



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 08, pp. 38990-38996, August, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19605.08.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES VIVENDO EM SITUAÇÃO DE RUA A RESPEITO DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

**1\*PAULA, Cácia Régia de, 2MELO, Marlla Lourenna Rodrigues, 3ABREU, Valeria Antonia, 4REIS, Meillyne Alves dos, 5MEIRELES, Gláucia Oliveira Abreu Batista, 6MELO, Lígia Braz, 7MENDONÇA, Guilherme Silva, 8LIMA, Flavio Henrique Alves de; 9PARRA, Mauricio Lopes and 10MATOS, Marcos André**

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPGENF-GO). Professora Assistente da Universidade Federal de Jataí (UFJ). Goiás, Brasil

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira Obstétrica na Maternidade Dona Íris, Pronto-Socorro Obstétrico Goiás, Brasil. <sup>3</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira Obstétrica na Maternidade Dona Íris, Pronto-Socorro Obstétrico Goiás, Goiás, Brasil. <sup>4</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPGENF-GO). Professora no Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Goiás, Brasil. <sup>5</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em

Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPGENF-GO). Professora no Centro Universitário de Anápolis

(UniEVANGÉLICA). Goiás, Brasil <sup>6</sup>Enfermeira. Mestranda no Programa de Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (MAS/PUC-GO). Professora no Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Goiás, Brasil

<sup>7</sup>Doutorado em Ciências da Saúde - Universidade Federal de Uberlândia, Enfermeiro do Hospital de Clínicas, Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Endereço: Rua Das Gabirobas, nr 110 – Bairro Jardim Sucupira, Uberlândia.

Minas Gerais, Brasil <sup>8</sup>Médico Pediatra. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Professor adjunto do departamento de pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Goiás, Brasil

<sup>9</sup>Médico. Especialista em Terapia intensiva. Médico do Hospital das Clínicas Doutor Serafim de Carvalho de Jataí. Goiás, Brasil. <sup>10</sup>Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da

Universidade Federal de Goiás (PPGENF-GO). Goiás, Brasil

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 11<sup>th</sup> May 2020

Received in revised form

17<sup>th</sup> June 2020

Accepted 14<sup>th</sup> July 2020

Published online 26<sup>th</sup> August 2020

#### Key Words:

Street People; Women's Health; Health Vulnerability; Social Sciences; Public health.

#### \*Corresponding author:

Yndiara Kássia da Cunha Soares

### ABSTRACT

**Objective:** to know the social representations of women living on the streets about the pregnancy-puerperal cycle. **Method:** qualitative research guided by the assumptions of the Theory of Social Representations, with 12 women. Adult women who experienced the entire pregnancy-puerperal period in the streets were included. An interview supported the data collection and the categorization of results was performed by content analysis. **Results:** the participants share an interrupted family process, seeking the street to maintain life and as a way of escape from family and / or social oppression. They feel vulnerable as they are exposed to risk behaviors inherent to the environment. They reinforced the inefficiency of social support networks for women during pregnancy and childbirth, male subordination and the neglect of society. **Conclusion:** the participants' social representations are marked by fear of urban violence and insecurity about their health and that of the baby. The findings, unprecedented in our country, point out weaknesses in social equipment, especially because these women are not linked to health services and social invisibility.

Copyright © 2020, PAULA, Cácia Régia de et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: PAULA, Cácia Régia de, MELO, Marlla Lourenna Rodrigues, ABREU, Valeria Antonia, REIS, Meillyne Alves do et al. "Representações sociais de mulheres vivendo em situação de rua a respeito do ciclo gravídico-puerperal", *International Journal of Development Research*, 10, (08), 38990-38996.

### INTRODUCTION

As mulheres representam um importante segmento social para as políticas de saúde, pela importância epidemiológica, procriação, status social e pelas desigualdades de sexo que implicam, sobremaneira, e diretamente nas condições de saúde feminina e

nos indicadores de morbimortalidade em todo o mundo (MENDES, 2016; WHO, 2019). No Brasil, embora existam inúmeras estratégias de atenção à saúde da mulher, o país ainda enfrenta grandes desafios em romper o paradigma de que a melhoria nas condições de vida das mulheres está focada exclusivamente na saúde reprodutiva (PAIVA; CAETANO, 2020).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher se mostrou inovadora ao propor contemplar os direitos humanos, buscando superar o enfoque biologicista e medicalizador e oferecendo um atendimento humanizado e de qualidade a todas as mulheres, englobando inclusive alguns grupos sociais que estavam, até então, à margem dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Todavia, as mulheres em situação de rua (MSR) não foram contempladas nessa política, mesmo representando um segmento social vulnerável, emergente, marcado pela exclusão social, e que normalmente apresenta extrema carência, habitação convencional irregular e privação dos direitos sexuais e reprodutivos (NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2019; PAIVA, 2016; PHIPPS *et al.*, 2019). Nesse sentido, é notória a precariedade das condições de vida dessas mulheres, bem como as dificuldades em receber atendimento nos serviços de saúde (NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2019; MCGEOUGH; WALSH; CLYNE, 2020; PAIVA, 2016), e quando estão no período gravídico-puerperal, a situação se agrava (MEADOWS-OLIVER, 2016), ainda que sabidamente a dificuldade de acesso aos serviços representa um fator de risco tanto para a mãe quanto para o bebê (CUTTS *et al.*, 2015). Como existe carência de políticas de cuidado que proporcionam visibilidade às MSR e o número de gestantes/puérperas são reduzidos dentro do universo de pessoas expostas às ruas, poucos estudos foram realizados, embora esse quantitativo de mulheres tenha crescido consideravelmente nos últimos anos, especialmente nos grandes centros urbanos, representando um importante problema de cidadania e de saúde pública mundial. Almeja-se que novos saberes suscitados ampliem o olhar dos profissionais envolvidos na atenção às MSR no período gravídico-puerperal com vistas ao resgate da maternidade prejudicada por meio da elaboração de estratégias de cuidado que priorizem a interface da saúde com as ciências sociais e humanas, com foco na inclusão social, no desenvolvimento da autonomia e no empoderamento dessas mulheres carentes de atenção e cuidado. Portanto, o estudo objetivou conhecer as representações sociais de mulheres em situação de rua no Brasil Central acerca do ciclo gravídico-puerperal.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo descritivo, de caráter qualitativo, como forma de conhecimento prático interindividual orientado para a interpretação do fenômeno emergente e comumente verificado nas ruas e maternidades globalmente: mulheres em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal. A investigação seguiu os pressupostos da Teoria das Representações Sociais, onde são considerados o saber popular, mitos, crenças e costumes, que convergem no senso comum e que são socialmente compartilhados (WACHELKE; CAMARGO, 2017). Participaram 12 MSR com idade entre 18 a 36 anos, as quais foram identificadas por números, como Moradora I, II, III...XII. Os dados foram coletados nos principais locais de aglomeração da população em situação de rua (PSR) da Capital, segundo informações disponibilizadas pelo Movimento Nacional da População de Rua de Goiás. Todas as mulheres que estavam nesses locais, foram convidadas a participar do estudo, sendo apresentado individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com os objetivos, justificativa e os benefícios da participação no estudo. A seleção procedeu-se por meio de amostragem por conveniência e o número de indivíduos foi determinado pelo princípio da pesquisa qualitativa, que ocorre com a saturação dos dados (BARDIN, 2016). Foram excluídas as mulheres que não residiram na rua durante todo o ciclo gravídico-puerperal, as com faixa etária inferior a 18 anos, as que estavam sob efeito de alguma substância que colocasse em risco a veracidade das respostas e/ou integridade dos participantes da pesquisa e as que demonstravam não possuir capacidade de compreender as questões que compõem os instrumentos. Os

relatos foram obtidos a partir de um roteiro com questões sobre características sociodemográficas e a seguinte questão norteadora: “Fale-me a respeito da sua vivência de gestação, parto e pós-parto estando em situação de rua”. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a agosto de 2016, com duração de, aproximadamente, uma hora e meia, sendo gravadas em gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra. Durante todo o processo de coleta de dados houve preocupação com a privacidade das mulheres, sendo que as entrevistas foram realizadas em local mais privativo possível e distante da rede social da entrevistada. Destaca-se que os conteúdos mais significativos foram abordados, procurando excluir o viés de julgamento das pesquisadoras, todas enfermeiras obstétricas com experiência no cuidado a grupos vulneráveis. Para a análise do arcabouço das experiências das investigadas empregou-se a modalidade temática, composta pelas etapas de pré-análise, exploração das palavras transcritas, processamento de dados, inferências e interpretações. Essa modalidade permite explicitar e sistematizar as mensagens e a expressão do conteúdo com o objetivo de efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens do estudo, respeitando as questões políticas, culturais, espirituais, psicológicas e sociológicas das expressões das mulheres em situação de rua. A fim de realizar a análise do material transcrito, iniciou-se a leitura fluente com apreciações sucessivas das entrevistas visando saturação do discurso, no qual foram identificadas as principais variáveis temáticas. Do movimento de codificação emergiram cinco unidades temáticas de acordo com os objetivos e com o eixo teórico das representações sociais. Depois de realizada a recodificação, que foi a nova leitura das entrevistas comparando as unidades temáticas e buscando a possibilidade de descobrir novos temas e/ou temas que convergiam ou se distanciavam, emergiram as três grandes categorias de análise que são discutidas neste artigo, A a saber: a rua como espaço de fuga e sobrevivência e a percepção de vulnerabilidade; Redes de apoio à mulher e Expectativas de vida. Houve observância ao disposto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás – Protocolo consubstanciado nº 045/13, sendo garantida a confidencialidade dos dados coletados.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante a coleta de dados em “lôcus” observamos que os locais eram insalubres e o uso abusivo de drogas ilícitas comuns, assim, oito mulheres foram excluídas da investigação por estarem sob efeito dessas substâncias. Outras nove foram excluídas por terem menores de idade, sendo que duas possuíam 12 anos; evidenciando que o universo de crianças e adolescentes em situação de rua parece ser maior do que o imaginado. Tal achado já foi evidenciado em outros países (BEGUN *et al.*, 2020; CUTTS *et al.*, 2015; MURPHY *et al.*, 2013; ROZE *et al.*, 2016). Esses fenômenos ratificam a magnitude do problema social dessas mulheres que, por hora, vivenciam um processo de exclusão social em um momento de vida extremamente vulnerável, exigindo investimentos na elaboração coletiva de mecanismos institucionais e sociais que promovam estratégias intersetoriais destinadas à identificação do perfil dessas mulheres com vistas à garantia dos direitos básicos. As entrevistadas constituíram-se majoritariamente por mulheres jovens (média 24 anos), de cor autodeclarada preta e com baixa escolaridade. A média de tempo na rua foi de seis anos. A totalidade não reportou profissão, sendo que sua renda provinha de trabalhos informais como: artesã (20%), catadora de materiais recicláveis (70%) e comercialização da prática sexual (10%), sendo corriqueiro o relato de pequenos delitos para adquirir materiais/bens de consumo para sua subsistência. Características semelhantes a estudos nacionais e internacionais (COSTA *et al.*, 2015; MEADOWS-OLIVER,

2016). Ainda que a PSR seja predominantemente masculina, verifica-se um aumento no número de mulheres (NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2019), possivelmente, reflexo da atual ruptura do fenômeno social de masculinidade hegemônica, no qual a mulher se submetia a situações de violência doméstica ou a subempregos. Também ao padrão tradicional imposto de mulher dependente e frágil, que facilitava o acesso a benefícios governamentais que as tiravam ou não permitiam viver nas ruas (COSTA *et al.*, 2015; TSAI *et al.*; 2015). Mesmo que as mulheres sejam a minoria da PSR, é preciso atentar para suas necessidades de saúde, considerando as etapas do ciclo feminino, em especial o reprodutivo, pois há abuso sexual e até mesmo prostituição como meio de subsistência. Com isso, as gestações não planejadas e indesejadas podem convergir em risco para morte materno infantil quando não monitorada por profissionais de saúde. Foi unânime o uso de algum tipo de substância ilícita, sendo o *crack* a mais prevalente, provavelmente devido ao baixo custo e facilidade de acesso nas ruas das metrópoles (SOARES *et al.*, 2016). Estudiosos apontam que muitas vezes as mulheres consomem drogas pela ociosidade nas ruas ou ainda para sobreviver perante as atrocidades inerentes ao mundo da/na rua (COSTA *et al.*, 2015; CUTTS *et al.*, 2015). Ressalta-se o risco de abortamento e do trabalho de parto prematuro como consequências do uso de *crack* e, em situações semelhantes há complicações maternas como a hemorragia, uma das principais causas de mortalidade (Botelho, Rocha e Melo, 2013).

Em relação às características gineco-obstétricas, observou-se que a sexarca variou de 11 a 21 anos (média de 14,5). Das 12 entrevistadas, quase a metade estava na quinta gestação, sendo que o intervalo entre as gestações variou de 18 a 32 meses (média de 27,2 meses). As gestações com espaçamento menor que 18 meses curtos estão associados a maiores taxas de prematuridade. Investigações identificaram que as mulheres normalmente apresentam desejo em evitar a gravidez durante a experiência de viver na rua, porém a maioria não adota métodos contraceptivos eficazes, exigindo intervenções de acolhimento e escuta ativa nos serviços de saúde e assistência social (PAIVA; CAETANO, 2020). Nesse estudo, todas as entrevistadas mencionaram ter outros filhos que viviam em abrigos ou com familiares e somente uma mulher mantinha contato com um dos seus filhos. Seis participantes referiram histórico de aborto e sete relataram história de violência sexual. Essas sete participantes desconheciam o pai do seu filho, e três delas informaram que o parceiro atual estava em situação de rua. Além da violação dos direitos fundamentais, como saúde e moradia, parece ser frequente o desrespeito à população feminina em situação de rua, marcados pelos vários tipos de violência que as colocam em diversas situações de vulnerabilidades como as doenças psíquicas, maternidade prejudicada, lesões traumáticas, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), abortamentos, malformações, natimortos e complicações obstétricas e neonatais (CUTTS *et al.*, 2015; KLEIN; REDDY, 2015; TSAI *et al.*, 2015).

Portanto, os resultados desse estudo servem de subsídios aos órgãos de controle, como o Ministério Público Federal e Estadual, Promotoria da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, entre outros organismos públicos voltados à defesa da sociedade, para a implementação de ações políticas que garantam a integridade dos direitos humanos das mulheres que vivem em situação de rua. Muitas mulheres buscam as ruas como forma de sobrevivência e de luta/fuga de uma vida de opressão, muitas vezes advindas desde a infância, como é demonstrado em suas falas:

[...]brigava com minha mãe por causa do meu padrasto. Ele me batia muito e fazia coisas feias comigo [choro] (Moradora III). Minha mãe bebia muito [...]. A casa estava sempre cheia

de pessoas ruins que faziam coisas ruins com a gente [...] (Moradora VI). Quando eu me envolvi com drogas meus pais não me aceitaram. Com isso fiquei indo e vindo! [risos] (Moradora XI).

A literatura (COSTA *et al.*, 2015; KLEIN; REDDY, 2015; TSAI *et al.*, 2015) ressalta que as mulheres acabam indo para as ruas devido às precárias condições financeiras, envolvimento com drogas, abuso físico, emocional e sexual, separação, prisão, violência doméstica, abandono familiar e até mesmo pela busca por liberdade. Dentre estes, a desvinculação da estrutura familiar, ou seja, processos familiares interrompidos representa um dos fatores determinantes que levam crianças, adolescentes e adultos a viverem nas ruas ou mesmo se manterem nela (NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2019). Indivíduos que fazem das ruas seu lugar de moradia trazem à tona o processo de vulnerabilidade social vivenciado por muitas pessoas, em particular de países em desenvolvimento como o Brasil, marcada pela situação de pobreza, desamparo e despreparo emocional para lidar com adversidades intrafamiliares (COSTA *et al.*, 2015; VÁSQUEZ; PANADERO; ZÚNIGA, 2017). Assim, confirma-se a necessidade de projetos com cuidados sistematizados que considerem este grupo social com potencialidades para resgatar os laços com sua família; anseios declarados pelas participantes do presente estudo. Mesmo que em menor número, a MSR se torna mais vulnerável por viver em uma conjuntura permeada por preconceitos, violência e particularmente pela desigualdade de sexo e gênero; sendo comum, portanto, a adoção de alguns mecanismos de defesa. Dentre as estratégias, destacam-se a submissão ao homem em troca de segurança, a própria situação de gestação e a androgenia, não como forma de expressão de sua sexualidade, mas como forma de proteção (COSTA *et al.*, 2015; VÁSQUEZ; PANADERO; ZÚNIGA, 2017). De fato, durante a coleta de dados, a maioria das mulheres estava acompanhada por um parceiro que não era o pai da criança. No entanto, ao mesmo tempo em que essa figura masculina possui a função de proteção nas representações sociais dessas mulheres, eles frequentemente as tornam suscetíveis de terem seus direitos civis violados. Nesse trabalho, assim como em outros (CRONLEY; HOHN; NAHAR, 2017; PAIVA *et al.*, 2016), a maioria das entrevistadas relatou ter sofrido algum tipo de violência pela parceria atual, tornando-as suscetíveis às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), aborto provocado, aumento do uso de substâncias ilícitas e potencialização da prática de pequenos furtos. [...]O pai

[...]O pai do bebê vem pra gente usar droga [...] (Moradora XI). Meu filho teve sífilis do pai e eu tive que ficar dez dias no hospital [...] (Moradora III). De violência prefiro não falar [pede para parar e usar droga] [...] A gente vai para os ônibus e praças buscar dinheiro pra comprar a droga [risos] (Moradora I). Quando vim de São Paulo conheci um artesão em Pirenópolis, e contrai o HIV, quando descobri que estava grávida. Tive dois abortos e agora estou com o neném (Moradora VIII).

Diferentemente de uma investigação realizada em São Paulo com gestantes em situação de rua (COSTA *et al.*, 2015), as mulheres deste estudo se mostraram bastante preocupadas quanto a sua condição. Emergiu nas falas de todas as investigadas a percepção de vulnerabilidade, especialmente relacionada à saúde do bebê, conforme podemos verificar nas narrativas a seguir:

Muito perigoso aqui pro bebê. Tem gente muito perigosa na rua (Moradora VII). Não tem como dar remédios, vitaminas e comida para o bebê. Não dorme direito. Muito complicado! Dependendo do corpo pra comer e não estou tendo clientes [...] (Moradora VII). [...] pessoas que estiverem assim desse jeito é bom procurar ajuda, procurar um apoio, você entende?

[choro]. É muito arriscado principalmente para uma pessoa que estiver grávida [...] (Moradora XII).

Todavia, mesmo com a percepção de que suas práticas e comportamentos as expõem ao adoecimento e, por conseguinte de seus filhos, as perspectivas de mudanças de estilo de vida parecem distantes da sua realidade. Deste modo, o uso indiscriminado de drogas, devido à dificuldade em abandonar o vício, somado ao desconhecimento das implicações na saúde do bebê, prática sexual desprotegida, cuidados inadequados de saúde e não adesão ao pré-natal faz com que estas mulheres apresentem um risco aumentado para morbidade e mortalidade materna e infantil (CUTTS *et al.*, 2015; GUILLÉN *et al.*, 2020). Ficou evidente que o momento da gravidez e puerpério são oportunos para a reinserção familiar/social dessas mulheres, pois elas reconhecem os perigos de viver na rua. Apesar do contexto de fragilidade, essas mulheres apresentam disposição para o autocuidado. Isso amplia as perspectivas positivas de mudanças, reforçando a necessidade de fomentar junto aos equipamentos públicos e privados a criação e/ou fortalecimento de redes de apoio e cuidado às MSR, em particular daquelas que se encontram no período gravídico-puerperal. As falas remeteram às representações sociais como o medo, a insegurança e incerteza do desfecho, tanto da gravidez, quanto do período puerperal (desconhecido pela maioria das participantes), e também dos cuidados neonatais. Assim, o estudo consistiu em oportunidade para que as participantes pudessem expressar suas representações, e com isso o conhecimento da realidade de vida, passível de intervenções políticas e assistenciais.

Perante o cenário contemporâneo mundial de vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais decorrentes da distribuição desigual de recursos socioeconômicos, a PSR tem aumentado exponencialmente, com tendência de crescimento (BUSCH *et al.*, 2016; NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2019). Por outro lado, as políticas públicas voltadas a este segmento populacional não têm conseguido acompanhar esta nova tendência, sendo que os investimentos decrescem consideravelmente quando a população alvo trata-se de mulheres gestantes e/ou com crianças (CUTTS *et al.*, 2015; GRANT *et al.*, 2013; ROZE *et al.*, 2016). Evidencia-se que a PSR vive um processo denominado de desfiliação, no qual os indivíduos antes considerados incluídos socialmente, se veem privados de seus direitos civis e com ruptura dos laços com suas redes sociais, a saber: família, instituições de apoio social e de saúde (COSTA *et al.*, 2015; GRANT *et al.*, 2013). Destaca-se que nesse processo de desfiliação as mulheres, durante o período gravídico-puerperal, se tornam mais vulneráveis à medida que ficam expostas a comportamentos e/ou atitudes de risco inerentes à situação de ter a rua como moradia. Como suscitado nas primeiras narrativas, faz-se necessário o investimento precoce em recursos afetivos que promovam a aproximação dessas mulheres com suas redes familiares, sejam elas biológicas ou não. Tais estratégias devem ser amplamente estimuladas para que haja a ruptura das representações de que com o tempo a rua não se mostre ameaçadora como antes e de que a adesão aos códigos de sobrevivência na rua é simples; facilitando a permanência nesse ambiente como subterfúgio das fragilidades decorrentes do desenvolvimento intrafamiliar prejudicado. Tais representações, se não superadas, podem inverter o papel de proteção inerente à estrutura familiar, ampliando as possibilidades de reproduzir o fenômeno da construção de um pacto entre as gerações de famílias, no qual por várias gerações os indivíduos procuram a rua como local de residência (COSTA *et al.*, 2015). Existem inúmeras discussões apontando que a principal estratégia de enfrentamento desse fenômeno social seria um maciço investimento em projetos de habitação a preços acessíveis (KLEIN; REDDY, 2015; NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2019),

entretanto ainda estão distantes da nossa atual conjuntura mundial. Enquanto isso não acontece, os albergues parecem representar um importante equipamento social para abrigar e atender as necessidades demandadas por este grupo. Por outro lado, a ineficácia das políticas públicas contribui para o fortalecimento do caráter assistencialista e caritativo dessas instituições, que por hora não conseguem assistir o contingente crescente da PSR e também não propiciam a inclusão social com desenvolvimento da autonomia e empoderamento dessa população (MEADOWS-OLIVER, 2016; NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2019).

Em relação às gestantes e puérperas, essas instituições parecem ser ainda mais frágeis, à medida que possui normas rígidas de utilização com limitação de tempo de permanência e segregação por gênero, dificultando o convívio familiar. Além disso, são desprovidas de programas voltados para a saúde da mulher e do bebê; projetos de suporte alimentar, de higiene e repouso apropriado ao período gestacional, e de estratégias de proteção da integridade física e emocional dessas mulheres e crianças (KLEIN; REDDY, 2015). Idealizados para realizar práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças em “lócus”, os consultórios na rua representam outra relevante estratégia de atenção à PSR. Com foco na Política Nacional de Atenção Básica objetivam aproximar esse grupo dos serviços de saúde, bem como resgatar sua dignidade, cidadania e qualidade de vida (PAIVA, 2016). Embora promissora, esta modalidade de atendimento enfrenta inúmeros desafios que vão desde a gestão pública, como quantitativo insuficiente de equipes, falta de insumos e estrutura física e dificuldade de articulação com os demais serviços, em particular com a rede de atenção à saúde; até questões de caráter pessoal, como a burocracia e preconceito por parte dos profissionais envolvidos no fluxo de atendimento à PSR (PAIVA, 2016). Mesmo com estes equipamentos sociais, nenhuma mulher investigada mencionou em suas falas fazerem uso desses serviços, muito possivelmente devido à inexistência no município de albergue específico para estas mulheres, e ainda, por possuir uma única unidade de saúde com equipe de consultório na rua, ambas localizadas no centro da capital. Estes resultados suportam a hipótese de que as fragilidades desses aparelhos sociais durante a gravidez é um preditor para a não vinculação dessas mulheres aos serviços de pré-natal e pós-parto, e conseqüentemente um fator de risco para a saúde do binômio mãe filho, por não terem o devido monitoramento do estado de saúde, como requer os períodos de gestação, puerpério e puericultura.

Por outro lado, a atribuição do Conselho Tutelar foi recorrente em todas as falas, sendo que este instrumento social emergiu nas representações sociais das mulheres de forma enfática como o principal fator relacionado à maternidade prejudicada e dignidade humana prejudicada:

*Gente! Não sei, mas acho que se não conseguir ir para casa de minha mãe vou doar pro Conselho Tutelar. Eles só querem isso mesmo! (Moradora VIII). [...] tenho medo desse Conselho Tutelar. Só querem pegar meus filhos. Se pegar tenho outros! (Moradora XI). [...] quero ficar com meu filho, mas tenho medo do Conselho Tutelar vir aqui pegar meu neném (Moradora XII).*

Perante tais representações verifica-se um descompasso entre o desejo das mães e as medidas aplicadas pelo Conselho Tutelar para a resolução da problemática dessa população. Acredita-se que incumbe ao Conselho Tutelar, enquanto órgão que busca o equilíbrio quanto à representação de efetividade dos Direitos das Crianças e Adolescentes realizarem trabalhos intersetoriais com uma nova visão, focada tão somente nas necessidades das crianças, mas também dessas cidadãs que estão temporariamente

em situação de rua. Enfim, o Conselho Tutelar precisa ser visto como suporte e defensor dos direitos humanos; no entanto, as representações sociais emergiram como medo de represálias e a perda do direito a criar o filho. Situação que remete a necessidade de se repensar o modo como o próprio Conselho Tutelar vem abordando a PSR. Como disposto na Rede Cegonha do Ministério da Saúde, toda mulher tem direito a um cuidado humanizado e de qualidade durante a gravidez, parto e nascimento, e esse atendimento deve se fundamentar no respeito, dignidade e autonomia das mulheres e das crianças, independente do contexto social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Porém, nessa investigação houve consenso em relação ao despreparo dos profissionais de saúde no atendimento às entrevistadas.

*Estava muito drogada quando fui para o hospital, mas lembro de que parecia que eu tinha doença porque me travavam como se fosse lixo! Não me davam atenção [choro...] chamei uma enfermeira de tia e ela quase me bateu! Disse: olha se tenho sobrinha igual você (Moradora X). Sou cismada com esse povo de hospital, trata a gente como cachorro [...] gosto desse povo não (Moradora I). [...] na emergência foi demorado pra caramba! Aquele povo metido dá moral pra gente não [...] (Moradora VII).*

Essas falas vão totalmente contra a PNAISM e a Política Nacional de Humanização, especialmente quanto ao acolhimento humanizado como prerrogativa em todas as maternidades e outros serviços de saúde, ratificando o quanto os profissionais de saúde possuem ideias preconcebidas quanto a PSR e fragilidades técnico-científicas que potencializam a não adesão das gestantes em situação de rua aos serviços de saúde (KLEIN; REDDY, 2015). No Brasil, algumas intervenções com foco na atenção básica têm sido incentivadas para o atendimento à saúde da PSR (MENDES, 2016), porém nenhum trabalho voltado especificamente para as mulheres no período gravídico-puerperal. Por outro lado, estudos internacionais têm relatado programas específicos para este segmento, como o Programa Pré-natal de Risco para Desabrigados que utiliza várias estratégias de cuidados às MSR em Toronto-Canadá (MURPHY *et al.*, 2013). Ainda o Programa Educacional para Adolescentes e Adultas Jovens com foco nos cuidados a gestantes e recém-nascidos; investimento na relação terapêutica com base no acolhimento e a escuta ativa (KLEIN; REDDY, 2015), Programa de planejamento familiar (CUTTS *et al.*, 2015), criação de casas para crianças de mães em situação de rua após a saída da maternidade (GRANT *et al.*, 2013) e investimento nas redes familiares das mulheres (MEADOWS-OLIVER, 2016), todos desenvolvidos nos Estados Unidos da América.

Assim, chamamos atenção para adoção de modelos existentes e possíveis de serem adaptados nacionalmente, de modo a reverter à negligência aos direitos da PSR, especialmente no que se refere aos direitos à saúde materna infantil. Para que os princípios necessários para o cuidado à PSR sejam concretizados não se faz necessário a elaboração de uma nova configuração do sistema de saúde, uma vez que o Sistema Único de Saúde já prevê um atendimento pautado na equidade, integralidade e universalidade a todos os cidadãos, inclusive os estigmatizados. No caso, as MSR realmente necessitam de um novo olhar na atenção à saúde da mulher, fornecendo uma assistência e apoio de acordo com suas especificidades, a fim de reverter o quadro de vulnerabilidade social e em saúde. Acredita-se ser imperativo investimento contínuo na formação e qualificação dos profissionais de saúde em obstetrícia, objetivando contribuir na redução das desigualdades existentes na assistência às populações femininas marginalizadas. Para tanto, espera-se que a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da obstetrícia façam parte das agendas dos gestores para garantir que todas as mulheres

de rua tenham acesso aos serviços de saúde, sendo a atenção básica um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde. A expectativa de vida dessas mulheres foi extremamente marcante e rica de significados, possivelmente por se tratar de perspectivas e sonhos complexos de serem concretizados diante do contexto de vida na rua. Ainda que as mulheres tenham relatado de forma acanhada, às vezes monossilábica e com muitas manifestações de sentimentos, tais como choro, abraços, palavrões e até silêncio, pudemos perceber o quanto apresentam alto risco de maternidade prejudicada e dignidade humana fragilizada, porém com disposição melhorada para mudança dessa condição de vulnerabilidade. As falas demonstram:

*Quero ficar com meu filho, [Pausa] quero trabalhar, moça (Moradora IV). [Choro] tentar ter uma casa pra morar [...] Se a droga deixar [...] (Moradora VIII). Quero ficar com meu filho, já que não tenho os outros [Risos] (Moradora V). Eu e meu parceiro vamos cuidar da criança [...] (Moradora XI). [...] tenho esperança de arrumar um emprego e sair dessa vida! É muito ruim, ninguém ta nem ai pra você, a solidão é triste [Choro] (Moradora XII).*

Apesar da situação de mendicância, drogadição e vínculos familiares inexistentes, as narrativas revelam o anseio dessas mulheres em se desvencilharem dessa condição de vida, sendo a possibilidade de reconstrução dos laços familiares, por meio do novo filho, a principal força impulsora. Todavia, o formato das atuais políticas e serviços voltados para o atendimento a esse segmento populacional apresentam importantes lacunas, em particular concernentes ao reforço positivo aos sonhos almejados e o fortalecimento do protagonismo e emancipação dessas mulheres (PAIVA, 2016; COSTA *et al.*, 2015). Em regra, as intervenções com as MSR são reais, necessárias e generalizadas, de forma a atender as necessidades e carências do binômio mãe-filho. Tais características contribuem para a manutenção do ciclo de exclusões e de desvinculações sociofamiliares, seculares, culturais, de cidadania e da vida humana; sendo prementes estratégias que discutam as representações sociais acerca dos sistemas de saúde, com vistas à elaboração de políticas específicas que não privem as mulheres de exercerem a maternidade com cidadania, dignidade e com potencial de transformação de sua condição social.

Apesar de não ser um fenômeno recente, por várias décadas a PSR ficou à margem das políticas públicas de saúde, sobretudo as mulheres, por representarem um número reduzido dentro do universo de pessoas expostas às ruas e ainda submetidas às regras de um contexto predominantemente masculino. Atualmente, com o crescente quantitativo de mulheres que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal na rua; somado aos avanços com a PNAISM, a disposição para mudança dessas mulheres e a maior atenção dos serviços de assistência social, houve um aumento, mesmo que incipiente, de discussões acerca de possíveis metodologias inovadoras na elaboração de intervenções para fortalecer dos equipamentos sociais com intuito a atender essa população marginalizada do contexto social.

## Conclusões

Nas representações sociais das investigadas a desvinculação da estrutura familiar representou um dos fatores determinantes para elas optarem pelas ruas como também de se manterem nela. Ainda apontaram a ineficácia das redes de apoio no cuidado à MSR durante o ciclo gravídico-puerperal, em particular dos profissionais de saúde e Conselho Tutelar, levando a hipótese de que as fragilidades dos equipamentos sociais é preditor para a não vinculação dessas mulheres aos serviços de pré-natal e pós-parto,

e conseqüentemente um fator de risco para a saúde da gestante, puérpera e do bebê. Diante do cenário das representações sociais encontradas nesta investigação, aponta-se a necessidade de políticas públicas resolutivas que desenvolvam a autonomia e o empoderamento desse grupo social emergente, visando minimizar as desigualdades e iniquidades sociais e a exclusão social dessas mulheres que por hora, encontram-se vulneráveis.

Acredita-se que a presente investigação se mostra inovadora à medida que não somente visa compreender o perfil dessa população, seu estilo de vida, suas particularidades e dificuldades, mas, sobretudo compreender suas representações sociais concernentes à vivência da gravidez, parto e puerpério no ambiente da rua. Almeja-se que os novos saberes subsidiem estratégias e intervenções eficazes que possam contemplar um novo olhar para a atuação de profissionais de saúde e assistência social, em especial a obstétrica com vistas a proporcionar visibilidade a este grupo carente de cuidado e contribuir para resgatar sua dignidade humana e maternidade prejudicada. As limitações do estudo são inerentes às especificidades do método qualitativo, ou seja, não permite generalizações. Em relação a amostragem, considerando o quantitativo de MSR, e que estudamos especificamente as que vivenciaram todo ciclo gravídico puerperal na rua, os achados se tornam representativos e com potencial de fomentar uma assistência universal, integral e de qualidade, diminuindo as disparidades vivenciadas entre as mulheres e seus familiares.

## REFERENCES

- BARDIN, L. Análise de conteúdo. {Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro}. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BEGUN, S. *et al.* Social Support and Pregnancy Attitudes among Youth Experiencing Homelessness. *Children and Youth Services Review*, v.113, 104959, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104959>
- BOTELHO APM, ROCHA RC, MELO VH. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. *FEMINA | Janeiro/Fevereiro 2013 | vol 41 | nº 1* Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3777.pdf> acesso em 16 de julho de 2020
- BUSCH, V *et al.* Developing a global framework for conceptualising and measuring homelessness. *Habitat international*, v. 55, p. 124-132, 2016. doi: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197397515300023>
- COSTA, S. L. *et al.* Homeless pregnant women in the city of Santos, São Paulo, Brazil: reflections and challenges to public policies. *Saúde e Soc.*, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, 2015. doi: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-01089.pdf>
- CRONLEY, C.; HOHN, K.; NAHAR, S. Reproductive Health Rights and Survival: The Voices of Mothers Experiencing. *Women Health*, v. 16, p. 1-14, 2017. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28278012>
- CUTTS, D. B. *et al.* Homelessness during pregnancy: A unique, time-dependent risk factor of birth outcomes. *Matern Child Health J*, v. 19, n. 6, p. 1276-1283, 2015. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25404405>
- GUILLÉN, A. I., *et al.* Substance use, stressful life events and mental health: a longitudinal study among homeless women in Madrid (Spain). *Addictive behaviors*, 2020, V. 103, n , p:106-246, 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106246>
- GRANT, R. *et al.* Twenty-five years of child and family homelessness: where are we now? *Am J Public Health*, v. 103, n. Suppl2, p. e1-e10, 2013. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24148055>
- KLEIN, J. W.; REDDY, S. Care of the Homeless Patient. *Med Clin North Am*, v. 99, n. 5, p. 1017-38, 2015. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26320044>
- MCGEOUGH, C; WALSH, A; CLYNE, B. Barriers and facilitators perceived by women while homeless and pregnant in accessing antenatal and or postnatal healthcare: A qualitative evidence synthesis. *Health & Social Care in the Community*, v. 01, p:1-14, 2020. doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.12972>
- MENDES, V.R; SANTOS, J.I.C; COSTA, L.H.R. A saúde da mulher no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos discutidos em periódicos nacionais. *Renome*, v. 4.n 2, p: 61-72, 2016. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/98>
- MEADOWS-OLIVER, M. Social support among homeless and housed mothers: An integrative review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, v. 43, n. 2, p.40-47, 2016. doi: [https://www.researchgate.net/publication/7989342\\_Social\\_Support\\_Among\\_Homeless\\_and\\_Housed\\_Mothers\\_An\\_Integrative\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/7989342_Social_Support_Among_Homeless_and_Housed_Mothers_An_Integrative_Review)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2014. Monitoramento e acompanhamento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher PNAISM e do plano nacional de políticas para as mulheres PNPM. Brasília, DF, 2015. Disponível em: [file:///D:/Downloads/INSTRUMENTO\\_PNAISM\\_PNPMversaoWeb1%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/INSTRUMENTO_PNAISM_PNPMversaoWeb1%20(1).pdf). Acesso em: 04 de março de 2020.
- MURPHY, C. C. *et al.* Homeless and pregnant: a public health unit's innovative response. *Can J Public Health*, v. 104, n. 3, p. E271, 2103. doi: <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/3902/2802>
- NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS. Nationalhomeless.org: National Coalition Homeless, 2019. Disponível em: <https://endhomelessness.org/demographic-data-project-gender-and-individual-homelessness/>
- PAIVA, I. K. S. *et al.* Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2595-606, 2016. doi: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/en\\_1413-8123-csc-21-08-2595.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/en_1413-8123-csc-21-08-2595.pdf)
- PAIVA, C. C.N.; CAETANO, R. Evaluation of the implementation of sexual and reproductive health actions in Primary Care: scope review. *Escola Anna Nery*, v.24,n.1, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0142>
- PHIPPS, M. *et al.* Women and homelessness, a complex multidimensional issue: findings from a scoping review. *Journal of Social Distress and the Homeless*, v. 28, n.1, p. 1-13, 2019. doi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10530789.2018.1534427>
- ROZE, M. *et al.* Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey. *Eur Psychiatry*, v. 38, p. 51-60, 2016. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27664530>
- SOARES, A. D. A. S. *et al.* Obstetric complications of the consumption of cocaine/crack during pregnancy: integrative review. *Journal of Nursing UFPE*, v. 10, n. 3, p. 1143-1148, 2016. doi: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7018/pdf\\_9902](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7018/pdf_9902)
- TSAI, A. C. *et al.* Violent victimization, mental health, and service utilization outcomes in a cohort of homeless and unstably housed women living with or at risk of becoming infected with HIV. *Am J Epidemiol.*, v. 181, n. 10, p. 817-826, 2015. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25834138>
- VÁZQUEZ, J. J.; PANADERO, S.; ZUÑIGA, C. Content and uniformity of stereotypes and meta-stereotypes of homeless people in Madrid (Spain). *Journal of Community Psychology*,

- v. 45, n. 1, p. 28-137, 2017. doi: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcop.21836/pdf>
- WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Interam. j. psychol.* v. 41, n. 3, p. 379-390, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v41n3/v41n3a13.pdf>. Acesso em: 07 de março de 2020.
- WHO. World Health Organization (2019). Sexual and reproductive health. Defining sexual health. Disponível em: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/). Acesso em: 08 de abril de 2020.

\*\*\*\*\*