



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SARA PEIXOTO DE ALMEIDA

**GESTANTES EM SITUAÇÃO DE RUA: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DE
SAÚDE À LUZ DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

SALVADOR/BA

2020

SARA PEIXOTO DE ALMEIDA

**GESTANTES EM SITUAÇÃO DE RUA: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DE
SAÚDE À LUZ DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA) como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem e Saúde na Área de Concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", na Linha de Pesquisa "Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de gênero e Etnicorraciais".

Orientadora: Profa. Dra. Jeane Freiras de Oliveira

SALVADOR/BA

2020

A447 Almeida, Sara Peixoto de.
Gestantes em situação de rua: um estudo com profissionais de saúde à luz das representações sociais/Sara Peixoto de Almeida. – Salvador, 2020.
63 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Jeane Freitas de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2020.
Inclui referências e anexos.

1. Gestante em situação de rua. 2. Representações sociais. 3. Cuidados - enfermagem. 4. Enfermagem. I. Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDU 618.2:614

SARA PEIXOTO DE ALMEIDA

**GESTANTES EM SITUAÇÃO DE RUA: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DE
SAÚDE À LUZ DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde na Área de Concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", na Linha de Pesquisa "Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de gênero e Etnicorraciais".

Aprovada em 18 de dezembro de 2020

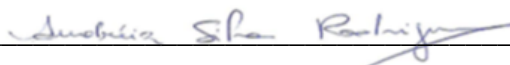
BANCA EXAMINADORA

Jeane Freitas de Oliveira



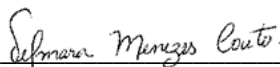
Doutora em Saúde Coletiva, Professora da Universidade Federal da Bahia

Andréia Silva Rodrigues



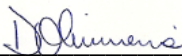
Doutora em Enfermagem, Professora da UNINASSAU

Telmara Menezes Couto



Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Dejeane de Oliveira Silva (Suplente)



Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Estadual de Santa Cruz

À minha rainha (*in memoriam*),
por ter me incentivado a perseguir meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por guiar meus passos e me permitir alcançar mais essa vitória. "Porquanto a tua benignidade é melhor do que a vida, os meus lábios te louvarão" Salmos 63:3;

À minha mãe Alba (*in memoriam*), minha rainha, grande responsável pelas minhas conquistas, por sempre investir e acreditar em mim. Seu exemplo me faz querer ser uma pessoa melhor todos os dias.

A meu pai Getúlio (*in memoriam*), pelo amor e carinho, por sempre doar o melhor de si para nós;

Ao meu marido Bruno pelo amor e companheirismo. Obrigada por ser meu alicerce e pelo apoio incondicional para eu concluir essa jornada. Te amo!

À minha irmã Luísa, minha Lulu, por iluminar minha vida. Cuidar de você me faz muito feliz;

À minha irmã Clarissa, com quem partilho tanto dessa vida. Obrigada por ser parceira nos momentos que mais preciso;

À minha prima-irmã Diná e a Carlos Helano, pessoas que tanto admiro. Obrigada pelo carinho e apoio nos diferentes momentos da minha vida;

Às minhas sobrinhas Raíssa e Beatriz, e "sobrinhos" David e Liz, vocês são luz e alegria da nossa família, obrigada por inundarem meu coração com tanto amor.

Às minhas tias Ara e Albanira, tio Albano, primas e primo, agradeço a torcida;

À minha sogra-mãe Rita, meu sogro Antônio Sérgio, minha cunhada Rachel Caroline e às famílias Barros e Brandão, agradeço imensamente por todo amor e carinho a mim dedicados, obrigada por sempre torcerem por mim;

À Prof^a Dra. Jeane Freitas de Oliveira, por ser muito mais que minha orientadora, por ser essa pessoa e profissional que tanto admiro. Obrigada por todo incentivo, acolhimento, paciência e carinho dispensados a mim. Minha eterna gratidão pela confiança e por não me deixar desistir;

À Prof^a Dra. Miriam Paiva pelos ensinamentos preciosos e contribuições sem as quais não seria possível realizar este trabalho;

À Dra. Dejeane de Oliveira Silva e ao Me Luiz Carlos Moraes França pelas valiosas contribuições a este trabalho no momento da análise dos dados;

À Prof^a Rita Calfa Vieira Gramacho pelos espaços ofertados e contribuições à minha formação;

Às amigas (e amigo) da Maternidade Climério de Oliveira (MCO), em especial

Cristiane, Taís e Marcelo, por compartilharmos tantos momentos, pelas trocas diárias e por todo apoio para que eu concluísse esse trabalho;

À banca pelas sugestões e trabalho dedicado a avaliação deste estudo;

Ao Grupo de Pesquisa Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG), pela partilha, pelas construções coletivas e vivências.

À Andréia, Mayara, Carle, Priscilla, Marília, Cleuma, Dejeane, Georgiane, Daíne, Júlia, André, Marluce, agradeço a disponibilidade e contribuições essenciais.

Agradeço imensamente aos graduandos Bianca, Lanna, Jamile, Laís e novos membros, pelas parcerias e trocas;

Agradeço com especial carinho a Daiane e Gabriela, pela escuta, momentos de alegria, trabalhos e desafios enfrentados. Juntas construímos muito! Sem vocês não seria possível chegar até aqui;

À amiga Grazielle Matos, companheira desde a residência, pela parceria em todos os momentos deste mestrado. Obrigada por todo apoio;

À Enf^a Liane Costa pelas contribuições na fase de produção de dados, obrigada pela parceria;

À turma do mestrado pelo companheirismo, por todos os momentos felizes que passamos juntos.

À Maria Lúcia Pereira (*in memoriam*), por me inquietar com as questões que resultaram neste trabalho.

Ao Movimento Nacional da População de Rua pela abertura do espaço e troca de saberes tão valiosos;

Às gestantes em situação de rua que me inspiram a buscar estratégias de cuidado que atendam suas necessidades. Que suas vozes possam ser ouvidas!

Às profissionais de saúde que participaram deste estudo, agradeço imensamente pela construção, pelas trocas e pelo acolhimento à pesquisa enquanto instrumento de transformação de práxis;

Ao Consultório na Rua pela parceria e trocas na fase de produção de dados da pesquisa;

A todos as(os) professoras(es) e funcionárias(os) que compõe o programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUFBA pela dedicação à nossa formação;

A todos que de alguma forma contribuíram para realização deste trabalho.

Uma gota de leite me escorre entre os seios. Uma mancha de sangue me enfeita entre as pernas. Meia palavra mordida me foge da boca. Vagos desejos insinuam esperanças. Eu mulher em rios vermelhos inauguro a vida. Em baixa voz violento os tímpanos do mundo. Antevejo. Antecipo. Antes-vivo. Antes – agora – o que há de vir. Eu fêmea-matriz. Eu força motriz. Eu-mulher abrigo da semente moto-contínuo do mundo. (EVARISTO, 2005 apud SOUZA, 2020)

RESUMO

ALMEIDA, Sara Peixoto de. **Gestantes em situação de rua: um estudo com profissionais de saúde à luz das Representações Sociais**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2020.

No nosso cotidiano social e laboral nos deparamos com pessoas em situação de rua, contudo nem sempre as vemos. A presença de uma mulher em situação de rua nos serviços de saúde, sobretudo gestante, gera conflitos e desafios para os profissionais e para a instituição. A representação social está vinculada ao cotidiano e norteia as práticas e a comunicação individual e coletiva. Pesquisa qualitativa com objetivo de apreender as representações sociais de profissionais de saúde sobre gestantes em situação de rua, desenvolvida com 161 profissionais de uma maternidade pública de Salvador. Fundamentada na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais. Na produção de dados foi utilizado o Teste de Associação Livre de Palavras composto pelo termo indutor "gestante moradora de rua". Os dados foram processados em dois *softwares*: *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC) e *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), permitindo identificar elementos estruturais das representações sociais. O grupo investigado foi composto majoritariamente por mulheres, com idade entre 30 a 49 anos, de cor autodeclarada negra/parda, católica, com média de 10 anos de atuação na unidade. As palavras que obtiveram significância pela frequência e ordem média de evocação compuseram o quadro de quatro casas, revelando uma imagem da gestante em situação de rua como uma mulher que vive em "sofrimento", sujeita a "vulnerabilidades" e ao "uso de drogas", "sem teto", em "abandono", logo alguém que necessita de "humanização". Os termos que compuseram o núcleo central apresentaram destaque na árvore de similitude. Os termos "violência, desassistência, políticas públicas, criança na rua, irresponsabilidade, preconceito e doença" aparecem no quadro de quatro casas denunciando questões sociais, políticas, judiciais e de saúde vivenciadas por mulheres em situação de rua. O termo "humanização" revela especificidade do grupo investigado vinculado à formação profissional. A pesquisa promoveu discussões e ações acerca da problemática de gestantes em situação de rua na unidade e no contexto acadêmico, sensibilizando profissionais em atuação e estudantes. Espera-se que o estudo contribua para minorar as lacunas do conhecimento sobre as representações acerca das gestantes em situação de rua, ampliando assim a produção científica sobre esta temática.

Palavras-chave: Gestante em situação de rua; Representações Sociais; Cuidado; Enfermagem.

ABSTRACT

ALMEIDA, Sara Peixoto de. **Homeless pregnant women: a study with health professionals in the light of Social Representations.** Dissertation (Master in Nursing and Health). Federal University of Bahia, School of Nursing, Salvador, 2020.

In our social and work routine, we encounter people on the streets, however we do not always see them. The presence of a homeless woman in health services, especially pregnant women, creates conflicts and challenges for professionals and the institution. Social representation is linked in daily life and guides individual and collective practices and communication. Qualitative research aiming to learn how social representations of health professionals about pregnant women on the streets, developed with 161 professionals from a public maternity hospital in Salvador. Based on the structural approach of the Theory of Social Representations. In the production of data, the Free Word Association Test was used, composed of the inductive term "pregnant woman living on the street". The data were processed in two softwares: Ensemble of Programs Permettant l'Analyse des Evocations (EVOG) and Interface of R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ), it allows to identify elements before the social representations. The investigated group was composed mainly of women, aged between 30 and 49 years old, self-declared black / brown, Catholic, with an average of 10 years of experience in the unit. Those that obtained significance due to the frequency and average order of evocation composed the picture of four houses, revealing an image of the pregnant woman on the street as a woman who lives in "suffering", communicated to "vulnerabilities" and "drug use", "homeless", in "abandonment", soon someone who needs "humanization". The terms that made up the central core are highlighted in the similarity tree. The terms "violence, lack of assistance, public policies, children on the street, irresponsibility, prejudice and illness" appear in the table of four houses denouncing social, political, social, judicial and health issues experienced by women on the streets. The term "humanization" reveals the specificity of the investigated group linked to professional training. The research promoted exercises and actions about the problem of pregnant women living on the streets in the unit and in the academic context, raising awareness among professionals and students. It is expected that a research will contribute to reduce the knowledge gaps about the representations about pregnant women on the street, thus expanding the scientific production on this theme.

Keywords: Pregnant woman on the street; Social Representations; Watch out; Nursing.

RESUMEN

ALMEIDA, Sara Peixoto de. **Mujeres embarazadas sin hogar: un estudio con profesionales de la salud a la luz de las Representaciones Sociales**. Disertación (Maestría en Enfermería y Salud). Universidad Federal de Bahía, Escuela de Enfermería, Salvador, 2020.

En nuestra rutina social y laboral nos encontramos con personas en las calles, sin embargo no siempre las vemos. La presencia de una mujer sin hogar en los servicios de salud, especialmente mujeres embarazadas, genera conflictos y desafíos para los profesionales y la institución. La representación social está vinculada en la vida diaria y guía las prácticas y la comunicación individuales y colectivas. Investigación cualitativa con el objetivo de conocer cómo las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las mujeres embarazadas en la calle, desarrollada con 161 profesionales de una maternidad pública de Salvador. Basado en el enfoque estructural de la Teoría de las Representaciones Sociales. En la producción de datos se utilizó el Test de Asociación de Palabras Libres, compuesto por el término inductivo "mujer embarazada que vive en la calle". Los datos fueron procesados en dos softwares: Conjunto de Programas Permittant l Analyze des Evocations (EVOC) e Interface de R pour les Analyzes Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ), que permite identificar elementos ante las representaciones sociales. El grupo investigado estuvo compuesto principalmente por mujeres, de entre 30 y 49 años, autodeclaradas negras / morenas, católicas, con un promedio de 10 años de experiencia en la unidad. Los que obtuvieron significación por la frecuencia y orden promedio de evocación compusieron el cuadro de cuatro casas, revelando una imagen de la mujer embarazada en la calle como una mujer que vive en "sufrimiento", comunicada a "vulnerabilidades" y "consumo de drogas" "sin hogar", en "abandono", pronto alguien que necesita "humanización". Los términos que componen el núcleo central se destacan en el árbol de similitudes. Los términos "violencia, desasistencia, políticas públicas, niñez en la calle, irresponsabilidad, prejuicio y enfermedad" aparecen en el cuadro de cuatro casas denunciando problemas sociales, políticos, sociales, judiciales y de salud que viven las mujeres en la calle. El término "humanización" revela la especificidad del grupo investigado vinculado a la formación profesional. La investigación promovió ejercicios y acciones sobre la problemática de la gestante que vive en la calle en la unidad y en el contexto académico, sensibilizando a profesionales y estudiantes. Se espera que una investigación contribuya a reducir las brechas de conocimiento sobre las representaciones sobre las mujeres embarazadas en la calle, ampliando así la producción científica sobre este tema.

Palabras-clave: Mujer embarazada en la calle; Representaciones sociales; Cuidado; Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Mapa do Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador-Ba.....26
- Figura 2** - Fluxograma de abordagem dos profissionais na produção de dados.....27
- Figura 3** - Árvore de similitude referente ao termo indutor "gestante moradora de rua".....36

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DS	Distrito Sanitários
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
OME	Ordem Média de Evocação
ONU	Organização das Nações Unidas
PNPSR	Política Nacional para a População em Situações de Rua
PSR	Pessoas em Situação de Rua
RS	Representações Sociais
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
UE	União Europeia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2.	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA.....	17
2.1	PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	17
2.2	ASPECTOS SOCIAIS, CULTURAIS E DE SAÚDE DA GESTAÇÃO	19
2.3	ASPECTOS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	22
3.	METODOLOGIA	24
3.2	TIPO DE PESQUISA	24
3.3	CENÁRIO E PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	25
3.4	PRODUÇÃO DOS DADOS	26
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	29
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	30
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.2	AS PARTICIPANTES DA PESQUISA	32
4.3	GESTANTES EM SITUAÇÃO DE RUA: ELEMENTOS ESTRUTURAIS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	33
5.	CONCLUSÃO	46
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICE A	55
	APÊNDICE B.....	57
	ANEXO A	58
	ANEXO B	61

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história e na contemporaneidade a gestação é compreendida como uma experiência das mais marcantes na vida das mulheres. Para além de um evento fisiológico, envolve crenças, simbologias e representações sociais, constituindo um fenômeno complexo e foco de muitos pesquisadores. De modo geral, atribui-se à gravidez uma conotação de felicidade e completude feminina que deve ser vivenciada pelas mulheres (PICCININI et al., 2011; PAIM, 1998). Entretanto, existem "normas socialmente estabelecidas" para tal vivência, quais sejam: ter idade e companheiro, condições econômicas favoráveis, moradia, não apresentar comportamentos "inadequados" como uso de drogas e prostituição. Também são condições não aceitas socialmente as deficiências físicas e/ou patologias que coloquem em risco a própria vida e a vida do bebê. Nestas situações, a gravidez pode tornar-se elemento de condenação social para as mulheres (BARBOZA, 2017).

Segundo Montenegro (2013) existe uma histórica responsabilização feminina pela reprodução, cuidado com a prole e família, que se traduzia no papel social da mulher em gerar filhos saudáveis. No séc. XX a preocupação emergente com o controle da natalidade tornou o corpo feminino num objeto de estudos da medicina. Começava então a implicação de profissionais de saúde no cuidado às mulheres, substituindo o saber ancestral das parteiras tradicionais pelo saber positivista e legitimado das ciências médicas.

No meu cotidiano laboral em diferentes maternidades, na condição de enfermeira obstétrica, o contato direto com gestantes de diferentes contextos e condições sociais e de saúde, reforça a importância e necessidade de ações ou minha percepção sobre a importância do cuidado a essas mulheres, sobretudo em situações de vulnerabilidades, quer seja de ordem física e/ou social. Dentre as situações que presenciava, me chamava a atenção as gestantes em situação de rua, pois o atendimento à essas mulheres constitui-se num desafio para toda a equipe de saúde diante das especificidades que envolvem o cuidado à essa população.

A situação de rua é um fenômeno heterogêneo que ocorre à nível mundial e decorre de diversas questões, sendo considerada como a máxima expressão de desigualdades sociais. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a; BRASIL 2009a) as pessoas em situação de rua (PSR) representam a parcela da população que faz das ruas seu espaço de sobrevivência, estabelecendo no local público as relações privadas. Esta vivência pode ser marcada pela pobreza e condições precárias de moradia e saúde, contribuindo para ampliar o leque de

situações de vulnerabilidade feminina, que perpassa pelas reconhecidas iniquidades de gênero (ALVES et al., 2015).

As mulheres representam 18% da população de rua no país, que perfazem um total de cerca de 30 mil pessoas (BRASIL, 2008b). Embora os homens correspondam a grande parcela de pessoas vivendo nas ruas, alguns estudos observam que há uma expressiva elevação da taxa de mortalidade entre mulheres jovens em situação de rua, quando comparadas à mulheres jovens da população em geral, numa disparidade superior à comparação para o sexo masculino (NUSSELDER, 2013; CHEUNG, 2004). Pesquisa realizada com pessoas em situação de rua na Holanda, evidenciou alta prevalência de depressão e alto risco de suicídio entre essas mulheres (NUSSELDER, 2013).

De modo geral, as mulheres em situação de rua estão expostas à violência sexual, uso de substâncias psicoativas, desordens psiquiátricas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) (BISCOTTO, 2016; BARATA, 2015; CHEUNG, 2004; RICHARDS et al, 2011; NUSSELDER, 2013). Ocasionalmente somam-se à essas vulnerabilidades a gravidez. Estar grávida em situação de rua, dependendo da condição em que a gestação se desenvolva, pode representar um reforço à marginalidade e a pobreza, visto que estas, associadas à fragilidade de vínculos familiares, constituem-se em riscos ampliados para essas mulheres (COSTA et al., 2015; VERAS, 2014). A saúde reprodutiva de mulheres em situação de rua está frequentemente associada à altas taxas de gravidez não planejada e abortamentos, sendo a gravidez, por vezes, o resultado da ausência de domínio sobre a própria saúde reprodutiva. Este pouco ou ausente controle sobre esta esfera é refletido nas dificuldades enfrentadas por essas mulheres na ocorrência da gravidez (CRONLEY, 2018).

Segundo Costa et al. (2015) dentre estas dificuldades está o acesso aos serviços de saúde. Um estudo realizado com pessoas em situação de rua no centro histórico de Salvador apontou a discriminação por parte dos profissionais de saúde como justificativa para a não procura pelos serviços (VERAS, 2014). Dessa forma, reafirma-se que o estigma e o preconceito contribuem para o afastamento dessa população das estratégias de promoção à saúde e prevenção de agravos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para as gestantes em situação de rua a não procura pelos serviços de saúde parece estar relacionada ainda com afastamentos compulsórios dos recém-nascidos à ocasião do nascimento, aos quais algumas dessas mulheres são submetidas. Tal situação resulta na resistência de gestantes em situação de rua em realizarem até mesmo o pré-natal (BRASIL, 2016; GOMES, 2017).

Pesquisas divulgam a alarmante ruptura dos vínculos de mulheres em situação de rua com seus filhos e filhas, apontando para a necessidade de adequação e ampliação de uma rede

de cuidados, com vistas à prevenção da judicialização, processo no qual, geralmente, ocorre a retirada das crianças de suas mães (GOMES, 2017; SOUZA, 2018; MALHEIRO, 2018). A falta de recursos materiais eventualmente demonstrada na situação de rua não deve, segundo os mesmos autores, ser justificativa para o afastamento familiar (GOMES, 2017; SOUZA, 2018).

Neste contexto os profissionais de saúde tornam-se importantes atores visto que são o elo de pessoas em situação de rua com os serviços de saúde, podendo tornar-se fonte da discriminação que afasta essas pessoas dos serviços. Ademais, os profissionais possuem determinante papel na atenção à saúde das pessoas em situação de rua, sobretudo de gestantes nessa condição. As representações sociais de profissionais de saúde acerca das gestantes em situação de rua constituem objeto de pesquisa pouco explorado, porém de grande relevância, visto que pode nortear hipóteses quanto às práticas de cuidado dos profissionais, impactando positiva ou negativamente na experiência da gestação para essas mulheres. Isso pode significar maior ou menor adesão dessa população à tratamentos de saúde, influenciando no tempo de permanência de mulheres e recém-nascidos em maternidades, podendo ainda impactar nas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. O conhecimento das representações sociais de profissionais de saúde favorece ainda no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das dificuldades para assistência às gestantes em situação de rua.

Cabe ressaltar que a representação individual sobre as gestantes em situação de rua perpassa por uma questão coletiva e, é neste contexto que as Representações Sociais, que são entendidas como um saber prático, se relacionam com o conhecimento produzido por experiências, condições e referenciais dos indivíduos (JODELET, 2009). Nesse sentido, o espaço de compartilhamento de saberes de um ambiente como a maternidade é amplo e abrange todos os profissionais que lidam diretamente com as mulheres, sobretudo os que lidam com o cuidado a elas direcionado.

Entendendo que as representações sociais de profissionais de saúde sobre gestantes em situação de rua podem nortear ações no âmbito da saúde, foi elaborada a seguinte questão: como profissionais de saúde representam gestantes em situação de rua. Nesse sentido, foi traçado como objetivo: apreender a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde sobre gestantes em situação de rua.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

Neste capítulo abordarei teoricamente os elementos que compõem o objeto de investigação, qual seja: representações sociais sobre gestantes em situação de rua. Nesse sentido, serão apresentadas informações acerca do fenômeno de pessoas em situação de rua, com foco nos seus aspectos conceituais e epidemiológicos no contexto das políticas públicas de saúde, bem como aspectos sociais, culturais e de saúde da gestação, destacando informações dessa problemática no contexto da rua, e informações sobre a Teoria das Representações Sociais (TRS), com foco na abordagem estrutural.

2.1 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Viver nas ruas é uma problemática de ordem global, presente não somente em países em desenvolvimento, como também em países desenvolvidos. Os grandes centros urbanos concentram pessoas que fazem da rua seu espaço de vivências. Trata-se de um evento complexo, cujas características marcantes são a pobreza e exclusão social decorrente, sobretudo do capitalismo (CIAMPRUA, 2010).

Segundo Fazel (2014), desde o ano de 2005 países de renda elevada tentam adotar definições uniformes acerca da situação de rua. Neste mesmo ano foi desenvolvida a Tipologia Europeia de Exclusão relacionada com Habitação (ETHOS) num esforço para monitoramento e tomadas de decisão política sobre os sem-abrigo (*homeless*). Nesta Tipologia os sem-abrigo são pessoas que vivem nas ruas, sem acesso a dormitórios de emergência, ou que estão fazendo uso desses alojamentos. No entanto, países da União Europeia (UE) não chegaram a uma definição em comum, embora reconheçam que pessoas desamparadas, que dormem em alojamentos de transição são pessoas em situação de rua. Países como os Estados Unidos da América (EUA), segundo o mesmo estudo, possuem leis que consideram pessoas em risco iminente de ficar sem-abrigo como pessoas em situação de rua. Na Austrália a falta de moradia é estratificada em primária, secundária e terciária, caracterizadas pela falta de acomodação regular, pela vivência em abrigos ou com amigos, ou pela vivência em moradias precárias, respectivamente.

No Brasil, de acordo com o Decreto nº 7.053 (2009), a população em situação de rua (PSR) é um “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular (...)”. Na sociedade brasileira a exclusão tem raízes históricas, ainda reflexos da

colonização e marcada pela discriminação, muito embora o país tenha avançado no sentido de incentivar a implementação de políticas públicas de saúde para a população em situação de rua. A existência de PSR configura-se como a máxima expressão dessa exclusão social oriunda das desigualdades (SILVA, 2009).

Quantificar a População em Situação de Rua (PSR) também é um desafio de ordem mundial, diante da multiplicidade de conceitos e metodologias de rastreamento aplicadas em diferentes países e regiões. Na União Europeia estima-se que existam 400 mil pessoas nas ruas. Nos EUA este número passa dos 600 mil (FAZEL, 2015). No Brasil, de acordo com recente Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2020 foi estimado o número de 221.869 pessoas em situação de rua (NATALINO, 2020).

Em Salvador, pesquisa realizada em 2009, estimou a existência de 2076 pessoas em situação de rua e, desse total, cerca de 90% referiu que já tiveram e perderam ou fragilizaram vínculos com familiares e amigos (SALVADOR, 2010). Recente estudo observacional realizado em Salvador estimou a existência de aproximadamente 14 mil pessoas em situação de rua, podendo chegar ao número máximo de 17.357 pessoas, com percentual de 14,2% de mulheres. (PROJETO AXE, 2017).

Independente de conceitos e de metodologias utilizadas as pesquisas têm mostrado o crescimento da população em situação de rua e sinalizado como principais motivos para ida e permanência em tal situação o envolvimento problemático com álcool e outras drogas, o desemprego e a quebra dos vínculos familiares (BRASIL, 2012). Nesse contexto, estudo realizado nos EUA sinalizou que as mulheres em situação de rua estão sujeitadas ao abuso físico e emocional, exploração financeira, intimidação sexual e exposição ao crime. Estas mulheres vivenciam com frequência o sentimento de culpa diante do afastamento da família e, muitas vezes, do cuidado com os filhos (LEWINSON et al, 2014).

Embora pessoas em situação de rua estejam presentes em locais públicos, nos quais cotidianamente transitamos, de um modo geral elas não são vistas ou, quando vistas, frequentemente sofrem discriminação pela aparência. De acordo com Mattos e Ferreira (2004), vagabundo, preguiçoso, bêbado, sujo, perigoso, coitado e mendigo são designações comumente dirigidas às pessoas em situação de rua.

Semelhantemente pesquisa realizada no município de Salvador acerca da estrutura das representações sociais de equipes de enfermagem sobre pessoas em situação de rua apontou que o grupo investigado representa as pessoas em situação de rua como pessoas pobres, abandonadas, desempregadas e com fome, que vivem num contexto permeado por drogas, sujeira, descaso e vulnerabilidades (ZANDOMINGO *et al.*, 2020). Dessa forma, a presença de

pessoas em situação de rua em instituições de prestação de serviços, a exemplo da saúde, pode causar transtornos e desafios para profissionais de saúde.

Diante da expansão e demandas de saúde de PSR, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2012 o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a Pessoa em Situação de Rua, configurando um marco na atenção à saúde dessa população. Neste manual foram citadas as especificidades no cuidado à gestação em situação de rua, trazendo o contexto de comorbidades, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e envolvimento com álcool e outras drogas como fatores de agravo que resultam numa gestação de alto risco (BRASIL, 2012).

Embora tenham sido contempladas no referido manual, as mulheres em situação de rua não têm especificidades reconhecidas em outras importantes estratégias, a exemplo da Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha. Esta visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assegurando às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Segundo Costa et al. (2015), o fato de mulheres em situação de rua não possuírem um estilo de vida convencional, com endereço fixo ou com hábitos rotineiros, as torna pouco conhecidas pelo poder público e sociedade em geral. Apesar das particularidades das mulheres que vivem nas ruas relacionadas com suas necessidades, capacidade, desejos e direitos, as políticas públicas e programas de atenção à essa população não inclui suas especificidades (ROSA, 2015).

Embora limitadas, as considerações apresentadas revelam a complexidade do fenômeno de situação de rua e mostra a necessidade de intervenções e pesquisas no sentido de apreender especificidades dessa população nos diferentes contextos de sobrevivência, tornando-as familiar aos profissionais, sobretudo os/as que atuam na área da saúde, visando atendimento dos princípios constitucionais que regem o sistema único de saúde: equidade, universalidade, regionalidade e integralidade.

2.2 ASPECTOS SOCIAIS, CULTURAIS E DE SAÚDE DA GESTAÇÃO

A gestação é entendida como um conjunto de alterações fisiológicas ocorridas no corpo feminino que evolui para criação de um novo ser. Tais alterações estão entre as mais marcantes que o corpo humano pode sofrer, considerando ainda as dimensões subjetivas e simbólicas que este evento envolve (MONTENEGRO, 2013).

Na antiguidade, o corpo feminino era considerado incompleto, passando por um processo de demérito durante séculos. Este mesmo corpo, responsável por gerar homens saudáveis, essenciais na sociedade emergente, recebia cuidados na figura da Parteira, mulheres que ocupavam um espaço até então não valorizado pela medicina. A figura da Parteira era estimada dentro da sociedade, seu saber tradicional construído no feminino, para as mulheres e entre mulheres (PAIM, 1998). A medicina, a partir do iluminismo, reforçava o conceito de fragilidade e precariedade da saúde das mulheres. Quando o domínio sobre a natalidade passou a ter destaque, a medicina apropriou-se do corpo feminino como objeto de estudo e as Parteiras passaram por um processo de marginalização social. Essa construção reforçava um papel específico para as mulheres, que passaram a ser responsáveis não somente por gestar, parir e cuidar dos filhos, mas pela dedicação integral às famílias e manutenção do ambiente doméstico (MONTEIRO, 2004; MONTENEGRO, 2013).

Na contemporaneidade a gestação ainda é cercada de mitos e simbologias, configurando-se como evento de complexas mudanças na vida das gestantes, sendo compreendido como um momento de preparação psicológica para a maternidade. As mudanças ocorridas são de ordem física, emocional e social, que interferem direta ou indiretamente na aceitação da gravidez. Considera-se ainda um período de reestruturação, pois a mulher passa a assumir novos papéis, transitando do papel de filha para o papel de mãe, afastando-se por vezes de suas atividades laborais e diminuindo a atenção para outros aspectos da vida. Essas significativas mudanças têm lugar de destaque no mundo ocidental, pois as mulheres assumem, por muitas vezes, a responsabilidade pelo sustento familiar, intensificando as tensões relacionadas à chegada de um filho (MALDONADO, 2002; PICCININI, 2008).

A gravidez estabelece alterações estruturais definitivas num espaço de tempo relativamente curto, onde certos desconfortos não podem ser evitados. No entanto, quanto maior o desejo pela gestação, mais tolerados são os desconfortos associados a esta. À medida que o corpo muda, sentidos e sentimentos transitam entre o positivo e o negativo. Esta ambivalência ocorre em especial no período inicial da gestação, quando a mulher pondera sobre condições econômicas, social e padrões familiares. Nesta fase o feto é para mulher "uma parte integrante de si mesma". É na dimensão psicológica que a mulher se conscientiza que será mãe. No segundo estágio da gravidez, quando o movimento fetal é percebido pela mulher, inaugura-se um novo momento, quando o feto é percebido como um indivíduo independente, um bebê vivo (KLAUS E KENNEL, 1992).

Segundo Maldonado (2002) a gestação é uma experiência familiar, não existindo somente uma "mulher grávida", mas uma "família grávida". A gravidez pode significar ainda uma reestruturação familiar importante, pois a depender do parceiro, o momento pode desencadear o rompimento de estruturas frágeis da relação, ou ainda estabelecer o fortalecimento dos vínculos. A autora considera além da presença de um parceiro, a importância de considerar fatores como a história da mulher, sua condição social e contexto assistencial para atendimento à mulher grávida.

A idealização de felicidade vinculada a gestação e à chegada do novo ser é uma construção social elaborada com base em influências religiosas. Entretanto, agravos como a violência, óbitos fetais, abortamento, dentre outras situações, também perpassam o contexto da gravidez, podendo se tornar para algumas gestantes um evento marcado por dor, angústia e sofrimento. Vale destacar que em alguns contextos de privação dos direitos básicos, a exemplo da falta de moradia e vivência em situação de rua, a gravidez pode constituir um elemento disparador ou potencializador de sonhos, conforme afirma Costa, et al. (2015) em pesquisa realizada com gestantes em situação de rua, no município de São Paulo. Entretanto, os referidos autores salientem que, a rotina conturbada da rua influencia no não estabelecimento de caminhos para a transformação dos desejos em projetos de vida, bem como os serviços não conseguem acolher as gestantes ou contribuir efetivamente neste processo.

Pesquisa realizada por Oliveira (2015), no município de Salvador, sobre o exercício da maternidade com mulheres que faziam uso de drogas, revelou que, a situação de rua se constituiu num dos motivos para não realização do pré-natal, contudo, as entrevistadas revelaram adotar práticas de cuidados, tais como reduzir e/ou abster-se do consumo de drogas, pelo menos daquelas que elas consideravam mais danosas durante o período da gravidez, visando reduzir danos para o feto.

Segundo Araújo et al (2017) em pesquisa realizada com gestantes em situação de rua, na cidade de Maceió-Alagoas, as orientações prestadas no período gestacional, em meio à condição de risco, não são efetivas e requer atenção especial quanto à assistência presente nas orientações a cada uma, como forma de promoção à saúde e prevenção dos agravos no percurso da gestação, além do cuidado continuado no período pós-parto.

Além das questões de ordem fisiológicas inerentes à gestação, no contexto de rua as gestantes estão sujeitas ao afastamento do(a) filho(a) pela justiça. Essa situação também concorre para não busca pelos serviços de saúde. Essa conduta está associada a estigmas e

preconceitos socialmente compartilhados sobre a gestação em situação de rua e a ideia de que as mulheres em situação de rua fazem uso problemático de drogas (BRASIL, 2016).

Ademais, a questão do afastamento tem questões mais profundas que envolvem desde a falta de articulação entre os serviços de saúde para proteção e cuidado da mulher e filho(a) à judicialização precoce na qual, geralmente, a mulher em situação de rua é julgada como incapaz de cuidar sendo, por vezes, considerada um risco à criança. Na prática, há uma violação dos direitos legalmente assegurados no que diz respeito à autonomia das mulheres em situação de rua e da retirada da criança do convívio familiar (GOMES, 2017).

Diante de tais considerações o acesso das mulheres, sobretudo as gestantes, aos serviços de saúde, não se limitam a questões de ordem pessoal, mas também de ordem programática. A dimensão programática da vulnerabilidade diz respeito a existência e organização dos serviços de saúde, bem como a forma como os profissionais prestam a assistência (GOMES, 2017).

De acordo com a Nota Técnica, divulgada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), a articulação entre serviços, a exemplo dos Consultórios na/de Rua, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e maternidades, constitui-se uma estratégia para minimizar barreiras, garantindo acesso às gestantes em situação de rua ao cuidado qualificado.

2.3 ASPECTOS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O objetivo desta seção é apresentar as informações básicas sobre a teoria das representações sociais (TRS), tendo em vista que a sua utilização na abordagem estrutural. Torna-se relevante apresentar alguns pressupostos teóricos, no qual está contida a abordagem do Núcleo Central. Vale ressaltar que a TRS em suas diversas abordagens, tem sido amplamente utilizada em pesquisas de várias áreas, com destaque para enfermagem.

O conceito de representação social foi elaborado pelo psicólogo social Serge Moscovici, pela primeira vez, na defesa de sua Tese *La Psychanalyse, son image et son public* no ano de 1961. A origem das representações sociais está nas representações coletivas propostas por Durkheim (MOSCOVICI, 2012). Diferente deste, Moscovici situou as Representações sociais como uma ponte que liga o social e o psicológico, delimitando como seu campo de ação o cotidiano (SÁ, 2002).

Para Durkheim o conhecimento e ciência acumulados pela sociedade ao longo do tempo seriam transmitidos através de gerações, sendo acrescidas à essa herança as experiências individuais. Assim, as ideias ocorridas numa comunidade seriam uma representação coletiva, assumindo um caráter uniforme e estático. Para Moscovici, entretanto, as representações não se encerrariam numa classe de conhecimentos e crenças coletivas, mas se dariam na inter-relação entre sujeito e objeto, num processo de construção do conhecimento, ao mesmo tempo individual e coletivo (NÓBREGA, 2003).

Jodelet (2001) entende que as RS são um conhecimento que faz parte da vida cotidiana dos indivíduos, elaborado socialmente por meio do senso comum, e que funciona no sentido de interpretação, pensamento e ação sobre a realidade. Segundo a autora, as RS são vistas "como uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social"(p.22). Como um fenômeno dinâmico, as representações sociais são construídas a partir das relações e práticas, em que o sujeito interpreta a realidade percebida, categoriza, e finalmente, interpreta a realidade comum ao grupo social. Dois importantes mecanismos estão implicados neste processo: a ancoragem e a objetivação.

Para Moscovici (2012) ancoragem diz respeito a nomear e classificar alguma coisa, permitindo categorizá-la. Para o autor "coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras" (p.61). Portanto, classificar e denominar são condições essenciais para a representação. Objetivar, por sua vez, significa formar um conceito a partir de uma imagem. A objetivação tem por característica transformar o abstrato em concreto, em algo materializado. Segundo o autor a ancoragem e objetivação "transformam o não familiar em familiar, primeiramente transferindo-o a nossa própria esfera particular, onde nós somos capazes de compará-lo e interpretá-lo; e depois, reproduzindo-o entre as coisas que nós podemos ver e tocar, e, conseqüentemente, controlar" (MOSCOVICI, 2012. p. 61).

A TRS, considerada "grande teoria", teve desdobramentos em três diferentes abordagens, quais sejam: a abordagem processual; abordagem estrutural e abordagem societal. Para este estudo serão utilizados, inicialmente, elementos da abordagem estrutural, que ficou conhecida como Teoria do Núcleo Central. Suas referências principais são Jean Claude Abric e Claude Flament (SÁ, 2002), com expressiva colaboração de Sá (JODELET, 2001). Nessa abordagem explora-se o conteúdo das representações, sua organização e dinâmica.

Segundo Sá (2015) é necessária a compreensão da estrutura da representação social, pois a identificação de seu conteúdo, por si só, não é o bastante para apreendê-la. Assim, baseado em informações oriundas de Abric (2000), Sá considera que a RS se organiza em torno de um núcleo rígido – núcleo central (NC) – e de um sistema periférico – parte concreta e operacional. O NC, mais resistente a mudanças, é formado por um ou mais elementos, e é fruto de condições históricas, simbólicas e sociais, considerando as particularidades que envolvem um grupo social. A ausência de qualquer elemento deste núcleo altera por completo ou desfaz uma representação. O sistema periférico, por sua vez, pode apresentar múltiplos elementos e diz respeito ao contexto imediato com o qual se defrontam os indivíduos, permitindo a adaptação e a evolução da representação a partir da proteção do sistema central dos impulsos transformadores. Tais transformações é que constituem a natureza dinâmica e de renovação das RS (SÁ, 2002).

Nos últimos anos, a abordagem estrutural, tem sido utilizada em várias pesquisas no campo da saúde, para abordar temas diversos como por exemplo: envolvimento com drogas sob uma perspectiva de gênero (OLIVEIRA, 2008); PSR (OLIVEIRA, 2016; SILVA 2017) sexualidade (CARVALHO, 2010), e diversidade sexual (PORCINO, 2016), dentre outros. Essas publicações são oriundas de estudos realizados por componentes do grupo de pesquisa SVDG, do qual faço parte. A teoria permite o entrecruzamento do saber científico, do senso comum, das crenças e mitos, tão importantes para compreensão do cuidado em saúde (FERREIRA, 2016).

3. METODOLOGIA

3.2 TIPO DE PESQUISA

Diante da complexidade do objeto de pesquisa, optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa baseada na Teoria das Representações Sociais (TRS). Segundo Minayo (2014), as metodologias qualitativas são "aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas". A pesquisa qualitativa permite, portanto, a interpretação das realidades sociais, compreendendo que a posição dos sujeitos na sociedade, seus grupos

de pertença e sua história interferem na relação dos mesmos com o mundo (BAUER, 2017; MINAYO, 2014).

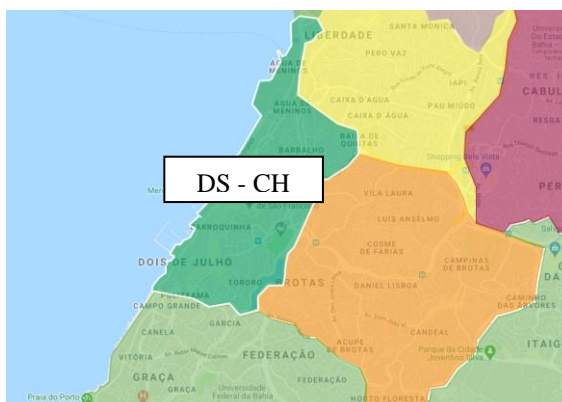
A Teoria das Representações sociais se inseriu neste estudo por auxiliar na compreensão da tomada de posição dos sujeitos diante de um determinado fenômeno (MOSCOVICI, 2012), sendo utilizada sua abordagem estrutural, que procura identificar o núcleo das representações sociais, os elementos que a constituem e como se organizam (SÁ, 2002). Esta abordagem, proposta por Abric (2003), articula o entendimento de que toda representação possui um núcleo central, constituído de crenças, opiniões e atitudes referente a um determinado objeto social.

3.3 CENÁRIO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram deste estudo 161 profissionais de uma maternidade pública de Salvador-Ba. A cidade está dividida em 12 Distritos Sanitários (DS), com concentração de pessoas em situação de rua em alguns desses territórios, como o Centro Histórico (CH), reconhecido como espaço dicotômico e de disputas sociais. Segundo uma pesquisa, em meados da década de 2000 o local passou por reformas para priorização de áreas de turismo e lazer. A população que residia em habitações precárias foi expulsa, porém resistiu e retornou às margens da área reformada (URIARTE, 2019). Segundo a mesma pesquisa "a centralidade é sobrevivência, mas também, e não menos importante, é rede de relacionamentos e memória alimentada nos percursos diários [...]" (URIARTE, 2019).

Na figura 1 é possível visualizar o DS do CH, atualmente um dos locais de cobertura da maternidade cenário da pesquisa. A escolha pelo local está respaldada pelo fato de a unidade ser referência para o atendimento às mulheres, no estado da Bahia.

Figura 1: Mapa do Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador-Ba



Fonte: GOOGLE MAPS, 2020.

A maternidade inclui diversas categorias profissionais de nível superior, técnico, médio e fundamental. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2020) existem 338 profissionais assistenciais cadastrados. A pretensão foi envolver o maior número possível de participantes, visando contemplar questões inerentes ao objeto de investigação e atender a princípios da Teoria das Representações Sociais. Vale registrar que minha trajetória e vinculação profissional foram elementos que influenciaram na seleção da unidade. Essa decisão está apoiada na perspectiva de que a escolha do local também deve viabilizar a troca de aprendizados, possibilitando a formação de vínculos enquanto estratégia para redução de preconceitos e receios que possam existir entre os sujeitos envolvidos na pesquisa (SANTOS, 2017).

Segundo Wachelke, Wolter e Matos (2016) a análise prototípica não necessita de uma amostra com tamanho mínimo para sua realização, visto que não deve ser pensada como uma técnica de análise estatística inferencial, mas sim como "uma estratégia que pode ser utilizada para organizar dados com mais ou menos sucesso, conforme sua finalidade". Os autores tomaram como base um banco de dados com 469 participantes, e concluíram que a participação de 200 a 100 pessoas geram composição do primeiro quadrante com padrão semelhante.

Foi estabelecido como critério de inclusão: fazer parte do quadro de recursos humanos da maternidade, independentemente do tipo vínculo empregatício e da categoria profissional. Não foram investigados profissionais afastados das atividades laborais no período da coleta de dados.

3.4 PRODUÇÃO DOS DADOS

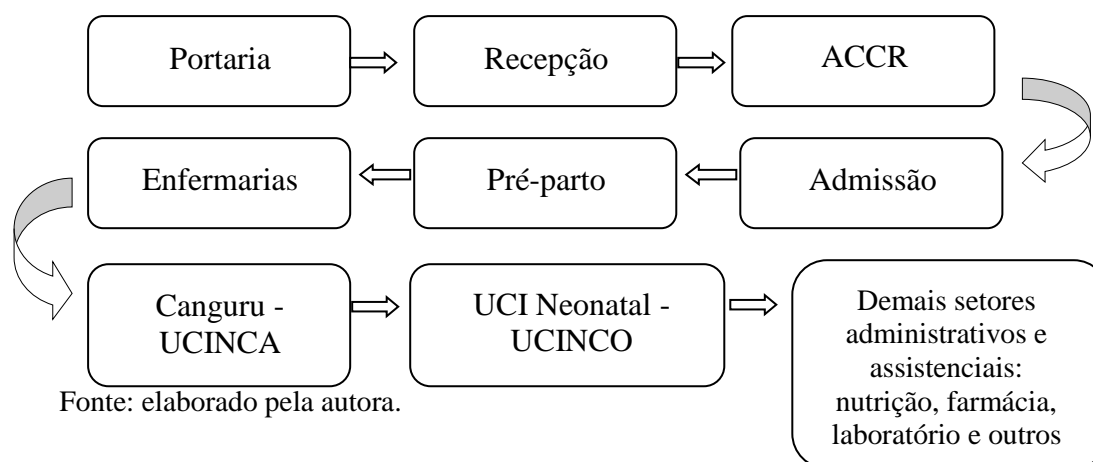
Diante dos objetivos propostos e da teoria que fundamentou este trabalho, utilizou-se para produção dos dados a Associação Livre de Palavras, amplamente aplicada em pesquisas qualitativas embasadas na TRS. A Associação Livre de Palavras é uma técnica projetiva desenvolvida por Jung, sendo originalmente direcionada ao campo da psicologia clínica. Posteriormente, Di Giacomo adaptou a técnica para o âmbito da psicologia social. Trata-se de uma técnica profusamente utilizada em pesquisas que trabalham com o suporte teórico/metodológico das RS. (NÓBREGA & COUTINHO, 2011).

Nessa pesquisa o instrumento utilizado para coleta de dados foi o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) (APÊNDICE A), que permite acessar conteúdos inconscientes por

meio de evocações de respostas dadas com base em um termo indutor, possibilitando a investigação de universos semânticos relacionados a um determinado objeto. (NÓBREGA & COUTINHO, 2011).

A produção dos dados ocorreu efetivamente no período de julho a outubro de 2019, com aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras. À princípio foram realizadas visitas diurnas à unidade, que ocorriam em dias alternados, de segunda à sexta-feira. Após o segundo mês iniciaram-se as visitas no turno noturno, até 23:00h, e visitas nos finais de semana no processo de aproximação com as equipes de saúde e de interação com o contexto da maternidade. Seguiu-se um fluxo de abordagem aos profissionais com base no percurso que as pacientes realizam ao chegar à maternidade, com posterior visita aos demais setores, conforme detalhado na figura 2:

Figura 2: Fluxograma de abordagem dos profissionais na produção de dados



Na aplicação do TALP foi primeiramente realizado um breve treinamento com cada participante, sendo solicitado que associassem até cinco palavras que lhes vinha à mente quando ouviam a palavra "praia", termo não associado ao objeto de estudo. Nesse momento, também, era informado sobre a importância de ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), conforme preconizado pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

Uma vez que eram sanadas todas as dúvidas, aplicava-se o TALP para preenchimento inicial do questionário com dados sociodemográficos e em seguida apresentado o termo indutor pré-estabelecido. Vale ressaltar que o tempo estipulado para evocação das palavras foi de até 2 (dois) minutos. Na busca de envolver maior número de participantes, a aplicação do TALP ocorreu, em alguns momentos individual, noutros coletivamente. Em ambas as formas

de aplicação foi respeitada a disponibilidade dos profissionais durante exercício da jornada de trabalho e cada participante ou grupo era convidado a um ambiente reservado, sem interrupções, com vistas a cumprir com rigor o método proposto. Eventualmente alguns profissionais, em especial os de nível fundamental e médio, apresentaram resistência para escrever, porém desejavam participar da pesquisa. Para estes foi ofertado auxílio direto, com a escrita realizada por mim.

Vale ressaltar que a aplicação do TALP gerou discussões por conta do termo indutor. Dessa forma, era comum a equipe de pesquisa ser abordada por profissionais para conversar sobre a problemática de investigação. Ademais, no período da produção dos dados, a problemática das gestantes em situação de rua foi abordada numa oficina do curso de Capacitação em Gênero promovido por um órgão do Estado da Bahia. A referida oficina foi conduzida por mim em parceria com profissionais da equipe de Consultório na Rua (eCR), denominada "atendimento à mulher em situação de rua", com exposição do panorama atual (epidemiológico, social e de saúde) de mulheres em situação de rua. Para tanto, apresentamos casos clínicos dispostos no Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em Situação de Rua.

A articulação com a eCR foi possível mediante vinculação anterior com esses profissionais em atividades do Grupo de Pesquisa SVDG com atuação em outros espaços de escuta e ação para PSR. Promover e articular esta parceria foi de grande importância, pois alguns dos profissionais da maternidade não conheciam a eCR.

A participação nessa capacitação ocorreu no mês de setembro de 2019 e contemplou cerca de 100 profissionais da maternidade. Vale registrar que a temática gerou muitas reflexões e debates na perspectiva da redução de danos e sobre as estratégias de cuidado à gestantes em situação de rua.

Na fase de projeto de pesquisa eram previstas realizações de Oficinas Temáticas segundo o modelo proposto por Spink (2014), que prevê as oficinas como espaço de trocas dialógicas que dão visibilidade a um tema. Curado (2009) utilizou oficinas como estratégia de pesquisa e mostrou resultado proveitoso, destacando-se o efeito sensibilizador desta prática para as temáticas trabalhadas, uma vez que o contato com diferentes realidades apresenta a multiplicidade de sentidos sobre os assuntos abordados. Pretendia-se realizar pelo menos quatro oficinas temáticas para discussão de questões sobre gestantes em situação de rua e o cuidado a elas dispensado. Haveria compartilhamento de situações vivenciadas para realização de reflexões sobre os enfrentamentos da problemática investigada.

Uma das etapas das oficinas seria uma breve exposição do panorama atual (epidemiológico, social e de saúde) sobre pessoas em situação de rua, com apresentação de um vídeo de curta duração falando sobre a temática proposta, ampliando as reflexões do grupo. Ao longo da pesquisa, no entanto, não foi possível viabilizar essas oficinas como estratégias de produção de dados, pois influenciaria na dinâmica da unidade visto que deveriam ser mobilizados em torno de 5 a 15 profissionais para realização, o que poderia impactar na assistência.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos através do TALP foram processados em dois *softwares*: pelo *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC) 2005, que possibilitou a análise prototípica, baseada na abordagem estrutural da TRS; e pelo *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), que permitiu a realização da análise de similitude.

O EVOC, proposto por Vergès na França em 1999, permite a visualização gráfica do quadro de quatro casas (FERREIRA, 2014). Para realização da análise é necessária elaboração prévia de um dicionário de palavras com os termos evocados, que são colocados em ordem alfabética e agrupados por similaridade semântica e familiaridade de termos (NÓBREGA & COUTINHO, 2011).

O *software* organiza os termos evocados pelos participantes a partir do cálculo da frequência simples dessas evocações, suas médias e ordem na qual os termos foram evocados. Posteriormente é definido um ponto de corte de frequência mínima, possibilitando a composição do quadro de quatro casas (FERREIRA, 2014).

O quadro de quatro casas é composto por um quadrante superior esquerdo, denominado de Núcleo Central (NC), que abriga elementos com frequência maior ou igual à frequência média e que foram mais prontamente evocados e que, portanto, possuem uma Ordem Média de Evocação (OME) menor. No quadrante superior direito são observados os elementos da chamada Primeira Periferia, que possuem uma elevada frequência, mas alta OME. A Segunda Periferia, no quadrante inferior direito, apresenta elementos com menor frequência e elevada OME. O quadrante inferior esquerdo, conhecido como Zona de Contraste apresenta elementos que possuem baixa frequência e que foram mais prontamente evocados, possuindo uma menor OME (ABRIC, 2003).

Segundo Vergès, 2002 *apud* Moreira et al. (2015), a distribuição dos elementos nos quadrantes ocorre a partir dos critérios de frequência média da ocorrência dos termos (eixo x) e das ordens médias dessas evocações (eixo y), sendo sua apresentação semelhante ao sistema cartesiano, onde o cruzamento dos eixos x e y determinam o limite de cada quadrante. Segundo a abordagem estrutural das RS, podem ser tomados como base para pesquisa do núcleo central os critérios de saliência dos elementos da representação e sua conexidade (ABRIC, 2000; SÁ, 2002).

Visando a verificação da conexidade entre os termos evocados posteriormente os dados do TALP foram processados pelo *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), gerando a árvore de similitude, que possibilita a identificação de coocorrências entre as palavras presentes no quadro de quatro casas, baseando-se na teoria dos grafos, permitindo apontar para centralidade dos elementos representacionais (MARCHAND & RATINAUD, 2012)

O *software* IRAMUTEQ é uma ferramenta desenvolvida por Pierre Ratinaud, que passou a ser utilizada no Brasil em 2013, sendo disponibilizada de forma gratuita, sendo do tipo *open source*, ou seja, possui uma licença de código aberto, no qual o direito autoral de estudos, modificação e distribuição do *software* é aberto (JUSTO & CAMARGO, 2014).

A ferramenta permite a análise de diversos tipos de dados textuais, possibilitando desde as análises lexicográficas clássicas a multivariadas análises como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), permitindo ainda visualizar elementos em nuvem de palavras. Possui uma interface simples e de fácil compreensão que necessita, porém, do emprego adequado das diversas técnicas de análise e do domínio da temática pesquisada (JUSTO & CAMARGO, 2014).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida obedecendo as normatizações contidas na resolução 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), que norteia os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos. Foram respeitados requisitos éticos como a beneficência, autonomia, não maleficência e justiça.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, encaminhado via Plataforma Brasil. A coleta

de dados da pesquisa teve início somente após aprovação do comitê conforme parecer consubstanciado do CEP (ANEXO A).

As participantes foram esclarecidas sobre os objetivos e relevância da pesquisa, bem como sobre a participação voluntária, livre de qualquer remuneração. Houve ainda o esclarecimento quanto ao risco de constrangimento ou incômodo ao responder alguma pergunta da pesquisa e benefícios relacionados à participação, como contribuição para reflexão sobre a problemática das gestantes em situação de rua. Ressaltou-se o compromisso do anonimato e possibilidade de desistência, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Todas as participantes foram orientadas sobre o procedimento para obtenção de informações mediante aplicação do TALP.

Foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) para leitura e assinatura das/dos profissionais que aceitaram participar da pesquisa. De modo geral não houve resistência para assinatura do TCLE e participação na pesquisa. A limitação do número de participantes ocorre exclusivamente pela demanda da unidade que impossibilitava ausência mínima das profissionais do seu local de trabalho, visando atender as demandas do setor e das pacientes.

Todo material produzido será mantido por um período de cinco anos na sala do grupo de pesquisa SVDG e poderá ser utilizado por componentes do grupo para novas análises. Após esse período serão incinerados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a caracterização das participantes e os resultados do processamento e análise dos dados organizados para atender o objetivo proposto. A caracterização das participantes se constitui elemento relevante para a Teoria das Representações Sociais, uma vez que uma representação é de um grupo sobre alguma coisa em um dado momento e, portanto, não pode ser generalizada, mas pode servir de comparação para outros trabalhos.

Os resultados foram organizados com base no quadro de quatro casas e na árvore de similitude decorrentes do processamento dos dados pelos softwares EVOC e IRAMUTEQ. Esses resultados estão em coerência com a abordagem estrutural, permitindo conhecer possíveis elementos centrais e periféricos da representação social de profissionais de saúde acerca das gestantes em situação de rua.

4.2 AS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram deste estudo 161 profissionais da equipe de saúde de uma maternidade pública de Salvador. Buscou-se envolver o maior quantitativo possível de profissionais seguindo os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, no período de coleta de dados. Foram adotados como critérios de inclusão ser profissional de nível médio, técnico ou superior, independente do vínculo empregatício, e ser maior de dezoito anos. Foram excluídos os profissionais afastados e de férias durante os meses da produção de dados.

O grupo foi constituído majoritariamente por profissionais da categoria de Enfermagem, composta por 68 técnicas e auxiliares de enfermagem e 38 enfermeiras, seguida da categoria de médicos com 28 participantes. Os demais profissionais de nível superior (assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontologistas, terapeuta ocupacional, psicóloga, nutricionista e farmacêutica) e, de nível médio (técnicos de nutrição e de laboratório e copeiras dietistas) foram constituídos por 21 e 06 participantes, respectivamente. A predominância de profissionais da Enfermagem é justificada por essa categoria conter o maior contingente de recursos humanos em ambientes hospitalares, sendo a categoria profissional que se mantém em atuação por 24 horas, com maior parte do tempo ao lado de pacientes (VASCONCELOS, 2017).

O grupo investigado foi composto em sua maioria por mulheres (93%), justificando assim o uso do gênero feminino ao longo do texto desse trabalho. A predominância do gênero feminino na equipe de saúde, revela mudanças no estilo de vida das mulheres com atuação no mercado de trabalho, sobretudo para profissionais da Enfermagem, cujas raízes históricas da profissão perpassam pelo lugar feminino no cuidado (BELLAGUARDA, 2016).

A idade das participantes variou entre 21 a 70 anos, com predominância da faixa etária de 30 a 49 anos (56%), com a média de idade de 42 anos. A faixa etária predominante entre o grupo configura que essas profissionais se encontram em idade reprodutiva, implicando em vivências de gestação e maternidade. Vale registrar que do total de participantes 52% declararam já ter passado pela experiência da gestação/maternidade/paternidade, 41% revelaram estar solteiras e 35% declararam ser casadas.

Ainda com relação as características físicas das participantes, 81% autodeclarou ser preta ou parda. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2017 81,2% da população de Salvador é composta pela etnia negra (pretos + pardos), média superior à nacional que é de 55,4% (IBGE, 2017). Portanto, a elevada média de participantes

autodeclaradas pretas ou pardas corresponde à demonstrada no ano de 2017 na cidade de Salvador.

Um outro elemento importante na caracterização das participantes diz respeito a religião. A maioria revelou ser adepta da religião católica (42%), seguida de 23% de evangélicas e 6% de espíritas. Durante a aplicação do questionário de caracterização, a questão da religião pareceu ser um ponto de reflexão para as profissionais, pois algumas deixavam o preenchimento deste quesito para o final, resultando no percentual de 12% de ausência de resposta para essa questão. Vale registrar, ainda, que durante a aplicação do instrumento de produção de dados, algumas participantes verbalizaram comentários de que a ausência de religião se constitui um dos fatores para a situação de rua.

Com relação ao tempo de trabalho e formação/atualização profissional, os dados revelaram que a média de trabalho na instituição foi de 10 anos, variando o tempo de serviço de 46 anos a menos de 1 ano entre as profissionais, com especialização como nível de escolaridade (52%), seguidas de pessoas com nível técnico (27%). Foi possível observar a presença de Enfermeiras que atuavam como preceptoras em cursos de graduação e pós-graduação há muitos anos, algumas das quais foram preceptoras durante minha graduação e especialização. Nas práticas diárias, durante o período de produção dos dados, observou-se que as profissionais com maior tempo de serviço influenciam nas tomadas de decisão para os desafios cotidianos da assistência e são referências em seus setores, para as profissionais recém-chegadas, configurando o serviço como um espaço rico de troca de saberes e práticas.

Portanto, o grupo investigado é composto de mulheres, adultas jovens, católicas, negras, solteiras, que possuem alta escolaridade, com elevado tempo de serviço e que já vivenciaram a experiência da gestação/maternidade.

4.3 GESTANTES EM SITUAÇÃO DE RUA: ELEMENTOS ESTRUTURAIS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O processamento e análise dos dados permitiram a organização do quadro de quatro casas (Quadro 1) e da árvore de similitude (Figura 3). Esses resultados, conjuntamente, nos revelam elementos da estrutura das representações sociais do grupo investigado acerca da gestante em situação de rua.

No quadro de quatro casas, resultante do processamento dos dados no EVOC, considerando a frequência (Freq.) e ordem média de evocação (OME), as palavras que aparecem no quadrante superior esquerdo, configuram o provável Núcleo Central da

representação social (ABRIC, 2003). O entrecruzamento entre essas duas variáveis identifica as palavras que foram mais evocadas com aquelas que foram prontamente evocadas, elegendo as palavras mais significativas para o grupo investigado.

Vale registrar que, nesse estudo, a frequência das palavras variou de 05 a 65, e a OME de 2,000 a 3,724, sendo considerada a frequência média de 24. Nesse processo, as palavras com maior frequência e menor ordem média de evocação são alocadas no quadrante superior esquerdo, denominado de Núcleo Central (NC), os demais termos são distribuídos nos três outros quadrantes, denominados de Sistema Periférico, cujos elementos tem, entre outras funções, a regulação e proteção ao NC (SÁ, 2002).

De acordo com a abordagem estrutural, a representação social é composta por um Núcleo Central (rígido e estável) e um Sistema Periférico (flexível à mudanças). Segundo Abric (2003), o NC possui função geradora, organizadora e estabilizadora das RS. A função geradora diz respeito aos significados da RS, a organizadora à organização dos elementos dentro da representação e a estabilizadora à estabilidade da RS, visto que o NC é resistente a mudanças, onde qualquer alteração resulta em modificação da RS (ABRIC, 2003). Já o sistema periférico é sensível ao contexto imediato, onde ancoram-se em uma realidade específica. Estes termos revelam o caráter individual presente dentro do grupo, a partir das opiniões pessoais do grupo investigado. Desta forma, ao correlacionar os elementos dos sistemas central e periférico compreende-se como os elementos do núcleo se efetivam em ações no cotidiano das participantes (ABRIC, 2003).

Ao analisar o quadro de quatro casas da representação de profissionais de saúde sobre gestantes em situação de rua evidenciam-se especificidades do grupo investigado e do contexto cultural e social no qual estão inseridos, assim como elementos vinculados a formação profissional.

Quadro 1. Quadro de quatro casas referente ao termo indutor "gestante moradora de rua". Salvador, Bahia, Brasil, 2020. (n=161)

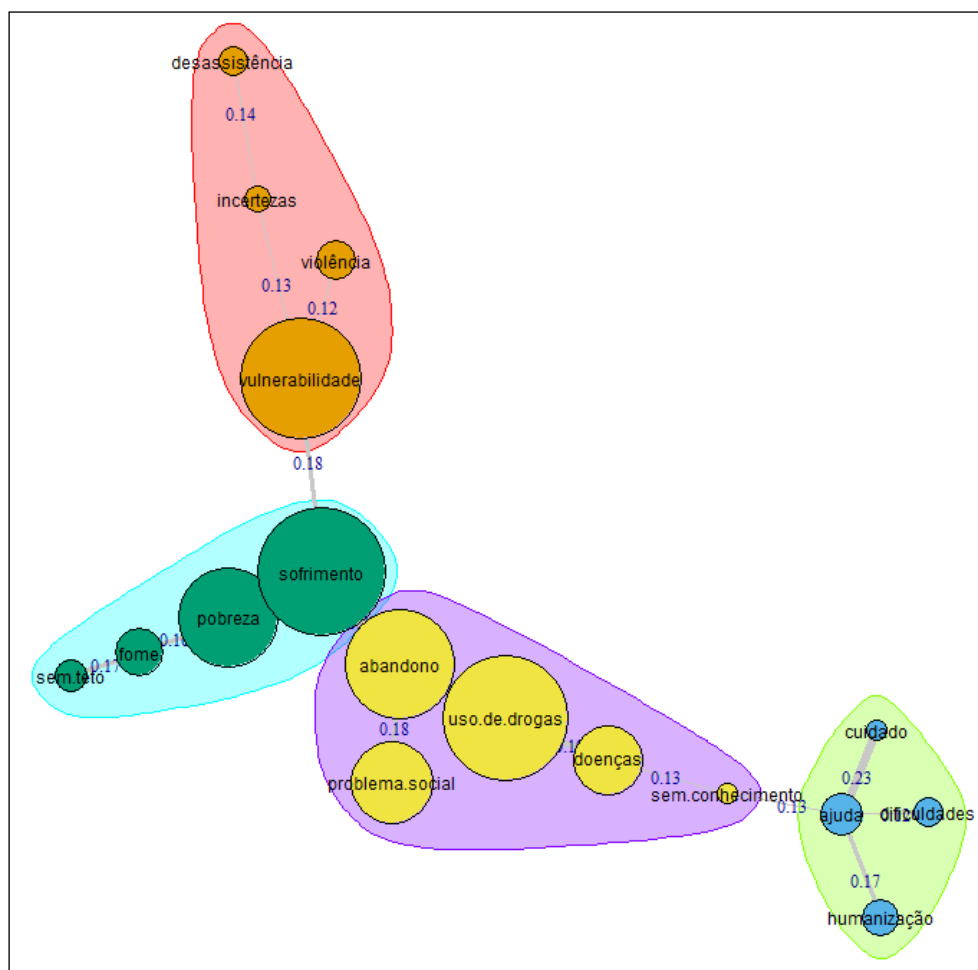
Elementos do núcleo central			Elementos da 1ª periferia		
Frequência ≥ 24 – OME $< 2,9$			Frequência ≥ 24 – OME $\geq 2,9$		
Elemento	Freq.	OME	Elemento	Freq.	OME
Sufrimento	65	2,708	Pobreza	51	2,961
Vulnerabilidade	57	2,491	Problema social	45	2,933
Uso de drogas	53	2,774	Doenças	39	3,051
Abandono	49	2,592	Ajuda	32	2,906
Humanização	29	2,862	Fome	29	3,552
Sem teto	26	2,731	Violência	29	3,724
Elementos da zona de contraste			Elementos da 2ª periferia		
Frequência < 24 – OME $< 2,9$			Frequência < 24 – OME $\geq 2,9$		
Elemento	Freq.	OME	Elemento	Freq.	OME
Dificuldades	22	2,591	Desassistência	21	3,190
Incertezas	22	2,727	Sem conhecimento	20	3,350
Cuidado	20	2,900	Respeito	18	3,278
Sem perspectiva	16	2,750	Criança na rua	16	3,125
Higiene precária	14	2,857	Falta de amor	12	3,000
Maternidade	13	2,769	Preconceito	12	3,000
Comunicação	9	2,778	Sem família	12	3,667
Mulher sofrida	5	2,000	Irresponsabilidade	11	2,909
			Políticas Públicas ineficazes	9	3,556
			Resiliência	6	3,167

Fonte: elaborado pela autora

Nesse estudo, o conjunto de palavras que compõe o quadrante superior esquerdo e que são destacadas na árvore de similitude (Figura 3), remete a imagem da gestante em situação de rua como uma mulher que vive em **sofrimento**, sujeita a **vulnerabilidades** e ao **uso de drogas**, decorrentes do **abandono** e da **falta de teto**, logo alguém que necessita de **humanização**.

Esses elementos constituem o provável núcleo central da estrutura das representações sociais, do grupo investigado, acerca da gestante em situação de rua. Embora a análise de similitude não seja um teste de centralidade (como as técnicas de questionamento "*Mise en Cause*" e esquemas cognitivos de base), fornece indícios de centralidade que são importantes e complementares à análise prototípica (PECORA E SÁ, 2008).

Figura 3. Árvore de similitude referente ao termo indutor "gestante moradora de rua". Salvador, Bahia, Brasil, 2020. (n=161)



Fonte: elaborado pela autora

Vale ressaltar que entre os elementos do NC, o termo **sofrimento** foi o mais evocado pelo grupo investigado, apresentando frequência de 65, embora o termo mais prontamente evocado no NC tenha sido **vulnerabilidade**, apresentando OME de 2,491 e sendo eleito como termo mais importante (18) vezes. Ambos os elementos possuem um caráter normativo, que segundo Abric (2003) estão mais ligados à história e ideais do grupo. Para as participantes, o termo **sofrimento** remete ao contexto em que a gestação ocorre, sem proteção, em exposição a vulnerabilidades de várias dimensões. O termo foi eleito como mais importante (10) vezes, e o conteúdo das justificativas das participantes aponta para uma dimensão imagética da gestante em situação de rua, conforme evidenciado nas afirmações a seguir: *O sofrimento de uma mulher de rua é muito marcante e aparente, por vários fatores que a leva a viver dessa maneira desumana*" P-37, Técnica de Enfermagem. Para outra participante o sofrimento amplia-se no contexto da gestação: *"Deve ser muito sofrido em um momento que se está*

sensível, ficar na rua, sem um abrigo, um lugar que dê segurança e aquecimento." P-122, Técnica de Enfermagem. Para P-71, Médica Neonatologista, o sofrimento é abrangente e atinge não somente a gestante, mas também a prole, assim ela justifica: *"Sofrimento é inevitável diante desta situação: estar grávida e não ter segurança acolhimento, para si mesma e para seu filho."*

O termo **sofrimento** abarca também o sentimento de tristeza experimentado pelas próprias profissionais ao se deparar com a gestante em situação de rua, conforme enunciado nas justificativas, a exemplo de: *"tristeza por saber que (tem) uma criança chegando sem planejamento, sem lar, sem responsabilidade"* P- 124, Técnica de Enfermagem. A disposição do termo na árvore de similitude o aponta como possível elemento organizador da representação e de maior centralidade, devido o número de co-ocorrências e conexões.

Para as profissionais o termo **sofrimento** permeia ainda o âmbito da saúde mental no que diz respeito à vivência da gestação em situação de vulnerabilidade. Nesta perspectiva, uma revisão sistemática identificou fatores associados à depressão ou ansiedade pré-natal, que incluem ausência de apoio social, histórico de violência doméstica e gravidez não planejada. O risco aumentado para o adoecimento psíquico possui implicações que vão desde alterações biológicas maternas a desfechos perinatais (BIAGGI, 2016).

Outrossim, a conexão dos termos sofrimento e vulnerabilidade sinaliza a intimidade do grupo investigado com estes elementos, pois diz respeito a questões de saúde e a formação dos profissionais. O termo **vulnerabilidade** foi o segundo termo mais evocado, apresentando frequência de 57 e menor ordem média de evocação (2,491) dentre os termos que compõem o NC. A relação deste termo e os demais elementos do quadro de quadro casas é bem estreita, revelando elementos da dimensão individual (**sem conhecimento, falta de amor, sem família, sem perspectivas, incertezas**), social (**pobreza, problema social, fome, violência, respeito, preconceito**) e programática (**desassistência, políticas públicas ineficazes**) que compõe o conceito de vulnerabilidade na saúde (AYRES, 2003). Este conceito polissêmico, nascido na década de 90, ainda é foco de intenso debate, emergido no contexto da epidemia de HIV/AIDS. Segundo Carmo (2018), embora possua múltiplos conceitos, a vulnerabilidade diz respeito sobretudo à fatores que influenciam para fragilidade de acesso do cidadão aos seus direitos:

"O olhar para a integralidade dos sujeitos em situação de vulnerabilidade nada mais faz do que se alinhar à constatação de que estes sujeitos possuem demandas e necessidades de diversas ordens, possuem capacidades e se

encontram em um estado de suscetibilidade a um risco devido à vivência em contextos de desigualdade e injustiça social. (CARMO, 2018, p.9)".

A utilização do termo **vulnerabilidade** por parte das profissionais relaciona-se ao sentido de fragilidade implicado nas condições e vivências de gestar em situação de rua: "*A gestante moradora de rua envolve riscos. São gestantes que sofrem com abandono, preconceito, tanto no âmbito profissional e familiar*"(P -141, Enfermeira). Vale ressaltar que o referido termo foi majoritariamente eleito como mais importante por enfermeiras, o que nos leva a inferir reflexo da formação destas profissionais voltada para avaliação de riscos/vulnerabilidades no que diz respeito à possibilidade de cuidado. O olhar sobre a vivência do "ser-mulher-gestante em situação de rua" é relatado pelas participantes, onde se ancora a ideia de exposição à riscos e necessidade de cuidado:

"A situação de se encontrar em estado de moradora de rua por si só já é um estado de vulnerabilidade social. Quando esta mulher se encontra gestante, a vulnerabilidade ganha proporção maior decorrente da maior demanda de cuidado" (P-83, Enfermeira).

Outro termo do NC mencionado como uma situação constante para gestantes em situação de rua foi o **abandono**. Evocado 49 vezes, com uma OME de 2,592, considerado mais importante por 13 pessoas, foi questionado como motivo da gestante estar nas ruas: "*Será que essa gestante foi abandonada para estar na rua?*" P.159, Médica. Para as participantes o abandono ocorre, sobretudo, por parte da família, e como consequência implica no abandono futuro da criança, conforme a fala da P-52, Enfermeira: "*O abandono é frequente, o risco de abandono é imenso ou situações desagradáveis para a criança ou RN, gerando um ciclo vicioso entre as gerações e para alguma modificação do quadro é necessário apoio*". A possibilidade da prática do abandono da criança por parte da mulher, evidencia um caráter de culpabilização, conforme fala de P.81, Técnica de Laboratório: "*Sem condições de vida o RN irá sempre ser abandonado*".

Segundo Souza *et al.* (2018), as MSR sofrem um processo de descreditação social que lhes impõe a retirada compulsória à ocasião do nascimento da criança, sendo considerada por alguns profissionais como incapaz de fornecer o cuidado necessário.

Pesquisa, que investigou as representações sociais da equipe de enfermagem sobre pessoas em situação de rua apontou que, a imagem de pessoa abandonada, atribuída à população em situação de rua, invisibiliza seu modo de vida e, sobretudo, as rotula como "coitadas" e "incapazes", não as reconhecendo enquanto sujeitos de direitos (ZANDOMINGO, 2020). Segundo Mattos e Ferreira (2004) a tipificação de pessoas em

situação de rua como "coitadinhas", por vezes embasada em um discurso religioso, contribui para uma construção identitária de inferioridade nesta população, dificultando a criação de estratégias para que essas pessoas alcancem a saída das ruas.

Na árvore de similitude é possível observar que o termo **abandono** aparece intimamente ligado ao termo **uso de drogas**. Este último destaca-se como terceiro mais evocado pelo grupo investigado, com frequência de 53 e OME de 2,774. A ligação entre esses dois termos expressa estigma relacionado ao uso de substâncias psicoativas (SPA) (CAMPOS et al, 2020). O uso de drogas foi relatado pelas participantes como uma outra característica das gestantes em situação de rua: "*Geralmente são drogadas.*" P.019, Técnica de Enfermagem; "*É o mais frequente, o que mais vejo.*" P.149, Médica. Como parte do processo de desacreditação social o **uso de drogas** é considerado inconciliável com a gestação, "*Gestante usuária de drogas o RN terá que qualidade de vida?*" P.133, Médica.

Neste contexto, cabe ressaltar o processo de marginalização do uso de SPA, sobretudo o uso do crack. Malheiro (2018) conduziu um estudo etnográfico no Centro Histórico de Salvador e apontou, dentre outras questões, que o uso de drogas confere a mulheres em situação de rua um status de incompatibilidade com a maternidade, que culmina com a retirada dos bebês, sem ofertas de escuta do desejo da mulher. A judicialização, segundo alguns autores (GOMES, 2017; MALHEIRO, 2018; SOUZA et al, 2018), é frequentemente observada, onde profissionais de saúde tem papel determinante no processo. Tais considerações reforçam a importância do conhecimento sobre as RS de profissionais de saúde, pois a própria representação quanto ao uso de SPA conduz a desfechos desfavoráveis para mulheres e suas crianças, num processo de violação de direitos.

Para Silva et al (2020a) é importante refletir sobre a cultura do uso de álcool e outras drogas pela população em situação de rua, pois embora seja pouco reconhecido, existem territórios onde essas pessoas constroem laços, identidades e grupos de pertença, onde o uso (ou não uso) de drogas não se estabelece como elemento principal dessas vivências, mas como uma parte das dinâmicas das ruas. De modo geral, o uso de drogas está associado com criminalidade, marginalidade, agressão, violência, implicando em preconceitos e estigmas para pessoa que faz uso, sobretudo se for mulher e estiver gestante. Contudo, o uso de drogas nas ruas pode ser sinônimo de funcionalidade e sobrevivência (SOUZA et.al, 2016).

Parte do estigma associado ao uso de drogas vem de uma construção da grande mídia, impulsionada pela política estadunidense de "guerra às drogas" que ganhou força na década de 70. Uma vez disseminado que as pessoas que utilizam SPA possuiriam as características supracitadas, tornaram-se um grupo socialmente estigmatizado (VALOIS, 2017). Pessoas que

fazem uso de SPA em um contexto privado, entre paredes, não sofrem a mesma repressão de quem está em cenas de uso na rua, ocorrendo frequentemente suposição de que as pessoas em situação de rua sempre fazem uso SPA (SILVA *et al.*, 2020a).

Aqui abre-se um parêntese para comprovados efeitos nocivos do uso de álcool e outras drogas no contexto da gestação (RUMRICH, 2016; PETRELLI, 2018; FERREIRA, 2016; AUGER, 2019). Sob esta perspectiva, profissionais de saúde devem desencorajar que a gestante faça uso de qualquer substância potencialmente teratogênica ou deletéria à saúde materna ou fetal. Do ponto de vista biomédico, o proibicionismo estaria justificado e as preocupações de profissionais de saúde legitimadas. Porém, diversas outras questões, como as formas de sobrevivência em múltiplos contextos, não são contempladas. Segundo pesquisa que investigou as RS de discentes de um curso técnico de enfermagem acerca da problemática das drogas, as representações do grupo investigado, centrado nos efeitos das drogas no organismo, invisibiliza múltiplos reveses sociais, políticos, econômicos e culturais (RODRIGUES, 2015). Assim, em termos simplórios à complexidade dessas questões, cabe refletir se "impor" às gestantes abstinência lhes desenvencilham de tantos outros riscos aos quais estão expostas.

Para Costa *et al* (2015) o não conhecimento de efeitos teratogênicos e o nascimento de filhos saudáveis em gestações anteriores são fatores que influenciam na manutenção do uso de SPA em gestantes em situação de rua, visto que o uso, por vezes, reduz desconfortos enfrentados no contexto da rua a exemplo da fome, frio e dor. Em dissonância a pesquisa realizada por Barros (2019) apontou que as gestantes em situação de rua podem associar o consumo de drogas com problemas ocorridos na gestação, porém muitas vezes não conseguem organizar-se para interrupção do uso durante a gravidez.

Neste contexto, compreendendo a complexidade que envolve o uso de SPA, o debate sobre redução de danos ganha espaço, em especial, no contexto da saúde (MALHEIRO, 2018; GOMES, 2017; LOPES, 2018). Concebida na lógica do estímulo de práticas mais seguras, com foco no respeito à liberdade dos indivíduos, a perspectiva devolve o protagonismo das ações aos sujeitos, cujas escolhas não resultariam em condenação social (LOPES, 2018).

Outrossim, exemplificando a perspectiva da redução de danos, pesquisas apontam que gestantes que fazem uso de SPA, tendem a reduzir o consumo espontaneamente em decorrência da gravidez, adotando práticas de cuidado muitas vezes invisibilizadas no contexto dos serviços de saúde (TAMASHIRO, 2020; MALHEIRO, 2018). Neste sentido, um estudo analisou as representações sociais do cuidar de si para PSR e evidenciou um conceito ampliado de saúde do grupo investigado, pautado no acesso a alimentação e ações de higiene

peçoal como escovar os dentes, lavar roupas, usar preservativo e manter-se limpo. Este último elemento inclui o ato de manter-se sem uso de drogas, que facilitaria a convivência na situação de rua (SILVA *et al.*,2020b).

Em relação ao termo **sem teto**, a frequência foi de 26 e a OME de 2,731, eleito apenas 2 vezes como termo mais importante. Embora possua uma baixa frequência, inclusive em comparação com termos presentes na 1ª periferia, este termo apresenta uma elevada hierarquização, estando na árvore de similitude na mesma comunidade dos termos **sofrimento, pobreza e fome**. Estes dois últimos, presentes na 1ª periferia do quadro de quatro casas, dão importante sustentação a estes elementos presentes no NC, visto que seriam causas primordiais do sofrimento, resultando na imagem da gestante sem teto (pobre e com fome), abandonada e vulnerável.

Para a profissional P-57, Assistente social, a ausência de moradia pode configurar como mais um elemento para separação da díade: "*[...] a gestante e o bebê tem problemas que podem levar a separação mãe/filho, riscos no parto e falta de condições da mãe assistir o filho com o básico necessário.*" Para P-10, Técnica de Enfermagem, a ausência de abrigo expõe a gestante: "*Uma gestante precisa de um lar saudável, geralmente em situação de rua passa fome, sofre violência das diversas formas. Considero um problema social e precisa de políticas públicas*".

Segundo Costa *et al* (2015), a ausência de moradia configura-se como mais um elemento que dificulta o acesso de gestantes em situação de rua aos serviços de saúde, uma vez que estes serviços atuam por territórios. A mesma pesquisa apontou que dentre os projetos de vida das gestantes em situação de rua entrevistadas, ter uma casa constitui uma forma de melhorar de vida.

O termo **humanização**, com frequência de 29 e OME de 2,862, foi apontado pelas participantes como termo mais importante 5 vezes. Para o grupo, a humanização constitui uma ação importante, que envolve o reconhecimento das situações de vulnerabilidade, conforme excertos a seguir:

"A mulher que tem sua moradia na rua e está gestante precisa receber atendimento respeitoso, uma vez que a mesma já está cercada de preconceitos e julgamentos. É importante que o profissional de saúde acolha esta mulher, respeitando-a" (P-97, Enfermeira).

" Devemos estar preparados (os profissionais de saúde) para melhor atender as gestantes moradoras de rua, com atenção, carinho e respeito pelo outro"(P-126, Técnica de Enfermagem).

A humanização em saúde diz respeito à qualidade do cuidado em saúde, levando em consideração não apenas o acesso, mas a satisfação do usuário com o serviço (FERREIRA & ARTMANN, 2018). Em 2003 foi criada no Brasil a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004), também conhecida como HumanizaSUS que, a partir de experiências exitosas, apontou para necessidade de maior diálogo entre profissionais e usuários, afim de estabelecer uma cultura de humanização nos serviços (MARTINS e LUZIO, 2016).

Embora figure no provável NC da representação, o termo humanização fez uma única conexão com o termo **ajuda**, sendo possível apontá-lo não como elemento central, mas normativo, que pode ser fruto do conhecimento técnico do grupo investigado.

A presença de uma grande parte de elementos normativos na estrutura das representações sociais indica que o grupo se encontra um tanto distante do objeto, pois quanto mais próximo estiver, mais valorizará elementos funcionais, que dizem respeito às condutas do grupo relativas ao objeto (ABRIC, 2003).

Ao analisar o quadrante inferior esquerdo, denominado de Zona de Contraste, verificam-se os termos que apresentam uma baixa frequência e elevada hierarquização: **dificuldades** (f=22; OME=2,591), **incertezas** (f=22; OME=2,727), **cuidado** (f=20; OME=2,900), **sem perspectiva** (f=16; OME=2,750), **higiene precária** (f=14; OME=2,857), **maternidade** (f=13; OME=2,769), **comunicação** (f=9; OME=2,778) e **mulher sofrida** (f=6; OME=2,000). Estes termos reforçam e se aproximam dos termos presentes no NC, apontando para inexistência de um subgrupo entre as profissionais. Semelhantemente ao NC, apresenta elementos normativos, à exceção dos termos **cuidado** e **comunicação**, de dimensão atitudinal. Destaca-se que o primeiro elemento deste quadrante, **dificuldades** faz conexão com a palavra **ajuda**, figurando na comunidade dos termos **cuidado**, **ajuda** e **humanização** na árvore de similitude. Esta posição sugere que tais dificuldades se referem às que são enfrentadas pelas profissionais para prover cuidado, humanização e ajuda a gestantes em situação de rua.

Os termos **sem perspectiva** e **higiene precária** se coadunam com as tipificações relatadas no estudo de Mattos e Ferreira (2004), em que as pessoas em situação de rua são vistas como "vagabundas" e "sujas", estereótipos que frequentemente, segundo os mesmos autores, são atribuídos à essa população.

O termo **mulher sofrido**, de menor frequência entre todos os termos do quadro de quatro casas, também foi o mais prontamente evocado, reforçando um elemento simbólico sobre a figura da mulher. Esta expressão diz respeito à construção de uma identidade (a-mulher-sofrida), que se diferencia do termo **sofrimento** centrado nas vivências.

Os elementos **cuidado** e **ajuda** configuraram-se como expressões de contexto prático, de forma que estabeleceram a conexão mais expressiva na árvore de similitude. Este resultado pode evidenciar um caráter assistencialista, presente no contexto social que assume profissionais de saúde como detentores de uma "missão" ou "vocação" que pode implicar na incorporação identitária por parte de alguns profissionais.

No quadrante superior direito estão as evocações que compõe a 1ª periferia, com os termos **pobreza** (f=51; OME=2,961), **problema social** (f=45; OME=2,933), **doenças** (f=39; OME=3,051), **ajuda** (f=32; OME=2,906), **fome** (f=29; OME=3,552) e **violência** (f=29; OME=3,724). As evocações **pobreza**, **problema social**, **fome** e **violência** foram citadas anteriormente enquanto elementos da dimensão social componentes do conceito de vulnerabilidade na área da saúde (AYRES, 2003). Os termos da primeira periferia são considerados os mais importantes do sistema periférico das representações sociais, visto que proporcionam proteção ao NC (ABRIC,2003).

O termo **pobreza** está intimamente ligado ao termo **sofrimento**, bem como faz conexão ao termo **fome**, formando assim uma das comunidades da árvore de similitude. Neste sentido, observa-se que na árvore o termo **problema social** faz conexão com o termo **abandono**, delimitando que este termo anteriormente discutido, é também um problema social para o grupo investigado. O termo **doenças** está conectado aos termos **uso de drogas** e **sem conhecimento**, revelando que para o grupo investigado, possivelmente o uso de drogas ocasiona doenças para as gestantes, em decorrência da falta de conhecimento atribuída à essa população.

O termo **violência** foi eleito como mais importante por apenas 3 participantes, porém reconhecido como um dos problemas enfrentados pelas mulheres, conforme afirmou a P.52, Assistente social: "*muitas gestantes em situação de rua sofrem violência de todo tipo*".

Segundo Rosa e Brêtas (2015), as mulheres em situação de rua sofrem múltiplas formas de violência, destacando-se a praticada pelos próprios parceiros, que contribui para a ida das mulheres à ruas. Embora sofram com as violências psicológica e verbal, são as agressões físicas e/ou sexuais as mais relatadas pelas mulheres em situação de rua, que parecem, segundo mesmos autores, não reconhecer ou valorizar outros tipos de violências que não sejam físicas. Tais violências vividas pelas mulheres manifestam-se no preconceito, discriminações, humilhações, racismo, no temor da retirada dos filhos após o parto e nas violências institucionais (BARROS, 2019). Em relação às mulheres que fazem uso de SPA essas violências parecem originar o consumo abusivo de drogas, impactando na saúde física e mental dessas mulheres (MALHEIRO, 2018; BARROS, 2019).

Ressalta-se que a evocação **violência** figurou na árvore de similitude como um elemento ligado à **vulnerabilidade**, o que demonstra o reconhecimento desta realidade por parte do grupo investigado, ainda que não valorizado hierarquicamente.

No quadrante inferior direito, chamado de 2ª periferia, encontra-se o quadrante com os elementos mais periféricos da representação, que possuem baixa frequência e não foram prontamente evocados. Os termos que compõe este quadrante são **desassistência** (f=21; OME=3,190), **sem conhecimento** (f=20; OME=3,350), **respeito** (f=18; OME=3,278), **criança na rua** (f=16; OME=3,125), **falta de amor** (f=12; OME=3,000), **preconceito** (f=12; OME=3,000), **sem família** (f=12; OME=3,667), **irresponsabilidade** (f=11; OME=2,909), **políticas públicas ineficazes** (f=9; OME=3,556) e **resiliência** (f=6; OME=3,167).

Ao realizar a análise destes termos, observa-se mais uma vez um destaque de elementos de conotação negativa, com exceção dos termos **respeito** e **resiliência**. O grupo investigado aponta elementos para culpabilização da mulher, ao considerar **irresponsabilidade** e **falta de amor** engravidar estando em situação de rua, o que gera preocupação sobre a possibilidade de haver **criança na rua**. Ao mesmo tempo, reconhecem que estas mulheres sofrem pelo **preconceito** e **desassistência**, que são fruto de **políticas públicas ineficazes**. Os excertos a seguir revelam a importância dos termos supracitados para o grupo:

"Irresponsabilidade com o futuro de uma criança"(P.130, médica)

"Não tem amor daí não tem como dar carinho e proteção ao filho". (P.42, enfermeira)

"Criança em situação de rua, propícia a má higiene, fome e abusos sexuais". (P.148, técnico de enfermagem)

Segundo Malheiro (2018), quando profissionais de saúde se deparam com a gestação em contexto de rua adotam ações baseadas no direito da criança, porém tendem a desvincular este do direito materno, privilegiando a institucionalização como forma de proteção. Relatório de pesquisa realizada na cidade de São Paulo apontou que muitas crianças institucionalizadas perdem o vínculo com a família nuclear, levantando reflexões se de fato afastar as crianças de suas mães é uma efetiva forma de proteção (GOMES, 2017). Ademais, a mesma pesquisa aponta que os profissionais de saúde envolvidos também sofrem neste processo, sendo necessária ampliação do debate para melhoria do atendimento às gestantes em situação de rua.

Assim, a análise proposta a partir da Teoria das Representações Sociais, em sua abordagem estrutural, permite inferir que a construção social estereotipada acerca da População em Situação de Rua permanece fomentada na sociedade (MATTOS E FERREIRA,

2004). As gestantes em situação de rua necessitam de olhar atento para suas singularidades, pois a invisibilidade de suas formas de existir constitui embaraço e reforço para representações sociais.

5. CONCLUSÃO

A construção de uma pesquisa perpassa por movimentos múltiplos e distintos, com encontros e trocas que implicam em diversos resultados. Abordar a temática da gestante em situação de rua confronta delimitações sociais sobre a maternidade, sobretudo comportamentos impostos e esperados das mulheres. A reflexão que antecede os resultados desta pesquisa é a de que determinadas construções históricas ainda possuem forte influência sobre as pessoas, impactando em diversos âmbitos, não somente na saúde.

Compreende-se que os resultados apresentados não podem ser generalizados, e que dizem respeito à representação de um determinado número de pessoas, em um determinado tempo e lugar. A Teoria das Representações Sociais, em sua Abordagem Estrutural, possibilitou a apreensão de elementos para abertura de debates e assunção da temática. Das primeiras reflexões, aprofundam-se discussões que vão desde a formação de profissionais de saúde, a reflexões sobre as questões de ordem programática. Implicou, ainda em reflexões sobre direitos, sobretudo, das mulheres em situação de rua no que concerne à gestação e maternidade (ou não maternidade); do direito de seus filhos (de serem seus filhos) e do reconhecimento das múltiplas formas de existência, embora invisibilizadas.

A análise dos dados possibilitou evidenciar elementos da estrutura das RS de profissionais de saúde acerca da gestante em situação de rua. A imagem revelada está ancorada em elementos normativos construídos social e culturalmente sobre as mulheres, sobre a maternidade e sobre a situação de rua. Assim, para o grupo investigado, a gestante em situação de rua é uma mulher abandonada, que faz uso de drogas e vive em constante sofrimento, decorrente de vulnerabilidades e da falta de teto, necessitando, portanto, de atendimento humanizado. Essa objetivação sinaliza especificidades do grupo investigado para a gestante em situação de rua, tanto pelo sofrimento revelado para questões durante o atendimento, quanto ao reconhecimento de humanização na assistência.

Reconhecer que dentro das Maternidades Públicas existem atores importantes e que suas representações sociais podem impactar na vida das gestantes, é o primeiro passo para o planejamento de ações estratégicas de cuidado. A enfermagem, como equipe, identifica no cotidiano diversas demandas e reflete suas práticas em articulação com os demais profissionais de saúde, sem os quais o cuidado não alcança as dimensões necessárias. A partir disso, é necessário reconhecer que em determinados territórios as desigualdades sociais impõem realidades múltiplas, que precisam de um olhar muito atento e sensível para viabilizar o cuidado em seu mais amplo conceito.

O resultado da pesquisa possibilita reflexões para profissionais de saúde no sentido de reconhecer sob quais aspectos existe a reprodução de estigmas e preconceitos, ainda que despropositadamente, acerca das diversas temáticas que atravessam o fenômeno da população em situação de rua. O reconhecimento de que ser profissional de saúde é ocupar, de certa forma, um espaço de poder, onde um olhar e uma palavra podem aproximar ou afastar o usuário do serviço, constitui um importante exercício para construção de melhores práticas. Neste sentido, o caráter sensibilizador das ações desenvolvidas durante a produção de dados configura-se como resultado expressivo deste trabalho, permitindo aproximação do grupo investigado com a temática, a partir da articulação do grupo de pesquisa com instituições envolvidas. Ressalta-se o importante papel da Universidade não somente como espaço formativo, mas como espaço onde os debates fomentados ganham uma dimensão prática, em que a pesquisa se configura como mais uma ferramenta de aproximação dos serviços e dos sujeitos.

Vale registrar, ainda, que o desenvolvimento da presente pesquisa se constitui em mais uma ação de fortalecimento do grupo de pesquisa Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero, no tocante a problemática da situação de rua, com foco nas mulheres. Ademais, a pesquisa contribui para o aprofundamento dos estudos em Representações Sociais, desenvolvidos pelo referido grupo, ampliando conhecimentos e uso de técnicas específicas. Nesse sentido, contribui também para o fortalecimento e progresso do programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde com publicações e apresentação de trabalhos em eventos.

Conclui-se que o presente trabalho contemplou o objetivo proposto, ainda que apresente como limitação a não generalização dos resultados obtidos, pois a pesquisa foi desenvolvida em uma única instituição, com número limitado de participantes a partir do referencial teórico-metodológico elegido. Torna-se necessário, que a partir das reflexões expostas, ocorra o aprofundamento da temática apresentada e o desenvolvimento de novas pesquisas, sobretudo as que versem sobre as complexas interações das gestantes em situação de rua com os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Eds.), **Estudos interdisciplinares de representações sociais** (pp. 27-38). Goiânia: Editora AB. 2000p. 27-38.
- ABRIC, J.C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, Pedro Humberto Faria; LOUREIRO, Marcos Corrêa da Silva. (org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. da UCG, 2003. p. 37-57.
- ALVES, J. E. D., CORRÊA, S. **Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo**. Editora Livros. 2015, 121-223.
- ARAÚJO, A.S et al. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. **Rev. Enferm. UFPE online**. v 11, n 10, p. 4103-4110, 2017.
- AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 121-144, 2003.
- AUGER, N. et al. Maternal use of illicit drugs, tobacco or alcohol and the risk of childhood cancer before 6 years of age. **Drug and alcohol dependence**, v. 200, p. 133-138, 2019.
- BAUER, M. W. & GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Editora Vozes. 2017.
- BARATA, R. B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua no município de São Paulo. **Saúde Soc. São Paulo**. v.24, p.219-232, 2015.
- BARBOZA, Heloisa Helena Gomes; JUNIOR, Vitor de Azevedo Almeida. (Des) Igualdade de gênero: restrições à autonomia da mulher. **Pensar-Revista de Ciências Jurídicas**, v. 22, n. 1, p. 240-271, 2017.
- BARROS, K.C.C. **Mulheres que gestam nas ruas e suas vivências de cuidado: estudo à luz da fenomenologia heideggeriana**. 2019. 179f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem), Universidade Estadual de Feira de Santana - Feira de Santana, 2019.
- BELLAGUARDA, M.L.R et al. Enfermagem profissão: seu status, eis a questão [The nursing profession: its status—that is the question]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 2, p. 8591, 2016.
- BIAGGI, A. et al. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. **Journal of affective disorders**, v. 191, p. 62-77, 2016.
- BISCOTTO, P.R. et al. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 749-755, 2016.
- BRASIL, Decreto 7053 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**. 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica conjunta N° 001 – SAS E SGEP**, em 10 de maio de 2016. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/08/Nota-t--cnica--diretrizes-e-fluxograma-mulher-sit-rua.pdf>>. Acesso em: 01/09/2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, DF. 2008a

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua**. Brasília, DF. 2008b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. **Política Nacional para a População em Situação de Rua**. Brasília, DF. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.459 de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria N° 122, de 25 de Janeiro de 2011. **Define as Diretrizes de Organização e Funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**. 2011b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 27 jan 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em Situação de Rua**. /Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2012.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF; 2016.

_____. Ministério da Saúde (MS). HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: MS; 2004.

CAMARGO, B. V, JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia**. v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CAMPOS, L. C. M., Oliveira, J. F. de, Jesus, M. E. F. de, Porcino, C., & Porto, P. N. Na rua, a droga é destruição e curtição: um estudo em representações sociais. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, 22, 2020. <https://doi.org/10.5216/ree.v22.58853>.

CARMO, M. E., GUIZARDI, F. L.. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00101417, 2018.

CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. **Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

CHEUNG, A. M., HWANG, S. W. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. **Canadian Medical Association Journal**, v. 170, n. 8, p. 1243-1247, 2004.

CIAMPRUA. Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua. **Relatório preliminar do Seminário Internacional de Metodologia para pesquisas sobre população em situação de rua**. Brasília, DF. 2010. 50 p.

COSTA, S L et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 1089-1102, 2015.

CRONLEY, C., Hohn, K., & Nahar, S. (2018). Reproductive health rights and survival: The voices of mothers experiencing homelessness. **Women & health**. v. 58, n. 3, p. 320-333, 2018.

CURADO, J.C., MENEGOM, V. S.M.. Gênero e os sentidos do trabalho social. **Psicologia & Sociedade**. v. 21, n. 3, p. 431-441.2009.

FAZEL, Seena, John R. Geddes, and Margot Kushel. "The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations." **The Lancet** 384.9953; p. 1529-1540, 2015.

FERREIRA, D. S.; TEIXEIRA, E.; DAS NEVES, A. L.M. Educação não tem idade: estrutura e conteúdo das representações sociais de idosos sobre educação. **Revista Cocar**, v. 8, n. 15, p. 57-62, 2014.

FERREIRA, M. A. Teoria das Representações Sociais e contribuições para as pesquisas do cuidado em saúde e de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 214-215, 2016.

FERREIRA, LR; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1437-1450, 2018.

GOMES, J. D. G. , Dias, R. N. **Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo: relatório de pesquisa/** São Paulo: Lampião Conteúdo e Conhecimento, 2017.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. *Microdados da amostra*. Volume 1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Rio de Janeiro. 2017.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ 2001. p. 17-44.

JODELET D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Soc Estado**. v. 24, n.3, p. 679-712, 2009.

JUSTO, A. M. & CAMARGO, B. V. **Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais**. Em: Novikoff, C.; Santos, S. R. M. & Mithidieri, O. B.(Orgs.) Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro, Duque de Caxias, RJ. (p. 37-54). Duque de Caxias: Universidade do Grande Rio "Professor José de Souza Herdy" - UNIGRANRIO, 2014. Caderno digital disponível em:< <https://lageres.wordpress.com/>> Acesso em: 18/01/2020

KLAUS, M., KENNEL, J. **Pais/bebê: A formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.

LEWINSON, T., THOMAS, M.L., WHITE, S. Traumatic transitions homeless women's narratives of abuse, loss, and fear. **Affilia J Women Soc Work**. v. 29, n. 2, p. 192-205, 2014.

LOPES, H.P.; GONÇALVES, A.M. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 1, p. 1-15, 2018.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALHEIRO, L. S. B. **Tornar-se mulher usuária de crack: Trajetória de vida, cultura de uso e política sobre drogas no centro de Salvador, Bahia**. (Dissertação de mestrado); Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil, 2018.

MARCHAND, P., RATINAUD, P. "L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011)." **Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**. JADT .p. 687-699, 2012.

MARTINS, CP; LUZIO, CA. HumanizaSUS policy: anchoring a ship in space. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 13-22, 2016.

MATTOS, R. M., FERREIRA, R.F. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 47-58, 2004.

MENDES, K. T.; RONZANI, T.M.; PAIVA, F. S. População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, 2019.

MEIRELES, Renata Tereza; BERTONI, Luci Mara. O que dizem os invisíveis: memória social e representações sociais dos adolescentes sobre violência e uso de drogas. *Perspec. Dial.*: **Rev. Educ. e Soc., Naviraí**, v. 4, n. 8, p. 90-106, jul. - dez. 2017.

MINAYO, M. C. S (2014). **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed.. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, A., et al.. A visão da mulher na antropologia: mitos da criação e crenças em relação à gravidez. **Millenium**. n. 30, v. 9, 2004.

MONTENEGRO, C. A. B., REZENDE FILHO, J. D. **Guanabara Koogan**. 12 ed. 2013.

MOREIRA, R. M., et.al. Representações Sociais de adolescentes sobre qualidade de vida: um estudo de base estrutural. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 1, 2015 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000100049&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 15/09/2020.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. 9 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: 2012.

NATALINO, M.A.C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA**. Brasília: Ipea; 2020.

NÓBREGA, S. M., & Coutinho, M. P. L. O Teste de Associação Livre de Palavras. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.). **Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa, PB: Editora Universitária, 2011. P. 55-106.

NOBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A.S. P.; JESUINO, J.C. (Org.). **Representação social: teoria e prática**. 2. ed. João Pessoa: Ed. Universitária, 2003. p. 51-80.

NUSSELDER, W. J. et al. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001–2010. **PLoS One**. v. 8, n. 10, 8(10), e73979, 2013.

OLIVEIRA, J. F. **(In)visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial: uma abordagem de gênero**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

OLIVEIRA, D. S. **Vivências e enfrentamentos de mulheres que usam drogas no exercício da maternidade**. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2015.

OLIVEIRA, E. M. **Laços e Embarços do Cotidiano: Representações Sociais de enfermeiras sobre as travestis**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L.F.D, LEAL, O.F. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. P. 31-47.

PECORA, AR, SÁ, CP. Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá, ao longo de três gerações. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 2, p. 319-325, 2008.

PETRELLI B, WEINBERG J, HICKS GG. Effects of prenatal alcohol exposure (PAE): insights into FASD using mouse models of PAE. **Biochem Cell Biol**. 2018; 96(2):131-147. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29370535>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo** v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PICCININI, C. A.; MARIN, A. H.; GOMES, A. G.; SOBREIRA LOPES, R. C. A constituição da maternidade em gestantes solteiras. **Psico**, v. 42, n. 2, 25 maio 2011.

PORCINO, C. A. **Quem você pensa que ela é? Representações sociais de estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia acerca da travesti**. 2016. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

PROJETO AXÉ. Cartografias dos desejos e direitos: mapeamento e contagem da população em situação de rua na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Síntese dos resultados da pesquisa**.

Marcos Antonio Candido Carvalho; Juliana Prates Santana; Lucas Vezedk Santana de Oliveira (Org.). Salvador: 2017.

RICHARDS, Rickelle; MERRILL, Ray M.; BAKSH, Laurie. Health behaviors and infant health outcomes in homeless pregnant women in the United States. **Pediatrics**, v. 128, n. 3, p. 438-446, 2011.

RODRIGUES, A. S.; OLIVEIRA, Jeane Freitas; SUTO, Cleuma Sueli Santos; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; PAIVA, Mirian Santos; SOUZA, Simone Santos. Care for women involved with drugs: social representations of nurses. **RevBrasEnferm** [Internet]. 2017;70(1):65-72. Disponível em; <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0339>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

RODRIGUES, A.S; OLIVEIRA, JF; PAIVA, MS; OLIVEIRA, DS; MARINHO, MN. Representações sociais de discentes técnicos de enfermagem sobre drogas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 19(2): 226-232, abr/jun, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0226.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2020.

ROSA A.S, BRETAS A.C.P. Violence in the lives of homeless women in the city of São Paulo, Brazil. **Interface (Botucatu)**. v. 19,n 106, p. 275-285, 2015.

RUMRICH, I. K. et al. Maternal smoking and the risk of cancer in early life—a meta-analysis. **PloS one**, v. 11, n. 11, p. e0165040, 2016.

SÁ, C.P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

SÁ, C.P. **Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: EdUERJ: 2015.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. **Relatório da Pesquisa sobre a população em situação de rua no município de Salvador-Ba**. Programa Salvador Cidadania, 2010. 93p. Disponível em: < http://www.fjs.org.br/wp_content/themes/fjs/downloads/Relatorio-Pesquisa-Populacao-em-Situacao-de-Rua.pdf> Acesso em: 17/12/2017.

SANTOS, M. V. S. S. **Representações Sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados para Infecções Sexualmente Transmissíveis**. 89f. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

SILVA, M. L. L. **Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, I. C, N. **Práticas de cuidados em saúde de pessoas em situação de rua: um estudo de representações sociais**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SILVA, A. B. da et al. Pessoas em situação de rua e as aldeias: drogas, marginalização social e território de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020a.

SILVA, D.O. et al. Homeless people's social representations about self-care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020b.

SOUZA, A.O.L. Representações da maternidade em poemas da recordação e outros movimentos, de conceição evaristo: uma análise pela teoria do imaginário. **Téssera**. Uberlândia, MG. v.2, n.2, p05-18, DOI: <http://dx.doi.org/10.14393/TES-V2n2-2020-534702020>.

SOUZA, C. M. B. de et al. Mães Órfãs : o direito à maternidade e a judicialização das vidas em situação de vulnerabilidade. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1suplem, p. 27-36, 2018. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/915>>. Acesso em: 22/12/2017.

SOUZA, M. R.R. et al. Gender, violence and being homeless: the experience of women and high risk drug use. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 37, n. 3, 2016.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia e Sociedade**, n. 26, p. 32-43, 2014.

TAMASHIRO, E.M; MILANEZ, H.M; AZEVEDO, R.C.S. “Por causa do bebê”: redução do uso de drogas por gestantes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 1, p. 313-317, 2020.

URIARTE, U. M. Habitar casarões ocupados no Centro Histórico de Salvador, Bahia, Brasil: velhos cortiços e novas experiências e direitos. **Caderno CRH**, v. 32, n. 86, p. 383-398, 2019.

VALOIS, LC. O Direito Penal da Guerra às Drogas. Belo Horizonte: **D’Plácido**, 2017.

VASCONCELOS, RO, Rigo, DDFH., Marques, LGS, Nicola, AL., Tonini, NS, Oliveira, JLCD. Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. **Escola Anna Nery**; 2017.21(4).

VERAS, R. M., et al.. As condições de vida e de trabalho da população em situação de rua do Centro Histórico de Salvador, Bahia. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**. v. 15, n. 106, p. 161-178, 2014.

ZANDOMINGO, M.N.P et al. Pobreza, fome e abandono: representações da equipe de enfermagem sobre pessoas em situação de rua. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

WACHELKE, J; WOLTER, RI; RODRIGUES MATOS, F. Efeito do tamanho da amostra na análise de evocações para representações sociais. **Liberabit**, v. 22, n. 2, p. 153-160, 2016.

APÊNDICE A – Teste de associação livre de palavras

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

IDENTIFICAÇÃO

Data: ___/___/___ Número ___
Hora de início: __:___ Hora de término: __:___
Categoria profissional: _____

Idade: |__|_|

Gênero: feminino masculino outro

Qual sua raça/cor? _____

Você adota alguma religião? () Sim () Não.

Se sim, qual?

Escolaridade: () Ensino médio () Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo () Especialização

() Mestrado () Doutorado

Quantos anos de profissão você possui? _____

Há quanto tempo você atua nesse serviço? _____

Em quais outros tipos de serviço de saúde você já atuou?

Qual seu vínculo empregatício? _____

1. Quais palavras lhe vem à mente quando eu falo em **gestante**?
2. Enumere de acordo com a ordem de importância e justifique a palavra que considera ser a mais importante.

_____ ()

_____ ()

_____ ()

_____ ()

_____ ()

1. Quais palavras lhe vem à mente quando eu falo em **gestante moradora de rua**?

2. Enumere de acordo com a ordem de importância e justifique a palavra que considera ser a mais importante.

1. Quais palavras lhe vem à mente quando eu falo em **cuidado à gestante moradora de rua**?
2. Enumere de acordo com a ordem de importância e justifique a palavra que considera ser a mais importante.

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecidoUNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Prezadas(os) participantes, nós pesquisadoras, Sara Peixoto de Almeida e Prof^ª Dr^ª. Jeane Freitas de Oliveira, convidamos você a participar, voluntariamente da pesquisa intitulada: **“Gestantes em situação de rua: um estudo com profissionais de saúde à luz das Representações Sociais.”**. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte-me qualquer dúvida. Em caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. A você será garantido o direito de desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, sem que haja nenhum prejuízo. Conforme determina a *Resolução 510 de 07 de abril de 2016*, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos em estudo requer que sejam esclarecidos. Esta pesquisa tem por objetivos apreender as representações sociais de profissionais de saúde sobre gestantes em situação de rua e comparar as representações sociais da equipe de enfermagem com as demais categorias profissionais. Solicitaremos: informações que possibilitem sua caracterização como participante da pesquisa; evocação e registro escrito de palavras para termos indutores pertinentes ao tema da pesquisa e, em seguida, atribuição de conotação e explicação do termo evocado; em seguida pediremos que escolha a mais importante e justifique sua escolha. Para participantes que irão participar de Oficinas Temáticas, as mesmas serão guiadas pelos temas: Pessoas em Situação de Rua, Mulheres em Situação de Rua, Gestação no contexto da rua e Desafios profissionais no atendimento à gestantes em situação de rua. Os discursos das oficinas será gravado (voz), digitalizado e posteriormente armazenado pela pesquisadora no grupo de pesquisa. Embora este estudo não lhe ofereça riscos físicos, nem complicações legais ele poderá causar-lhe constrangimento ao relatar fatos da sua vida profissional. Visando reduzir estes riscos, reiteramos que todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente as pesquisadoras terão acesso aos dados na sua forma bruta. Ao participar desta pesquisa o(a) senhor(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes para a necessidade de desenvolvimento de ações estratégicas de saúde dessa população, bem como suporte para a equipe de saúde ofertar cuidado a essas pessoas. As pesquisadoras não estão sendo remuneradas para a realização desse estudo, assim como as(os) entrevistada(o)s não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo. Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação, em artigos científicos em revistas indexadas, apresentados em congresso e espaços da rede de atenção à saúde. Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, você poderá entrar em contato com a autora da pesquisa através do E-mail: sara_peixoto@yahoo.com.br ou contato telefônico: (71) 99909-4881 e através do Programa de Pós-graduação da EEUFBA pelo telefone (71) 3283-7631. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Salvador, ____/____/____

Assinatura da(o) Participante_____
Sara Peixoto de Almeida_____
Jeane Freitas de Oliveira

ANEXO A - Parecer do CEP

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestantes em Situação de Rua: um estudo com profissionais de saúde à luz das Representações Sociais

Pesquisador: Sara Peixoto de Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07051319.4.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.188.010

Apresentação do Projeto:

Vide parecer nº 3.168.270

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer nº 3.168.270

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer nº 3.168.270

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer nº 3.168.270

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide parecer nº 3.168.270

Recomendações:

Encaminhar relatórios da pesquisa e publicizar resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Seguiu totalmente as recomendações relatadas no parecer anterior de número:3.168.270, tais como: Revisão do TCLE, acrescentou informações do CEP (contato e endereço) e a existência de duas vias de igual teor assinadas pelo pesquisador e participante.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA**



Continuação do Parecer: 3.188.010

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovação ad referendum, tendo em vista considerações prévias em reunião de Colegiado. Ressalta-se que, após realizar modificações atendendo às recomendações descritas no parecer 3.168.270, esta segunda versão do projeto apresentado atende aos princípios éticos e bioéticos emanados das Resoluções n.466/2012 e n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1280234.pdf	07/03/2019 16:54:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.pdf	07/03/2019 16:53:38	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Outros	Declaracao_Concordancia_orientadora.pdf	04/02/2019 10:52:35	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_pesquisa.pdf	04/02/2019 10:51:00	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Outros	solicitacao_de_campo.pdf	04/02/2019 10:46:17	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Outros	Checklist.pdf	22/01/2019 12:06:06	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA.pdf	21/01/2019 19:28:13	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Outros	APENDICE_A_TALP.pdf	21/01/2019 19:27:04	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Concordancia_com_o_Projeto.pdf	21/01/2019 19:23:03	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Cronograma	APENDICE_C_CRONOGRAMA.pdf	21/01/2019 19:21:52	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Orçamento	APENDICE_D_ORCAMENTO.pdf	21/01/2019 19:21:23	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Outros	Anuencia_campo.pdf	21/01/2019 19:20:40	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Outros	Declaracao_coleta_de_dados.pdf	21/01/2019 19:18:56	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	21/01/2019 19:16:06	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Outros	Autorizacao_instituicao_coparticipante.pdf	21/01/2019 19:15:12	Sara Peixoto de Almeida	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.188.010

Outros	Autorizacao_institucional_propONENTE.pdf	21/01/2019 19:11:51	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Outros	Termo_compromisso_pesquisador.pdf	21/01/2019 19:03:27	Sara Peixoto de Almeida	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	21/01/2019 17:19:46	Sara Peixoto de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 10 de Março de 2019

Assinado por:

Daniela Gomes dos Santos Biscarde
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B - Relatório emitido pelo software EVOC - termo indutor "gestante moradora de rua"

Les 3 colonnes correspondent respectivement :
 au Mot
 à sa Fréquence
 à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 5

Cas ou la Fréquence \geq 24
 et
 le Rang Moyen $<$ 2,9

abandono	49	2,592
humanização	29	2,862
sem-teto	26	2,731
sofrimento	65	2,708
uso-de-drogas	53	2,774
vulnerabilidade	57	2,491

Cas ou la Fréquence \geq 24
 et
 le Rang Moyen \geq 2,9

ajuda	32	2,906
doenças	39	3,051
fome	29	3,552
pobreza	51	2,961
problema-social	45	2,933
violência	29	3,724

Cas ou la Fréquence $<$ 24
 et
 le Rang Moyen $<$ 2,9

comunicação	9	2,778
cuidado	20	2,900
dificuldades	22	2,591
higiene-precária	14	2,857
incertezas	22	2,727
maternidade	13	2,769
mulher-sofrida	5	2,000
sem-perspectiva	16	2,750

Cas ou la Fréquence < 24

et

le Rang Moyen >= 2,9

criança-na-rua	16	3,125
desassistência	21	3,190
falta-de-amor	12	3,000
irresponsabilidade	11	2,909
políticas-públicas-ineficazes	9	3,556
preconceito	12	3,000
resiliência	6	3,167
respeito	18	3,278
sem-conhecimento	20	3,350
sem-família	12	3,667