



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO



QUÉZIA TENORIO FERREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS OBSTETRAS SOBRE AS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA**

RECIFE
2022

QUÉZIA TENORIO FERREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS OBSTETRAS SOBRE AS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Saúde Da Família nos Cenários do Cuidado de Enfermagem

Projeto-mestre: Rede social e boas práticas do cuidar na promoção da saúde da mulher e família.

Orientadora: Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Coorientadora: Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal

RECIFE
2022

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4-1790

F383r	<p>Ferreira, Quézia Tenorio Representações sociais de enfermeiros obstetras sobre as mulheres em situação de rua / Quézia Tenorio Ferreira. – 2022. 106 p. : il.</p> <p>Orientadora: Cleide Maria Pontes. Coorientadora: Luciana Pedrosa Leal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2022. Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Pessoas em situação de rua. 2. Rede social. 3. Representação social. 4. Enfermagem obstétrica. 5. Educação em saúde. I. Pontes, Cleide Maria. (Orientadora). II. Leal, Luciana Pedrosa (Coorientadora). III. Título.</p> <p>610.73 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2023-123)</p>
-------	---

QUÉZIA TENORIO FERREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS OBSTETRAS SOBRE AS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Aprovada em: 26/09/2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Sheyla Costa de Oliveira (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Antônia Lêda Oliveira Silva (Examinadora Externa)
Universidade Federal da Paraíba

Profa. Dra. Adriana Gomes Nogueira Ferreira (Examinadora Externa)
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Felicialle Pereira da Silva (Examinadora Externa)
Universidade de Pernambuco

Dedico este trabalho a Deus, o grande orientador da minha vida, que nunca me abandonou nos momentos de necessidade. A Ele toda honra e glória.

Amém.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente rendo minha gratidão a **Deus**, responsável pela sabedoria e força que habitou em mim durante a caminhada para conclusão deste ciclo. Sem a presença dEle nada seria possível.

Aos meus pais, **Enivalda Tenorio de Albuquerque e Antônio Inácio Ferreira**, por todo apoio dado aos meus objetivos acadêmicos. Esse título é o resultado do empenho de vocês desde a minha infância, onde com tão pouco nunca deixaram de tentar me propiciar o melhor. A vitória é nossa!

À minha querida e amada irmã, **Alice Kelly Tenorio de Santana**, que ao nascer me mostrou uma nova versão de mim e do amor. Obrigada por estar ao meu lado em toda a construção dessa dissertação. Obrigada por existir!

Ao meu esposo, **Luiz Carlos da Silva Júnior**, pela paciência durante meus momentos de desespero e por sempre acreditar em mim. Foi árdua a caminhada, mas nós conseguimos!

À **Maria Júlia, minha Maju** (em útero) por ser meu motivo maior e não ter me deixado desistir. Te vejo em breve e terei essa grande conquista para compartilhar contigo: “sua mãe é mestra”.

Às amigas **Anna Caroliny Silva e Natália Vanessa da Silva** por sempre liberar palavras motivadoras e por me ajudar a superar os momentos de tristeza. Vocês executam com maestria o que está escrito em Provérbios 18:24 “*Há amigo que é mais chegado que um irmão*”.

Às companheiras de luta **Carina Tabosa, Camila Carvalho e Mikellayne Honorato**, pelo apoio, pelas trocas, pelas lágrimas, sorrisos e abraços virtuais.

À minha equipe de trabalho, **PSF Serra de Capoeira**, pelo apoio na organização dos atendimentos quando eu precisava participar das aulas remotas. Obrigada por tanto carinho!

Aos companheiros do **Grupo de Pesquisa Enfermagem na Saúde da Mulher no Contexto da Família**, nosso grupinho, por tantas trocas de conhecimento proporcionadas.

Às **turmas M13 e D7**, que com o lema “ninguém solta a mão de ninguém” enfrentamos com união os momentos difíceis de uma pandemia, transbordando amor e cuidado ao próximo.

Aos **professores e equipe técnica do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE** pelo conhecimento e apoio ofertado.

À **professora Dra. Cleide Pontes**, pelos ensinamentos ofertados, por me apresentar o universo dos estudos qualitativos, por toda expertise com pesquisas na área de saúde da mulher e principalmente por se importar comigo além da esfera acadêmica.

À **professora Dra. Luciana Leal**, pela coorientação e por sempre repetir que tudo iria dar certo. Essa frase era combustível quando a etapa seguinte parecia intangível.

Às **professoras das bancas de qualificação**, Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares, Profa. Dra. Maria de Fátima de Souza Santos e Profa. Dra. Felicialle Pereira da Silva. Por me conduzir por caminhos mais sábios e por todo conhecimento ofertado.

Por fim, aos **100 participantes da pesquisa** que dedicaram seu tempo para fornecer dados para a construção desse estudo. Obrigada pelo retorno do convite, pelo comparecimento na coleta remota e por ansiarem conhecer o resultado após análise. Eis aqui o produto final!!!

RESUMO

As mulheres em situação de rua vivem na invisibilidade e possuem dificuldade de acessos aos serviços de saúde. Os enfermeiros obstetras, pertencentes à rede social secundária, são profissionais que devem estar preparados para proporcionar cuidados de saúde em uma ampla variedade de contextos, por exemplo a falta de habitação fixa. Por isso, o objetivo deste estudo foi analisar as representações sociais de enfermeiros obstetras sobre as mulheres em situação de rua. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, qualitativa, subsidiada na Teoria das Representações Sociais de Moscovici e na Teoria da Rede Social de Sanicola. A pesquisa ocorreu no estado de Pernambuco, no período entre dezembro de 2021 e março de 2022, em 14 das 17 maternidades estaduais. A técnica de coleta de dados foi a entrevista por videochamada. O roteiro semiestruturado foi dividido em três etapas: caracterização social e profissional dos enfermeiros; teste de evocação livre de palavras (TALP); e entrevista narrativa. O tamanho amostral foi de 100 participantes para o TALP e para a entrevista narrativa adotou-se a saturação teórica, que foi confirmada na 12ª entrevista. Para análise dos dados foi utilizada a triangulação de métodos. Na caracterização dos participantes foi feita a frequência relativa; as palavras emergidas da evocação foram submetidas à análise prototípica e de similitude pelo *Iramuteq*; e as informações das entrevistas narrativas foram articuladas aos pressupostos teóricos da hermenêutico-dialética. Todos os preceitos éticos da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados. A maioria dos enfermeiros não foi orientada sobre a assistência à mulher em situação de rua (67%) e parte deles não havia tido nenhum contato com esse grupo na prática profissional (46%). As mulheres em situação de rua foram reportadas pelos enfermeiros obstetras a partir de características vulnerabilizantes: invisibilidade, drogas, prostituição e falta de alimentação. Nenhum dos participantes relatou práticas assistenciais, experiências vividas ou perspectivas para a prestação de cuidado a esse público. Todos os entrevistados atrelaram a deficiência no cuidado à inexistência, fragmentação e/ou fragilidade das políticas públicas. A fragmentação das redes sociais foi abrangida em poucos discursos e os enfermeiros não citaram a importância do fortalecimento da rede social secundária. A escassez de orientação, durante a formação profissional, sobre como assistir à mulher em situação de rua é fator contribuinte para que a Representação Social do enfermeiro obstetra seja formulada como reflexo do conhecimento coletivo. A atuação do enfermeiro obstetra na rede social secundária é importante uma vez que permitirá que essa população estabeleça novos vínculos de confiança. A partir disso é possível a construção de elos e a

aplicabilidade de ferramentas de cuidado que promovam melhores resultados de saúde. Outras pesquisas, tendo como objeto de estudo mulheres em situação de rua sob a ótica dos enfermeiros obstetras e subsidiada nas teorias das Representações Sociais e Rede Social devem ser estimuladas.

Palavras-chave: pessoas em situação de rua; rede social; representações sociais; enfermagem obstétrica; educação em saúde.

ABSTRACT

Homeless women live invisibly and have difficulty accessing health services. Obstetric nurses, belonging to the secondary social network, are professionals who must be prepared to provide health care in a wide variety of contexts, for example, the lack of fixed housing. Therefore, the objective of this study was to analyze the social representations of obstetric nurses about women living on the streets. This is a descriptive-exploratory, qualitative research, supported by Moscovici's Theory of Social Representations and Sanicola's Social Network Theory. The research took place in the state of Pernambuco, between December 2021 and March 2022, in 14 of the 17 state maternity hospitals. The data collection technique was the video call interview. The semi-structured script was divided into three stages: social and professional characterization of nurses; word-free recall test (TALP); and narrative interview. The sample size was 100 participants for the TALP and for the narrative interview the theoretical saturation was adopted, which was confirmed in the 12th interview. For data analysis, the triangulation of methods was used. In the characterization of the participants, the relative frequency was used; the words emerged from the evocation were submitted to prototypical and similarity analysis by Iramuteq; and the information from the narrative interviews were articulated to the theoretical assumptions of hermeneutic-dialectic. All ethical precepts of Resolution No. 510/2016 of the National Health Council were respected. Most nurses were not oriented on assistance to homeless women (67%) and some of them had not had any contact with this group in professional practice (46%). Homeless women were reported by obstetric nurses based on vulnerabilizing characteristics: invisibility, drugs, prostitution and lack of food. None of the participants reported care practices, lived experiences or perspectives for providing care to this public. All interviewees linked the deficiency in care to the inexistence, fragmentation and/or fragility of public policies. The fragmentation of social networks was covered in few speeches and nurses did not mention the importance of strengthening the secondary social network. The lack of guidance, during professional training, on how to assist homeless women is a contributing factor for the Social Representation of obstetric nurses to be formulated as a reflection of collective knowledge. The role of the obstetrician nurse in the secondary social network is important as it will allow this population to establish new bonds of trust. From this, it is possible to build links and apply care tools that promote better health outcomes. Other research, having as object of study women in street situation from the perspective of obstetric

nurses and subsidized in the theories of Social Representations and Social Network should be encouraged.

Keywords: homeless people; social network; social representations; obstetric nursing; health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Sistematização da saturação de dados. Pernambuco, 2022	38
Figura 1 -	Análise de similitude da matriz de representação social da mulher construída por enfermeiros obstetras. Pernambuco, 2022	49
Figura 2 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente referente à distribuição hierárquica das justificativas da TALP acerca da temática “mulher”. Pernambuco, 2022	51
Quadro 2 -	Organização das categorias de acordo com as classes provenientes da CHD tema “Mulher”	52
Figura 3 -	Análise de similitude da matriz de representação social da mulher em situação de rua construída por enfermeiros obstetras. Pernambuco, 2022	56
Figura 4 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente referente a distribuição hierárquica relacionado a justificativa da evocação das palavras referente a temática da mulher em situação de rua. Pernambuco, 2022	58
Quadro 3 -	Organização das categorias de acordo com as classes provenientes da CHD tema “Mulher em situação de rua”	59
Quadro 4 -	Síntese das entrevistas narrativas acerca da representação social de enfermeiros obstetras sobre “Mulheres em situação de rua”. Pernambuco, 2022	63
Quadro 5 -	Síntese das entrevistas narrativas acerca da representação social de enfermeiros obstetras sobre “Cuidado às mulheres em situação de rua”. Pernambuco, 2022	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização social e profissional dos 100 participantes. Pernambuco, 2022.	46
Tabela 2 -	Análise prototípica da matriz de representação social da mulher construída por enfermeiros obstetras. Pernambuco, 2022	48
Tabela 3 -	Análise prototípica da matriz de representação social da mulher em situação de rua construída por enfermeiros obstetras. Pernambuco, 2022.	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAQDAS	Computer Aided Qualitative Data Analysis Software
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CnaR	Consultório na Rua
eCR	Equipes de Consultórios na Rua
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM	International Confederation of Midwives
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MS	Ministério da Saúde
Nº	Número
OME	Ordem média de evocações
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSR	Pessoas em situação de rua
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
ST's	Segmentos de texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Técnica de Associação Livre de Palavras
TRS	Teoria das Representações Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
3	REFERENCIAIS: TEÓRICO E METODOLÓGICO	22
3.1	Referenciais Teóricos: Rede Social e Representação Social	22
3.2	Referencial Metodológico	31
4	CAMINHO METODOLÓGICO	37
4.1	Tipo de estudo	37
4.2	Cenário do estudo	37
4.3	Participantes do estudo e critério amostral	38
4.4	Instrumento para coleta de dados	40
4.5	Procedimento para coleta de dados	40
4.6	Análise dos dados	43
4.7	Aspectos éticos	44
5	RESULTADOS	46
5.1	Caracterização social e profissional dos participantes	46
5.2	Análise do conteúdo do teste de evocação livre de palavras	47
5.2.1	Análise das palavras evocadas diante do termo indutor “mulher”	47
5.2.2	Análise das palavras evocadas diante do termo indutor “mulher em situação de rua”	54
5.3	Entrevista narrativa	61
6	DISCUSSÃO	72
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
	REFERÊNCIAS	85

APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO	93
.....	
APÊNDICE B - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA	96
.....	
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	(TCLE) 98
.....	
APÊNDICE D – TESE, ANTÍTESE E SÍNTESE DAS ENTREVISTAS NARRATIVAS SOBRE MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA	100
.....	
APÊNDICE E – TESE, ANTÍTESE E SÍNTESE DAS ENTREVISTAS NARRATIVAS SOBRE O CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA	102
.....	
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA	104
.....	
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE	105
.....	

1 INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) é um grupo heterogêneo composto por indivíduos que possuem em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Além disso, utilizam, de forma temporária ou permanente, as ruas, áreas degradadas e unidades de acolhimento (BRASIL, 2009). Devido à falta de endereço fixo essas pessoas não estão incluídas no Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (SILVA *et al.*, 2020).

Esse aspecto dificulta a construção de ações e políticas de cuidado e mantém a invisibilidade social dessa população. Porém, o Governo Federal tem empenhado esforço em diminuir as lacunas de exclusão social das pessoas em situação de rua e aos poucos tem buscado inclui-las no cadastro único para programas sociais. De acordo com nota técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), o número de pessoas em situação de rua no Brasil cresceu 140% entre 2012 e março de 2020, chegando a 221.869 pessoas vivendo em situação alarmante de risco social e de saúde (BRASIL, 2020).

A exclusão social é circundada por significativa complexidade, principalmente pela compreensão do significado nas diferentes regiões onde o fenômeno ocorre. A pobreza apresenta-se como uma das formas mais antigas de indicação para as desigualdades extremas entre pessoas. A partir dos anos 80 surge uma nova visão sobre a exclusão social, denominada de “nova pobreza”. Nesta nova classificação os integrantes são, geralmente, pessoas oriundas do processo de desemprego estrutural. Portanto, definir o termo exclusão social torna-se uma tarefa complexa, uma vez que o excluído no período atual, não é somente aquele que vive em condições de pobreza (SANTOS; OLIVEIRA, 2021).

As mulheres em situação de rua vivem em condições preocupantes de violação dos determinantes sociais de saúde, como por exemplo: aspectos da nutrição e estilo de vida; com especial ênfase na saúde sexual segura e nas diversas formas de violências a que são submetidas. Isto pode ocorrer por elas não conhecerem meios para denunciar os maus tratos sofridos, ou simplesmente por não acreditarem na eficácia da incriminação. Enfatiza-se que essas mulheres são duplamente excluídas, pois sofrem as mesmas violações sofridas pelos homens, acrescidas das violências e preconceitos diretamente ligados à dominação masculina (OPAS, 2013; FERNANDES; RIBEIRO, 2022).

Portanto, muitas vezes, percebe-se que a mulher em situação de rua encontra-se fragilizada pela fragmentação de relações, exposição de riscos físicos e psicológicos inerentes

à realidade das ruas e com as peculiaridades fisiológicas intrínsecas do organismo feminino: ciclo menstrual, processo gravídico-puerperal e amamentação (MOREIRA *et al.*, 2021).

Durante o período gestacional a mulher pode apresentar fragilidades do ponto de vista fisiológico e psicológico. Quando essa gestante se encontra em situação de rua, essas vulnerabilidades se tornam mais acentuadas. Geralmente a adesão ao pré-natal é escassa, e a falta de assistência à saúde favorece o aumento dos riscos maternos e fetais. Soma-se a isso o uso de álcool e/ou outras drogas, exposição às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) decorrente de múltiplos parceiros e pouca ou nenhuma utilização de preservativo, além de alimentação e higiene inadequadas (SANTANA *et al.*, 2019).

A busca aos serviços de saúde ocorre em situações emergenciais e a procura por serviços de promoção à saúde e prevenção de doenças são praticamente inexistentes. Muitas mulheres relatam a existência de preconceito por parte dos serviços de saúde e sentem-se julgadas ao procurá-los (BRASIL, 2014; QUEIROZ *et al.*, 2022; SILVA *et al.*, 2020). As mulheres em situação de rua trazem consigo bagagens de violências pregressas que podem ter culminado na falta de habitação fixa e no próprio abuso de drogas. Enxergá-las além do modelo biologicista é permitir que elas compreendam que possuem valor social, o que resulta numa prestação de cuidado mais eficaz (SÃO PAULO, 2017).

O fenômeno de representação social permite às pessoas interpretar e conceber aspectos da realidade para agir em relação a eles, uma vez que a representação toma o lugar do objeto social a que se refere e transforma-se em realidade para os atores sociais. Nesse sentido, o sistema de pré-modificação da realidade, que as constitui, gera: determinação do tipo de relações pertinentes para a pessoa, assim como o tipo de gestão cognitiva que irá ser adotada; produção de um sistema de antecipações e expectativas; prescrição de comportamentos e práticas obrigatórias, ao definir aquilo que convém, que é tolerável ou que é inaceitável em um dado contexto (MOSCOVICI, 2015).

Os serviços de saúde ofertados à mulher em situação de rua precisam ser de alta plasticidade, com o objetivo de garantir adequado acolhimento, permitindo que suas necessidades sejam identificadas e ações efetivas no processo de cuidar sejam realizadas, pois muitas vezes o contato dessa mulher com tais serviços se dará apenas no período parturitivo. A enfermagem obstétrica é parte fundamental desse processo, pois ocupa quantitativo significativo de seus profissionais nos serviços de saúde que prestam atendimento à mulher (SILVA *et al.*, 2018).

Os enfermeiros obstetras possuem como competência a assistência centrada nas peculiaridades do organismo feminino, ancorada nas práticas baseadas em evidências, com vistas a garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos comunitários disponíveis (ANGELIM *et al.*, 2021; COFEN, 2015). Estes profissionais devem estar preparados para proporcionar cuidados de saúde em uma ampla variedade de contextos, por exemplo a falta de habitação fixa, que gera problemas específicos de saúde, inquietações e desafios epidemiológicos (OPAS, 2013).

Por este motivo torna-se essencial que durante o ensino teórico-prático do curso de obstetrícia sejam estimulados o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes voltados para as ciências sociais, saúde pública e ética, uma vez que estes constituem a base do cuidado de alta qualidade para mulheres, recém-nascidos e famílias em período reprodutivo. Assim tais profissionais tornam-se capazes de fornecer educação culturalmente sensível para a saúde das mulheres (ICM, 2019).

Ao assistir a mulher em situação de rua é necessário que os enfermeiros obstetras estejam atentos às especificidades desse grupo, pois assim serão capazes de identificar e reduzir as barreiras de acesso. Além disso, o cuidado poderá ser promovido a partir de princípios humanistas, compreendendo que a mulher sem habitação possui direito de decisão de forma livre e responsável sobre sua saúde sexual e reprodutiva, sem medo, vergonha ou culpa. Os serviços de saúde devem, portanto, garantir privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade sem discriminação (BRASIL, 2016).

As representações sociais acerca do cuidado com a saúde dessa população precisam estar desvinculadas ao preconceito construído por influência do estigma social, sendo norteadas pelas diretrizes da humanização preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), para que sejam permitidos os mesmos direitos que recebem as mulheres com moradia, através de uma assistência digna e respeitosa alicerçada nas boas práticas (BRASIL, 2014). Nesse sentido, ter conhecimento sobre o que esses profissionais pensam sobre a mulher em situação de rua subsidiará o planejamento adequado das ações de enfermagem para com esse público-alvo.

O processo do cuidar deve ser holístico e contemplar questões individuais, sociais, subjetivas e culturais. Ao guiar-se por princípios humanistas, a enfermagem obstétrica promove empatia e solidariedade, a fim de estabelecer vínculo e estimular a coparticipação e autonomia da mulher durante os processos inerentes à sua fisiologia. A sensibilidade do profissional com

as singularidades da rotina dessas mulheres é um fator que favorece a prática do cuidado, pois estabelece uma relação de confiança (ANGELIN *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2020).

A inexistência ou fragilidade dos laços familiares, faz com que a rede social primária das mulheres em situação de rua, muitas vezes, se restrinja aos companheiros com os quais dividem a “habitação” nas ruas, e com a rede secundária, que por sua vez, é composta basicamente por aqueles que prestam algum cuidado à saúde, sendo o enfermeiro obstetra componente dessa rede (NARDES; GIONGO, 2021).

As redes sociais primária são compostas pela família e relações de amizade, o que confere as pessoas identidade e sentimento de pertencer; já as redes sociais secundária no âmbito formal são constituídas principalmente por relações entre instituições, e informal, pela conexão entre pessoas com o objetivo de obter uma resposta a uma necessidade imediata. Por isso, ao realizar o cuidado à saúde da mulher em situação de rua o enfermeiro adentra em sua rede social e possui espaço para realizar educação em saúde baseada nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania além de favorecer à reconfiguração de novas representações sociais (SANICOLA, 2015).

Na prática do cuidado as representações sociais são construídas ou modificadas em ambos os atores: profissional e mulher (MOSCOVICI, 2015). Na mulher em situação de rua a construção se dá com base no acolhimento recebido e no conhecimento apreendido pelas orientações ofertadas. Dessa forma, é fundamental que o momento da assistência seja livre de estigmas e permeado por orientações que auxiliem a mulher a ter autonomia no cuidado da sua saúde. Em relação à enfermagem obstétrica o conhecimento acerca das singularidades da mulher em situação de rua transforma o olhar do profissional para com esse grupo. Além de romper estigmas sociais, gera bases para a construção de um cuidado específico (SILVA *et al.*, 2020).

Portanto, é imprescindível direcionar o olhar para a saúde sob uma perspectiva ampla, considerando a mulher, o meio em que está inserida e o significado dado ao que é representado, para que seja possível compreender comportamentos e simbolizações provenientes de experiências e questões socioculturais (ZANDOMINGO, 2020). A partir da análise das representações sociais, torna-se possível repensar as práticas de cuidado em saúde, favorecendo a inclusão/ acesso da mulher em situação de rua aos serviços, com vista a reduzir as diversas formas de preconceitos, violência e riscos que lhes são impostas (SILVA *et al.*, 2020).

Ao praticar o cuidado fundamentado nas representações sociais, o enfermeiro promove educação e incentiva a coparticipação da mulher, que passa a ter autonomia na tomada de

decisão sobre sua saúde (SANTANA *et al.*, 2019). A educação em saúde é uma ferramenta fundamental para transmitir conhecimentos básicos para todos os grupos populacionais sobre aspectos relacionados à higidez, com o intuito de trocar experiências e conhecimento, a fim de facilitar ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos à saúde (PELIKAN, 2018).

A promoção em saúde não se restringe a uma determinada doença, mas busca medidas que permitam o bem-estar do indivíduo como um todo, que ressalta a importância de pensar no cuidado do organismo a partir de estratégias de transformação de hábitos diários. A prevenção de agravos à saúde alicerça-se no conhecimento da história natural da doença, na incidência e prevalência, para que sejam construídas ações antecipatórias com o propósito de impedir o seu progresso (CASTRO *et al.*, 2021).

Para aplicação da educação em saúde pautada nas singularidades da mulher em situação de rua faz-se necessário que a aproximação da enfermagem à realidade deste grupo se torne parte das estratégias de formação e educação permanente desses profissionais, tendo em vista que, a falta de discussões sobre o tema no contexto da educação superior de enfermagem pode favorecer o predomínio de práticas pautadas no empirismo, vinculadas às concepções anteriores de cada profissional, implicando em invisibilidade das necessidades de saúde desta população (SANTANA *et al.*, 2019).

As mulheres em situação de rua trazem consigo histórias de vidas marcadas, muitas vezes, pela ruptura de relações sociais, principalmente familiares, o que pode dificultar o cotidiano dessas mulheres, inclusive a promoção da sua saúde. Desse fato emerge a necessidade do fortalecimento da rede social secundária por compreender que as redes sociais de uma pessoa correspondem aos contatos interpessoais, responsáveis por manter a sua identidade social. O enfermeiro obstetra inserido na rede social secundária da mulher em situação de rua constrói relações interpessoais que fornecem segurança e conhecimento à mulher. Consequentemente esse vínculo estabelecido permite que sejam minimizados os riscos decorrentes da ausência dos laços afetivos e haja efetivação do processo de autonomia no cuidado à saúde.

Dessa maneira, este estudo buscou responder à pergunta de pesquisa: “Quais as representações sociais de enfermeiros obstetras sobre as mulheres em situação de rua?”.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as representações sociais de enfermeiros obstetras sobre as mulheres em situação de rua.

2.2 Objetivos específicos

Descrever o conteúdo das representações sociais de enfermeiros obstetras sobre mulheres em situação de rua.

Identificar a estrutura das representações sociais de enfermeiros obstetras sobre mulheres em situação de rua.

Verificar as práticas de cuidado dos enfermeiros obstetras com relação às mulheres em situação de rua.

3 REFERENCIAIS: TEÓRICO E METODOLÓGICO

Nesta dissertação foram utilizados referenciais teóricos e metodológico, no intuito de contemplar os pressupostos que regem a construção de pesquisas qualitativas, a fim de desenvolver uma investigação com fundamentação em teorias que permitam a reflexão do conteúdo pesquisado.

Esta pesquisa tem como sustentação teórica o referencial de Rede Social proposto por Lia Sanicola (2015), que busca a dimensão estrutural e funcional conectada a um indivíduo e as relações estabelecidas com essa rede; e o referencial das Representações Sociais abordado por Moscovici (2015) onde um novo valor é conferido ao pensamento social, tornando-o um saber prático pelo qual os grupos humanos constroem a realidade e com ela convivem. Ambos os referenciais se interligam entre si através de processos sociais e mantêm inevitável relação com o objeto de estudo e população pesquisada.

O referencial metodológico, por sua vez, ancora-se no processo Hermenêutico-dialético de Minayo (2002), amplamente empregado em pesquisas qualitativas em saúde por ser apropriado para compreensão do real através de uma síntese da reflexão filosófica.

3.1 Referenciais Teóricos: Rede Social e Representação Social

Historicamente, o conceito de “rede social” foi criado pelo pesquisador J. A. Barnes, em 1954, através da observação das relações interpessoais existentes numa comunidade de uma vila norueguesa. Barnes identificou diversos tipos de relações mutáveis conforme o momento, dentre elas: profissionais, familiares, religiosas e políticas. Tais relações integravam dois “campos sociais” de ação dentro da vila: um “fluido”, por onde os homens ganhavam seu sustento e um “estável”, correspondente às atividades domésticas, administração da terra e da família (BARNES, 1954).

A partir dos ritmos, tempos e relações sociais diversas existentes entre esses dois campos o pesquisador nominou um terceiro, sem limites definidos e formados pelo resultado das relações construídas dentro da vila. Adquiridas com o passar do tempo e com características instáveis, pois podiam se formar e deixar de se formar em decorrer do tempo, Barnes (1954) definiu esse terceiro campo como Rede Social. De acordo com Sanicola (2015), o conceito de rede social construído por Barnes trouxe uma nova abordagem: o registro de uma diversidade específica de cada sujeito.

A Teoria das Redes Sociais pela percepção de Sanicola (2015) consegue compreender relações dos mais distintos grupos, como por exemplo a população em situação de rua, que, vale destacar, não é um fenômeno específico ou isolado da atualidade, pois surgiu na história quando os camponeses foram expulsos de suas terras, transformando os produtores rurais em assalariados, uma história de expropriação escrita a sangue e fogo (ZANDOMINGO, 2020).

A mulher e o homem são levados a morar na rua por uma condição imposta pela sociedade de classes, organizada prioritariamente para defender a mercadoria e o mercado, e não a pessoa e a vida. Assim, o modelo de produção capitalista destaca-se como a causa para o surgimento da população em situação de rua, escancarando a desvalorização e invisibilidade dessas pessoas para a sociedade que impõe o capital acima da vida humana (TIENE, 2004).

Ao considerar a vivência das mulheres em situação de rua como um mundo social, é imprescindível enxergar os diversos tipos de violações de direitos dos quais pode-se destacar, o direito à moradia, saúde, educação e ao lazer (BRASIL, 2014). Por sua condição de gênero, experimentam a realidade das ruas de forma muito mais vulnerável, o que aumenta os riscos sociais, as desigualdades e sua invisibilidade. Compreendê-las nestas relações violadas/fragilizadas direciona para sua rede social (NARDES; GIONGO, 2021), uma vez que estas podem ser consideradas teias de relações que dispensam a cada sujeito identidade e sentimento de pertencimento (SANICOLA, 2015).

A estrutura da rede é composta por laços perceptíveis que se interligam entre os indivíduos e as redes. Quando acionados, estes laços, reproduzem conexões que dão forma às redes, o que resulta numa malha com pontos convergentes: os “nós” (SANICOLA, 2015). Estes podem definir uma estrutura hierárquica, portanto, quando ocorre a eliminação de um nó central, afetar toda a rede, ou uma malha. Assim, todos os “nós” têm a mesma importância e, para atingir um deles, existem vários caminhos possíveis. Isto significa que, a eliminação de um ponto não afetar expressivamente a estrutura da rede (BARAN, 1964).

Os nós abarcam pessoas que compartilham características comuns da vida, como: comunicação, cultura, trabalho, crenças, formas de viver e habitar, criação dos filhos, religiosidade e situações diversas do cotidiano (SANICOLA, 2015). A abordagem teórica a partir da dinâmica das redes sociais permite a compreensão dos processos relacionais que a mulher em situação de rua está inserida, especificamente dentro de uma trama de relações sociais rompidas ou fragilizadas. Traz, também, o conhecimento sobre os recursos de atenção profissional nos setores de segurança, saúde, serviço social, psicologia, dentre outros, a fim de possibilitar intervenções articuladas e resolutivas.

As redes se diferenciam pelos tipos de trocas interpessoais que ocorrem entre os indivíduos e se dividem em primária e secundária. As redes primárias são formadas por pessoas que se conhecem e que estão unidas por vínculos de parentesco, vizinhança, amizade ou trabalho. Nestas relações transpassam a reciprocidade e a confiança. A constituição das redes primárias é influenciada por três fatores principais: a história dos sujeitos, os encontros e as situações que marcam ciclos ao longo da vida (SLUZKI, 2003).

A família constitui o nó central das redes primárias, porque é nesta rede onde se aprende a viver em comunidade. Quando o indivíduo passa por um evento crítico, os laços se reforçam ou enfraquecem, o que gera novos entendimentos ou cria novos conflitos (SANICOLA, 2015). A habitação nas ruas é um evento ocasionado por particularidades na condição de cada pessoa, porém, algumas características são repetidamente vistas em muitos casos. Os maiores motivos que levam as pessoas a morar nas ruas são: alcoolismo e/ou uso de drogas (35,5%), perda de emprego (29,8%) e conflitos familiares (29,1%) (BRASIL, 2009).

Esse perfil permanece o mesmo com o passar dos anos. Pesquisa realizada em 2020 evidencia que o uso de drogas continua sendo a principal causa de aumento do número de pessoas em situação de rua (47,2%), entretanto, as rupturas familiares (38,9%) apresentaram destaque diante do desemprego (25,5%). O apoio familiar foi citado ainda pela PSR como uma das dificuldades de segmento do cuidado à saúde, uma vez que as relações estabelecidas nas ruas são frágeis e não dariam suporte nos casos de internamento (HUNGARO, *et al.*, 2020).

A maioria das mulheres em situação de rua traz consigo o reflexo da violência progressiva vivenciada desde a infância – abuso físico e emocional; maus-tratos; exploração financeira e sexual; estresse no convívio; exposição ao crime e subjugação – que perdura na realidade social das ruas. As relações entre homens e mulheres nas ruas são regidas por desigualdade de gênero e por imposição de poderes (LEWINSON; THOMAS; WHITE, 2014), resultado de uma construção social e histórica de uma sociedade marcada pelo patriarcalismo e machismo até os dias atuais. As mulheres em situação de rua assumem rotineiramente a função de realização de tarefas domésticas e responsabilidades de cuidar dos outros em caso de adoecimento, assim como a organização do local ocupado pelo grupo (PINTO, 2018).

A rede social secundária se apresenta como: formal, informal, do terceiro setor, de mercado e mista. A informal é um desdobramento da rede primária, constituída por grupos informais de ajuda mútua onde as obrigações não são estabelecidas e não existem acordos verbais sobre as funções que a rede deve desempenhar. Comumente, estas redes se dissolvem conforme a ausência da necessidade ou, se estabilizam como uma forma mais estruturada e

formal. Ao adquirir uma estrutura mais formal, as redes secundárias se constituem pelo conjunto das instituições estatais que compõem o sistema de bem-estar social da população - serviços sociais, de saúde e de educação. Alicerçam-se no princípio da igualdade, e realizam trocas baseadas no direito. A relação social dessa rede é caracterizada por permitir que seus usuários exijam sua atuação (SANICOLA, 2015).

Para as mulheres em situação de rua o acesso aos serviços públicos é marcado por situações discriminatórias. Elas possuem seus direitos negados, enfrentam atitudes estigmatizantes e preconceituosas, tanto por parte dos profissionais, quanto dos próprios usuários do sistema. Além disso, cabe ressaltar que as exigências formais e as documentações solicitadas pelas instituições são barreiras na concretização dos seus direitos; uma vez que, é comum para os que habitam às ruas relatos de perda ou roubo dos documentos (PINTO, 2018).

No Brasil não existem políticas específicas para as mulheres em situação de rua. As ações, serviços e programas existentes visam contemplar a necessidade das mulheres de maneira geral. As condições de saúde das mulheres que habitam as ruas pouco são fomentadas pelas políticas existentes e a falta de um amparo legal vulnerabiliza ainda mais essa população e viola o direito à dignidade dessas mulheres (TIENE, 2004; ESMERALDO; XIMENES, 2022).

Para sobreviver nas ruas as mulheres buscam constituir relações que proporcionem a manutenção da sua vida, pois, sozinhas, se apresentam com maior risco de sofrerem algum tipo de violência. Por isso, quase nunca estão sozinhas, convivem em grupos como forma de garantir a sua proteção. Vinculam-se a parceiros para se sentirem protegidas, sendo muitas vezes submetidas sexualmente para garantir a sua segurança. Elas constroem relações de proteção e mantêm uma relação de submissão com o gênero mais presente nas ruas, o sexo masculino (BISCOTTO *et al.*, 2016). Assim, sua rede primária é composta basicamente pelos companheiros que habitam as ruas e é formada exclusivamente para suprir demandas imediatas, a manutenção da vida.

A fragilização da rede social primária, permite que os integrantes da rede social secundária dispensem maior atenção a essas mulheres a fim de promover um cuidado singular e integral. Para a mulher em situação de rua o apoio social é imprescindível, com o objetivo de enfrentar e resolver situações diversas. Na prestação de assistência à saúde, a enfermagem é ser integrante dessa rede (FRANÇA *et al.*, 2018). O cuidado prestado pelo enfermeiro pode ser compreendido como um apoio recebido ou percebido. O recebido é aquele fornecido pelo profissional ao destinatário, já o percebido trata-se da percepção do destinatário quanto à

disponibilidade e satisfação com o cuidado, e está mais diretamente relacionado aos resultados de saúde (GONÇALVES, 2011).

A enfermagem é uma categoria profissional capaz de atuar na manutenção dos laços sociais, que comumente, a falta de moradia pode danificar. Atualmente vive-se um período de grandes e inúmeras transformações sociais, econômicas e políticas, que ocorrem na maioria de forma simultânea, resultado principalmente da quebra do compromisso social entre o Estado e os cidadãos. As manobras para a construção de alternativas que reduzam os danos causados por essas transformações são escassas ou ineficazes, devido às dificuldades econômicas existentes em nível individual, familiar e dos sistemas de proteção social (ALMEIDA, 2019).

Nas rupturas sociais, as quais potencializam conflitos, é possível utilizar estratégias como a gestão de caso e a mediação social através da mudança de práticas, efetivação da liderança, incentivo a participação colaborativa e cidadã. Tais estratégias fortalecem o trabalho em equipe e em rede, a fim de cruzar olhares na procura de compromissos entre a estabilidade e a mudança social necessária. Portanto, o enfermeiro pode valer-se dessas estratégias com a finalidade de realizar uma mediação entre a mulher em situação de rua e sua rede social, para promover o sentimento de sujeito de direito dentro do ambiente de vida (SANICOLA, 2015).

Por meio desse modelo de atuação, os laços rompidos pelo evento crítico – falta de moradia – são ressignificados conferindo à mulher independência e autonomia. A intervenção por meio da rede secundária deve ocorrer principalmente através de ações de educação em saúde, e é preciso considerar que as mulheres em situação de rua devem ser tratadas com igualdade e equidade, pois possuem os mesmos direitos humanos que qualquer outra pessoa (BISCOTTO *et al.*, 2016).

A busca por assistência à saúde por essa população se dá, em grande parte, apenas no período parturitivo ou para tratamento de alguma patologia, e os estigmas sociais percebidos contribuem para que a procura seja escassa. Por estes motivos faz-se imprescindível que a equipe de enfermagem ao promover o cuidado à saúde esteja livre de preconceitos e apta a cuidar desse grupo conforme suas individualidades (SANTANA *et al.*, 2019).

O enfermeiro é capaz de distinguir as redes sociais das pessoas a quem presta cuidado identificando seus “nós” desatados, ou que geram desfechos negativos. Pois, nem sempre a rede social tem o efeito esperado, por exemplo: uma rede com poucos membros pode ter possibilidade limitada para atender às necessidades da pessoa; existem também as redes compostas por membros que oferecem trocas inadequadas, através de conselhos e informações inapropriados que podem gerar riscos à pessoa (FRANÇA *et al.*, 2018). O profissional de

enfermagem deve estar atento, a fim de identificar situações como estas e desenvolver estratégias para estabelecimento e fortalecimento dos vínculos, e ações de educação em saúde compartilhadas.

A compreensão das singularidades inerentes às mulheres que vivem nas ruas e das barreiras físicas e sociais no acesso aos serviços de saúde permite que o enfermeiro realize uma autoanálise das suas competências e habilidades, como ser integrante da rede social secundária dessa mulher. Isso proporciona uma corresponsabilização refletida num cuidado integral e contínuo com acionamento, quando necessário, dos diversos setores em prol de atender às demandas do cliente (FRANÇA *et al.*, 2018).

Apesar da inexistência de uma política ou de um programa específicos às mulheres em situação de rua, elas podem ser contempladas em propostas como a estabelecida pela Portaria nº122 de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR). Estas equipes que compõem o Consultório na Rua (CnaR), podem atuar como ponte entre a mulher em situação de rua e o serviço de saúde e tem como principal objetivo a promoção da saúde, prevenção de doenças, redução de danos e manutenção da saúde. Além disso, os profissionais são capacitados a estimular a autonomia do cuidado por parte dessa população e a prestar uma assistência livre de estigmas (BRASIL, 2011).

As eCR pertencem à Política Nacional da Atenção Básica e buscam promover um cuidado integral à saúde frente às necessidades da PSR. As ações ocorrem de forma itinerante e, quando necessário, em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território (BRASIL, 2014). A enfermagem é uma das categorias profissionais de saúde que podem compor o quadro multiprofissional exigido nos três tipos de modalidades das Equipes de Consultório na Rua. Ressalta-se que para a mulher em situação de rua uma atenção multidisciplinar é fundamental pois, é preciso “o olhar” de diferentes profissionais para que a assistência integral seja efetivada (BRASIL, 2011).

As redes sociais desempenham papel de suprimento emocional, material, de serviços e informações; dão ao sujeito apoio, visibilidade de problemas e satisfação de necessidades sociais e em saúde (SANICOLA, 2015). Dada esta importância, o enfermeiro como integrante da rede social secundária da mulher em situação de rua deve pensar no cuidado não apenas como um saber instrumental ou técnico, mas como um saber que permita o entendimento do fenômeno por um processo dinâmico, relacionado aos diferentes universos de significação e ressignificação (LEWINSON; THOMAS; WHITE, 2014).

O atendimento de saúde a essas mulheres exige mais do que habilidades técnicas, requer uma atenção individualizada que transcenda o sentido de tratar e curar. No momento em que elas procuram o serviço de saúde, os profissionais de enfermagem têm a oportunidade de oferecer a essência da sua profissão, o cuidado (FRANÇA *et al.*, 2018). A enfermagem obstétrica é, por sua vez, a classe que atua especificamente voltada para esse grupo, pois possui formação baseada em evidências científicas e subsidiada em conceitos epidemiológicos relevantes relacionados à saúde materno-infantil (ICM, 2019).

A ação do enfermeiro junto à mulher em situação de rua deve ser entendida como um processo interativo que precisa ser compartilhado, com significado para quem o realiza (enfermeiro), e para quem recebe (mulher). A interação transcende a adesão a um serviço, mas estabelece e fortalece uma relação de familiaridade em um encontro que almeje a resolutividade de demandas (BISCOTTO *et al.*, 2016). A prestação de cuidado pelo enfermeiro obstetra será guiada por sua representação social acerca da mulher em situação de rua. O termo define um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam no cotidiano através de comunicações entre indivíduos capazes de contribuir para a construção das condutas e a orientação das comunicações sociais (MOSCOVICI, 2015).

Na psicologia tradicional o centro da análise era o indivíduo – cartesiano, encapsulado e sem relações com a realidade exterior. O saber social não era, portanto, o foco. A percepção Moscoviana acerca das Representações Sociais surgiu como uma forma sociológica a fim de compreender como as relações sociais são construídas e como são capazes de influenciar as atitudes. Ao transpor o campo da análise individual é possível entender como são produzidos os saberes sociais em determinados grupos e como esses saberes se manifestam no cotidiano das relações desse grupo (SÁ, 1996).

A definição de Representação Social proposta por Moscovici (2015) foi questionada por diversos estudiosos da psicologia social, pois entendiam que o autor poderia comprometer o status científico da psicologia ao valer-se de conceitos sociológicos e psicológicos na construção da teoria, unindo-se a uma corrente de pensamento sociopsicológico; dessa maneira o social configurar-se-ia como uma ameaça à pureza da psicologia científica. Entretanto, o estudo de Moscovici ressalta a importância da inclusão de conceitos sociológicos e psicológicos para, efetivamente, tornar os fenômenos sociais compreensíveis.

Toda representação será sempre a formulada por um sujeito acerca de um objeto. Dessa maneira, uma representação não pode ser resultado de um processo cognitivo individual, uma vez que, é produzida na troca das relações e comunicações sociais. Assim, o produto dessas

trocas assume três funções principais (social, afetiva e cognitiva) capazes de moldar a ação e a visão do sujeito para com o objeto (MOÑIVAS, 1994).

Em relação à enfermagem obstétrica a representação social construída sobre a mulher em situação de rua toma essas três funções: na função social produz orientação das condutas e das comunicações; na afetiva gera proteção e legitimação de identidades sociais; e na cognitiva traz familiarização com a novidade. Essas funções atuam como alicerces na condução da assistência prestada (SANTANA *et al.*, 2019).

Um dos postulados da Teoria das Representações Sociais é enxergar o elemento social como algo constitutivo dela e não separado. O social, portanto, não determina a pessoa porque é parte dela. Cotidianamente os conhecimentos adquiridos são lançados no meio, articulam-se e legitimam-se, objetivando tornar a realidade mais próxima e conhecida. As Representações Sociais não são estagnadas, elas transformam-se conforme novas realidades surgem (MOSCOVICI, 2015).

A representação social pode ser construída a partir de um pensamento e modificada diante de uma vivência, posto que, na sociedade existem dois tipos de universos de pensamento: o universo consensual e o universo reificado. O primeiro permeia as práticas interativas do dia a dia em que as representações são construídas a partir das pressões e contradições sociais; é um espaço do que nos é familiar, próximo. O segundo é o mundo das ciências, da objetividade, das teorias abstratas, geralmente não nos é familiar. Ambos se afetam, o senso comum modifica a ciência, bem como a ciência afeta o senso comum (ALAYA, 2019).

O enfermeiro obstetra pode formar sua representação social sobre as mulheres em situação de rua, tanto a partir do seu conhecimento científico, quanto do empírico e estes podem influenciar-se modificando a representação à medida que ocorrem vivências ou introdução de novos conceitos teóricos. Diante desse pensamento, infere-se que, as Representações Sociais ao conduzirem a prática do cuidado provocam o papel do enfermeiro como componente da rede social secundária.

Tendo em vista que a Representação Social é um instrumento para compreender o outro, a fim de saber como nos conduzimos diante dele e, também, para lhe permitir um lugar na sociedade é necessário a utilização de dois processos: 1. Ancoragem, que visa inserir o objeto desconhecido aos pensamentos pré-existentes, tornando-o familiar e incorporando-o ao social; 2. Objetivação, que busca tornar concreto o que o sujeito considera ser abstrato (JODELET, 1986).

Ao pensar na assistência à mulher em situação de rua o profissional que atua prestando esse cuidado transpassa o processo da ancoragem, definido por Moscovici (2015) como sendo uma denominação ou classificação de fenômenos novos para o senso comum, a partir de conhecimentos já existentes, com vista a atribuir significado ao objeto pensado. Da mesma forma que, ao vivenciar a assistência este utiliza como ferramenta o processo da objetivação, ao materializar as abstrações, corporificar as ideias e tornar-se físico e visível, o impalpável.

Na formação da representação, portanto, é imprescindível articular a ancoragem e a objetivação numa perspectiva dialética, pois, essa interrelação assegura que serão efetivadas as três funções da Representação Social: incorporação do estranho ou do novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos (MARKOVÁ, 2017). Cabe ressaltar que, na sua formação a enfermagem obstétrica deve ser orientada a fornecer informações e apoio a indivíduos em situações complexas nas quais há oposição entre princípios éticos e direitos, através da promoção de um cuidado sensível e respeitoso em relação às questões de gênero e informações sobre seus direitos em saúde sexual e reprodutiva (ICM, 2019).

A principal barreira na construção da Representação Social da mulher em situação de rua é o fato de existir um conjunto de simbolismos sociais altamente estigmatizantes que atrelam à essa mulher o rótulo de pessoa violenta, usuária de drogas, promiscuidade, doente, dentre outros, o que implica em dificuldade de planejamento de um cuidado humanizado e integral, pautado na perspectiva da educação em saúde, considerando as subjetividades e suas especificidades em saúde (BRITO; SILVA, 2022).

Também é recorrente a tendência de responsabilização da mulher em situação de rua por seus próprios problemas, sem levar em consideração os contextos que os geraram. Outro reflexo negativo é a internalização e a reprodução destes estigmas pela própria mulher, refletindo o processo de identificação das representações sociais dirigidas contra ela (BRITO; SILVA, 2022).

A Teoria das Representações Sociais sob a ótica Moscoviana é um referencial que torna possível as investigações psicossociais responsáveis por auxiliar a enfermagem a dar respostas aos complexos problemas enfrentados em seu cotidiano assistencial. O conhecimento estudado via Representações Sociais é sempre uma maneira comprometida de interpretar a realidade e compreender as relações existentes entre o biológico e o social, pois, ao tratar das percepções de saúde/doença reporta-se, inevitavelmente, à sociedade e à realidade social (MACHADO *et al.*, 1997).

Assim, a Teoria das Representações Sociais fornece aporte teórico para a compreensão da vida cotidiana dessa população; permitindo que novos sentidos, e orientações sejam criadas para conduzir o cuidado, formando um saber prático tanto por estar inseridas na experiência, que envolve um contexto histórico, cultural e espacial, quanto por orientarem as comunicações e condutas dos sujeitos (JODELET, 2001). Portanto, a aplicabilidade da Teoria das Representações Sociais contribui para a compreensão de como a enfermagem obstétrica representa socialmente as mulheres em situação de rua, e como essas representações influenciam no cuidado prestado.

3.2 Referencial Metodológico

A pesquisa qualitativa é um campo de investigação que perpassa disciplinas e temas variados. Pode ser considerada como um grande leque de diferentes abordagens para descrição, compreensão e interpretação de experiências, comportamentos, relações e contextos sociais (TAQUETTE, 2016). E através dessas vastas opções a pesquisa qualitativa tem se consolidado na área da saúde nas últimas décadas, intensificando-se na área da enfermagem (SOUZA *et al.*, 2018).

O campo da saúde não se constitui apenas como um conjunto de tecnologias para prevenir e curar enfermidades, mas é também construído como uma prática social fundamentada na cultura (MINAYO, 2014). Portanto, os pesquisadores que optam por essa técnica buscam compreender a perspectiva dos participantes (diferentes modos de pensar e de perceber situações, objetos, procedimentos e relações), e interpretá-la a partir de suas próprias experiências (SOUZA *et al.*, 2018).

No desenvolvimento de pesquisa qualitativa é imprescindível compreender as Ciências Sociais a partir de cinco critérios: O primeiro é que o objeto das Ciências Sociais é histórico, pois cada sociedade humana se constrói de forma diferente; entretanto, aquelas que vivenciam um mesmo período histórico geram traços em comum. O segundo, ainda sobre o objeto das Ciências Sociais, é que ele também possui consciência histórica, uma vez que, não é apenas o pesquisador que tem capacidade de dar sentido ao seu estudo, mas todos os seres humanos dão significados às suas ações permitindo que exista uma consciência histórica da sociedade em seu tempo (MINAYO, 2017).

O terceiro critério é que nas Ciências Sociais existe uma identidade específica entre sujeito e objeto, que por suas características como classe, faixa etária, entre outras, se aproximam do investigador. O quarto, é que as Ciências Sociais são intrínsecas e

intrinsecamente ideológicas, pois não existe nenhuma ciência neutra, assim, a visão de mundo influencia em todo o processo de conhecimento desde a escolha do objeto de estudo, até a aplicação do método e análise dos resultados. E o último critério é que o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, porque elas possuem instrumentos e teorias que permitem a compreensão das relações dos seres humanos numa sociedade (MINAYO, 2018).

No desenvolvimento da pesquisa qualitativa, o investigador precisa ter clareza quanto ao público escolhido, tendo em vista que as pessoas reproduzem o que aprendem nos ambientes em que vivem, absorvem o que é importante para si, e compartilham no meio social em que estão inseridas, estabelecendo, assim, o que se chama de senso comum (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A pesquisa qualitativa preocupa-se em responder questões particulares em um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois trata-se de um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que remetem a processos e fenômenos que não permitem a operacionalização de variáveis (MINAYO, 2018).

Os processos e fenômenos existentes, por sua vez, influenciam e são influenciados pelas Representações Sociais, definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que permitem ao indivíduo expressar a realidade. Desse modo, para analisar os aspectos sociais de determinado grupo, há uma importante ferramenta: a Teoria das Representações Sociais que busca a compreensão da relação existente no cotidiano da sociedade, bem como valoriza a participação do ser social na reelaboração dos significados para os fenômenos da vida cotidiana (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

No âmbito da saúde, as práticas dos profissionais permeiam as representações que estes possuem em relação à integralidade do cuidado, ressaltando um amplo espectro de saberes e subjetividades que comumente fundamentam e determinam o cotidiano de seus processos de trabalho. Na pesquisa qualitativa compreender tais representações favorece a identificação de lacunas que podem surgir no desenvolver de novos processos de assistência à saúde (AZEVEDO *et al.*, 2016).

Diferentemente da arte e da poesia, que nascem da inspiração, a pesquisa é um trabalho artesanal, que se constrói a partir de conceitos, proposições, métodos e técnicas. Inicia-se com uma pergunta e termina com um produto provisório que pode gerar novos questionamentos, formando assim um processo espiralado (MINAYO, 2002).

O problema inicial – também denominado “fase exploratória da pesquisa” – na qual surgem as interrogações sobre o objeto, os pressupostos, teorias e metodologia que melhor se

adequam ao estudo, além de questões operacionais relacionadas à pesquisa de campo. Em seguida, parte-se para a etapa da construção teórica com a combinação de entrevistas, observação, levantamento de material documental, bibliográfico, instrucional, entre outros, com o intuito de confirmar ou refutar as hipóteses estabelecidas inicialmente (MINAYO, 2014).

Por fim, é necessário ordenar, classificar e analisar o material coletado, para produzir um confronto entre a abordagem teórica levantada e o resultado da investigação de campo. Dessa maneira o ciclo nunca se encerrará, pois toda pesquisa produzirá afirmações e provocará novos questionamentos (MINAYO, 2002).

A etapa de análise de dados em pesquisas qualitativas foi revolucionada a partir da década de 80, com a criação de programas computacionais. Esses programas são denominados CAQDAS (Computer Aided Qualitative Data Analysis Software), e a cada dia a sua eficiência no gerenciamento de dados qualitativos tem sido comprovada. Algumas vantagens no processo de análise dos dados por meio de softwares, podem ser citadas: o auxílio na organização e separação das informações coletadas; o aumento na eficiência do processo e a praticidade na localização dos segmentos do texto das entrevistas (PAULA *et al.*, 2016).

Dentre os vários softwares disponíveis para análises qualitativas, estão os de uso livre, que advêm de um movimento pelo compartilhamento do conhecimento tecnológico, fundamentado em princípios como liberdade de uso, cópia, modificações e redistribuição. Um desses softwares livres é o IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), criado por Pierre Ratinaud, inicialmente na língua francesa, mas já possui tradução para diversas línguas (SOUZA *et al.*, 2018).

O IRAMUTEQ começou a ser utilizado no Brasil em 2013 em pesquisas de representações sociais, contudo, o uso ampliou-se para outras áreas devido sua capacidade de permitir diferentes formas de análises estatísticas de textos. Cabe ressaltar que, este software é uma ferramenta de apoio no processamento de dados, e não um método de pesquisa (KAMI *et al.*, 2016). Devido ao caráter subjetivo dos estudos qualitativos, o procedimento de validação do processo de pesquisa torna-se um assunto de difícil discussão na área. Para estas pesquisas pode-se dizer que a validade é entendida como o grau de correspondência entre a pesquisa e a realidade (ROSA; MACKEDANZ, 2021).

A triangulação de métodos como forma de validar o processo de pesquisa qualitativa, não pressupõe a utilização obrigatória de métodos quantitativos, mas possibilita trabalhar com variadas metodologias em etapas distintas do processo de investigação, conforme ocorreu neste estudo (MINAYO, 2018; ROSA; MACKEDANZ, 2021). O cruzamento de duas teorias que se

articulam entre si, a fim de estudar um mesmo fenômeno “mulheres em situação de rua”, bem como, a utilização de mais de um método para coleta de dados e diferentes formas de análises destes abre a possibilidade de se trabalhar diversas perspectivas de compreensão da realidade (SANTOS, *et al.*, 2020).

A palavra dialética, é originária do latim, *dialectica*, e está associada, etimologicamente, à “arte de raciocinar, à lógica” e à “discussão” (GALIAZZI; SOUSA, 2019). No decorrer da história, o termo “dialética” tem sido utilizada com diferentes significados em correntes filosóficas distintas. No platonismo, possuía a descrição de um diálogo/debate entre interlocutores em prol da verdade. Já para Aristóteles, tratava-se de um raciocínio lógico, que apesar de possuir coerência interna, está fundamentado em ideias apenas prováveis, tendo em seu íntimo a possibilidade de ser refutado. Platão, por sua vez, abordou a dialética como a ciência dos opostos (PAVIANI, 1997).

A partir da concepção platônica, Gadamer, considerado como um dos maiores expoentes da hermenêutica e dialética, alerta:

A arte da dialética não é a arte de ganhar de todo mundo na argumentação. Ao contrário, é perfeitamente possível que aquele que é perito na arte dialética, isto é, na arte de perguntar e buscar a verdade, apareça aos olhos de seus ouvintes como o menos indicado a argumentar. A dialética como arte de perguntar, só pode se manter se aquele que sabe perguntar é capaz de manter suas perguntas. A arte de perguntar é a arte de continuar perguntando; isso significa, porém, que é a arte de pensar. Chama-se dialética porque é a arte de conduzir uma autêntica conversação (GADAMER, 2015, p. 478).

Na filosofia moderna a visão marxista e hegeliana – atribuída por Karl Marx (1818-1883) e Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831), respectivamente – é a mais difundida, pois conceitua a dialética como a própria natureza do pensamento e identidade com o real, atentando-se para as relações existentes entre o indivíduo e a sociedade, considerando-o como um sujeito histórico (MINAYO, 2014).

Dentre os pensamentos filosóficos citados, utiliza-se como fundamento nesta dissertação, a definição de Karl Marx e Friedrich Hegel, sob a ótica de Minayo (2014), uma vez que é o conceito que melhor abrange a articulação entre a subjetividade humana e as relações sociais, o que permite a compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade.

Dessa maneira é possível realizar uma interpretação da maneira que os enfermeiros obstetras enxergam as mulheres em situação de rua a partir de suas representações sociais o que abrange vivência, senso comum, papel social e concepção de cuidado em saúde. Pois as representações sociais são uma forma de conhecimento, que é socialmente elaborada e

compartilhada, culminando numa visão prática e na construção de uma realidade comum a um conjunto social (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

À análise dialética, Minayo (2002) sugeriu a associação da hermenêutica, que em pesquisas qualitativas reforça a necessidade da compreensão do pesquisador no processo de interpretação, através do entendimento de si e da interpretação do outro, a fim de refletir sobre os significados construídos pelos sujeitos. O método hermenêutico-dialético se propõe à categorização e interpretação de dados empíricos. Para isso, tem por base uma perspectiva transdisciplinar que congloba o mundo dos sentidos e das relações de poder, sendo seu ponto de partida a linguagem.

A hermenêutica busca o sentido existente na fala, através da linguagem, que é a base da atuação do ser no mundo, de acordo com condições e convenções operacionalizadas e, ao mesmo tempo, limitadas por ela. Por isso, toda manifestação (ou produção) de conhecimento é concebida a partir de conjuntos de símbolos que, uma vez interpretados por intermédio da razão, permitem a compreensão humana sobre um fenômeno ou mensagem (MINAYO, 2014; GADAMER, 1999).

Em termos procedimentais, atualmente a técnica hermenêutica baseia-se em dois movimentos que se misturam entre si: o gramatical e o psicológico. O momento de interpretação gramatical é onde realiza-se a análise do discurso, do uso das palavras e dos conceitos, já o momento psicológico transpassa o sentido objetivo das palavras, e se dá quando o entrevistador se propõe a reconstruir as “intenções” do entrevistado a partir de suas palavras. Essas duas dimensões possuem uma forte ligação, e deixam evidente a visão hermenêutica de que existe uma estreita conexão entre pensamento e linguagem. Portanto, o hermeneuta deve se tornar consciente até mesmo daquilo que possa ter ficado inconsciente para o autor (CARDOSO; SANTOS; ALLOUFA, 2013).

A união da hermenêutica com a dialética como método apropriado para compreensão do real é uma espécie de síntese contributiva da reflexão filosófica para as ciências humanas. A técnica de análise hermenêutico-dialética permite através da hermenêutica, a interpretação dos sentidos que os indivíduos constroem em seus discursos, e por meio da lógica dialética torna possível a compreensão de tais sentidos face às contradições que lhes constituem, e ao seu contexto social e histórico (MINAYO, 2014).

Na análise hermenêutico-dialética numa pesquisa qualitativa se preconiza que o próprio pesquisador é um sujeito inserido num dado contexto tempo-espço, e, nessa qualidade, ele também é condicionado por relações de poder e pré-juízos que influenciam na sua análise.

Portanto, não há observação científica imparcial, o que, exige um cuidado redobrado por parte dos pesquisadores (MINAYO, 2014).

Diante disso, ao pensar na mulher em situação de rua como ser que possui estigmas arraigados em sua vida, a visão negativista e moldada pelos padrões sociais por parte da enfermagem obstétrica reflete a dialética - a diferença e o contraste sobre o objeto – enquanto os pontos positivos, a valorização dessa mulher como ser humano e como sujeito atuante na sociedade demonstram a face da hermenêutica. Pois, enquanto a hermenêutica procura alcançar o sentido do texto, a dialética dá ênfase às contradições e à ruptura de sentido (MINAYO, 2014).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

O estudo caracteriza-se como descritivo-exploratório com delineamento qualitativo, subsidiado na Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici e seguidores e na Teoria da Rede Social de Lia Sanicola. A TRS permite ao pesquisador captar a interpretação dos participantes em relação à realidade que se almeja pesquisar, permitindo a compreensão das atitudes e comportamentos de um determinado grupo social frente a um objeto psicossocial (MOSCOVICI, 2005; SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

A Teoria da Rede Social objetiva desvelar processos sociais pertencentes a um grupo particular a fim de proporcionar a construção e/ou revisão de novas abordagens, conceitos e categorias (SANICOLA, 2015). As teorias possuem relação direta uma vez que, a troca interpessoal gerada pela rede social permite a construção de representações sociais por ambos os envolvidos e principalmente auxilia o enfermeiro obstetra a conduzir de maneira mais empática o cuidado (FRANÇA *et al.*, 2018).

A escolha pelo método qualitativo deu-se por se tratar de uma pesquisa que vislumbra descrever os fenômenos da humanidade através das crenças, valores e atitudes, os quais permitem a compreensão do agir, do pensar e do sentir da pessoa em meio a um grupo social, sem pensar em representatividade numérica, mas no universo da realidade vivida por ela, mulher em situação de rua, através das trocas interpessoais (MINAYO, 2018).

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa desenvolveu-se no estado de Pernambuco, que possui 17 maternidades estaduais (PERNAMBUCO, 2020). Contemplou-se nesse estudo 14 maternidades, uma vez que, apesar de várias tentativas, não foi possível contato com a coordenação de três instituições. Os locais abrangidos foram: na região metropolitana, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena, Hospital Jaboatão Prazeres e Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros; no interior do estado, Hospital Berlarmino Correia, Hospital Dom Malan, Hospital Ermírio Coutinho, Hospital João Murilo de Oliveira, Hospital Regional Dom Moura, Hospital Regional Emília Câmara, Hospital Regional Inácio de Sá e Hospital Regional José Fernandes Salsa.

Essas maternidades realizam assistência a partos de risco habitual e alto risco. As equipes são compostas por médicos e enfermeiros obstetras e neonatologistas, que atuam na assistência às mulheres desde a classificação de risco e triagem, passando pré-parto, sala de parto, alojamento conjunto e apoio em banco de leite humano. Os internamentos ocorrem via central de regulação de leitos e por demanda espontânea (PERNAMBUCO, 2020).

4.3 Participantes do estudo e critério amostral

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros obstetras vinculados às 14 maternidades estaduais selecionadas para cenário do estudo, que contemplavam os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros obstetras no exercício das suas atividades profissionais, há pelo menos um ano, independentemente do tipo de vínculo, nos seguintes setores: Triagem Obstétrica e Ginecológica, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Clínica Obstétrica e Ginecológica, e Banco de Leite Humano. Foram excluídos os enfermeiros que durante a coleta de dados estavam de férias, licença médica ou outras licenças.

O Estado de Pernambuco possui 556 enfermeiros obstetras registrados (COREN-PE, 2021). A escolha dessa categoria se deu porque a enfermagem é uma profissão cuja essência e especificidade é o cuidado com o ser humano, com foco em questões individuais e coletivas, que se responsabiliza pelo conforto, acolhimento e promoção do bem-estar dos pacientes a fim de promover a autonomia por meio da educação em saúde. Além de se tratar de profissionais que compõem a maior parte do quadro de funcionários dos setores que prestam assistência às mulheres, seja por questões ginecológicas e/ou obstétricas (COFEN, 2015). O tamanho amostral foi estabelecido conforme as três etapas desta pesquisa: 1- caracterização dos participantes; 2- teste de evocação livre de palavras; e 3- entrevista narrativa. O critério para seleção da amostra foi diferente entre as etapas 2 e 3. Em relação ao teste de evocação livre de palavras (etapa 2) a amostra foi constituída por 100 participantes em atenção as orientações de Vergès (1999), que afirma que esta quantidade permite estimativas mais confiáveis das ocorrências do fenômeno na população, resultando numa análise prototípica mais estável em estudos baseados na TRS.

Para a entrevista narrativa, o tamanho da amostra foi estabelecido pelo critério da saturação teórica, que ocorre quando a coleta dos dados é interrompida após perceber-se que a continuidade de novos elementos pouco acrescentaria ao material já obtido, não fornecendo mais contribuição para o aperfeiçoamento teórico e reflexivo desejado (MINAYO, 2017). Nesse sentido, os participantes foram incluídos progressivamente no estudo, até o momento em

que os significados atribuídos ao fenômeno pesquisado apareceram com maior frequência nos discursos.

A saturação da amostra ocorreu nos dados coletados do 8º participante, contudo, seguiu-se a constatação da repetição de dados até o 12º colaborador (Quadro 1), no qual evidenciou-se o processo de saturação teórica, assim a amostra da entrevista narrativa foi constituída por 12 enfermeiros (THIRY-CHERQUES, 2009).

A avaliação da saturação teórica foi realizada num processo contínuo de análise dos dados desde o início da coleta dos dados. Para isso, a constatação da saturação teórica seguiu os seguintes passos (POLIT; BECK, 2019):

- 1) Leitura exaustiva dos dados das entrevistas;
- 2) Estabelecimento dos núcleos de sentidos que originaram as categorias teóricas;
- 3) Compilação dos elementos identificados nas entrevistas;
- 4) Categorização em classes com os respectivos trechos que as identificaram;
- 5) Observação das primeiras ocorrências nos enunciados;
- 6) Constatação da saturação teórica com a redundância ou repetição dos dados.

No Quadro 1, para entendimento de como ocorreu o processo de saturação teórica, observa-se que na primeira linha horizontal consta o número de entrevistas realizadas, identificadas pela letra “E” e sua respectiva ordem (1-12), nas demais o número acumulado de respostas que contemplavam a categoria. Os números sinalizados pela cor laranja indicam o momento em que o elemento foi referido pelo participante, portanto a cada nova citação o valor aumenta. Os números que se repetem assinalam que não houve menção desse tema pelo entrevistado. Na última linha está registrada a quantidade total de vezes que a categoria foi falada. A partir da 8ª entrevista percebe-se que o total de elementos temáticos era igual a oito e que não houve surgimento de nova categoria nas entrevistas subsequentes, o que indica a saturação teórica.

Quadro 1 – Processo de saturação teórica das informações dadas pelos enfermeiros obstetras. Pernambuco, 2022.

Categorias Teóricas	Elementos Identificados/ formação das classes	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12
		Mulheres em situação de rua	Características da personalidade	1	2	3	3	3	3	4	4	5	6
Invisibilidade/ preconceito	1		1	1	2	3	3	4	5	5	5	5	5

	Criminalidade	0	1	2	3	4	5	5	5	5	5	5	5
	Assistência e educação em saúde	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2
Cuidado às mulheres em situação de rua	Políticas públicas	1	2	3	4	5	5	5	6	6	7	7	8
	Assistência e educação em saúde	0	1	2	3	3	3	4	4	5	5	5	6
	Exposição a fatores de risco	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	2	2
	Acesso aos serviços	0	0	0	1	2	3	3	3	3	3	3	3
Novas categorias		3	5	5	6	7	7	7	8	8	8	8	8

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

4.4 Instrumento para coleta de dados

Para a coleta dos dados, foi utilizado um roteiro semiestruturado composto por três partes: caracterização dos participantes, teste de evocação das palavras e entrevista narrativa. Para caracterização da amostra questionou-se sobre: idade, sexo, estado civil, modalidade de pós-graduação concluída (especialização, residência, mestrado, doutorado), tempo de atuação na área obstétrico-ginecológica, orientação sobre assistência à mulher em situação de rua durante a formação e vivência de cuidado à mulher em situação de rua.

Para o teste de evocação das palavras, foi solicitado: Diga-me cinco palavras que rapidamente você associa à “mulher” e diga-me cinco palavras que rapidamente você associa à “mulher em situação de rua”, a fim de compreender as representações construídas pelos enfermeiros obstetras acerca de uma mesma população – mulher – em cenários diferentes. Na entrevista narrativa as questões norteadoras foram: “Fale-me sobre mulheres em situação de rua” e “Fale-me sobre o cuidado às mulheres em situação de rua”, uma vez que, verificar as práticas de cuidado prestadas pelos enfermeiros obstetras a esse grupo trata-se de um dos objetivos deste estudo. Havia ainda uma pergunta de estímulo para aqueles participantes que quisessem abordar mais sobre o assunto: “você gostaria de falar mais sobre a mulher em situação de rua?” (APÊNDICE A).

4.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2021 e março de 2022, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde

(CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Primeiro foi realizado contato com as coordenações das maternidades a fim de solicitar o contato dos enfermeiros obstetras vinculadas aos serviços. Após, foi enviado para o enfermeiro um convite (APÊNDICE B) formatado no *Google Forms*, com explicações sobre a importância, objetivos e técnica de coleta de dados da pesquisa, como também a relevância da sua participação.

No convite foi apensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Ao concordar com termo indicando o consentimento da participação da pessoa como voluntário (a) o enfermeiro especificava no documento a data e horário mais propício para realização da entrevista. Ressalta-se que o envio do convite para participação na pesquisa foi feito de forma individual e as entrevistas ocorreram conforme ordem de retorno do e-mail pelos enfermeiros, afirmando o aceite em participar do estudo, independente da maternidade de atuação.

Para a coleta dos dados, no momento pandêmico da Covid-19, em que o isolamento social é um mecanismo eficaz na redução da contaminação pelo vírus (BRASIL, 2020), e pensando-se na viabilidade de realizar uma coleta estadual, a entrevista ocorreu por videochamada, uma vez que, a integração do som e imagens em movimento colaboram para desvelar a complexidade dos significados e sentidos manifestados nas palavras, gestos e reações, adequando-se às pesquisas qualitativas (DIAS; CASTILHO; SILVEIRA, 2018).

A entrevista por vídeo aconteceu de maneira individual, através da Plataforma *Google Meet*. A escolha dessa ferramenta se deu pela praticidade da plataforma, tendo em vista que, os convidados poderiam participar da videochamada on-line através de um link gratuito que pode ser acessado via computador ou dispositivo móvel, utilizando qualquer navegador da *Web*, não sendo necessário instalar nenhum *software*. Além disso, as videoconferências do *Meet* são criptografadas em trânsito, ofertando proteção às informações e privacidade (GOOGLE, 2020).

Ao iniciar a videochamada, foi solicitada permissão para gravação de toda a coleta de dados, mesmo já tendo sido mencionada no TCLE. Após o consentimento da gravação, houve a apresentação da entrevistadora, agradecimentos pela participação do entrevistado, ressaltou-se a relevância da sua contribuição, explicação da importância do estudo e como se desenvolveriam os passos metodológicos.

As entrevistas foram gravadas por aplicativo no próprio celular da entrevistadora e por câmera de outro aparelho celular, para que se assegurasse a efetividade do conteúdo registrado. A plataforma *Google Meet* não foi utilizada como ferramenta para gravar as entrevistas pois, esteve sem o recurso de gravação para o domínio utilizado durante o tempo de coleta de dados.

Após estes procedimentos iniciais foram realizadas as perguntas referentes a caracterização sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros. Em seguida foi explicada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), amplamente empregada em pesquisas fundamentadas na TRS pela possibilidade que oferece de apreender, de forma espontânea, as projeções mentais e os conteúdos implícitos ou latentes que podem ser ocultados nos conteúdos discursivos (MERTEN, 1992).

Os participantes foram estimulados verbalmente, por meio dos termos indutores, para que expressassem as associações diante dos estímulos. Foram realizadas duas evocações, separadamente. As cinco palavras ditas pelo colaborador foram anotadas na ordem mencionada na evocação, e em seguida pediu-se que as palavras fossem citadas novamente, em ordem hierárquica de importância, de modo que aquela palavra que o entrevistado atribuiu a que melhor definia o objeto recebeu a numeração 1 e, as outras palavras faladas, de acordo com o grau de importância atribuído por ele, foram colocadas em ordem decrescente até o número 5. Após a evocação, solicitou-se que o participante justificasse porque elegeu aquela palavra como a mais importante (MERTEN, 1992).

Ao término dessas evocações foi realizada a entrevista narrativa guiada por questões norteadoras, com os doze primeiros participantes, conforme critério de saturação teórica. A entrevistadora buscou manter um clima harmonioso para que os participantes discorressem livremente sobre os questionamentos. Tendo em vista que, este modelo de entrevista estimula a comunicação verbal para obtenção de informações acerca do objeto estudado (MINAYO, 2017). A finalização da entrevista deu-se pelo agradecimento e por mais uma pergunta-estímulo, no sentido de que o enfermeiro pudesse explicitar, se fosse a sua vontade, sobre os seus sentimentos, valores, crenças e atitudes perante o objeto de estudo.

A ordem da coleta de dados ocorreu da seguinte maneira: inicialmente foram feitas perguntas relacionadas a caracterização dos participantes, depois o teste de evocação livre de palavras e em seguida a entrevista narrativa até a sua saturação teórica. Quando esta saturação foi obtida, prosseguiu-se com a coleta dos dados a partir de informações sobre as características individuais dos enfermeiros obstetras e o teste de evocação livre de palavras até atingir 100 participantes. Enfatiza-se que esta ordem de primeiro ser o teste de evocação livre de palavras e depois a entrevista narrativa, foi para evitar possíveis influências na produção de dados. Salienta-se que cada entrevistado recebeu um codinome para identificação e preservação do seu anonimato, que foi definido pela letra “E”, respectiva ordem de coleta de dados e identificação do gênero com “M” para masculino e “F” para feminino e idade (ex.: E1, M, 40 anos).

A média de duração das entrevistas foi de 30 minutos. O conteúdo de cada entrevista foi enviado ao e-mail da pesquisadora como medida de segurança para evitar possíveis perdas de informações. Após o término de cada entrevista gravada, houve a sua transcrição, e encaminhamento do material transcrito por e-mail para o entrevistado, para validação do conteúdo por ele, com o objetivo de se manter o rigor e fidedignidade das falas (MINAYO, 2018). Todos os participantes retornaram em confirmação da veracidade conteudista da entrevista.

4.6. Análise dos dados

Os dados referentes à caracterização da amostra foram digitados em planilha do Microsoft Excel 2016, submetidos à análise estatística descritiva e apresentados em frequência relativa. O conteúdo proveniente do teste de evocação livre de palavras foi processado com o software IRAMUTEQ versão 0,7 alpha 2 (SOUZA *et al.*, 2018). A partir das palavras evocadas e elencadas conforme ordem de importância foram construídos os *corpus* textuais para análise prototípica e de similitude, já o material referente às justificativas, dadas pelos participantes pela escolha da palavra mais importante, foi analisado por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Cabe ressaltar que, como a TALP valia-se de dois termos indutores, “mulher” e “mulher em situação de rua”, foi necessário a formação de *corpus* textuais específicos para cada tema.

A análise prototípica é comumente utilizada nas representações sociais que tem por objetivo identificar a matriz da Ordem Média de Evocação (OME) resultante do conteúdo evocado. Os dados são estruturados com a formação de quadrantes, em que o primeiro quadrante, trata-se do núcleo central de uma representação, no qual apresenta termos ou palavras que são prontamente evocadas pelos colaboradores da pesquisa, ou seja, apresentam alta frequência e baixa OME. As palavras que não são classificadas no núcleo central se referem aos termos mais periféricos, mas que complementam o núcleo, à saber: primeira periferia (alta frequência e alta OME), zona de contraste (baixa frequência e baixa OME) e segunda periferia (baixa frequência e alta OME) (WACHELKE; WOLTER, 2011).

A análise de similitude permite visualizar os vínculos ou conexões entre os vários elementos citados e identifica as coocorrências estabelecidas entre as palavras. Essa técnica não confirma a centralidade das palavras, mas indica os elementos que são considerados centrais pelo grupo (RATINAUD; MARCHAND, 2012). Na análise de CHD são formados ajuntamentos dentro do *corpus* textual capaz de gerar classes de acordo com a associação das

palavras, estas por sua vez, são formadas por seguimentos de textos (STs) conforme seu vocabulário, formação de matrizes cruzadas (X^2) e a determinação das frequências em que se desdobram as ocorrências (CAMARGO; JUSTO, 2017). A associação da palavra com a classe foi determinada com p -valor $< 0,05$ ou $x^2 < 3,80$.

As informações advindas da entrevista narrativa foram analisadas a partir dos pressupostos teóricos da técnica hermenêutico-dialética, uma vez que foi realizado o confronto de ideias diferentes com vistas a obter uma conclusão a partir dos pensamentos diversos (MINAYO, 2002). A análise foi efetuada com base na construção da tese (relato da realidade da participante), da antítese (contradições na fala) e da síntese (conflito entre tese e antítese) (HEGEL, 1993). A união da hermenêutica com a dialética leva o intérprete a compreender a fala como resultado de um processo social e de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significados específicos (GUBA; LINCOLN, 1989).

4.7 Aspectos éticos

Para a coleta dos dados foi solicitada carta de anuência à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (ANEXO A) que foi enviada junto à solicitação de avaliação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco. O projeto de pesquisa foi aprovado sob parecer nº5.140.724 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de nº. 53151221.2.0000.5208.

Os princípios éticos fundamentais em obediência à Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde que trata da relação pesquisador/participante foram seguidos. Essa resolução considera que as pesquisas em ciências humanas e sociais exigem respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, realizadas de modo que sejam previstos e evitados possíveis danos e mantendo-se entre pesquisador e participante uma relação construída continuamente no processo da pesquisa, com direito de redefinição a qualquer momento no diálogo entre subjetividades (BRASIL, 2016).

Aos participantes disponibilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) em forma documento formatado no *Google forms*, apensado no convite enviado para participação. Após resposta concordando com o termo e aceite dos candidatos em participar da pesquisa, houve definição, por parte do enfermeiro/participante, da data e horário para realização da entrevista por videochamada.

No TCLE constava a informação de que a participação era voluntária e que a qualquer momento poderia se retirar do estudo sem punição, constrangimento e independentemente dos

motivos que o levaram a se retirar. Também continha a autorização para gravação e uso das falas, evidenciando sua exclusividade para fins acadêmicos deste estudo, bem como que as informações fornecidas teriam o sigilo garantido, com o anonimato dos participantes que receberiam codinomes.

Os riscos e benefícios provenientes da pesquisa também foram explicitados no TCLE, para conhecimento do entrevistado:

- Riscos: Cansaço físico durante a entrevista; constrangimento devido exposição pela gravação.
- Benefícios: Produção de conhecimento resultante da pesquisa, inclusive em formato acessível à população pesquisada, que auxiliará a nortear a prática do cuidado às mulheres em situação de rua;

Para reduzir os riscos de cansaço físico devido a duração da entrevista foi ofertada a possibilidade de interrupção para descanso e retorno assim que possível. Também foram adotadas medidas de segurança no arquivamento dos dados, para que estes não sejam propagados sem autorização a fim de garantir principalmente a não exposição da videochamada da entrevista. Portanto, o material coletado durante a pesquisa ficará arquivado por um período de cinco anos em pasta virtual, em computador do Departamento de Enfermagem da UFPE, na sala da Área Enfermagem em Saúde da Mulher, localizado na Av. Prof. Moraes Rego, 844-900 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-420, sob a responsabilidade da orientadora. Após esse período, o material da coleta de dados será descartado.

5 RESULTADOS

Neste item serão apresentadas as informações provenientes das entrevistas individuais realizadas com os enfermeiros obstetras contendo dados da caracterização social e profissional dos participantes, análises da evocação livre de palavras e suas justificativas, além das sínteses construídas a partir da tese e antítese de cada categoria empírica da entrevista narrativa.

5.1 Caracterização social e profissional dos participantes

De acordo com os resultados provenientes da etapa de caracterização dos participantes (Tabela 1) observa-se que, dos 100 profissionais entrevistados 92% eram do sexo feminino e 8% do sexo masculino, com idades que variaram de 26 a 52 anos. No que diz respeito ao estado civil dos participantes, 55% afirmaram estar casados, 33% solteiros, e 12% em união estável. Quanto à modalidade de pós-graduação, 55% dos participantes haviam concluído especialização, sendo todos estas na área de saúde da mulher/obstetrícia, 27% haviam realizado residência, na área de saúde da mulher/obstetrícia e 18% possuíam mestrado em áreas diversas.

O tempo mínimo de atuação na área obstétrica foi de um ano e o máximo de oito anos. A maioria (67%) dos entrevistados afirmou não ter sido orientada sobre a assistência à mulher em situação de rua, e dos 33% que disseram ter recebido orientação apenas 1% relatou que foi durante a graduação, os demais na pós-graduação. 54% dos enfermeiros haviam prestado cuidado à mulher em situação de rua na sua profissão, sendo que destes apenas 22% haviam recebido orientação.

Tabela 1 – Caracterização social e profissional dos participantes da pesquisa sobre a representação social de enfermeiros obstetras sobre mulheres em situação de rua. Pernambuco, 2022 (n=100).

<u>Características sociais e profissionais dos participantes</u>		
Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	92	92
Masculino	8	8
Faixa etária (em anos)		
26-36	73	73
37-47	23	23
≥48	4	4

Estado civil		
Casado	55	55
Solteiro	33	33
União estável	12	12
Pós-graduação		
Especialização em saúde da mulher/obstetrícia	55	55
Residência em saúde da mulher/obstetrícia	27	27
Mestrado em áreas diversas	18	18
Atuação na área obstétrica (em anos)		
1 a 4	67	67
5 a 8	33	33
Orientação sobre assistência à mulher em situação de rua		
Sim, na graduação	1	1
Sim, na pós-graduação	32	32
Não	67	67
Prestação de cuidado à mulher em situação de rua durante a profissão		
Sim	54	54
Não	46	46

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

5.2 Análise do conteúdo do teste de evocação livre de palavras

As análises dos termos evocados estão apresentadas de acordo com o respectivo termo indutor: “mulher” e “mulher em situação de rua”, por meio da análise prototípica e de similitude da TALP e Classificação Hierárquica Descendente da justificativa dada à palavra dita como a mais importante relacionada ao termo indutor.

5.2.1 Análise das palavras evocadas diante do termo indutor “mulher”

Na análise prototípica é possível observar (Tabela 2) que o núcleo central foi composto por termos de alta evocação ($f \geq 5,29$) e hierarquia ($OME \leq 2,98$), com ênfase na palavra “forte” ($f = 43$; $OME = 2,0$), adjacente a ela estão as palavras “mãe” ($f = 29$; $OME = 2,6$),

“empoderamento” ($f = 24$; OME= 2,2), “guerreira” ($f = 17$; OME= 2,8), “respeito” ($f = 9$; OME= 2,3), “resistência” ($f = 8$; OME= 2,5), “resiliência” ($f = 8$; OME= 2,8) e “desigualdade” ($f = 6$; OME= 2,7). Ressalta-se que estes são os elementos mais estáveis da representação e por isso mais resistentes às modificações (ABRIC, 2000).

O segundo quadrante, formado pela primeira periferia contempla termos que dão sustentação à zona central com palavras frequentes e moderada OME como “amor” ($f = 22$; OME= 3,3), “responsabilidade” ($f = 10$; OME= 3,0) e “autonomia” ($f = 10$; OME= 3,2). A zona de contraste, correspondente ao terceiro quadrante se refere aos termos com baixa frequência, mas com alta OME, com destaque as palavras “feminismo” ($f = 5$; OME= 2,2), “capacidade” ($f = 5$; OME= 2,0), “superação” ($f = 5$; OME= 2,8) e “gestar” ($f = 5$; OME= 2,8).

No quarto quadrante, consta a segunda periferia referente aos termos com baixa frequência e baixa OME, como “garra” ($f = 5$; OME=3,0), “maternar” ($f = 5$; OME=4,2), “multitarefa” ($f = 4$; OME=4,8), “reconhecimento” ($f = 4$; OME=5,0) e “carinho” ($f = 4$; OME=3,0). Os elementos periféricos, por sua vez, são os componentes mais suscetíveis às modificações, mas possuem relação com o núcleo, assim, uma modificação do núcleo central desencadeia uma modificação em toda a representação social (ABRIC, 2000).

Tabela 2 – Análise prototípica da matriz de representação social da mulher construída por enfermeiros obstetras, a partir do termo indutor “mulher”. Pernambuco, 2022.

	Núcleo Central			Primeira Periferia		
	OME ¹ ≤ 2,98			OME ¹ > 2,98		
	Palavra	<i>f</i>	OME	Palavra	<i>f</i>	OME
Frequência ≥ 5,29	Forte	43	2,0	Amor	22	3,3
	Mãe	29	2,6	Responsabilidade	10	3,0
	Empoderamento	24	2,2	Autonomia	10	3,2
	Guerreira	17	2,8	Cuidadora	9	3,7
	Respeito	9	2,3	Sororidade	8	3,9
	Resistência	8	2,5	Gestação	8	3,1
	Resiliência	8	2,8	Parto	8	3,4
	Desigualdade	6	2,7	Batalhadora	8	3,2
				Maternidade	7	3,1
				Luta	7	4,3
				Vida	6	3,7
				Amamentação	6	4,0
				Orgulho	6	3,7
				Feminilidade	6	4,0
				Dedicação	6	3,2
Zona de Contraste			Segunda Periferia			
OME ¹ ≤ 2,98			OME ¹ > 2,98			
Palavra	<i>f</i>	OME	Palavra	<i>f</i>	OME	

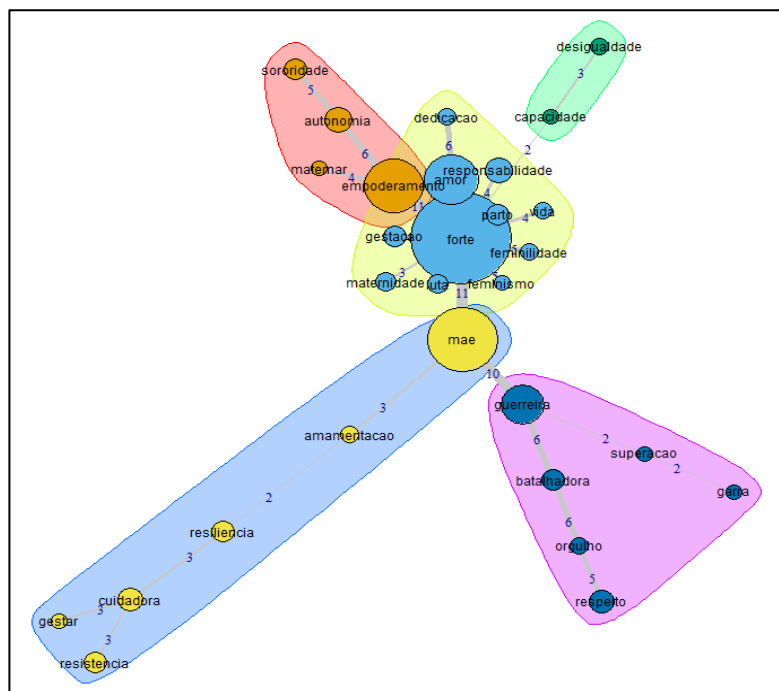
Frequência < 5,29	Feminismo	5	2,2	Garra	5	3,0
	Capacidade	5	2,0	Maternar	5	4,2
	Superação	5	2,8	Multitarefa	4	4,8
	Gestar	5	2,8	Reconhecimento	4	5,0
	Empoderada	4	1,8	Carinho	4	3,0
	Medo	4	2	Saúde	3	3,0
	Fortaleza	4	2,5	Fisiologia	3	3,0
	Liberdade	3	1,3	Apoio	3	4,7
	Protetora	3	1,7	Preconceito	3	4,0
	Evidências Científicas	3	1	Beleza	3	4,3
	Abuso	3	2,7	Igualdade	3	3,0
				Desvalorização	3	3,7
				Equidade	3	3,0
				Vaidade	3	5,0
				Sensível	3	3,3
				Lugar	3	3,3

¹OME = Ordem Média de Evocação

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

A análise de similitude (Figura 1) corrobora os resultados da análise prototípica, na qual é possível perceber a formação dos principais núcleos centrais: “forte”, “mãe”, “empoderamento” e “guerreira” e suas respectivas relações com as demais palavras evocadas das zonas periféricas.

Figura 1 – Análise de similitude da matriz de representação social da mulher construída por enfermeiros obstetras, a partir do termo indutor “mulher”. Pernambuco, 2022.

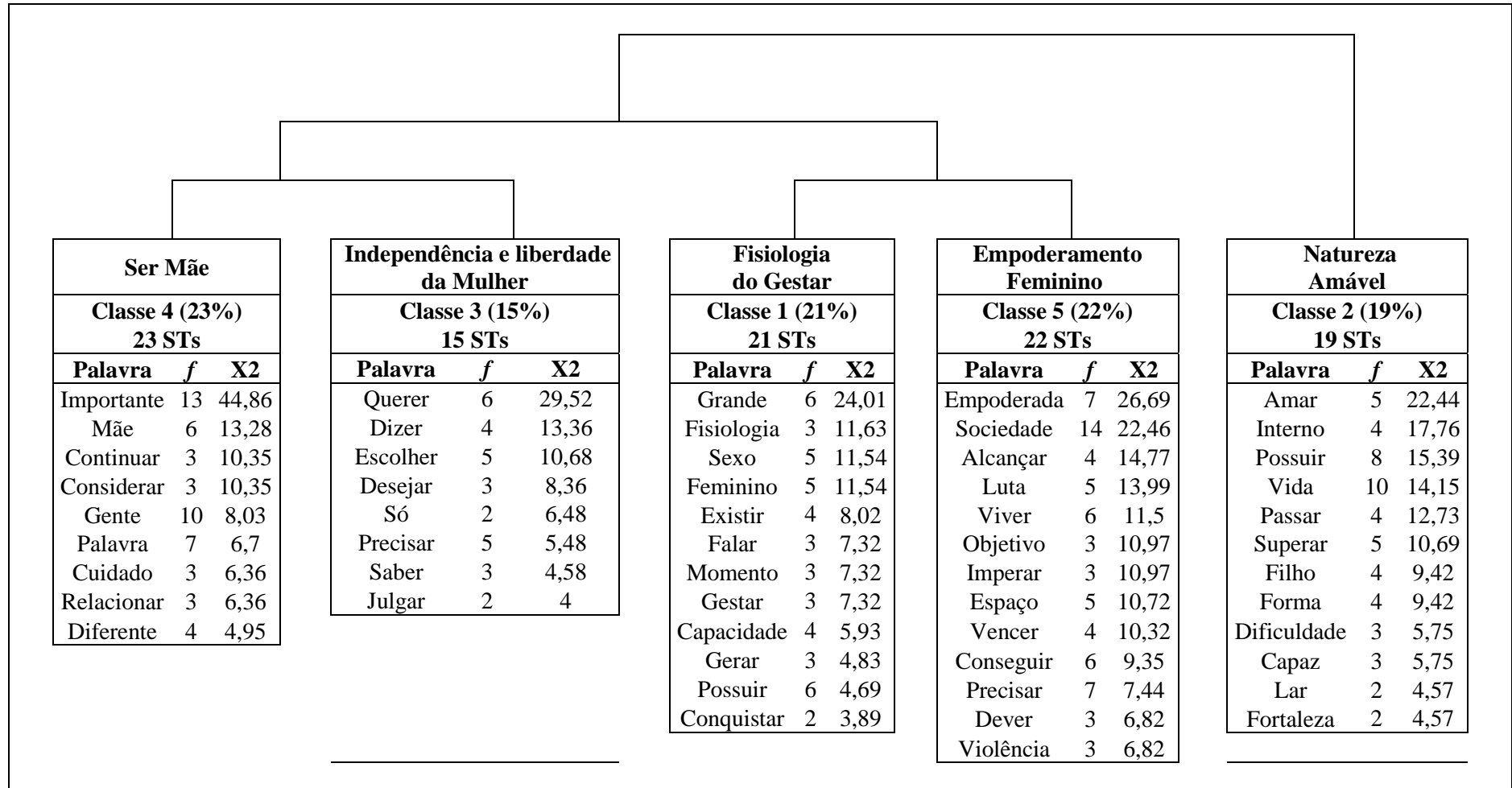


Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Os núcleos apresentam forte relação entre si e se complementam. O núcleo “forte” foi o mais citado pelos participantes, possui diversas ramificações e se conecta a praticamente todos os subgrupos. Do núcleo “mãe” é possível perceber ramificações relacionadas à fisiologia da maternidade como: “amamentação”, “resiliência”, “cuidadora” e “gestar”, que são complementadas a partir dos subgrupos relacionados às características do ser mãe: “guerreira”, “superação”, “garra”, batalhadora”, “orgulho” e “respeito”. Os entrevistados relacionaram o núcleo central “empoderamento” com os termos “autonomia” e “sororidade” que alinham-se à liberdade na tomada de decisões e à sensibilidade para com as outras mulheres.

Na análise CHD, o *corpus* textual foi formado por 100 textos, e 140 seguimentos de textos (ST's), com um percentual de 71,43% de retenção, 4.180 ocorrências e 583 formas ativas. O conteúdo lexográfico organizou-se na formação de cinco classes que foram intituladas conforme perfil das palavras captadas. Assim, a classe 4 foi denominada “Ser mãe” com 23 ST's, e apresentando conteúdo relacionado às características de ser mãe, como a importância deste ciclo e o fortalecimento do cuidado que as mães passam a ter. A classe 3 indicada pelo título “Independência e liberdade da Mulher” apresenta 15 ST's, e relaciona-se com a classe 4 pois, a mulher da sociedade atual possui a capacidade de escolher objetivos e metas para sua independência e concomitante a isso realizar o desejo de ser mãe. A classe 1 chamada de “Fisiologia do gestar” composta por 21 ST's, apresenta palavras que remetem aos aspectos orgânicos da gestação, esta por sua vez, possui conexão com a classe 5 chamada de “Empoderamento Feminino” com 22 ST's, que demonstra as conquistas da mulher na sociedade e seu poder de domínio sobre o próprio corpo, sendo ela a principal responsável pela decisão do gestar. A classe 2 “Natureza amável” foi composta por 19 ST's e aborda aspectos psicológicos relacionados à natureza da mulher, como seu potencial de superação e amabilidade com os filhos.

Figura 2 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente referente à distribuição hierárquica das justificativas da TALP acerca da temática “mulher”. Pernambuco, 2022.



Fonte: dados da pesquisa, 2022.

As convergências temáticas entre as classes 4 e 3 e 1 e 5 permitiram a realização dos seus agrupamentos e formação de um título para melhor compreensão. Assim, o título “Maternidade e independência” foi dado à união das classes 4 e 3 e “Autonomia da mulher” às classes 1 e 5. A classe 2, por não possuir íntima relação com nenhuma outra classe permaneceu com seu título “Natureza amável” (Quadro 2).

Quadro 2 – Títulos de acordo com os agrupamentos entre as classes provenientes da CHD tema “Mulher”. Pernambuco, 2022.

TÍTULOS	CLASSES
Maternidade e Independência	Classe 4 – Ser mãe
	Classe 3 – Independência e liberdade
Autonomia da mulher	Classe 1 – Fisiologia do gestar
	Classe 5 – Empoderamento feminino
Natureza amável	Classe 2 – Natureza amável

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Maternidade e Independência

A classe 4 centraliza-se na essência da mulher ao ser mãe e na importância de se exercer esse papel. Alguns termos apresentaram ênfase como “mãe” e “cuidado”:

“[...] ser mãe desde o gerar já é extremamente importante, e ser mãe criando seus filhos, mostrando sua garra, sua força, empenhando seu cuidado, dedicando sua vida... Também é extremamente importante.” (E26, F, 30 anos)

“Mãe é a palavra mais importante porque mãe é a melhor coisa, mãe é quem faz tudo, sem mãe a gente não é nada.” (E54, F, 38 anos.)

“Porque eu acho que independente da mulher ser mãe, de ter filhos, ela exerce na sociedade sempre um papel de mãe, papel de cuidadora.” (E56, F, 31 anos)

A classe 3 destaca palavras que explicitam a liberdade feminina a partir de escolhas e desejos da mulher, incluindo as escolhas sobre o período parturitivo e seu potencial em alcançar objetivos concomitantemente como o maternar e a independência.

“Eu escolhi liberdade porque eu acho que as mulheres precisam ser livres nas suas tomadas de decisões, isso em todas as esferas da sua vida, incluindo as decisões durante o período parturitivo [...] É um direito dela, ser livre pra escolher.” (E79, F, 34 anos)

“Porque a mulher por muito tempo foi vista na sociedade como um sexo frágil e há algumas décadas que ela vem conquistando o espaço que de fato ela merece. Ganhando seu reconhecimento e mostrando o quão grande é sua força e coragem.” (E9, F, 30 anos)

Autonomia da mulher

Na classe 1, especificamente, os enfermeiros referiram-se à essência da mulher para gestar e os aspectos fisiológicos que envolvem essa etapa da vida.

“Pelo fato de ser algo exclusivo da mulher [...] possuir um ser dentro do útero é muito intrínseco da mulher, já que apenas o sexo feminino possui a fisiologia para isso.” (E98, F, 40 anos)

“Porque para mim o mais belo do ser feminino é essa capacidade de poder gestar e conceber” (E93, F, 41anos)

“Pra mim a gestação é a fase mais agraciada da vida da mulher, é quando ela expressa a singularidade do sexo feminino, é quando há a expressão do milagre da vida.” (E45, F, 32 anos)

A classe 5, por sua vez, aborda palavras que remetem às lutas e conquistas da mulher na sociedade através do seu empoderamento.

“A palavra empoderamento pra mim significa liberdade e autonomia para a mulher, então toda mulher ela deveria ser e tem que ser empoderada em todos os sentidos.” (E1, M, 40 anos)

“Para mim toda mulher possui capacidades específicas e imprescindíveis dentro da sociedade.” (E100, M, 35 anos)

“[...] eu me orgulho em ser mulher, me orgulho pelas lutas que vencemos, que nós mulheres já vencemos muitas lutas, ocupamos muitos espaços importantes, entendeu?” (E3, F, 52 anos)

Natureza amável

A classe 2 destaca-se por expressões que relacionam a mulher com a natureza própria de amar, os termos mais comuns evocados foram “amar”, “possuir” e “vida”. Os recortes das falas evidenciam essa relação.

“Acho que uma das principais missões da mulher aqui na terra é amar. Ela consegue amar de uma forma diferente, ama os filhos e é capaz de

dar a vida por eles, ama a família, ama e cuida de outras pessoas que possuem até mesmo um vínculo mais distante, o amor é o sentimento mais prevalente na mulher.” (E18, F, 30 anos)

“Porque a mulher ama de tantas formas, ama os filhos, o lar demonstra cuidado e atenção” (E38, M, 32 anos)

“[...] ela é muito forte mesmo, porque ela tem a capacidade de gerar uma vida e isso é sagrado, né, e para a mulher gerar uma vida e poder colocar essa vida pra fora, ela vai passar por um processo de dor.” (E4, F, 29 anos)

5.2.2 Análise das palavras evocadas diante do termo indutor “mulher em situação de rua”

Na análise da matriz da evocação de palavras referente à mulher em situação de rua (Tabela 3) percebe-se o núcleo central, que está relacionado à memória coletiva dando significação, consistência e permanência à representação sendo, portanto, estável e resistente a mudanças (ABRIC, 2000), no primeiro quadrante com alta evocação ($f \geq 5,45$) e hierarquia ($OME \leq 2,98$), o termo central com maior ênfase foi “vulnerabilidade” ($f = 40$; $OME = 2,0$), somando-se aos termos “invisibilidade” ($f = 18$; $OME = 2,4$), “pobreza” ($f = 17$; $OME = 2,3$), “forte” ($f = 12$; $OME = 2,6$), “vida” ($f = 12$; $OME = 2,6$), “desigualdade” ($f = 8$; $OME = 2,2$), “higiene” ($f = 7$; $OME = 2,7$), “desprezo” ($f = 7$; $OME = 2,9$), “dificuldade” ($f = 6$; $OME = 2,3$) e “frágil” ($f = 6$; $OME = 1,7$).

Esse núcleo apresenta elementos de natureza normativa e funcional. Os aspectos funcionais estão ligados à natureza do objeto representado e os normativos dizem respeito aos valores e normas sociais pertencentes ao meio social do grupo (JODELET, 2001).

A primeira periferia oferece sustentação à zona central, e é responsável pela atualização e contextualização da representação, atua como um "para-choque" entre a realidade e um núcleo central que não muda facilmente (JODELET, 2001), com palavras como “violência” ($f = 24$; $OME = 3,5$), “drogas” ($f = 23$; $OME = 3,6$), “medo” ($f = 22$; $OME = 3,0$) e “fome” ($f = 18$; $OME = 3,1$).

O terceiro quadrante composto pela zona de contraste refere-se as palavras evocadas com baixa frequência, mas com alta OME, com destaque aos termos “alimentação” ($f = 5$; $OME = 2,4$), “direito” ($f = 4$; $OME = 2,0$) e “abuso” ($f = 4$; $OME = 2,0$). Na segunda periferia referente aos termos com baixa frequência de baixa OME, observa-se as palavras “prostituição” ($f = 12$; $OME = 3,8$), “sofrida” ($f = 7$; $OME = 3,2$), “sexualidade” ($f = 5$; $OME = 4,0$), “empatia” ($f = 5$; $OME = 3,8$) e “adoecimento” ($f = 4$; $OME = 4,8$).

Tabela 3 – Análise prototípica da matriz de representação social da mulher em situação de rua construída por enfermeiros obstetras, a partir do termo indutor “mulher em situação de rua”. Pernambuco, 2022.

	Núcleo Central			Primeira Periferia		
	OME¹ ≤ 2,98			OME¹ > 2,98		
	Palavra	f	OME	Palavra	f	OME
Frequência ≥ 5,45	Vulnerabilidade	40	2,0	Violência	24	3,5
	Invisibilidade	18	2,4	Drogas	23	3,6
	Pobreza	17	2,3	Medo	22	3,0
	Forte	12	2,4	Fome	18	3,1
	Vida	12	2,6	Abandono	15	3,0
	Desigualdade	8	2,2	Preconceito	8	3,0
	Higiene	7	2,7	Negligência	7	3,4
	Desprezo	7	2,9	Desrespeito	6	4,3
	Dificuldade	6	2,3	Vergonha	6	4,3
	Frágil	6	1,7			
		Zona de Contraste			Segunda Periferia	
OME¹ ≤ 2,98			OME¹ > 2,98			
Palavra		f	OME	Palavra	f	OME
Frequência < 5,45	Alimentação	5	2,4	Prostituição	12	3,8
	Direito	4	2,0	Sofrida	7	3,2
	Abuso	4	2,0	Sexualidade	5	4,0
	Resiliência	3	1,0	Empatia	5	3,8
	Marginalidade	3	2,0	Adoecimento	4	4,8
	Políticas	3	1,0	Solidão	4	3,2
	Perigo	3	2,0	Discriminação	4	3,8
				Saúde	4	3,8
				Estigma	4	4,0
				Necessidade	3	3,0
				Solitária	3	5,0
				Humilhação	3	4,0
				Carência	3	3,3
				Submissão	3	4,0
				Atenção	3	4,7
				Desvalorização	3	4,3
				Sonhadora	3	4,7

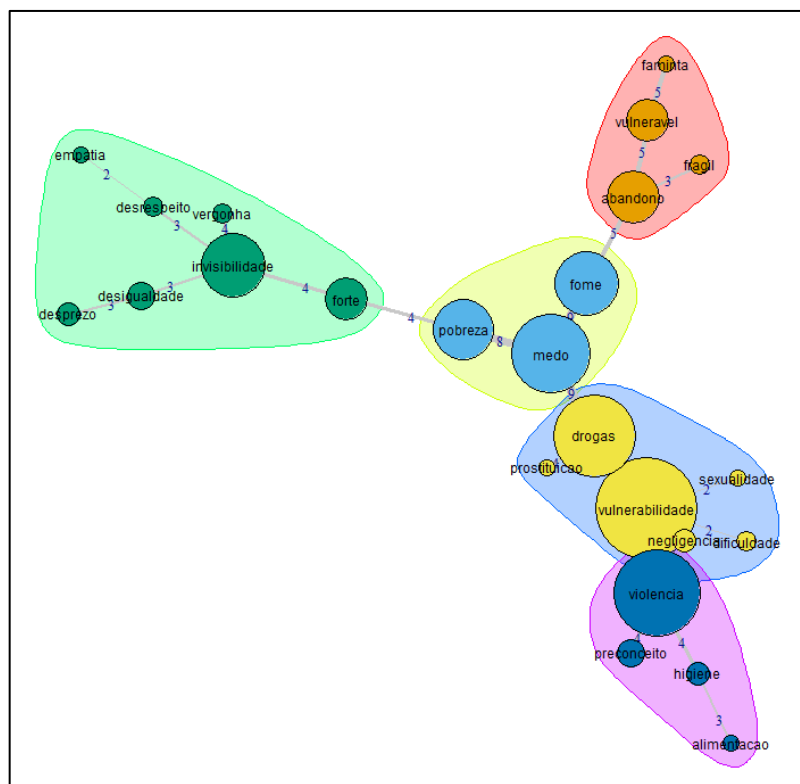
¹OME = Ordem Média de Evocação

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

A análise de similitude (Figura 3) corrobora os resultados da análise prototípica na qual os enfermeiros obstetras demonstram a representação social construída para com as mulheres em situação de rua a partir das características explicitadas nos núcleos centrais: “invisibilidade”, “medo”, “violência”, “vulnerabilidade” e “abandono” e suas relações com as demais palavras evocadas das zonas periféricas. Bem como, ressaltam a partir desses núcleos a ruptura existente entre as redes sociais e essas mulheres.

No núcleo “vulnerabilidade” há forte associação a “drogas”, “sexualidade”, “prostituição”, “sensualidade” e “negligência”. O termo central “violência” por sua vez, associou-se às palavras “preconceito”, “higiene” e “alimentação”. Do núcleo “medo” ramificou-se “pobreza” e “fome”. A evocação de “abandono” foi sustentada pelas ramificações “vulnerável”, “frágil” e “faminta”. Do núcleo “invisibilidade” emergiu a relação com os termos “forte”, “desigualdade”, “desprezo”, “vergonha”, “desrespeito” e “empatia”.

Figura 3 – Análise de similitude da matriz de representação social da mulher em situação de rua construída por enfermeiros obstetras, a partir do termo indutor “mulher em situação de rua”. Pernambuco, 2022.



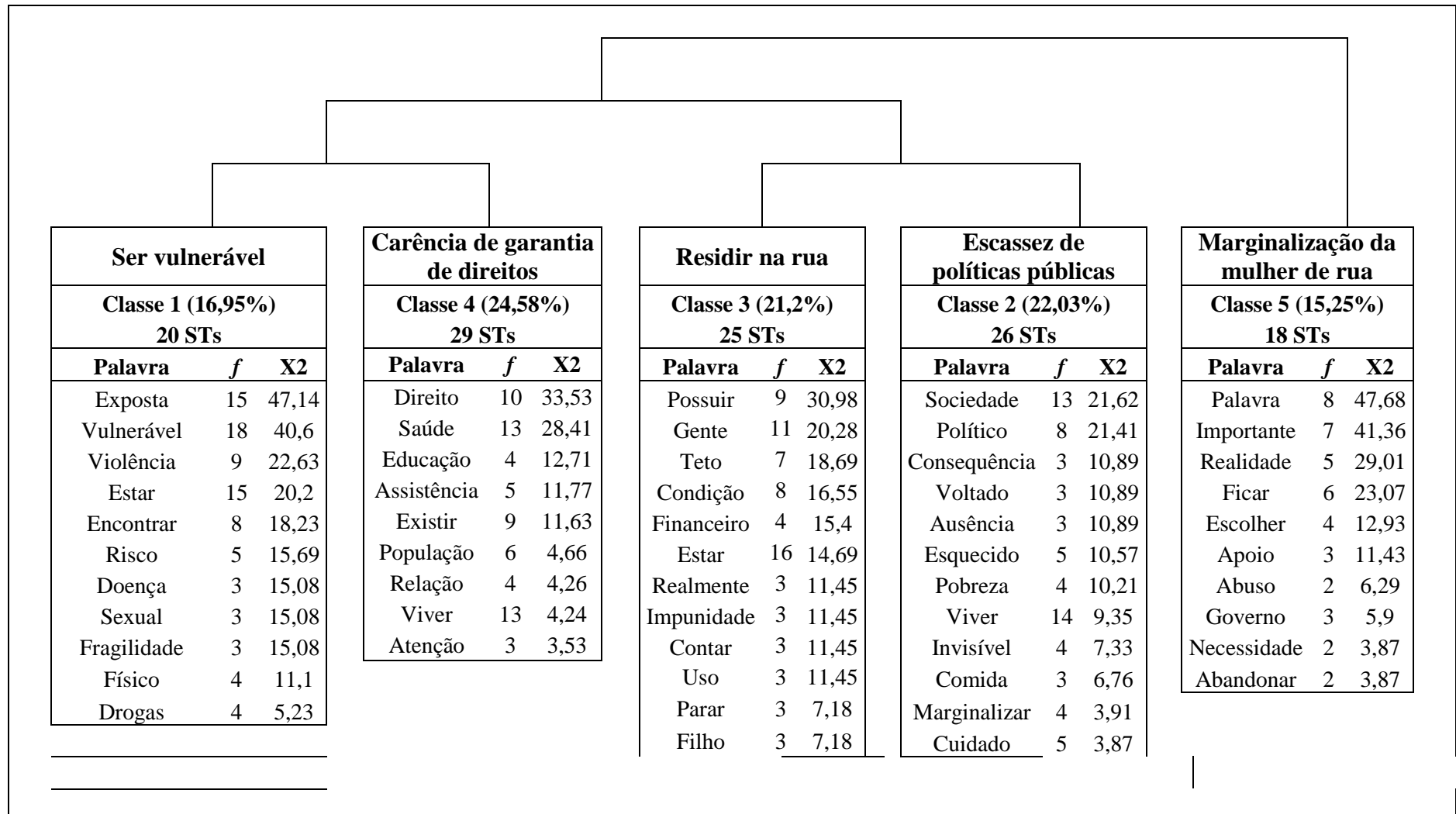
Fonte: dados da pesquisa, 2022.

As justificativas dadas para a escolha dos termos evocados foi analisada pela CHD, o *corpus* foi composto por 100 textos, organizado em 154 seguimentos de textos (ST's), destes, foram retidos 118 para a CHD, equivalente a 76,62% de retenção. Os ST's deram origem a 4.701 ocorrências e 574 formas ativas. O conteúdo lexográfico organizou-se na formação de cinco classes, denominadas conforme o perfil das palavras representadas (Figura 4). A classe 1 “Ser vulnerável”, composta por 20 ST's, a classe 4 recebeu o título “Carência de garantia de direitos” possui 29 ST's, a classe 3 chamada de “Residir na rua” é composta por 25 ST's, a

classe 2 “Escassez de políticas públicas” abrangeu 26 ST’s e, a classe 5 “Marginalização da mulher em situação de rua” foi composta por 18 ST’s.

As classes apresentaram conexão entre si, conforme observa-se no dendograma. A vulnerabilidade mencionada pelos participantes relaciona-se principalmente à carência de garantia de direitos (classes 1 e 4), enquanto a escassez de políticas públicas para essa população atrela-se ao aumento de falta de habitação (classes 3 e 2).

Figura 4 - Organograma da Classificação Hierárquica Descendente referente a distribuição hierárquica relacionado a justificativa da evocação das palavras referente a temática da mulher em situação de rua. Pernambuco, 2022.



Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Dessa maneira, foi possível realizar o agrupamento das classes convergentes e estabelecimento de títulos para melhor compreensão dos resultados (Quadro 3).

Quadro 3 – Títulos de acordo com os agrupamentos entre as classes provenientes da CHD tema “Mulher em situação de rua”. Pernambuco, 2022.

TÍTULOS	CLASSES
Vulnerabilidade de direitos	Classe 1 – Ser vulnerável
	Classe 4 – Carência de garantia de direitos
Vulnerabilidade das ruas	Classe 3 – Residir na rua
	Classe 2 – Escassez de políticas públicas
Marginalização da mulher em situação de rua	Classe 5 - Marginalização da mulher em situação de rua

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Vulnerabilidade de direitos

A classe 1 traz reflexões acerca dos riscos a que essas mulheres estão expostas e pode-se comprovar pelos recortes das falas:

“Bom, vulnerável pela questão de ela estar mais suscetível, mais exposta [...] essa mulher vai ter mais facilidade de passar por agressões tanto agressão física como verbal.” (E4, F, 29 anos)

“Essa mulher vai estar ainda mais vulnerável principalmente à violência e à droga, que ela vai estar mais exposta.” (E7, F, 30 anos)

“Porque através da vulnerabilidade feminina, que deve ser bem mais intensa que as demais, a mulher se encontra exposta a muitas situações, como por exemplo estupro, gravidez e abortamento” (E30, F, 33 anos)

A carência de políticas públicas resulta na escassez de direitos básicos como alimentação, saúde e educação, palavras que receberam destaque na classe 4 e associam-se ao aumento da fragilidade dessas mulheres no universo das ruas.

“Privação né, primeiramente em relação ao direito que ela tem em relação à saúde, alimentação, assistência de serviço de saúde principalmente.” (E52, F, 33 anos)

“Não existe apoio do poder público para as mulheres que vivem em situação de rua, então os direitos constitucionais como educação, lazer

e saúde eles são negados, elas são privadas desses direitos.” (E45, F, 32 anos)

“Viver na rua é ter que lidar com questões básicas de cuidado um banho que é algo tão comum torna-se um desafio para a mulher, isso é pior porque tem questões como a menstruação então a higienização para a mulher é pior do que para o homem.” (E15, F, 28 anos)

Vulnerabilidade das ruas

Questões sociais como falta de moradia e renda são mencionadas pelos participantes na classe 3, em que as justificativas ressaltaram que as mulheres não passam a viver nas ruas apenas pelo vício em drogas:

“Porque as pessoas geralmente tendem a achar que quem vive nas ruas está ali exclusivamente por que caiu no mundo das drogas e não conseguiu se reerguer em sociedade, mas na verdade se a gente parar para analisar hoje em dia uma grande parte da população que vive nas ruas está ali realmente pela falta de condições financeiras, por não possuir um teto de fato.” (E85, F, 40 anos)

“Essas mulheres estão nas ruas por diversos motivos, né? Muitas delas pelo uso de drogas, outras por condições sociais, financeiras, que as levaram a essa situação, enfim [...]” (E100, M, 35 anos)

“Para mim a palavra mais importante é fome porque uma pessoa passar fome deve ser muito ruim, não ter condições de comprar comida... Só de a gente ver as pessoas na rua necessitando é horrível, é muito ruim. Deve ser uma dor muito grande a fome. Então eu fico sem palavras.” (E5, F, 34 anos)

A classe 2 evidencia a relação entre a escassez de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua e o aumento significativo desse grupo. Os entrevistados relatam em suas falas a invisibilidade das mulheres em situação de rua e a ausência de governantes preocupados com essa população, sendo esta uma responsabilidade de todos, uma vez que somos nós quem os que elegemos.

“Porque todas as consequências que ocorrem na vida das mulheres que vivem nas ruas é justamente consequência da ausência de políticas voltadas para essa população.” (E97, F, 31 anos)

“Invisível porque a mulher que vive nas ruas ela se torna esquecida pela sociedade, não existem políticas voltadas para essas mulheres não existe um cuidado pensado pelo governo para essas mulheres.” (E26, F, 30 anos)

“[...] O fato de termos tantas pessoas sem teto, é também nossa responsabilidade. Se pararmos para pensar que votamos em lideranças que não planejam condições melhores para essas pessoas, então foi nossa responsabilidade.” (E58, F, 36 anos)

Marginalização da mulher em situação de rua

A classe 5 não apresenta íntima conexão com as demais classes, portanto, foi analisada separadamente. Nota-se que, os enfermeiros obstetras reconhecem que a vulnerabilidade das mulheres em situação de rua também se dá pela desconexão de sua rede social, tanto primária quanto secundária, sendo essa falta de apoio responsável por torná-las suscetíveis às situações de abuso físico e psicológico:

“Porque ela não tem um lar, geralmente a família abandona, fica vulnerável a qualquer tipo de abuso e falta de apoio psicossocial.” (E3, F, 52 anos)

“Pela exposição física, emocional em que a mulher se encontra, ela se expõe à rua, aos vícios e aos abusos pela sua condição de fragilidade.” (E27, F, 32 anos)

“Todas essas mulheres elas possuem uma história, possuem relações com outras pessoas antes de estar nas ruas, familiares, amigos, e eu me questiono onde está a rede de apoio dessas mulheres, fora a rede de apoio assistencial, né? Mas elas também são esquecidas pela sua rede de apoio primária, os familiares mesmo, sabe?” (E100, M, 35 anos)

5.3 Entrevista narrativa

A construção da tese, antítese e síntese (APÊNDICE D e APÊNDICE E) ocorreu com base nas respostas dadas pelos participantes diante das perguntas norteadoras (categorias empíricas). O conteúdo das falas foi lido diversas vezes na tentativa de apreender sua ideia principal (tese) e identificar os trechos que contrapunham-se a ela (antítese). Posteriormente realizou-se um confronto entre as afirmações e negações que deu origem à síntese, que carrega dentro de si elementos resultantes desses contrastes.

Os Quadros 4 e 5 apresentam as sínteses das respostas dos 12 participantes da entrevista narrativa, acerca das categorias teóricas “Mulheres em situação de rua” e “Cuidado às mulheres em situação de rua”, respectivamente.

Os resultados que emergiram da análise hermenêutico dialética acerca da representação social dos enfermeiros obstetras sobre as mulheres em situação de rua corroboram com os

resultados provenientes da TALP, uma vez que, são destacadas pelos participantes questões relacionadas à invisibilidade social, descontinuidade de apoio das redes sociais, escassez de políticas públicas, privação de direitos básicos como saúde, alimentação e educação, além de exposição à violência e às drogas.

Quadro 4 – Síntese das entrevistas narrativas acerca da representação social de enfermeiros obstetras sobre “Mulheres em situação de rua”. Pernambuco, 2022.

E1	Apesar de a mulher em situação de rua possuir características psicológicas e culturais singulares como qualquer outro ser humano, bem como ensinamentos de vida que acrescentariam conhecimento numa troca interpessoal, a sociedade não busca conhecer sua história de vida, inclusive sua inteligência intelectual, e consequentemente não enxerga a necessidade de acolhida, compreensão e escuta.	E7	As mulheres em situação de rua se expõem à prostituição para ter acesso às drogas, ou em troca de ajuda. O sexo desprotegido as deixam mais vulneráveis à violência, às doenças infecciosas sexualmente transmissíveis e à gravidez.
E2	A violência contra a mulher no contexto das ruas nasce da sua vulnerabilidade. As políticas existentes não abrangem as pessoas que vivem em situação de rua o que interfere ainda mais na sua qualidade de vida.	E8	O poder público negligência as mulheres em situação de rua, que também sofrem preconceito da sociedade devido a quantidade filhos que possuem.
E3	A falta de apoio psicológico e familiar torna as mulheres em situação de rua mais vulneráveis à violência cometida pelos próprios companheiros das ruas. Além disso, a falta de moradia gera revolta e faz com que a mulher passe a fazer uso de drogas e se envolva em mais situações de risco.	E9	O fato de não existirem políticas efetivas no Brasil que reduzam a vulnerabilidade das mulheres em situação de rua, faz com que essas mulheres busquem andar sempre acompanhadas para se sentirem protegidas.
E4	Ser mulher em situação de rua torna essa realidade mais difícil por questões como preconceito pelo gênero e singularidades do organismo feminino (período menstrual e criação de filhos). Não possuir identificação social faz com que essas mulheres sejam excluídas da sociedade e adentrem no mundo da criminalidade, das drogas e da violência sexual. As necessidades provenientes da criação dos filhos também influenciam na introdução dessas mulheres no mundo do crime.	E10	Por estarem à margem da sociedade e com maior vulnerabilidade devido o sexo, as mulheres em situação de rua submetem-se aos homens em busca de sobrevivência. Entretanto, são tão mulheres quanto as que possuem moradia.
E5	A mulher em situação de rua possui más condições de alimentação, higiene, vestimenta, moradia e não realizam pré-natal durante o período gestacional.	E11	As mulheres em situação de rua encontram-se mais expostas a situações de risco devido os estigmas e negação de seus direitos básicos. A violência nas ruas pode ser reduzida se o governo implementar estratégias nas ruas.
E6	A falta de moradia interfere nas medidas preventivas de cuidado à saúde. As lacunas existentes na vida das mulheres em situação de rua perpassam gerações, portanto seus filhos que a priori irão para abrigos, posteriormente viverão nas ruas assim como suas mães.	E12	A mulher em situação de rua é guerreira por natureza e luta diariamente pela sua sobrevivência, porém algumas questões intrínsecas ao organismo feminino às tornam mais complexas, como ciclo menstrual, gestação, amamentação e puerpério.

Fonte: dados da pesquisa, 2022

O participante E1 enfatiza em sua fala que a sociedade não busca conhecer a mulher em situação de rua, e que ela assim como os demais seres humanos possui características psicológicas e culturais que promoveriam uma troca interpessoal produtiva.

“Além de ser uma mulher que se encontra na rua e em vulnerabilidade, ela é uma mulher que ela tem sentimento, ela tem emoções, que ela tem pensamentos, que ela tem um talento, que ela tem é... Inteligência, não é inteligência intelectual, mas é inteligência nata, a inteligência que ela adquire ao dia a dia [...] precisamos conhecer cada história, cada história é ímpar, cada história traz um ensinamento de vida que nos enriqueceria muito mais enquanto ser humanos, se parássemos para ouvi-las, se parássemos para enxergá-las.” (E1, M, 40 anos)

A fragmentação da rede social dessas mulheres as torna sozinhas e vulneráveis. O enfermeiro E2 narra que o fato de não possuírem companhia ou apoio acabam se expondo à violência das ruas.

“Por muitas vezes essas mulheres se encontram sozinhas e se tornam vulneráveis, aí a violência se torna mais frequente.” (E2, F, 44 anos)

A falta de uma rede social efetiva também é reportada por E3 como sendo fator para envolvimento com drogas e violência.

“[...] elas não têm apoio nenhum, geralmente se envolve em drogas, ficam sujeitas a ser violentada, pelos companheiros também de rua, entendeu? Não tem apoio psicológico nenhum, não tem apoio familiar, geralmente a família despreza, e é uma situação muito difícil e deplorável [...] às vezes até se envolve com droga porque não tem como rejeitar se não tem para onde ir, mora na rua, aí isso causa revolta nela.” (E3, F, 52 anos)

Os participantes E4, E10 e E12 descrevem suas representações sobre a mulher em situação de rua baseadas principalmente nas singularidades do organismo feminino, em o quanto essa complexidade se torna ainda mais difícil quando vivenciada na realidade das ruas. Também citam o preconceito concernente ao gênero, e as batalhas diárias que essas mulheres travam para sobrevivência.

“[...] ser mulher, né, morando na rua, é mais difícil ainda, porque, porque a gente sabe que já existe o preconceito né, de você ser mulher e acaba também algumas situações, acabam sendo constrangedoras para a mulher, porque, imagina só, você por exemplo, mulher você está menstruada, você não tem dinheiro para comprar um absorvente e você está ali na rua, toda suja de sangue, é... Você às vezes está só com

aquela roupa do corpo, como é que você vai fazer, né, para tirar aquela roupa e colocar uma outra roupa, e tipo, onde é que você vai lavar aquela roupa?” (E4, F, 29 anos)

“As mulheres em situação de rua estão à margem da margem da sociedade. Isso porque até nas ruas percebe-se que o machismo impera. Então se a gente pensa em mulher no contexto da rua a gente lembra que ela é ainda mais vulnerável. Então, é uma população que além de contar com o fato de não ter moradia, também conta com a fragilidade por ser mulher, estar nas ruas e precisar se submeter a alguém do sexo masculino para poder sobreviver.” (E10, F, 28 anos)

“A mulher é guerreira por natureza, mas também tem algumas questões que realmente a torna [...] Mais complexa! Isso, a mulher é mais complexa, porque tem ciclo menstrual, gestação, amamentação, puerpério. Imagina isso vivendo sem moradia? Muito pior, entende?” (E12, F, 29 anos)

Condições precárias de alimentação, higiene, vestimenta e moradia são citadas pelos entrevistados E5 e E6, que ressaltam o impacto que essa precariedade causa na criação dos filhos, que na maioria das vezes precisam ir para abrigos e na assistência à saúde.

“As mulheres em situação de rua, deve ser horrível, porque não tem casa, muitas tem filhos, mas não tem companheiro, não tem o que comer, não tem onde tomar banho, dormir no meio da rua, é... Não tem dinheiro para se arrumar... Uma roupa... Tem que esperar da doação... É horrível, é uma situação precária... Imagine muitas quando engravidam e... Não ter nada para o seu filho, não fazer um pré-natal, não saber nada da vida.” (E5, F, 34 anos)

“[...]a questão de moradia que também está interligado aos cuidados de saúde né, ausência de medidas de saúde preventiva [...] porque eu pude observar na minha vivência profissional crianças em situações de abrigo... Onde suas mães né, eram mulheres em situação de rua que tornavam aí esse ambiente para o desenvolvimento dessa criança insalubre então gera bastante abrigo de crianças [...]e essas crianças que estão em um abrigo talvez mais para frente se encontrem na mesma situação dessas mulheres.” (E6, F, 30 anos)

O enfermeiro E7 entende que a exposição sexual das mulheres ocorre algumas vezes para manutenção do uso de drogas e que as relações sexuais desprotegidas geram consequências à saúde e abrem espaço para violência por parte dos parceiros.

“Mulheres que vivem em situação de rua são mulheres que vivem à margem da sociedade né, que são mais vulneráveis à prostituição, às vezes se prostituem para ter acesso às drogas, estão expostas a situação de violência principalmente pelas pessoas que praticam, que oferecem ajuda, que buscam essa questão do sexo, são mulheres que não estão

nem um pouco relacionado à saúde, estão mais vulneráveis a doenças infecciosas, sexualmente transmissíveis também.” (E7, F, 30 anos)

Nas entrevistas E8, E9 e E11 fica claro a importância das ações por parte do poder público. Os participantes alertam que a negligência de políticas marginaliza essas mulheres e promove preconceito por parte da sociedade, por isso elas buscam sempre estar acompanhadas para se sentirem seguras.

“Mulheres em situações de rua são mulheres negligenciadas pelo poder público, esquecidas pela sociedade, que sofrem preconceito de todos os lados, tanto no sistema de saúde, na educação, sofre preconceito por ter muitos filhos [...]” (E8, F, 31 anos)

“O que na maioria das vezes percebo é que essas mulheres elas não andam só, às vezes com outras mulheres, às vezes com um parceiro como uma forma de proteção (acredito que às vezes nem é uma dependência efetiva, é mais a questão de oferecer o sexo e garantir a proteção). Infelizmente é uma realidade muito distante de acabar. Não existem políticas efetivas no Brasil para combater de fato essa realidade.” (E9, F, 30 anos)

“São mulheres que encontram-se à margem da sociedade, são estigmatizadas, possuem seus direitos básicos negados e por isso são mais vulneráveis. [...] Estão expostas a situações de risco de vida devido à violência das ruas. Se o governo atentasse melhor à essa população, se pensasse em alguma estratégia para implementar nas ruas provavelmente haveria mais segurança.” (E11, F, 29 anos)

Quadro 5 – Síntese das entrevistas narrativas acerca da representação social de enfermeiros obstetras sobre “Cuidado às mulheres em situação de rua”. Pernambuco, 2022.

E1	Para implementação de um cuidado integral às mulheres em situação de rua, é necessário que políticas públicas específicas para essa população sejam criadas, porém, essas políticas precisam ter seriedade e efetivação, e não apenas divulgação nas mídias.	E7	Apesar de existir o consultório na rua que é voltado para as pessoas em situação de rua, faz-se necessário uma política pública direcionada especificamente para as mulheres em situação de rua com foco em questões de saúde feminina e consumo de drogas.
E2	O principal cuidado às mulheres em situação de rua seria a partir de políticas que tivessem um olhar diferencial para essa população, inserindo ações de assistência à saúde nas ruas. Entretanto, os governantes não efetivam esse olhar e o cuidado não flui.	E8	As mulheres em situação de rua não recebem nenhum tipo de cuidado, além disso, as instituições de ensino não orientam os estudantes de saúde sobre como deve ser a assistência a essas mulheres. Contudo, pequenos grupos de pessoas prestam algum tipo de cuidado a essa população.
E3	A equipe multiprofissional possui a função de acolher e orientar a mulher em situação de rua que esteja gestante, vinculando-a a uma UBS para realização do pré-natal e buscando seus familiares a fim de retirá-la das ruas.	E9	Os projetos, casas de apoio e consultórios na rua não prestam uma assistência completa às mulheres em situação de rua.
E4	Existem serviços que prestam cuidado às mulheres em situação de rua via SUS, porém as políticas existentes deveriam mobilizar-se em distribuir moradia, ampliar a assistência dos profissionais de saúde para essas mulheres, inserindo os ambulatórios de rua nas cidades do interior a fim de promover mais orientação e distribuição de insumos como absorventes e métodos contraceptivos. Porque o cuidado à mulher em situação de rua deve ser integral, com a presença de uma equipe multidisciplinar e de forma interdisciplinar. Entretanto, o acesso a esses serviços por parte dessas mulheres é escasso, geralmente elas só procuram em último caso, devido principalmente à educação recebida.	E10	O cuidado às mulheres em situação de rua deve ser pensado levando em consideração as singularidades desse grupo e sem preconceitos. Contudo ele ainda não ocorre como deveria devido à falta de políticas.
E5	Existem diversos cuidados essenciais que garantem ao cidadão o direito mínimo de sobrevivência, entretanto, devido à falta de oportunidade, violência doméstica e criação precária as mulheres em situação de rua possuem esse direito fragilizado.	E11	O cuidado às mulheres em situação de rua deve ser singular e livre de preconceitos. Faz-se necessário a criação de políticas públicas impactantes, pois as existentes são ineficazes e mal implementadas.

E6	Promover cuidado à mulher em situação de rua não é fácil, pois existem lacunas e burocracias que dificultam o acesso dessa população, além disso os conceitos prévios que essa mulher possui interfere no segmento do cuidado prestado.	E12	O cuidado para as mulheres em situação de rua deve ser pensado em duas vertentes: serviços de saúde e inserção de medidas preventivas nas ruas, a fim de prestar uma assistência integral com adequado acolhimento e amparado por políticas.
-----------	---	------------	--

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

A maioria dos participantes (E1, E2, E4, E7, E11, E12) sobre as representações sociais acerca do cuidado às mulheres em situação de rua citou as políticas públicas como imprescindíveis para a promoção de uma assistência efetiva. Os colaboradores E1 e E11 trouxeram em suas falas que o cuidado integral a essa população está atrelado a criação de uma política pautada na seriedade e que não se limitasse apenas a divulgação em mídias, mas que pudesse ser efetiva, abrangendo a educação permanente nas instituições de ensino e de saúde, além disso, E12 cita a necessidade de que os profissionais construam suas representações livres de estigmas.

“[...]o cuidar da mulher de rua teria de ser um cuidado integral, como o próprio nome diz, né? Essas mulheres só terão saúde quando ela tiver o seu bem-estar psico-espiritual e social alinhado, que hoje sabemos que a ausência de saúde não quer dizer que a mulher esteja bem, precisa-se de políticas públicas na realidade [...] uma política pública séria e não essas políticas que temos que fazem, entra na mídia e depois esquecem, porque nós temos políticas voltadas para a sociedade visível, nós não temos políticas voltadas para as sociedades invisíveis.” (E1, M, 40 anos)

“Quando a gente pensa em cuidado também pensa na necessidade de políticas públicas que se voltem mais para essas mulheres, porque as que existem são precárias, não são eficazes e mal são implementadas. Por isso seria importante uma política com mais força, que impactasse as instituições de ensino, os profissionais.”(E11, F, 29 anos)

“[...] então acho que o mais importante seria acolher bem essas mulheres nos serviços quando elas procuram, prestar um cuidado integral, sabe? Mas também é preciso pensar na necessidade de formular políticas que consigam inserir a saúde nas ruas de uma forma mais eficaz. Então, profissionais que recebam essas mulheres e que tenham um olhar específico, integral, holístico... Que não as tratem mal pelo fato de ser moradora de rua é o essencial.” (E12, F, 29 anos)

Na entrevista de E2 foi enfatizado a importância da inserção da assistência à saúde nas ruas através de um olhar diferenciado para essa população por parte dos governantes.

“Falando sobre mulheres em situações de rua, vê só, o cuidado seria o seguinte olhar para essas mulheres com olhar diferencial, identificando suas necessidades onde a violência é uma das principais características; se os políticos olhassem com o olhar diferenciado voltado para essas mulheres seria algumas ações realizadas prestadas a essas mulheres que vivem na rua, tipo eu vou citar alguns exemplos, seria algumas ações que poderiam ser prestadas na rua, tipo uma prevenção, exame, uma pressão a gente poderia verificar, entendesse, e outras coisas mais, consultas...” (E2, F, 44 anos)

E4 discorreu que o Sistema único de Saúde (SUS) promove assistência às mulheres em situação de rua através das instituições de saúde, porém o enfermeiro relata que para prestação do cuidado é necessário pensar de forma mais ampla, abrangendo questões sociais como disponibilização de moradia e inserção dos consultórios nas ruas também nas cidades do interior do estado.

“Existem serviços que prestam cuidado às mulheres em situação de rua via SUS, porém as políticas existentes deveriam mobilizar-se em distribuir moradia, ampliar a assistência dos profissionais de saúde para essas mulheres, inserindo os ambulatórios de rua nas cidades do interior a fim de promover mais orientação e distribuição de insumos como absorventes e métodos contraceptivos. Porque o cuidado à mulher em situação de rua deve ser integral [...]” (E4, F, 29 anos)

O consultório nas ruas também foi citado pelo enfermeiro E7, porém o colaborador afirma que além dele seria necessário a criação de uma política específica para essa população que abordasse o cuidado aos aspectos intrínsecos da mulher.

“Bem, é que deveria existir algum programa, né, alguma política pública direcionada especificamente para esse grupo [...] eu sei que tem consultório na rua, que é para pessoas em situações de rua, mas

deveria ter algo, é... Centralizado na saúde da mulher em si né, em situação de rua, prevenção de câncer de colo de útero, infecção sexualmente transmissível, a questão de planejamento familiar, é... Orientação sobre a questão de drogas né, que acredito que é um grupo que está muito vulnerável, muito propício ao consumo e uso.” (E7, F, 30 anos)

Na fala do participante E3 evidencia-se aspectos relacionados à manutenção do vínculo das redes sociais primária e secundária e a importância de uma atuação conjunta de ambas, principalmente em se tratando de uma mulher gestante. A educação em saúde também foi abordada.

“Cuidar da mulher em situação de rua é levar uma equipe multiprofissional até ela pra acolher e orientá-la sobre os riscos que ela tem na gestação, fazer com que ela procure uma UBS pra realizar consulta de pré-natal, orientar sobre os riscos da gravidez, os riscos que ela e o bebê correm, é preciso que a equipe encontre os familiares pra tentar tirar essa mulher da rua e fazer orientação.” (E3, F, 52 anos)

O colaborador E5 atrelou a fragilização dos direitos sociais dessas mulheres à falta de oportunidade, violência e à criação precária.

“Bem, então, essas mulheres, são mulheres que por conta de falta de oportunidade, por violência doméstica, por uma criação precária perdem seus direitos sociais, eles ficam fragilizados comprometendo diversos aspectos da vida, né, o acesso à saúde, à educação, à higiene, ao lazer, ao descanso... Os serviços mínimos básicos, essenciais, que garantem ao cidadão o direito mínimo de sobrevivência.” (E5, F, 34 anos)

O acesso das mulheres em situação de rua aos serviços de saúde é apresentado por E6 como sendo dificultoso devido lacunas e burocracias. O participante ressaltou ainda que o fato de essas mulheres possuírem conceitos prévios sobre o cuidado à saúde faz com que o segmento assistencial se torne árduo.

“Quando eu penso no cuidado às mulheres em situação de rua, eu consigo visualizar também lacunas e burocratização principalmente para entrada dessas mulheres ao serviço público de saúde [...] Além disso né, outro fator que em minha concepção dificulta bastante são os conceitos prévios que às vezes o público tem, é muito difícil, é um trabalho bem árduo, a educação de saúde, até pra gente conseguir dar segmento né a esse cuidado a essas mulheres [...]” (E6, F, 30 anos)

Na entrevista E8 fica claro sua preocupação em existir educação sobre esta temática nas instituições de ensino. O colaborador afirma que não há nenhum cuidado a essas mulheres no país promovido por políticas públicas, mas alguns grupos da sociedade de forma voluntária oferecem algum tipo de ajuda a essa população.

“Na verdade, não existe cuidado às mulheres em situação de rua, não existe políticas públicas voltadas para isso, quando se tem algum tipo de cuidado são pequenos grupos que se juntam e oferecem algum tipo de serviço, um corte de cabelo, uma alimentação, um material de higiene, algum local para essas mulheres se higienizar... Nas próprias instituições de ensino a gente não é formado para isso, para como abordar, para como receber essas mulheres em trabalho de parto por exemplo, como receber essas mulheres no pré-natal, é...” (E8, F, 31 anos)

Os trechos das falas de E9 e E10 retratam a fragmentação da assistência por parte dos projetos e programas existentes e reforçam que o cuidado deve ser construído com base nas singularidades das mulheres que vivem nas ruas.

“Eu sei que existem projetos e casa de apoio às mulheres vítimas de violência e que nelas incluem mulheres em situação de rua... É... Eu sei que existem os consultórios de rua, mas que atende de forma geral. Só que o ideal é que elas tivessem alguns dos cuidados, como: alimento e higiene pessoal diariamente, proteção à violência, cuidados com a saúde em geral... Orientações para proteção contra a IST e a gravidez não desejada... Um auxílio financeiro, identidade social, acompanhamento psicológico...” (E9, F, 30 anos)

“O cuidado para essas mulheres deve ser construído na singularidade de cada uma, isso porque vamos encontrar mulheres nas ruas com níveis de alterações psicológicas bem diferentes. [...] Só que infelizmente esse cuidado nem acontece como deveria [...] E a gente até tem o consultório na rua, mas ainda é algo muito insignificante em dimensão, porque a população é grande e a estratégia é bem pequena. O cuidado tem que ser singular.” (E10, F, 28 anos)

6 DISCUSSÃO

A investigação da construção das representações sociais dos enfermeiros obstetras acerca das mulheres em situação de rua e sua rede social se fez necessária considerando que a expressão “situação de rua” retrata, tanto a carência de moradia, quanto também descreve um grupo social com direitos negados, que se apresenta de forma despercebida em sociedade, exposto a diversos tipos de risco à saúde, à estigmatização, violência e criminalização (FERNANDES; RIBEIRO, 2022).

As mulheres em situação de rua encontram inúmeras barreiras para acessar ações e serviços públicos, dentre eles, os de saúde. Isso decorre de várias ausências: informação, documentação, endereço convencional, entre outros; além de possuírem receio de como podem ser assistidas, tendo em vista que lidam diariamente com a invisibilidade e o preconceito. Assim, os enfermeiros obstetras, por serem profissionais que atuam diretamente com a saúde de mulheres, precisam estar atentos a essas singularidades, a fim de reduzir as barreiras e contribuir no melhoramento do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (NARDES; GIONGO, 2021).

Na rua as mulheres constroem relações cotidianas a partir da identificação com os demais atores sociais, formando redes que na maioria das vezes apresentam-se de forma frágil. Os processos de vulnerabilidade social são produzidos por meio de trocas de baixa qualidade, caracterizadas principalmente pela carência de suporte estável. Portanto, uma assistência integral e livre de estigmas exerce influência sobre essas mulheres, fortalecendo o nó do vínculo entre o enfermeiro obstetra e a mulher (SANICOLA, 2015; MACEDO; SOUZA; CARVALHO, 2020).

Durante a formação voltada para a saúde da mulher é imprescindível que o enfermeiro seja orientado sobre como conduzir o cuidado a este grupo. Nesta pesquisa evidenciou-se que a maioria (67%) dos entrevistados, nas aulas da graduação e/ou pós-graduação, não adquiriu conhecimentos sobre como prestar assistência à mulher em situação de rua. Enfatiza-se a importância do estímulo à participação e envolvimento do profissional de enfermagem, desde a academia, de forma crítica e reflexiva, acerca da responsabilidade social, no que se diz respeito ao cuidado integral à população em situação de rua (XIMENES *et al.*, 2021).

A construção do cuidar se dá na formação para a profissão e o docente é um agente transformador capaz de despertar a promoção da assistência holística e humanizada, com o objetivo de minimizar os danos e restabelecer a saúde. Também, é a partir do conjunto de

conhecimentos, opiniões e vivências que as representações sociais são construídas e permitem transformar em familiar o que é estranho (MOSCOVICI, 2015). Nesse estudo, ao identificar que a maioria dos enfermeiros não foi orientada sobre a assistência à mulher em situação de rua (67%) e parte deles não havia tido nenhum contato com esse grupo na prática profissional (46%), fica claro que essa população ainda apresenta-se para os entrevistados a partir de representações construídas pela apreensão do conceito difundido em sociedade.

A partir da representação social estruturada pelo enfermeiro obstetra em relação à mulher em situação de rua pode-se compreender melhor os desfechos produzidos pela sua atuação desse na rede. A técnica de evocação livre de palavras, utilizada nesse estudo, para com os termos indutores “mulher” e “mulher em situação de rua” foi um diferencial pois permitiu a análise das representações de um mesmo grupo em situações sociais diferentes.

Na análise prototípica do conteúdo das evocações nota-se o antagonismo presente nas palavras emergidas, uma vez que, para o termo “mulher” a palavra mais evocada pelos entrevistados foi “forte” ($f= 43$) enquanto para “mulher em situação de rua” foi “vulnerabilidade” ($f= 40$). Este componente do núcleo central aparece atrelado a outras palavras como “invisibilidade”, “pobreza” e “desigualdade” alicerçando assim a representação social da maioria dos enfermeiros obstetras acerca da mulher em situação de rua em uma população mais exposta a fatores de risco de vida e saúde.

A vulnerabilidade é compreendida como a sobreposição de inúmeros fatores, dispersos em várias dimensões, sendo capaz de tornar um indivíduo ou um grupo mais suscetível aos riscos e imprevisibilidades da vida. As condições de vulnerabilidade social relacionam-se, na maioria das vezes, com as oportunidades vivenciadas pela mulher que habita nas ruas e com os elos estabelecidos entre os atores da rede (VALLE; FARAH; CARNEIRO JÚNIOR, 2020).

No universo das ruas, as mulheres compõem o grupo de menor quantitativo, porém, envolto em um gigantesco conjunto de opressões, inclusive as de gênero. As desigualdades entre homens e mulheres permeia as ruas e o patriarcado atua através de um regime de exploração e dominação que ordena as relações sociais. Por este motivo as mulheres em situação de rua procuram sempre estar inseridas em coletivo, a fim de unir forças e reduzir os riscos a que estão expostas (ESMERALDO; XIMENES, 2022).

Os elementos apresentados no núcleo central são os mais estáveis das representações e consequentemente mais resistentes às modificações, portanto a utilização de ferramentas para modificação de uma representação social deve estar voltada para os elementos da periferia, sendo a segunda periferia a mais passível de transformação (ABRIC, 2000).

As palavras presentes na zona de segunda periferia – elementos evocados como últimas respostas – foram justamente as relacionadas a questões de saúde: “adoecimento” ($f= 4$), “saúde” ($f= 4$) e à forma como é prestada a assistência: “estigma” ($f= 4$), enfatizando-se a necessidade de se colocar no lugar do outro: “empatia” ($f= 4$). Além de também apresentar termos que explicitam a perspectiva de promiscuidade atrelada a essa população como “prostituição” ($f= 12$) e “sexualidade” ($f= 5$). Ressalta-se que apesar de se tratar de um quadrante com palavras evocadas tardiamente, é justamente o campo da representação onde pode ocorrer mais facilmente as transformações do conteúdo representacional (ABRIC, 2000).

O enfermeiro obstetra é um profissional apto a atuar com a população feminina, e possui habilidades e conhecimento para defender e apoiar mulheres na tomada de decisões sobre o próprio cuidado, auxiliando-as a identificar suas necessidades, conhecimentos, sentimentos e preferências ao longo do atendimento. A assistência prestada deve ser capaz de fornecer informação e orientação sobre saúde com respeito e empatia; para isso, é necessário manter conhecimentos e habilidades atualizados sobre protocolos, diretrizes e práticas seguras, através, principalmente, de educação continuada profissional (ICM, 2019).

O relatório da Organização Mundial de Saúde - OMS (2015) destaca que a saúde de diversas mulheres está sendo afetada pela maneira como são tratadas e o status que a sociedade lhes designa. Por isso, desde 2015, entrou em vigor o roteiro da OMS para a ação sobre gênero, equidade e direitos humanos, a fim de estimular um enfoque integrado para que os diversos programas de assistência à saúde abordem as questões de gênero e melhorem a igualdade de direitos (OMS, 2015). Neste contexto, de acordo com os resultados deste estudo, pode-se incluir as mulheres em situação de rua, pois é o local onde ocorre maior discriminação e a assistência à saúde precisa ser mais abrangente.

A presença de termos relacionados à saúde, apenas na zona de segunda periferia, reforça a necessidade de preparo dos enfermeiros obstetras para a atuação com as mulheres em situação de rua, uma vez que a empatia é fator irrevogável para uma condução assistencial livre de estigmas. A aparência maltrapilha, a pouca higiene ou o risco de apresentar doenças infectocontagiosas e fazer uso de substâncias psicoativas podem acionar/aprofundar certos rótulos, incidindo em preconceitos, obstáculos e constrangimentos quanto à oferta do cuidado (MACEDO; SOUZA; CARVALHO, 2020).

A análise de similitude apresenta os núcleos provenientes das evocações do termo indutor “mulher” de forma positiva e com ligações fortes entre palavras que ressaltam boas características, como a força feminina e o potencial da maternidade; enquanto em relação à

“mulher em situação de rua” os elos de maior significância estão entre termos que definem um grupo frágil e invisível. Destaca-se ainda que, em nenhuma das evocações que tangem à mulher em situação de rua foram citadas características relacionadas à singularidade de gerar filhos e às necessidades provenientes do organismo feminino.

Entretanto, a maioria dos enfermeiros obstetras relatou ter prestado algum cuidado à mulher em situação de rua na sua profissão. Pesquisas notabilizam que é justamente durante o ciclo gravídico-puerperal que as mulheres em situação de rua entram em contato com os profissionais de saúde; pois a gestação ocasiona uma série de transformações na rotina e relações dessas mulheres, que requerem adaptações e podem revelar a necessidade ou não de acessar instituições de saúde (JORGE; RICCI, 2020; ESMERALDO; XIMENES, 2022).

A Representação Social possui uma dupla dimensão, entre o sujeito e a sociedade, influenciando ações e sendo moldada pelas relações (MOSCOVICI, 2015). Por este motivo, entende-se que os enfermeiros obstetras que tiveram algum contato com a mulher em situação de rua apresentariam sua representação social com base nas necessidades de um cuidado direcionado pelas singularidades desse grupo e ancorado em empatia e integralidade, o oposto do encontrado nesta pesquisa que revelou nos núcleos mais significativos apenas pontos de fragilidade.

Assim como na análise prototípica e de similitude, as justificativas evidenciaram a partir da interpretação da CHD uma caracterização oposta entre o termo “mulher” e “mulher em situação de rua”, pois para aquela as classes centraram-se nas peculiaridades do organismo feminino e em o quanto a mulher possui potencial de resiliência, empoderamento e amabilidade. O que ressalta a fragmentação do olhar do enfermeiro obstetra para com a mulher em situação de rua, que passa despercebida quanto às suas singularidades reprodutivas e capacidade de superação ao resistir às adversidades das ruas.

O conhecimento proveniente das representações sociais serve de auxílio para comunicação e compreensão do contexto social, dessa forma a construção das representações sociais sobre as mulheres em situação de rua sob uma ótica minorada afetará de forma negativa a prestação do cuidado à saúde. Ressalta-se que, ambos os atores (prestador do cuidado e cliente) serão influenciados por esse fenômeno social, pois os elementos cognitivos atuam transversalmente entre o individual e coletivo (MOSCOVICI, 2015).

No conteúdo das justificativas dadas, os enfermeiros obstetras descreveram a vulnerabilidade a partir das suas prováveis causas: violência sexual e física, exposição às drogas, falta de alimentação e desconexão da rede social. Percebe-se que os caminhos

percorridos na rua são repletos de desafios que colocam em risco diário a vida de quem ali habita, e os vínculos estabelecidos refletem alguma proteção, portanto, viver e sobreviver são vitórias que abrangem a mulher e sua rede (PAULA *et al.*, 2020).

No que se refere ao contexto brasileiro, as informações acerca da violência sofrida por mulheres do grupo populacional geral não são notificadas, pois, a maior parte possui receio em denunciar o agressor por desacreditar na segurança que o Estado deveria lhes proporcionar. Nas ruas este processo não é diferente, a maioria das mulheres mantém a submissão sexual em troca de proteção, o que às vezes resulta em mais violência. Observa-se ainda que, as estruturas patriarcais estão organizadas produzindo controle, punição e violência para as mulheres não apenas na relação com o sexo oposto, mas com outras mulheres em decorrência de raça, opção sexual e classe (MARSICANO; LEVINSON, 2020).

Os motivos que conduzem as mulheres às ruas diferem, em grande parte, dos homens. Elas geralmente se inserem nesse meio devido a ruptura familiar e violência doméstica, os homens, por sua vez, encontram nas ruas a liberdade para o uso abusivo do álcool e outras drogas. Todavia, a habitação nas ruas expõe essas mulheres ao uso de substâncias psicoativas, algumas vezes para fuga da realidade, outras estritamente ligadas à comercialização do próprio corpo, como também para socialização dentro do grupo (PAULA *et al.*, 2020).

O uso de drogas gera uma cascata de consequências, culminando no vício, na exposição aos riscos sexuais, no envolvimento com a criminalidade e na ruptura dos vínculos que permaneceram na rede social primária, pelo risco que essa prática apresenta para os familiares (NARDES; GIONGO, 2021). Assim, as redes que dariam suporte profundo proporcionando equilíbrio dinâmico entre a vulnerabilidade e integridade dão lugar a “nós” superficiais que facilmente são quebrados.

Contudo, ao ocupar a rede social secundária os enfermeiros obstetras podem atuar intervindo assistencialmente em conjunto com outros profissionais na redução dos riscos gerados pela exposição às drogas (BRASIL, 2011). Porém, em nenhum relato dos enfermeiros obstetras foi ressaltada a importância do acolhimento e orientação nestes casos, o que elucida que tais profissionais não compreendem seu importante papel dentro da rede.

A dificuldade na alimentação permeou alguns discursos dos enfermeiros obstetras entrevistados, mas até mesmo na violação dessa necessidade humana básica encontram-se barreiras estigmatizantes. A discriminação da mulher em situação de rua ocorre até quando elas pedem comida, sendo julgadas à troca por drogas. O estigma social também imputa a responsabilidade pela condição de rua e pelas possibilidades de sair dessa situação,

desconsiderando os processos de exclusão que são vivenciados (ESMERALDO; XIMENES, 2022).

A compreensão dos enfermeiros obstetras acerca da fragilização da rede social das mulheres em situação de rua evidencia a necessidade de apoio por parte da rede social secundária. Cuidar das mulheres nessas condições, é reconhecer que elas não ocupam somente um lugar físico, mas simbólico, que interliga a rua a outras significações. Ações exclusivamente assistencialistas não são capazes de contemplar a complexidade das suas necessidades, como a oportunidade de reintegração da família, do trabalho, da moradia, da saúde e das outras inúmeras esferas de que são excluídas, é necessário o acionamento de outros atores da rede secundária em prol da prestação de um cuidado integral (JORGE; RICCI, 2020).

O enfermeiro obstetra como atuante da rede social secundária precisa visualizar o apoio social como fator imprescindível no cuidado. Menciona-se que existe a necessidade do ser humano em integrar relações em rede e a acionar para enfrentamento e resolução de situações diversas. O apoio proveniente da ação dessa teia é definido em duas esferas: recebido e percebido. O recebido é aquele fornecido pelo enfermeiro à mulher, e o percebido reflete a percepção da mulher quanto à disponibilidade e satisfação com o apoio; este, por sua vez, está intimamente relacionado aos resultados de saúde (SANICOLA, 2015).

A escassez de políticas públicas próprias para esse grupo foi citada pelos entrevistados como sendo fator de impacto no aumento da invisibilidade social. Bem como, corresponsabilizaram-se, uma vez que são os eleitores dos líderes capazes de construir tais políticas. O desamparo das mulheres em situação de rua ocorre porque as políticas voltadas à PSR não especificam as singularidades do cuidado à mulher e outras políticas que incluem o sexo feminino não envolvem as mulheres dentro dessa situação, excluindo-as até mesmo das políticas de inclusão (NARDES; GIONGO, 2021).

Na entrevista narrativa, analisada pelos pressupostos da técnica hermenêutico-dialética, a representação social dos enfermeiros quanto à mulher em situação de rua corroborou os achados do conteúdo das evocações. Os profissionais trouxeram em suas falas a vulnerabilidade a partir da fragmentação das redes sociais, da precariedade nas esferas da alimentação, vestimentas, higiene e moradia, da exposição sexual e os riscos inerentes à mesma, além da drogadição e ausência de políticas públicas.

Alguns pontos, por sua vez, cabem ser destacados, tendo em vista que os enfermeiros puderam discorrer livremente sobre este grupo populacional e abrangeram questões não contempladas na TALP. Um dos participantes (E1, M, 40 anos) trouxe a mulher em situação de

rua sob um olhar mais profundo, equiparando-a às demais mulheres que possuem habitação, com características psicológicas e culturais capazes de gerar trocas produtivas nas relações sociais.

As mulheres, de uma forma geral, estão sujeitas à discriminação nas relações de trabalho, mercado, lazer, moradia e renda, que atreladas a um conjunto de variáveis, como raça, etnia e condição social, são responsáveis pelo aumento dos indicadores epidemiológicos de morbimortalidade. No que tange às que estão nas ruas as situações estigmatizantes são intensificadas, visto que o preconceito e/ou violência integram suas histórias de vida e, muitas vezes, são a causa de sua chegada às ruas (BELLOC; CABRAL; OLIVEIRA, 2018).

Na relação profissional - mulher é relevante que seja estabelecido um elo de confiabilidade. O enfermeiro obstetra deve estar atento para permitir que a mulher em situação de rua sintam-se seguras e amparadas valendo-se de estratégias para estabelecimento e fortalecimento do vínculo, isso permite que a troca interpessoal em rede se estabeleça de forma mais eficaz. Enxergar a mulher em situação de rua como integrante e importante na sociedade, sem discriminação ou pré-julgamentos permite uma troca positiva para ambos e guia um cuidado livre de barreiras. Pois, assim como as relações em rede podem gerar desfechos plausíveis também podem atuar negativamente, causando estresse e conflitos ao prover uma ajuda ineficaz (FRANÇA *et al.*, 2018).

Especificidades do ciclo reprodutivo foram descritas pelos entrevistados (E4, E10, E12) diante das dificuldades geradas no convívio das ruas, hábitos simples como o de higiene pessoal torna-se desafiador para essas mulheres. Nota-se que a situação de rua não assegura condições básicas de vida e, quando interligadas ao sofrimento cotidiano e à falta de possibilidade de melhoria, essa circunstância pode estimular a perda da autoestima e, por conseguinte, a ausência de preocupação com o autocuidado (NARDES; GIONGO, 2021).

Quando solicitados a falar sobre o cuidado às mulheres em situação de rua, nenhum dos participantes relatou práticas assistenciais, experiências vividas ou perspectivas para a prestação de cuidado a esse público, sendo que a maioria deles (54%) havia prestado assistência à mulher em situação de rua. Todos os entrevistados atrelaram a deficiência no cuidado à inexistência, fragmentação e/ou fragilidade das políticas públicas voltadas à essa população especificamente. As comunidades mais marginalizadas possuem em comum as barreiras de acesso à cultura, trabalho, saúde e educação, sendo a violência e o uso de substâncias psicoativas os principais alvos das ações políticas e comunitárias e não o conjunto de fatores que abrangem as vulnerabilidades desse grupo (SURJUS; SILVA, 2019).

O tempo vivido em situação de rua é um componente complicador, pois quanto maior o tempo, maiores serão as probabilidades da mulher se tornar habitante permanente dos logradouros públicos, o que revela a ineficácia das políticas públicas e dos programas sociais neste âmbito. Essas ferramentas de controle social trazem consigo a marca ideológica de uma população que é tratada de forma desigual (COLDIBELI; PAIVA; BATISTA, 2021).

A inexistência de políticas públicas específicas para mulheres em situação de rua, exceto quando estão grávidas, onde muitas vezes, são dirigidas a elas ações punitivas que culminam com a retirada de seus filhos, componente que tende a afastar as gestantes do acompanhamento pré-natal. Este cenário revela que, ao engravidar, a vulnerabilidade da mulher em situação de rua pode ser ainda mais amplificada pois além de lhe ser negado o direito de ser mãe, os direitos dos seus filhos passam a ser violados ainda no ventre, quando nem mesmo a nutrição adequada é garantida (PAULA *et al.*, 2020).

A enfermagem obstétrica não depende da existência de políticas públicas para efetivação de uma prática assistencial integral e livre de barreiras estigmatizantes, pois o cuidado é sua principal competência. Por exemplo, através da educação em saúde, onde pode-se realizar diversos tipos de orientação sobre saúde, inclusive sobre planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos disponíveis e aceitos culturalmente.

Para eficácia desse cuidado é imprescindível que os enfermeiros disponibilizem formas de acesso a tais métodos, indicando na rede de assistência à saúde os locais para procura de cuidado e insumos (ICM, 2019). Além disso, cabe a tais profissionais a busca pela identificação de atores da rede social primária destas mulheres quando em estado gravídico-puerperal, a fim de ampliar as possibilidades de apoio.

Em relação ao cuidado às mulheres em situação de rua, um dos participantes (E6) trouxe as dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde, a partir de obstáculos como lacunas e burocratização na assistência. Com alicerce nesta fala pode-se afirmar que apesar do sistema de saúde trazer a universalidade como marco ainda se apresenta falho na contemplação dos diversos atores sociais.

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres em situação de rua no acesso ao sistema de saúde brasileiro são determinantes para a integralidade e longitudinalidade do cuidado. Dentre os motivos mais relevantes que impedem ou postergam a procura por um serviço de saúde, destacam-se: o preconceito e a discriminação relacionados principalmente às condições de higiene, falta de documentação para identificação e cadastro do usuário, longo período de

espera pelo atendimento e a ausência de uma escuta qualificada a fim de acolher as demandas específicas deste grupo populacional (FERNANDES; RIBEIRO, 2022).

Como categoria que presta cuidado direto à saúde destas mulheres, os enfermeiros obstetras podem minimizar essas barreiras através da formulação de uma representação social livre de estigmas, que permita enxergar a mulher em situação de rua em sua singularidade. Através de uma recepção acolhedora, empática e resolutiva; com vistas a prestar um cuidado integral e eficaz.

As políticas públicas foi o tema mais discorrido entre os entrevistados, que abordaram questões como: inexistência de políticas específicas para as mulheres em situação de rua; implantação das políticas sociais apenas nos grandes centros urbanos; políticas que não contemplam as mulheres como um ser integral e complexo e inserção da assistência dentro dos logradouros públicos, imergindo os profissionais na realidade das ruas.

Apesar de existirem mecanismos políticos criados para a população em situação de rua eles atuam de forma ineficaz. As estratégias como o Centro Pop (Centro de Referência Especializados para População em Situação de Rua), espaço de atendimento oferecido às pessoas em situação de vulnerabilidade cuja finalidade é de assegurar serviços, atendimento e atividades direcionadas ao desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a reconstrução de novos projetos de vida e as eCR geralmente funcionam em turnos isolados, e restritos a dias úteis. Esse contexto coloca para a mulher a iminência de recorrer a outras formas de apoio, como a solidariedade comunitária e da família, quando este elo ainda permanece (MOREIRA *et al.*, 2021).

As equipes de Consultório na Rua é uma estratégia do SUS, integrante da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que atua de forma dinâmica por meio da busca ativa de pessoas em situação de rua com o objetivo de ofertar uma assistência integral. Contudo, sua implementação não ocorreu como preconizado, estando a grande maioria das cidades desacobertadas dessa assistência. O que obriga a população que vive sem moradia a procurar por conta própria os cuidados de saúde (MOREIRA *et al.*, 2021).

Apesar do enfermeiro ser um dos profissionais que pode compor o quadro das eCR, não existe especificação sobre as especializações necessárias, o que de certa forma deixa as mulheres em situação de rua que necessitam de cuidados voltados especificamente a questões relacionadas ao organismo feminino, desassistidas. Neste sentido, a procura por cuidados nos serviços fixos de saúde pode ser a única opção deste grupo (postos de saúde da família e/ou hospitais).

E os embates quanto ao acesso, prejudicam essa busca, pois há uma exclusão dessas mulheres por parte dos profissionais, sobretudo por estarem no contexto da rua. Desta forma elas optam por adotar medidas culturalmente disseminadas para o cuidado em saúde e limitam o acesso aos serviços a casos emergenciais. É importante destacar que o cuidado adotado por essas mulheres é diferente do cuidado institucional, porque há uma adaptação às vertentes sociais, culturais e cotidianas enfrentadas no dia a dia. Não há, portanto, uma rotina estabelecida, muito menos uma obrigatoriedade nessas ações (SOUZA *et al.*, 2018).

A escassez de orientação, durante a formação profissional, acerca do cuidado à mulher em situação de rua, foi citada por um dos enfermeiros obstetras entrevistados (E8, F, 31 anos). Essa, inclusive, pode ser a principal causa da construção de representações sociais alicerçadas em parâmetros estigmatizantes, por parte desse grupo assistencial. Uma vez que a representação social é lapidada pelos conhecimentos adquiridos e refletem nas relações sociais que estabelecemos no cotidiano (MOSCOVICI, 2015).

Todos os profissionais devem ser orientados, através da educação permanente, acerca dos princípios básicos do SUS, como responsabilização, vínculo, promoção da saúde, entre outros mecanismos que garantam no âmbito da assistência a integralidade e a continuidade do cuidado. Espera-se que essas práticas sejam compreendidas no direcionamento do trabalho pautado na necessidade de identificação do público-alvo como sujeito de direitos e principal responsável pela eficácia do cuidado (MACEDO; SOUSA; CARVALHO, 2020).

O conhecimento da rede social e da dinâmica relacional permite ao enfermeiro a implementação de ações de educação em saúde, conformadas de acordo com a realidade da mulher em situação de rua. A maioria das estratégias de educação se valem da prática em grupo, porém cada indivíduo possui suas bagagens emocionais singulares, e nas ruas isso é ainda mais intensificado. Portanto, a inserção do enfermeiro obstetra na rede social a fim de prestar cuidado à saúde deve ocorrer com um planejamento voltado para a unicidade de cada mulher e em busca de através da promoção da saúde estimular o autocuidado (HINO; SANTOS; ROSA, 2018).

Portanto, vislumbra-se que as Representações Sociais construídas pelo enfermeiro obstetra sobre as mulheres em situação de rua sejam moldadas pela compreensão de que todo e qualquer ser humano é único e imprescindível para as relações sociais. E que estas são ferramentas oportunas para a aplicabilidade da educação em saúde mesmo em meio a um cenário político desfavorável, uma vez que a efetividade das relações fortalece os nós existentes na rede e fornecem à mulher maior segurança em se permitir ser cuidada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vulnerabilidades da mulher em situação de rua apresentaram-se, de maneira geral, como fator imponente na construção das Representações Sociais dos enfermeiros obstetras, que descrevem esse grupo populacional pela ótica estigmatizante, fundamentada em características disseminadas culturalmente, como o uso de drogas, a violência, a criminalidade e a promiscuidade; responsáveis por manter essas mulheres à margem da sociedade, envoltas pela invisibilidade.

Enquanto a população feminina que possui moradia foi descrita por meio de um olhar benevolente, que ressalta uma Representação Social embasada em características de força, resistência e resiliência; além de serem enxergadas de forma integral: física, emocional e espiritual, sendo reconhecidas suas necessidades fisiológicas femininas, contemplando sua complexidade reprodutora e maternal.

A escassez de orientação, durante a formação profissional, sobre como assistir à mulher em situação de rua é fator contribuinte para que a Representação Social do enfermeiro obstetra seja formulada como reflexo do conhecimento coletivo. Uma vez que, no desenvolvimento da representação não há reprodução passiva de um objeto dado, e sim uma reconstrução da sua imagem a partir da apreensão absorvida nas relações sociais.

Contudo, esse olhar não lapidado por uma experiência individual abre espaço para que o contato entre o profissional e mulher seja permeado por barreiras estigmatizantes, responsáveis, na maioria das vezes, por um cuidado fragmentado e ineficaz, além de estimular essa população a não desejar buscar assistência à saúde por receio de como pode ser recebida, acolhida e tratada; tendo em vista que, essas mulheres já trazem consigo marcas da discriminação sofrida nas demais relações.

A atuação do enfermeiro obstetra na rede social secundária é importante uma vez que permitirá que essa população estabeleça novos vínculos de confiança. A partir disso é possível a construção de elos e a aplicabilidade de ferramentas de cuidado que promovam melhores resultados de saúde tanto para a mulher quanto para os componentes de sua rede primária, uma vez que a promoção à saúde modifica o indivíduo e seu círculo social.

O rompimento deste cenário é um desafio que demanda estratégias de educação permanente em saúde, a fim de que os profissionais sejam formados a partir dos pressupostos dos princípios básicos do SUS, compreendendo quais são os determinantes sociais de saúde (sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais) que afetam

essa população e influenciam no adoecimento e quais as ferramentas necessárias para que eles sejam reduzidos.

Desvelar a equidade sob a compreensão de que os segmentos sociais menos favorecidos necessitam de mais atenção; enxergar a mulher em situação de rua como organismo feminino, permeado por peculiaridades do ciclo reprodutor e como um ser que possui influência de fatores emocionais e espirituais é valer-se da integralidade; incentivar estratégias de captação e acolhimento dessa população é efetivar a universalidade.

A mulher em situação de rua não se restringe à forma como foi culturalmente caracterizada. Ela possui múltiplas dimensões como qualquer outra pessoa. A escolha das ruas não é um processo opcional para todas, mas consequência de desfechos sociais negativos na sua rede primária. Estar nas ruas é resistir, demandar força e coragem e vê-la como integrante da sociedade a partir dessa esfera modifica as trocas, fortalece os nós e gera resultados assistenciais favoráveis.

A compreensão de que ao entrar em contato com a mulher em situação de rua o enfermeiro adentra em sua rede social secundária e possui espaço para modificar conceitos em ambos os atores e promover saúde, é imprescindível para que a assistência seja eficaz. Pois, embora as trocas existentes na rede possuam características positivas elas também podem funcionar negativamente e gerar ainda mais traumas ao indivíduo.

O estabelecimento de vínculo entre o profissional e a mulher sem moradia é uma ferramenta que favorece a implementação da educação em saúde, com vistas a ampliar o controle por parte delas e da sua coletividade sobre os determinantes sociais que interferem no adoecimento, além de incentivar o poder de questionar, refletir, decidir e agir; o que resulta em escolhas conscientes de acordo com suas necessidades e levando em consideração os saberes populares e a autoavaliação, mesmo em meio a um ambiente hostil.

A escassez de políticas públicas voltadas especificamente para as mulheres em situação de rua foi citada como fator impactante no que tange ao cuidado a esse grupo, porém o enfermeiro obstetra não depende exclusivamente das políticas para prestação de uma assistência embasada em evidências e princípios éticos. A percepção de que o cuidado não compete principalmente aos profissionais fez com que as narrativas não abordassem as práticas realizadas na assistência à mulher em situação de rua, dessa maneira o terceiro objetivo específico desta pesquisa não pode ser atingido.

As políticas públicas são responsáveis pela universalização da assistência à saúde por meio de seus projetos e propostas, bem como, trazem visibilidade, permitindo que os demais

atores da sociedade conheçam as reais necessidades dessa população, modificando conceitos prévios e discriminatórios. Contudo, a prática do cuidado é competência do profissional que assiste à mulher, sendo este responsável por defender os direitos humanos fundamentais das pessoas ao fornecer cuidados em obstetrícia. Ademais, cabe a cada profissional manter-se atualizado na sua prática pelas evidências científicas.

Outras pesquisas, tendo como objeto de estudo mulheres em situação de rua sob a ótica dos enfermeiros obstetras e subsidiada nas teorias das Representações Sociais e Rede Social devem ser realizadas principalmente no tocante à redução dos estigmas existentes para com essa população e promoção de um cuidado eficaz. É essencial ampliar o conhecimento existente e fortalecer a produção científica acerca de uma temática socialmente relevante, que precisa ser mais explorada.

A identificação das Representações Sociais construídas pelos enfermeiros obstetras em relação às mulheres em situação de rua sob uma ótica limitante e amparada por conceitos culturalmente disseminados pode subsidiar a ampliação da educação em saúde na esfera profissional sobre esse grupo populacional, para que os enfermeiros conduzam o cuidado norteado por uma representação livre de pré-julgamentos e aberta à absorção de novas perspectivas através das trocas interpessoais.

Os resultados desse estudo poderão auxiliar, portanto, na prestação de uma assistência mais humana, inclusiva e holística através, principalmente, de práticas de educação em saúde com estratégias que permitam a integralidade do cuidado e o incentivo à autonomia. Além do mais, a confiança estabelecida entre profissional e mulher permitirá que elas visualizem-se como atores sociais ativos e imprescindíveis nas relações.

As limitações deste estudo estão atreladas a entrevista por videochamada, pois, torna-se difícil controlar as influências externas sobre os participantes e os problemas técnicos que dificultaram os registros das expressões faciais dos participantes, nuances que têm suas relevâncias na pesquisa qualitativa.

Esta dissertação em relação à esfera acadêmica representa o compromisso educacional na realização de pesquisas que buscam o diálogo sobre os problemas cotidianos nos mais diversos segmentos da sociedade, principalmente, aqueles que necessitam de visibilidade social, justiça e equidade. Sugere-se que outros estudos nesta linha sejam realizados e que a valorização dos aspectos empíricos de cada ator social protagonize novos achados.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A **Abordagem Estrutural das Representações Sociais**. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (org.). *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.
- ALAYA, D. B. **Teoria das representações sociais: 50 anos. Abordagens filosóficas e a teoria das representações sociais**. 2º ed. Brasília, Technopolitik. pág. 261-282, 2019. Disponível em: <http://www.technopolitik.com.br/downloads/files/TRS50anos2aEdRevDez19r.pdf>. Acesso em 07 de janeiro 2022.
- ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. **Teoria das Representações Sociais; 50 anos**. Versão e-book. 2ª edição. Technopolitik, Brasília-DF, 2019. Disponível em: <http://www.technopolitik.com.br/downloads/files/TRS50anos2aEdRevDez19r.pdf#page=262>. Acesso em 27 de dezembro de 2021.
- ANGELIM, S.M. *et al.* Caracterização do modelo assistencial ao parto e nascimento realizado por residentes de enfermagem obstétrica. **Enfermagem em Foco**. 2021;12(4):813-9. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4639>. Acesso em 15 de julho de 2022.
- AZEVEDO, P. D. *et al.* Aspectos de motivação na equipe de enfermagem e sua influência na qualidade da assistência. **Rev. Temas em Saúde**. v.16, 2016. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16228.pdf>. Acesso em 08 de janeiro 2022.
- BARAN, P. On Distributed Communications: XI Summary Overview. **Rand Corporation**. Santa Mônica, California, 1964. Disponível em: <http://shannon.usu.edu.ru/Papers/Baran/RM3767.pdf>. Acesso em 26 de dezembro de 2021.
- BARNES, J. A. Class and committees in a Norwegian island parish. **Sage Journals**, v. 7, n. 1, p. 39-58. 1954. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/001872675400700102>. Acesso em 20 de dezembro de 2021.
- BELLOC, M. M.; CABRAL, K. V.; OLIVEIRA, C. S. A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violações de direitos e lacunas do cuidado. **Saúde em Redes**, V4, N 1. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp37-49>. Acesso em 17 jul. 2022.
- BISCOTTO, P. R. *et al.* Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. Universidade de São Paulo, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2016, v. 50, n. 05 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600006>. Acesso em 06 de janeiro de 2022.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, 7 de abril de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 14 de julho de 2020.
- BRASIL, Governo Federal, Ministério da Saúde, Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. **Nota Técnica conjunta 001/2016: Diretrizes, fluxo e fluxograma para**

atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/nt-MS-MDS-mulheres-sit-rua.pdf>. Acesso em 14 de setembro de 2022.

BRASIL, Governo Federal, Ministério da Economia, Instituto de pesquisa econômica aplicada, nº 73. **Nota Técnica: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf. Acesso em 14 de julho de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro **PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011 - Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.** Brasília, 2011. Acesso em 07 de janeiro 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação Nº 036, de 11 de maio De 2020.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020#:~:text=DOWNLOAD%20VOLTAR-,RECOMENDA%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%20036%2C%20DE%2011%20DE%20MAIO%20DE%202020,dos%20servi%C3%A7os%20atingido%20n%C3%ADveis%20cr%C3%ADticos>. Acesso em 14 de julho de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em 14 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília-DF, 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em 23 de dezembro de 2021.

BRITO, C.; SILVA, L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2022, v. 27, n. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>. Acesso em 07 de janeiro 2022.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Rev. Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 07 de janeiro 2022.

CARDOSO, M. F.; SANTOS, A. C. B.; ALLOUFA, J. M. L. Sujeito, Linguagem, Ideologia, Mundo: Técnica Hermenêutico-dialética para Análise de Dados Qualitativos de Estudos Críticos em Administração. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), 18(2), 2013. Acesso em 08 de Janeiro 2022. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_EPQ1895.pdf.

CASTRO, E. S. *et al.* Educação em Saúde para a População em Situação de Rua **R. Eletr. de Extensão**, ISSN 1807-0221 Florianópolis, v. 18, n. 38, p. 176-191, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/75408/46004>. Acesso em 16 de Julho de 2020.

COFEN, Resolução N° 0477/2015, **Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas**. Brasília, 14 de abril de 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html. Acesso em: 21 de Agosto de 2020.

COLDIBELI, L. P.; PAIVA, F. S.; BATISTA, C. B. Gênero, pobreza e saúde: revisão sistemática sobre a saúde de mulheres em situação de rua. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, 20(1): 38015, 2021. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/38015/26808>. Acesso em 20 de jul. 2022.

DIAS, A. R. M.; CASTILHO, K. C.; SILVEIRA, V. C. Uso e Interpretação de Imagens e Filmagens em Pesquisa. **Ensaio Pedagógico**, Sorocaba, vol.2, n.1, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://www.ensaiospedagogicos.ufscar.br/index.php/ENP/article/download/66/91>. Acesso em: 21 de Agosto de 2020.

ESMERALDO, A. F. L.; XIMENES, V. M. Mulheres em Situação de Rua: Implicações Psicossociais de Estigmas e Preconceitos. **Psicologia: Ciência e Profissão [online]**. 2022, v. 42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003235503>. Acesso em: 20 jul. 2022.

FERNANDES, M. A.; RIBEIRO, A. A. A. População em situação de rua e o direito de acesso aos serviços de saúde. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v. 10, n. 1, p. 129–139, 2022. DOI: 10.5016/ridh.v10i1.124. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/124>. Acesso em: 15 jul. 2022.

FRANÇA, M. S. *et al.* Características da rede social de apoio ineficaz: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/G79YxZxGTSQVHCJPyqKVdsq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 de Dezembro de 2021.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

GADAMER, H.-G. **Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 15. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

GALIAZZI, M. C.; SOUSA, R. S. A Dialética Na Categorização Da Análise Textual Discursiva: O Movimento Recursivo Entre Palavra E Conceito. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v.7, n.13, p. 01-22, abr. 2019. Acesso em 08 de Janeiro 2022. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/227/143>.

GOMES, R. *et al.* **Organização, Processamento, Análise e Interpretação de dados: o desafio da triangulação**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2011, v. 16, n. 3. Acesso em 06 de Janeiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300012>

GOOGLE, Google Meet. **Privacidade & Termos: Em vigor a partir de 31 de março de 2020**. Disponível em: <https://policies.google.com/terms?gl=BR&hl=pt>. Acesso em: 21 de Agosto de 2020.

GUBA, E. S.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

HEGEL, G. W. F. **Ciencia de la Logica**. Vol. 2, 6 ed. Trad: Augusta e Rodolfo Modolfo. Buenos Aires: Librarie Hachette, 1993.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, DF, p. 732-740, (Suppl 1), 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NsHh6w97c84Sy8h9Ssybxdk/?format=pdf-f&lang=pt201>. Acesso em: 13 jul. 2022.

HUNGARO, A. A. *et al.* Pessoas em situação de rua: caracterização e contextualização por pesquisa censitária. **Rev. Bras. Enferm.** 2020; 73(5):e20190236. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0236>. Acesso em 19 de setembro de 2022.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES – ICM. **Competências essenciais para o exercício da obstetrícia por obstetrizes**. Edição 2019 da confederação internacional de obstetrizes. Disponível em: <https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/icm-competencies-es-screens---28-oct-2019.pdf>. Acesso em 14 de Setembro de 2022.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, 2001.

JODELET, D. **La representación social: fenómenos, conceptos y teoría**. In S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social II : Pensamiento y vida social* (pág. 469-494). Barcelona, Páidos, 1986.

JORGE, C. F.; RICCI, É. C. Mulheres em situação de rua: uma perspectiva de cuidado singularizado, territorial e intersetorial. **Rev. Psicol. UNESP, Assis**, v. 19, n. spe, p. 78-102, dez. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442020000200005&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 17 jul. 2022.

KAMI, M. T. M. *et al.* Working in the street clinic: use of IRAMUTEQ software on the support of qualitative research. **Esc Anna Nery** [Internet], 2016. Acesso em 08 de Janeiro 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160069.pdf.

LEWINSON, T.; THOMAS, M.L.; WHITE, S. Traumatic transitions homeless women's narratives of abuse, loss, and fear. **Affilia J Women Soc Work**. 2014. 29(2):192-205. Acesso em 26 de dezembro de 2021.

MACEDO, J. P.; SOUSA, A. P.; CARVALHO, A. V. População em situação de rua: trabalho em equipe e intersetorial. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 4, p. 159-174, dez. 2020. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000400013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 jul. 2022.

MACHADO, A. L. *et al.* Representações sociais em enfermagem: comentários sobre teses e dissertações. **Rev. Esc. Enf.**, v.31, n.3, p. 486-97, São Paulo-SP, 1997. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/393.pdf>. Acesso em 28 de Dezembro de 2021.

MARKOVÁ, I. A fabricação da teoria de representações sociais. **Cadernos de Pesquisa**. 47 (163). São Paulo-SP. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/3VdRjVMytzZqPRjWPkPNKTG/abstract/?lang=pt>. Acesso em 28 de Dezembro de 2021.

MARSICANO, A. C.; LEVINSON, E. **Mulheres e as ruas: O debate sobre gênero atravessado pela classe**. 2020. In I. Rodrigues & D. C. Fernandes, Cidadãos em situação de rua: Dossiê Brasil - grandes cidades (pp. 93-112). CRV Editora.

MERTEN, T. O. Teste de Associação de Palavras na Psicologia e Psiquiatria: História, Método e Resultados. **Revista Análise Psicológica**, Lisboa, Portugal, v. 4, n. 10, p. 531-541, 1992. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/269108785_O_teste_de_associacao_de_palavras_na_psicologia_e_psiquiatria_Historia_metodo_e_resultados.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14º ed. Editora Hucitec. São Paulo, 2014.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; **Caminhos do pensamento: Epistemologia e método**. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MINAYO, M.C.S. COSTA, A.P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2018.

MOÑIVAS, A. Epistemologia y representaciones sociales: concepto y teoria. **Rev.de Psicol Geral y Aplic**. n.4, p.409-19, 1994. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/393.pdf>. Acesso em 20 de dezembro de 2021.

MOREIRA, T. A. S. *et al.* Sobre “ser mulher e mãe” em situação de rua: invisibilidade na sociedade brasileira. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro - n. 47, v. 19, p. 121 – 137, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/56078/36717>. Acesso em 20 de dezembro de 2021.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: Investigações em psicologia social**. 11. ed. Petrópolis. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2015.

NARDES, S. e GIONGO, C. R. Mulheres em situação de rua: memórias, cotidiano e acesso às políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**. 2021, v. 29, n. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n166011>. Acesso em 22 de Julho, 2022.

OLIVEIRA, S. X. *et al.* Teoria Das Representações Sociais E O Discurso Do Sujeito Coletivo Como Ferramentas Para O Desenvolvimento De Pesquisas Qualitativas. **Temas em Saúde**, ISSN 2447-2131 João Pessoa, 2018. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/10/fip201808.pdf>. Acesso em 08 de Janeiro, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Caderno de ferramentas promoção da equidade de gênero**. Autoras: Silvani Arruda, Vanessa Fonseca, Amana Mattos, Danielle Araújo, Mariana Azevedo, Rebecca Batista de França, Eloah Vieira e Linda Cerdeira. ONU Mulheres; Instituto Promundo; Instituto Papai. 2015. Disponível em: https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2016/07/caderno_capas_vdigital-1.pdf. Acesso em 08 de janeiro, 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia**. 3º edição. 2013. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49383/CLAP1599-03.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em 14 de setembro de 2022.

PAULA, C. R. *et al.* Representações sociais de mulheres vivendo em situação de rua a respeito do ciclo gravídico-puerperal. **International Journal of Development Research**, Vol. 10, n, 08, August, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37118/ijdr.19605.08.2020>. Acesso em: 20 jul. 2022.

PAULA, M. C. *et al.* A pesquisa qualitativa e o uso de CAQDAS na análise textual: levantamento de uma década. **Internet Latent Corpus J** [Internet]. 2016; 6(2). Acesso em 08 de Janeiro, 2022. Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/ilcj/article/view/4534>.

PAVIANI, J. **A gênese da dialética em Platão**. In: BOMBASSARO, L. C.; PAVIANI, J. (org.). Filosofia, Lógica e existência. 1. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 1997. p. 97-104

PELIKAN, J. M. International Union for Health Promotion and Education. IUHPE Position Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. **Global Health Promotion**, Canadá, v. 25, n. 4, 2018. Disponível em: http://www.ukphr.org/wp-content/uploads/2017/02/Core_Competencies_Standards_linkE.pdf. Acesso em 14 de Julho de 2020.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde, Governo de Pernambuco. **Hospitais do estado – ano 2020**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/>. Acesso em: 21 de Agosto de 2020.

PINTO, R. M. P. Entre ruas, praças e calçadas: a face feminina da população em situação de rua. **XVI ENPESS**. Vitória-ES, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/4515>. Acesso em 23 de Dezembro de 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9 ed. Editora Artmed, 2019.

QUEIROZ, D. C. *et al.* A população em situação de rua: As estratégias de planejamento intersetorial para o cuidado em saúde. **New Trends in Qualitative Research**, 2022. Disponível em: <https://www.publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/707>. Acesso em 14 de Julho de 2022.

RATINAUD, P.; MARCHAND, **Application de la méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux”: analyse du “CableGate” avec IraMuTeQ.** 2012. Actes des Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles (pág 835–844).

ROSA, L. S.; MACKEDANZ, L. F. A Análise Temática Como Metodologia Na Pesquisa Qualitativa Em Educação Em Ciências **Revista Atos de Pesquisa em Educação.** Blumenau, v.16, e8574, 2021. Acesso em 08 de Janeiro 2022. Disponível em: <https://bu.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/8574/4963>.

SÁ, C. P. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas psicol.** Ribeirão Preto, v.4, n. 3, p. 19-33, dez. 1996. Acesso em 07 de Janeiro 2022. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X1996000300002&lng=pt&nrm=iso.

SANICOLA, L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social.** São Paulo, 2 ed. Veras Editora, 2015.

SANTANA, C. S. *et al.*, Assistência de enfermagem à mulher em situação de rua no ciclo gravídico- puerperal: uma revisão de literatura. **Revista Ciências Biológicas e de Saúde.** Alagoas, v. 5, n. 2, Maio, 2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/5912>. Acesso em 16 de Julho de 2020.

SANTOS, K. S. *et al.*, O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** 2020, v. 25, n. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>. Acesso em 29 de Setembro de 2022.

SANTOS, R. R.; OLIVEIRA, E. A. A. Vulnerabilidade social à luz do artigo 791-a da CLT pós reforma trabalhista. **Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas.** V. 7, n. 2, p. 01 – 17. Jul/Dez. 2021. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadspp/article/view/8165>. Acesso em: 15 jul. 2022.

SÃO PAULO. **Relatório de pesquisa: Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo.** Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Primeira-infancia-e-maternidade-nas-ruas-de-SP-CDH-LG.pdf>. Acesso em 14 de setembro de 2022.

SILVA, D. O. *et al.* Representações sociais de moradores de rua sobre o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Salvador-BA. Vol.73, n. 2, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0956>. Acesso em: 20 de Agosto de 2020.

SILVA, I. C. N. *et al.* Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, Vol.52, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017023703314>. Acesso em: 20 de Agosto de 2020.

SILVA, S. E. D; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm.** Belém-PA. Vol. 64, n5, Outubro, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500022>. Acesso em: 20 de Agosto de 2020.

SLUZKI, CE. **A rede social na prática sistêmica**. 2th ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

SOUZA, M. A. R. *et al.* The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, 52:e03353, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 08 de Janeiro 2022.

SURJUS, L.T.L.S.; SILVA, P.C. **Redução de Danos: Ampliação da vida e materialização de direitos**. Santos, SP. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/E-book-Reducao-Danos-versao-final.pdf>. Acesso em 08 de Janeiro 2022.

TAQUETTE, S. R. Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. **Rev. Investigação Qualitativa em Saúde**. Vol2. 2019. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790/777>. Acesso em 08 de Janeiro 2022.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas em Marketing (PMKT)**, Rio de Janeiro. Vol. 3, Setembro, 2009. Disponível em: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf. Acesso em: 20 de Agosto de 2020.

TIENE, I. **Mulher moradora na rua: entre vivências e políticas sociais**. Campinas. Ed. Alínea. 2004.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F.; CARNEIRO JÚNIOR, N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **Saúde em Debate [online]**. v. 44, n. 124. pp. 182-192, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>. Acesso em 20 jul. 2022.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations. Manuel d'utilisateur**. Aix en Provence: Université Aix en Provence, 1999.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2011, v. 27, n. 4 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400017>. Acesso em 29 jul. 2021.

XIMENES, A. M. *et al.* Proposta de plano de cuidados para pessoas em situação de rua. **Revista de Atenção à Saúde**. São Caetano do Sul, SP. v.19, n. 67, p. 154-164, jan./mar. 2021. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7152/3303. Acesso em: 13 jul. 2022.

ZANDOMINGO, M. N. P. Pobreza, fome e abandono: representações da equipe de enfermagem sobre moradores de rua. **Rev. Bras. Enferm**. Salvador-BA. v.73, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0338>. Acesso em 25 de Julho de 2020.

APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO

I - CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Codinome: _____

Idade: _____ anos

Sexo: () feminino () masculino

Estado civil: () casado (a) () solteiro (a) () união estável

Modalidade de pós-graduação: () especialização () residência () mestrado
() doutorado Qual foi a área da pós-graduação: _____

Tempo de atuação na área obstétrica: _____

Você foi orientado (a) sobre assistência à mulher em situação de rua? () sim () não
Se sim, onde foi? _____

Você teve alguma vivência de cuidado com a mulher em situação de rua?
() sim () não

II - EVOCAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Termos indutores:

“**Mulher**” - Diga-me cinco palavras que rapidamente você associa a “mulher”

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

Diga-me a ordem hierárquica, da maior para menor, dessas palavras relacionada à importância para você sobre **“Mulher”**.

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

Justifique porque a palavra -----, dita por você, foi a mais importante em relação à **“Mulher”**.

“Mulher em situação de rua” - Diga-me cinco palavras que rapidamente você associa a “mulher em situação de rua”.

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

Diga-me a ordem hierárquica, da maior para menor, dessas palavras relacionada à importância para você sobre **“Mulher em situação de rua”**.

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

Justifique porque a palavra -----, dita por você, foi a mais importante em relação à **“Mulher em situação de rua”**.

III Entrevista Narrativa

- 1- Fale-me sobre mulheres em situação de rua.
- 2- Fale-me sobre o cuidado às mulheres em situação de rua.
- 3- Você gostaria de falar mais sobre a mulher em situação de rua?

**APÊNDICE B - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA
“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS OBSTETRAS SOBRE AS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA” FORMATADO NO *GOOGLE FORMS****

Recife/PE, ___/___/_____

Prezada enfermeira,

Meu nome é Quézia Tenorio Ferreira, enfermeira obstetra e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“Representações sociais de enfermeiros obstetras sobre as mulheres em situação de rua”** sob orientação da Profa. Dra. Cleide Maria Pontes e coorientação da Profa Dra. Luciana Pedrosa Leal.

O objetivo desse estudo é analisar as representações sociais atribuídas pelos enfermeiros obstetras sobre as mulheres em situação de rua. Trata-se de uma pesquisa relevante para a assistência à saúde das mulheres em situação de rua, inclusive no auxílio da construção da prática clínica do enfermeiro. Além de ampliar a visibilidade dessa população. Cabe ressaltar que, os resultados das entrevistas servirão de base para o ensino da saúde no âmbito desse grupo populacional e estimularão outras pesquisas em relação às mulheres em situação de rua.

Diante do seu perfil e experiência profissional, eu lhe convido para participar da pesquisa que será realizada por meio de uma entrevista através de vídeo-chamada, devido o momento pandêmico atual. No início da coleta serão questionados dados sociodemográficos e de experiência profissional. Em seguida será solicitado que você diga cinco palavras que rapidamente associa a alguns termos apresentados pela entrevistadora. Para as palavras ditas será solicitado que você ordene por importância da palavra que mais se relaciona com o objeto do estudo até a que menos se relaciona e explique o porquê da escolha. Tendo feito isso seguiremos para a parte narrativa da entrevista, onde você falará livremente sobre o tema exposto, para finalização desta etapa será realizada uma pergunta de estímulo a fim de que você acrescente o que desejar sobre a temática.

Em caso de aceite de participação desta pesquisa, solicitamos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexado). Após o seu consentimento espontâneo, pedimos que envie esse termo confirmando o aceite, o mais breve possível por este correio eletrônico.

Por favor, responda, no item a seguir, a melhor data e horário para a entrevista. Enviaremos o link da reunião da entrevista, na véspera da data, escolhida por você.

Na oportunidade, caso seja possível, solicitamos indicação de outro profissional, especialista em obstetrícia e que esteja no exercício das suas atividades profissionais, há pelo menos um ano, independentemente do tipo de vínculo, atuante nos seguintes setores: Triagem Obstétrica e ginecológica, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Clínica Obstétrica e ginecológica e Banco de Leite Humano, e seu e-mail para colaborar com pesquisa.

No aguardo da sua resposta, agradecemos antecipadamente sua atenção e colaboração para o sucesso dessa pesquisa e colocamo-nos à disposição para dúvidas e esclarecimentos.

Atenciosamente,

Quézia Tenorio Ferreira

Mestranda do PPGENF/UFPE

E-mail: quezia.tferreira@ufpe.br

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Docente Titular do Departamento de Enfermagem/UFPE

Orientadora

E-mail: cleide.pontes@ufpe.br

Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal

Docente Associada do Departamento de Enfermagem/UFPE

Coorientadora

E-mail: luciana.leal@ufpe.br

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) - COLETA DE DADOS VIRTUAL

Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Representações sociais de enfermeiros obstetras sobre as mulheres em situação de rua”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Quézia Tenorio Ferreira, (Rua dos Ipês Amarelos, nº215-P04, Loteamento Florestinha, Bairro São José, Carpina-PE. CEP: 55817-120 e-mail:quezia.tferreira@ufpe.br. Telefone para contato: (81) 994457937). Sob orientação da Profa. Dra. Cleide Maria Pontes (e-mail: cleide.pontes@ufpe.br. Telefone: (81) 999785931) e da Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal (e-mail: luciana.leal@ufpe.br. Telefone: (81) 991829930).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar desse estudo, pedimos que assinale a opção de “Aceito participar da pesquisa” no final desse termo.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo principal do estudo é analisar as representações sociais atribuídas pelos enfermeiros obstetras sobre as mulheres em situação de rua. Sua participação é de extrema relevância para o nosso estudo, tendo em vista que, os dados obtidos com sua entrevista irão somar forças na busca por uma assistência igualitária e pautada na empatia, pois a temática “mulher em situação de rua” ainda carrega estigmas. Além disso, a pesquisa fornecerá benefícios diretos a você, permitindo que a reflexão sobre a prática da assistência às mulheres em situação de rua faça parte da sua rotina.

A pesquisa que será realizada por meio de uma entrevista individual, através de vídeo-chamada, tendo em vista o momento pandêmico atual. No início da coleta serão questionados dados sociodemográficos e de experiência profissional. Em seguida será solicitado que você diga cinco palavras que rapidamente associa a alguns termos apresentados pela entrevistadora. Para as palavras ditas será solicitado que você ordene por importância da palavra que mais se relaciona com o objeto do estudo até a que menos se relaciona e explique o porquê da escolha. Tendo feito isso seguiremos para a parte narrativa da entrevista, onde você falará livremente sobre o tema exposto, para finalização desta etapa será realizada uma pergunta de estímulo a fim de que você acrescente o que desejar sobre a temática. A entrevista poderá ter duração média de 30 minutos.

Os riscos dessa pesquisa são: cansaço físico durante a entrevista; constrangimento devido exposição pela filmagem e gravação. Para reduzir os riscos de cansaço físico devido a duração da entrevista será ofertada a possibilidade de interrupção da mesma para descanso e retorno assim que possível.

Os benefícios são: produção de conhecimento resultante da pesquisa, inclusive em formato acessível à população que será pesquisada, que auxiliará a nortear a prática do cuidado às mulheres em situação de rua.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos

ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Serão adotadas medidas de segurança no arquivamento dos dados, para que estes não sejam propagados sem autorização a fim de garantir principalmente a não exposição da filmagem da entrevista. Portanto o material coletado durante a pesquisa será arquivado por um período de cinco anos em pasta virtual, em computador do Departamento de Enfermagem da UFPE, na sala da Área Enfermagem em Saúde da Mulher, sob a responsabilidade da Profa. Cleide Maria Pontes. Após esse período, o material da coleta de dados será descartado.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.

(Assinatura do Pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Representações sociais de enfermeiros obstetras sobre as mulheres em situação de rua” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

Aceito Participar da pesquisa

Não aceito participar da pesquisa

Deixo registrado abaixo a melhor data e horário para realização da vídeo-chamada

Data: _____/_____/_____

Horário: ____:____

APÊNDICE D – TESE, ANTÍTESE E SÍNTESE DAS ENTREVISTAS NARRATIVAS SOBRE MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA

ENTREVISTA	TESE	ANTÍTESE	SÍNTESE
E1	A mulher em situação de rua possui sentimentos, emoções, pensamentos, talento e inteligência adquirida no dia-a-dia. Ela é uma mulher guerreira e que batalha para sobreviver. Mas, é invisível para a sociedade que não acolhe, não compreende e não ouve essas mulheres.	Várias características positivas da mulher em situação de rua foram referidas, no entanto a inteligência intelectual não foi contemplada entre esses atributos.	Apesar de a mulher em situação de rua possuir características psicológicas e culturais singulares como qualquer outro ser humano, bem como ensinamentos de vida que acrescentariam conhecimento numa troca interpessoal, a sociedade não busca conhecer sua história de vida, inclusive sua inteligência intelectual, e consequentemente não enxerga a necessidade de acolhida, compreensão e escuta.
E2	As mulheres em situação de rua sofrem violência diariamente, porque se encontram sozinhas, vulneráveis e sem apoio político.	A solução para redução da violência contra a mulher em situação de rua limitou-se a políticas públicas.	A violência contra a mulher no contexto das ruas nasce da sua vulnerabilidade. As políticas existentes não abrangem as pessoas que vivem em situação de rua o que interfere ainda mais na sua qualidade de vida.
E3	A mulher em situação de rua não possui apoio psicológico, nem familiar. Ficam sujeitas a violência pelos próprios companheiros das ruas e passam a utilizar drogas por não poder rejeitar.	Várias vulnerabilidades são apontadas em relação à mulher em situação de rua, entretanto, o uso de drogas como consequência da revolta pela ausência de moradia leva essa mulher a uma situação de risco maior.	A falta de apoio psicológico e familiar torna as mulheres em situação de rua mais vulneráveis à violência cometida pelos próprios companheiros das ruas. Além disso, a falta de moradia gera revolta e faz com que a mulher passe a fazer uso de drogas e se envolva em mais situações de risco.
E4	A falta de uma identificação social faz com que as mulheres em situação de rua sejam excluídas da sociedade e entrem no mundo da criminalidade, das drogas e da violência sexual. O fato de ser mulher torna mais difícil essa realidade, uma vez que existe preconceito pelo gênero e singularidades do organismo feminino como menstruação e criação de filhos.	A entrada no mundo das drogas e da criminalidade está condicionada à necessidade de criar os filhos.	Ser mulher em situação de rua torna essa realidade mais difícil por questões como preconceito pelo gênero e singularidades do organismo feminino (período menstrual e criação de filhos). Não possuir identificação social faz com que essas mulheres sejam excluídas da sociedade e adentrem no mundo da criminalidade, das drogas e da violência sexual. As necessidades provenientes da criação dos filhos também influenciam na introdução dessas mulheres no mundo do crime.
E5	A mulher em situação de rua possui escassez nas necessidades básicas humanas (alimentação, higiene, vestimenta, moradia e saúde).	O fato de a mulher habitar as ruas foi relacionado a não realização de pré-natal no período gestacional.	A mulher em situação de rua possui más condições de alimentação, higiene, vestimenta, moradia e não realizam pré-natal durante o período gestacional.

E6	As mulheres em situação de rua lidam com um ciclo de acontecimentos que perpassa gerações. A falta de moradia está interligada aos cuidados de saúde interferindo nas medidas preventivas e no cenário obstétrico.	A caracterização das mulheres em situação de rua limitou-se basicamente ao fato de elas gerarem crianças que irão para abrigos e posteriormente para as ruas.	A falta de moradia interfere nas medidas preventivas de cuidado à saúde. As lacunas existentes na vida das mulheres em situação de rua perpassam gerações, portanto seus filhos que a priori irão para abrigos, posteriormente viverão nas ruas assim como suas mães.
E7	As mulheres em situação de rua são mais vulneráveis à prostituição e as principais consequências da exposição sexual são: violência cometida pelos próprios parceiros, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.	Apesar da vulnerabilidade da mulher em situação de rua em relação ao sexo, a busca por ele foi atrelada a necessidade do uso de drogas, que permanece mesmo durante o período gravídico, ou em troca de ajuda.	As mulheres em situação de rua se expõem à prostituição para ter acesso às drogas, ou em troca de ajuda. O sexo desprotegido as deixam mais vulneráveis à violência, às doenças infecciosas sexualmente transmissíveis e à gravidez.
E8	As mulheres em situação de rua são negligenciadas pelo poder público e sofrem preconceito da sociedade.	O preconceito sofrido pela mulher que vive nas ruas limitou-se ao número de filhos que elas possuem.	O poder público negligencia as mulheres em situação de rua, que também sofrem preconceito da sociedade devido a quantidade filhos que possuem.
E9	Não existe cuidado para as mulheres em situação de rua, bem como não há orientação nas instituições de ensino sobre como assistir a saúde dessas mulheres.	Apesar de não existir cuidado para as mulheres que vivem nas ruas é citada na fala que pequenos grupos de pessoas prestam algum tipo de cuidado para essa população.	As mulheres em situação de rua não recebem nenhum tipo de cuidado, além disso, as instituições de ensino não orientam os estudantes de saúde sobre como deve ser a assistência a essas mulheres. Contudo, pequenos grupos de pessoas prestam algum tipo de cuidado a essa população.
E10	A mulher em situação de rua encontra-se à margem da sociedade e com vulnerabilidade maior devido ao sexo, por isso precisa submeter-se ao sexo oposto para poder sobreviver.	Apesar da mulher em situação de rua ser mais vulnerável por estar à margem da sociedade, ela é equiparada às demais que possuem moradia.	Por estarem à margem da sociedade e com maior vulnerabilidade devido o sexo, as mulheres em situação de rua submetem-se aos homens em busca de sobrevivência. Entretanto, são tão mulheres quanto as que possuem moradia.
E11	As mulheres em situação de rua são estigmatizadas, possuem seus direitos básicos negados e por isso se tornam mais expostas a situações de risco, como por exemplo a violência.	A redução da violência nas ruas foi condicionada à implementação de estratégias governamentais na rua.	As mulheres em situação de rua encontram-se mais expostas a situações de risco devido os estigmas e negação de seus direitos básicos. A violência nas ruas pode ser reduzida se o governo implementar estratégias nas ruas.
E12	A mulher em situação de rua é extremamente vulnerável devido questões intrínsecas ao organismo feminino, como ciclo menstrual, gestação, amamentação e puerpério.	Apesar das vulnerabilidades provenientes do sexo feminino, a mulher em situação de rua é guerreira por natureza e luta diariamente pela sua sobrevivência.	A mulher em situação de rua é guerreira por natureza e luta diariamente pela sua sobrevivência, porém algumas questões intrínsecas ao organismo feminino às deixam mais frágeis, como ciclo menstrual, gestação, amamentação e puerpério.

APÊNDICE E – TESE, ANTÍTESE E SÍNTESE DAS ENTREVISTAS NARRATIVAS SOBRE O CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA

ENTREVISTA	TESE	ANTÍTESE	SÍNTESE
E1	O cuidado à mulher em situação de rua deve ser integral, buscando alinhar o seu bem-estar psicoespiritual e social. Para isso é necessário que existam políticas públicas específicas para essas mulheres.	A implementação do cuidado à mulher em situação de rua, apesar do conceito holístico, ficou na dependência de políticas públicas específicas para esse grupo de mulheres.	Para implementação de um cuidado integral às mulheres em situação de rua, é necessário que políticas públicas específicas para essa população sejam criadas, porém, essas políticas precisam ter seriedade e efetivação, e não apenas divulgação nas mídias.
E2	Para que haja cuidado às mulheres em situação de rua, é necessário que sejam implantadas ações de assistência à saúde nas ruas através de políticas que possuam um olhar diferenciado para essa população.	As ações de assistência à saúde para as mulheres em situação de rua dependem da visão política sobre essa população.	O principal cuidado às mulheres em situação de rua seria a partir de políticas que tivessem um olhar diferencial para essa população, inserindo ações de assistência à saúde nas ruas. Entretanto, os governantes não efetivam esse olhar e o cuidado não flui.
E3	O cuidado à mulher em situação de rua se dá através de acolhimento e orientação por parte de uma equipe multiprofissional que busque encontrar seus familiares e retirá-la das ruas.	O cuidado à mulher em situação de rua resumiu-se ao período gestacional.	A equipe multiprofissional possui a função de acolher e orientar a mulher em situação de rua que esteja gestante, vinculando-a a uma UBS para realização do pré-natal e buscando seus familiares a fim de retirá-la das ruas.
E4	O cuidado para a mulher em situação de rua é fornecido pelo SUS e deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, de forma interdisciplinar e integral, a fim de acolher, aconselhar e conhecer a história de cada uma delas. As políticas existentes para essa população deveriam mobilizar-se em distribuir moradia, ampliar a assistência dos profissionais de saúde, inserindo os ambulatórios de rua nas cidades do interior.	Apesar de existirem serviços que promovem o cuidado à mulher em situação de rua a procura delas por estes locais só ocorre em último caso, além de não cumprirem com as orientações dadas, devido principalmente à educação recebida durante a vida.	Existem serviços que prestam cuidado às mulheres em situação de rua via SUS, porém as políticas existentes deveriam mobilizar-se em distribuir moradia, ampliar a assistência dos profissionais de saúde para essas mulheres, inserindo os ambulatórios de rua nas cidades do interior. Porque o cuidado à mulher em situação de rua deve ser integral, com a presença de uma equipe multidisciplinar e de forma interdisciplinar. Entretanto, o acesso a esses serviços por parte dessas mulheres é escasso, geralmente elas só procuram em último caso, devido principalmente à educação recebida.
E5	Diversos cuidados essenciais inexistem para as mulheres em situação de rua devido à falta de oportunidade, violência doméstica e criação precária.	Apesar da existência dos serviços básicos que garantem ao cidadão o direito mínimo de sobrevivência, as mulheres em situação de rua possuem esse direito fragilizado.	Existem diversos cuidados essenciais que garantem ao cidadão o direito mínimo de sobrevivência, entretanto, devido à falta de oportunidade, violência doméstica e criação precária as mulheres em situação de rua possuem esse direito fragilizado.
E6	O cuidado às mulheres em situação de rua é bastante difícil devido as lacunas e	Mesmo havendo projetos voltados para as mulheres em situação de rua existe	Promover cuidado à mulher em situação de rua não é fácil, pois existem lacunas e burocracias que dificultam

	burocratização no acesso. Os projetos existentes para essa população não abrangem esse público em toda sua totalidade.	dificuldade em prestar e dar segmento no cuidado à essas mulheres, devido os conceitos prévios que elas possuem.	o acesso dessa população, além disso os conceitos prévios que essa mulher possui interfere no segmento do cuidado prestado.
E7	Deveria existir uma política pública direcionada especificamente para as mulheres em situação de rua com foco em questões como câncer de colo de útero, infecção sexualmente transmissível, planejamento familiar e orientação sobre o consumo de drogas.	O consultório na rua que é voltado para as pessoas em situação de rua é referido como uma assistência que não atua em questões específicas do sexo feminino.	Apesar de existir o consultório na rua que é específico para as pessoas em situação de rua, faz-se necessário uma política pública direcionada especificamente para as mulheres em situação de rua com foco em questões de saúde feminina e consumo de drogas.
E8	Não existe cuidado para as mulheres em situação de rua, bem como não há orientação nas instituições de ensino sobre como assistir a saúde dessas mulheres.	Apesar de não existir cuidado para as mulheres que vivem nas ruas é citada na fala que pequenos grupos de pessoas prestam algum tipo de cuidado para essa população.	As mulheres em situação de rua não recebem nenhum tipo de cuidado, além disso, as instituições de ensino não orientam os estudantes de saúde sobre como deve ser a assistência a essas mulheres. Contudo, pequenos grupos de pessoas prestam algum tipo de cuidado a essa população.
E9	Existem projetos, casas de apoio e consultório na rua que são voltados para a assistência às mulheres em situação de rua.	Mesmo existindo assistência para as mulheres em situação de rua em algumas esferas de cuidado, esses instrumentos assistenciais foram citados como não contemplando todas as necessidades desse grupo.	Os projetos, casas de apoio e consultórios na rua não prestam uma assistência completa às mulheres em situação de rua.
E10	O cuidado para as mulheres em situação de rua deve ser construído com base nas suas singularidades e livre de preconceitos.	O cuidado às mulheres em situação de rua não ocorre como deveria devido principalmente à falta de políticas.	O cuidado às mulheres em situação de rua deve ser pensado levando em consideração as singularidades desse grupo e sem preconceitos. Contudo ele ainda não ocorre como deveria devido à falta de políticas.
E11	O cuidado à mulher que vive nas ruas deve ser pensado de forma singular, sem preconceitos. É necessário a criação de políticas públicas que possuam força e sejam impactantes.	Existem políticas públicas voltadas para essa população, porém, elas são ineficazes e mal implementadas.	O cuidado às mulheres em situação de rua deve ser singular e livre de preconceitos. Faz-se necessário a criação de políticas públicas impactantes, pois as existentes são ineficazes e mal implementadas.
E12	As mulheres em situação de rua geralmente procuram os serviços de saúde apenas quando estão parindo ou com alguma doença grave, por isso o cuidado deve ser focado em acolher bem essas mulheres nesses locais a fim de prestar uma assistência integral.	Mesmo a procura dessas mulheres sendo aos serviços institucionais também é necessário um cuidado inserido nas ruas através de políticas e com foco na prevenção em saúde.	O cuidado para as mulheres em situação de rua deve ser pensado em duas vertentes: serviços de saúde e inserção de medidas preventivas nas ruas, a fim de prestar uma assistência integral com adequado acolhimento e amparado por políticas.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

25/10/2021 11:20

SEI/GOVPE - 18141957 - GOVPE - Declaração

Secretaria de
SaúdeGOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO

GOVPE - Declaração

Processo SEI nº 2300000157.000958/2021-28

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa com o tema REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS SOBRE AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA, da pesquisadora Quézia Tenório Ferreira, sob orientação da Prof^a. Dra. Cleide Maria Pontes, na Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que o desenvolvimento deste projeto está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

O mesmo deverá cumprir os requisitos da Resolução CNS N^o466/12 e suas complementares, e Resolução N^o510/16, comprometendo-se, dentre outras coisas, a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Atenciosamente

Emanuela de Oliveira Silva Souza
Analista em Educação na Saúde



Documento assinado eletronicamente por Emanuela de Oliveira Silva Souza, em 25/10/2021, às 11:13, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10^o, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).

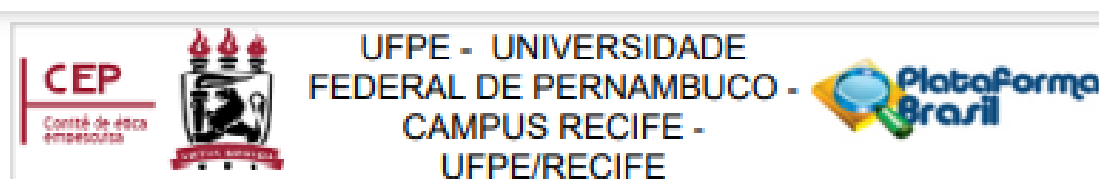


A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 18141957 e o código CRC A0852FFB.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, - Bairro Bongü, Recife/PE - CEP 50751-530, Telefone: (81)3184-0000

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS SOBRE AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

Pesquisador: Quézia Tenório Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53151221.2.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.140.724

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação, sob a responsabilidade de Quézia Tenório Ferreira, sob a orientação da professora Dra Cleide Maria Pontes e co-orientação da Profa. Dra Luciana Pedrosa Leal, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Trata-se de estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa a ser realizado com enfermeiras obstetras que trabalham em maternidades públicas do Estado de Pernambuco. Os dados serão coletados por meio de entrevista realizada na plataforma Google meet, e serão analisados com auxílio de software IRAMUTEQ.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar as representações sociais atribuídas pelas enfermeiras obstetras sobre as mulheres em situação de rua.

Objetivos Específicos

Descrever o conteúdo das representações sociais sobre mulheres em situação de rua.

Identificar a estrutura das representações sociais sobre mulheres em situação de rua.

Identificar as práticas de cuidado das enfermeiras com relação às mulheres em situação de rua e descrever os membros das redes sociais apoiadoras dos cuidados às mulheres em situação de rua.

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde

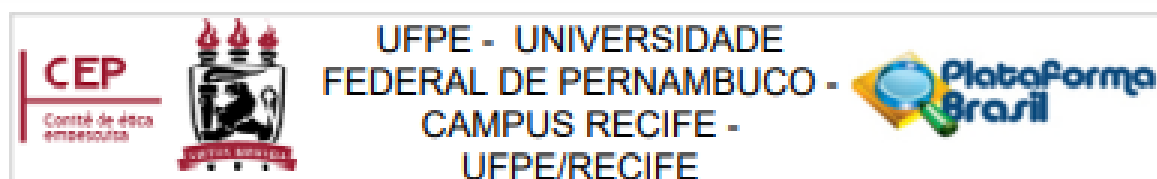
Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-800

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cep@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.140.724

Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_SES.pdf	05/11/2021 17:31:28	Quézia Tenório Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA_ATU ALIZADA.pdf	05/11/2021 17:24:12	Quézia Tenório Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 02 de Dezembro de 2021

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cep@umanca.ufpe@ufpe.br