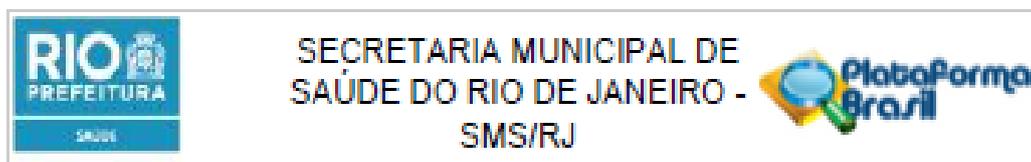
Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Janeiro de 2020

Assinado por:  
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. S/ 3018  
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br)

## ANEXO C – Comitê de Ética SMS/RJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A VULNERABILIDADE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERSPECTIVA DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES

**Pesquisador:** JEMIMA DE SOUZA FORTUNATO QUEIROZ LOPES

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 26544719.6.3002.5279

**Instituição Proponente:** Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.076.830

**Apresentação do Projeto:**

MARÇO DE 2020:

A justificativa da emenda, o resumo, a metodologia proposta, a metodologia de análise de dados e os critérios de inclusão e exclusão foram copiados na íntegra do documento Informações Básicas do Projeto documento Informações Básicas do Projeto (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1493049\_E1.pdf - postagem em 20/12/2019):

**EMENDA:** Para o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ) da Instituição coparticipante é a primeira avaliação ética do referido protocolo de pesquisa (avaliação inicial). A emenda refere-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Instituição proponente.

**JUSTIFICATIVA DA EMENDA:** "Encaminho emenda para acrescentar Instituição Coparticipante (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro) para submeter o Projeto ao Comitê para realização da pesquisa nas unidades municipais. Acrescento unidade Victor Valla, pois recebi o retorno da unidade, posteriormente a submissão a Plataforma Brasil. Acrescento a emenda no cronograma como nova submissão ao CEP Secretaria Municipal de Saúde e altero o número de unidades no projeto de pesquisa (uma equipe de saúde da família para duas equipes)".

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepemsj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 4.076.830

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSENTIMENTO.doc	07/11/2019 19:36:46	JEMIMA DE SOUZA FORTUNATO QUEIROZ LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SMS.doc	07/11/2019 19:36:33	JEMIMA DE SOUZA FORTUNATO QUEIROZ LOPES	Aceito

**Lista de Instituições deste Projeto Coparticipante**

CNPJ	Nome da Instituição
20.468.055/0000-88	RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE
	SMS RIO CF VICTOR VALLA AP 31

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Junho de 2020

Assinado por:  
Saisela Felipe de Oliveira  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo de Veiga, 16, 4º andar  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepemsrj@yahoo.com.br