

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CRISTINA ELISA NOBRE SCHIAVI**

**A VIVÊNCIA DA MATERNIDADE POR MULHERES COM TRAJETÓRIA DE  
RUA: VULNERABILIDADES E DIREITOS HUMANOS**

**PORTO ALEGRE**

**2022**

**CRISTINA ELISA NOBRE SCHIAVI**

**A VIVÊNCIA DA MATERNIDADE POR MULHERES COM TRAJETÓRIA DE  
RUA: VULNERABILIDADES E DIREITOS HUMANOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família.

Eixo temático: Saúde da mulher nas etapas da vida e sua relação com o contexto familiar e sociocultural.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Letícia Becker Vieira.

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Adriana Roes Ramos.

**PORTO ALEGRE**

**2022**

### CIP - Catalogação na Publicação

Schiavi, Cristina Elisa Nobre  
A VIVÊNCIA DA MATERNIDADE POR MULHERES COM  
TRAJETÓRIA DE RUA: VULNERABILIDADES E DIREITOS HUMANOS  
/ Cristina Elisa Nobre Schiavi. -- 2022.  
129 f.  
Orientadora: Letícia Becker Vieira.

Coorientadora: Adriana Roese Ramos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,  
2022.

1. Pessoas em situação de rua. 2. Mulheres. 3.  
Vulnerabilidade em saúde. 4. Direitos humanos. 5.  
Direitos sexuais e reprodutivos. I. Vieira, Letícia  
Becker, orient. II. Ramos, Adriana Roese, coorient.  
III. Título.

**CRISTINA ELISA NOBRE SCHIAVI**

**A VIVÊNCIA DA MATERNIDADE POR MULHERES COM TRAJETÓRIA DE  
RUA: VULNERABILIDADES E DIREITOS HUMANOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de junho de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**




---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Letícia Becker Vieira  
Presidente da Banca – Orientadora  
PPGENF/UFRGS



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Adriana Roese Ramos  
Co-orientadora  
PPGENF/UFRGS

 Documento assinado digitalmente  
CHRISTINE WETZEL  
Data: 01/07/2022 09:23:38-0300  
Verifique em <https://verificador.itl.br>

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Christine Wetzel  
Membro da Banca  
PPGENF/UFRGS



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosana Maffaccioli  
Membro da Banca  
EENF/UFRGS



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Stela Maris de Mello Padoin  
Membro Externo da Banca  
UFSM

“Por amor às causas perdidas”.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas, todos e todes que percorreram os (des)caminhos desta dissertação junto comigo, me fazendo acreditar ser possível a realização deste sonho do modo como eu tanto desejava, e a respeito de uma temática que me inspira e me mobiliza para me tornar uma mulher e profissional mais sensível “às causas perdidas”. Em especial, registro sinceros agradecimentos à minha querida família, amigos, professoras, trabalhadores, colegas, e à minha filha de quatro patas. Por último e não menos importante, agradeço às mulheres em situação ou com trajetória de rua que (des)encontrei ao longo deste intenso e potente percurso.

**POR QUE NÃO  
PODEMOS  
SER MÃES?**

Fonte imagem: Jornal Boca de Rua (2017)

## RESUMO

**Introdução:** A presente dissertação se propõe a tomar a pluralidade das existências de mulheres com trajetória de rua para refletir acerca das situações de vulnerabilidade vivenciadas por elas frente a maternidade nas ruas. Embora em menor número, as mulheres que vivem nas ruas estão mais suscetíveis às discriminações, desigualdades e violências. A literatura revela que a vivência da maternidade nas ruas se trata de um problema de saúde pública que afeta diversos países, sendo decorrente de uma série de condições de vulnerabilidade, demandando investigações que possam auxiliar na efetivação de intervenções que respeitem e atendam às necessidades e direitos das mulheres e seus filhos. A relevância desta pesquisa está em identificar situações potenciais de vulnerabilidade, para que seja possível a construção e consolidação de ações e políticas públicas nos mais diversos âmbitos, em especial, no campo da saúde.

**Objetivo:** Compreender a vivência da maternidade por mulheres com trajetória de rua sob a luz do referencial teórico da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH).

**Método:** Trata-se de estudo de natureza qualitativa, com caráter exploratório-descritivo. Os campos da pesquisa foram o Consultório na Rua - Centro e o Coletivo Troque a Fome por Flor. As participantes foram mulheres, maiores de dezoito anos, que tiveram a sua trajetória de vida marcada pela vivência da maternidade em situação de rua. Todas as participantes foram selecionadas e convidadas de modo intencional, e as informações foram coletadas por meio de entrevistas em profundidade. O corpus de análise desta pesquisa envolve as oito entrevistas desenvolvidas a partir desta dissertação, além das quatro entrevistas que compõem um banco de dados digital de acesso restrito que foi incluído neste estudo conforme autorização das pesquisadoras responsáveis, totalizando um quantitativo de doze entrevistas. Para a análise das informações obtidas, utilizou-se a análise temática proposta por Minayo, em articulação com o referencial analítico da V&DH. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob CAAE nº 44865221.7.0000.5347.

**Resultados:** Desvela-se que a constituição da maternidade no cenário da rua é atravessada por arbitrariedades, normatizações e moralidades que intensificam os processos de vulnerabilização aos quais elas estão submetidas. Foram evidenciadas uma série de situações de discriminações e violências que repercutem em vulnerabilidades, demarcando o cenário de reprodução de uma verdadeira máquina de violações de direitos. Nessa direção, elas são interpeladas por constantes e sucessivas intervenções de controle travestido de cuidado, nas quais tornam-se explícitos o descaso, desconfiança, desinformação, desassistência e negligência, bem como a falta de acolhimento e suporte, no decorrer da vivência da maternidade nas ruas. Como consequência dessa conjuntura de cerceamento do direito à vivência da maternidade, ficou explícito o afastamento dessas mulheres dos serviços e instituições, contribuindo para definir desfechos em saúde desfavoráveis para elas e seus filhos, culminando em maior vulnerabilização.

**Considerações finais:** Tornou-se explícita a carência de ações e políticas públicas que contemplem as especificidades de mulheres com trajetória de rua, sobretudo, na vivência da maternidade. Identificou-se a urgência de aproximá-las dos serviços e instituições, no sentido de construir com elas uma rede de apoio verdadeiramente efetiva e que dialogue com suas possibilidades e perspectivas. Assim, torna-se um imperativo ético-estético-político, construir práticas em saúde comprometidas com a justiça e proteção social, mitigando vulnerabilidades e promovendo direitos humanos.

**Palavras-chave:** Pessoas em situação de rua; Mulheres; Vulnerabilidade em saúde; Direitos humanos; Direitos sexuais e reprodutivos.

## ABSTRACT

**Introduction:** The present dissertation proposes to take the plurality of the existences of women with a street trajectory to reflect on the situations of vulnerability experienced by them in the face of motherhood on the streets. Although in smaller numbers, women who live on the streets are more susceptible to the discrimination, inequalities and violence. The literature reveals that the experience of motherhood on the streets is a public health problem that affects several countries, resulting from a series of vulnerability conditions, demanding investigations that can assist in the implementation of interventions that respect and meet the needs and rights of these women and their children. The relevance of this research lies in identifying potential situations of vulnerability, so that it is possible to plan and consolidate public actions and policies in the most diverse areas, especially in the field of health. **Objective:** To understand the experience of motherhood by women with a street trajectory in the light of the theoretical framework of Vulnerability and Human Rights (V&HR). **Method:** This is a qualitative study, with an exploratory-descriptive character. The research fields were the Consultório na Rua - Centro and the Collective Troque a Fome por Flor. The participants were women, over eighteen years old, who had their life trajectory marked by the experience of motherhood in a street situation. All participants were intentionally selected and invited, and the information was collected through in-depth interviews. The corpus of analysis of this research involves the eight interviews developed from this dissertation, in addition to the four interviews that make up a digital database of restricted access that was included in this study as authorized by the responsible researchers, totaling a quantitative of twelve interviews. For the analysis of the information, the thematic analysis proposed by Minayo was used, in conjunction with the analytical framework of V&HR. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul under CAAE nº 44865221.7.0000.5347. **Results:** The constitution of motherhood in the street scenario is crossed by arbitrariness, norms and moralities that intensify the vulnerability processes. It was possible to highlight a series of situations of discrimination and violence that affect vulnerabilities, demarcating the scenario of reproduction of a true machine of violations of the rights. In this direction, they are challenged by constant and successive interventions of control disguised as care, in which neglect, distrust, misinformation, lack of assistance and negligence become explicit, as well as the lack of reception and support, throughout the experience of motherhood on the streets. As a consequence of this conjuncture of curtailment of the right to experience motherhood, the detachment of these women from services and institutions was explicit, contributing to define unfavorable health outcomes for them and their children, culminating in greater vulnerability. **Final considerations:** It was explicit the lack of public actions and policies that address the specificities of these women, especially during the experience of motherhood. The urgency of bringing them closer to services and institutions was identified, in order to build an effective support network that dialogues with their possibilities and perspectives. It becomes an ethical-aesthetic-political imperative to build health practices committed to justice and social protection, mitigating vulnerabilities and promoting human rights.

**Keywords:** Homeless persons; Women; Health vulnerability; Human rights; Reproductive rights.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**Centro POP** - Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua

**CnaR** - Consultórios na Rua

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**COVID-19** – Corona Virus Disease

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**FASC** - Fundação de Assistência Social e Cidadania

**MDS** - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

**MNPR** - Movimento Nacional da População de Rua

**MNPR/RS** - Movimento Nacional da População de Rua do Rio Grande do Sul

**MS** - Ministério da Saúde

**PNPR** - Política Nacional para a População em Situação de Rua

**PSR** - População em Situação de Rua

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCC** - Trabalho de Conclusão de Curso

**TCR** - Trabalho de Conclusão de Residência

**UNISINOS** - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

**UFRGS** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**V&DH** – Vulnerabilidade e Direitos Humanos

## SUMÁRIO

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS: (DES)CAMINHOS E (DES)ENCONTROS.....</b>	<b>13</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>30</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>32</b>
3.1 CONCEPÇÕES SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	32
3.1.1 O Fenômeno da Situação de Rua: Contextualização Histórica e Conceitual.....	32
3.1.2 Caracterização da População em Situação de Rua.....	36
3.2 ASPECTOS ACERCA DO SER-MULHER E SER-MÃE.....	41
3.2.1 Construções e Revelações Sobre a Vivência da Maternidade por Mulheres em Situação de Rua.....	41
3.2.2 Marcos Legais e Normativos na Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Rua.....	46
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO: O QUADRO DA VULNERABILIDADE E DIREITOS HUMANOS.....</b>	<b>53</b>
4.1 O SURGIMENTO DE UM CONCEITO.....	53
4.2 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL, SOCIAL E PROGRAMÁTICA.....	57
<b>5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>63</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	63
5.2 CAMPOS DO ESTUDO.....	63
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	67
5.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES.....	69
5.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	71
5.6 ASPECTOS BIOÉTICOS.....	73
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>85</b>

<b>APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE BANCO DE DADOS.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS.....</b>	<b>91</b>

# CONSIDERAÇÕES INICIAIS

---

*Triste, louca ou má  
Será qualificada  
Ela quem recusar*

*FRANCISCO, EL HOMBRE*

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS: (DES)CAMINHOS E (DES)ENCONTROS

Desvelo que esta dissertação nasce das minhas inquietações pessoais, militantes e acadêmicas em meio aos (des)encontros da minha trajetória de vida enquanto mulher, enfermeira, *ex-resident*a em saúde mental, mestranda em uma universidade pública do sul do País, e que, desde pequena, sempre sonhou ser mãe. Assim, frente a esta escrita, me sinto convocada a pontuar que esse lugar do qual eu falo não é ocupado tão somente por méritos meus, mas é um lugar – não melhor ou pior do que outros, mas sim, um modo de estar no mundo – que só foi possível para mim a partir de muitos direitos que me foram garantidos, dos quais eu destaco o direito à educação.

Nessa direção, destaco que o que precisamos para estar onde desejamos é que se deixem ocupar os espaços, pois foi ocupando esses espaços e percorrendo os mais inusitados (des)caminhos que me deparei com inúmeros (des)encontros, os quais não poderia deixar de registrar nesta dissertação. A partir desse movimento de estar com o outro, me foram possíveis importantes afetações, transformações, entrelaçamentos e experimentações. Portanto, convém demarcar que esta é uma pesquisa atravessada por afetos, trocas, lutas, desejos e (des)construções.

A minha trajetória acadêmica revela o quanto esse entrelaçamento - entre ser mulher, a situação de rua e a vivência da maternidade - que essa dissertação se propõe a refletir faz sentido para mim. Desde que ingressei no curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), fui tomada por questões acerca do cuidado enquanto objeto de trabalho. Conforme fui me constituindo enquanto enfermeira – um tanto fora do padrão – me peguei apaixonada pelo ato de cuidar.

No decorrer da graduação, compreendi que o cuidado, tão caro para a enfermagem, não trata apenas de um conjunto de conhecimentos e técnicas a serem aplicados, mas de um ato construído no encontro entre os sujeitos e sujeitas, e que implica considerar as reais necessidades de vida das pessoas, entendendo que somos iguais, embora, ao mesmo tempo, sejamos tão diferentes. Desse modo, minha sensibilidade e minhas militâncias me fizeram apostar nessa potência do cuidado como um encontro no qual existe a disponibilidade da composição corpo-a-corpo, bem como a possibilidade da afetação e da transformação das pessoas e das realidades, criando-se outras histórias e inventando-se novos mundos, como uma forma de respirar e de se sentir mais vivo.

Portanto, sempre tive em mente que me dedicaria a alguma área da enfermagem na qual eu pudesse de fato exercer o que eu acredito enquanto cuidado, estando, dessa

forma, mais próxima das pessoas, das suas histórias, cotidianos, moradas, territórios, vidas, vivências, afetos. Por conta disso, aproveitei as oportunidades nas quais eu podia fazer diferente e podia estar fora da caixinha ou do “castelinho”. Foi assim que, no sétimo semestre da graduação, escolhi adentrar o universo do Consultório na Rua – Centro, como um dos meus campos de estágio obrigatório. Um espaço que me provocou e me transformou. Sentia-me, a cada dia, atravessada por uma história diferente, de dor e de sofrimento, mas também de luta, de coragem e de resistência. Conheci pessoas que mudaram a minha forma de pensar, de enxergar e de habitar o mundo, não em um sentido romântico e piegas, mas entendendo que em uma estrutura social tão avassaladora, algumas pessoas precisam resistir para poder existir.

Seguindo com os desbravamentos ao longo da graduação, eu também percorri caminhos que me (des)encontraram da saúde mental. Em um primeiro contato, logo nos primeiros semestres, confesso que senti um certo receio em me entregar à saúde mental, pois imaginava que seria um enorme desafio conviver com a loucura, e desconfiava que isso me levaria a ultrapassar meus próprios limites. Em decorrência disso, tentei quebrar esse vínculo com a saúde mental, me experimentando em outras áreas da Enfermagem. Entretanto, para a minha surpresa, a saúde mental sempre reaparecia ao longo do percurso, em estágios obrigatórios e não obrigatórios, monitorias, eventos, projetos de iniciação científica, grupos de pesquisa, e ecoou inclusive no meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Nessas idas e vindas, fui compreendendo que a loucura deveria estar em cada um de nós, em alguma medida, para que a gente pudesse romper com as tantas normas que nos são impostas na vida em sociedade. Fui entendendo também que percorrer a área da saúde mental e poder vivenciar as rupturas e as quebras dos manicômios físicos e mentais, assim como das correntes que nos aprisionam, seria muito mais do que um desafio para mim, mas algo que viria realmente a ultrapassar meus limites, no sentido mais belo e transgressivo da expressão, e viria a dar sentido tanto para a minha trajetória profissional quanto para a minha vida pessoal.

Interpelada por inúmeros atravessamentos e com a certeza de que o encontro com a saúde mental estaria presente nos meus futuros (des)caminhos, após o término da graduação em Enfermagem, me tornei *residenta* em saúde mental pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Nós nos denominávamos *residentas*, rompendo com a norma ortográfica, pois éramos formadas por um coletivo de mulheres. Juntas vivemos muito, sentimos muito, crescemos muito e resistimos muito. E foi incrivelmente louco e

transformador ser *residenta*, mas sobretudo, estar junto com mulheres que eu passei a amar e admirar tanto. Elas foram meus respiros em meio aos sufocos do dia-a-dia nos campos.

É evidente que as minhas parceiras de luta e de Residência não foram as únicas que contribuíram para o meu aprendizado, transformação e ressignificação. As usuárias e usuários que conheci pelo caminho tiveram um papel tão importante quanto elas nesse processo. Meus (des)encontros em meio às vivências enquanto *residenta* me levaram de volta ao Consultório na Rua – Centro, onde permaneci por quase um ano como campo de prática. Esse retorno não foi ao acaso, mas pelo meu desejo em estar perto dessas pessoas que ocupam e habitam as ruas da cidade, especialmente, as mulheres.

Diferentemente da época da graduação, enquanto *residenta* eu estava vivendo um outro momento e estava tomada por outras questões que perpassavam a minha constituição enquanto sujeito no mundo. Assim, estava desejando uma outra vivência nesse espaço do Consultório na Rua – Centro. Minha intenção era me aproximar das mulheres em situação de rua e conhecer suas histórias, desejos, sentidos, afetos, lutas, costuras e entrelaçamentos. Diante desse contexto, impulsionada pelos (des)encontros que tive com algumas mulheres, construí meu Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado “NEM TRISTES, NEM LOUCAS, NEM MÁS: mulheres com trajetória de rua e o (não) direito à maternidade”.

A trajetória que percorri ao longo deste trabalho, especialmente os momentos em que vivi com as mulheres que participaram da pesquisa, me tocou de uma maneira que é difícil colocar em palavras. Elas acabaram se tornando os meus respiros não só no dia-a-dia nos campos, mas também na vida. Conhecê-las e estar com elas, com as suas famílias e seus filhos, ao mesmo tempo que me aquecia o coração, me inquietava, desacomodava, e me fazia entender que era preciso dar um passo a mais para estar mais perto. Acredito que esse movimento que foi despertado em mim manteve e fomentou o desejo de seguir entrelaçada a essas mulheres, percorrendo (des)caminhos junto com elas, fez emergir o meu encontro com o mestrado e suas repercussões.

Antes de me aprofundar nas especificidades desta dissertação, cabe pontuar que ao longo da trajetória do meu TCR tive encontros potentes com três elementos que foram disparadores e inspiradores dessa escrita e que seguem reverberando em mim até os dias de hoje. O primeiro foi a música “Triste, Louca ou Má” pertencente ao álbum *Soltasbruxa* da banda Francisco, el Hombre. Os outros foram os dois livros da coleção “Luta Antimanicomial e Feminismos” das organizadoras Melissa e Rachel: o primeiro volume

traz discussões sobre gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o segundo discorre sobre inquietações e resistências. Cada vez que os reencontro, é um momento único de afetação, de potência, de vida e de libertação.

No decorrer do Mestrado, encontrei pessoas e espaços que me levaram aos (des)caminhos que me fizeram delimitar o objeto desta dissertação. Destaco, em especial, o encontro com a disciplina de Vulnerabilidades e Direitos Humanos: perspectivas teóricas para o cuidado, ministrada pela minha orientadora, em parceria com outras professoras, de dentro e de fora da UFRGS. Esta vivência me fez questionar sobre que cuidado é esse que estamos (re)produzindo para as mulheres que vivenciam a maternidade nas ruas? E me trouxe ainda mais certeza sobre a importância de construirmos outras formas de pensar e agir no campo da saúde, lutando pela afirmação da igualdade, e ao mesmo tempo, pelo reconhecimento da diferença, como aponta Boaventura (2003).

Esses elementos, em especial, e juntamente com os (des)encontros que vivo, vivi e desejo viver nos meus (des)caminhos, me fazem pensar sobre como é ser mulher e ser mãe em uma sociedade racista, capitalista, patriarcal, proibicionista e manicomial. Sobretudo, para aquelas mulheres que ocupam lugares extremamente subalternizados na nossa sociedade, e que são atravessadas pelas marcas da vida nas ruas. Desse modo, eu, enquanto mulher e desejante em ser mãe, reconhecendo e pontuando meu lugar de privilégio em meio a esse contexto, me sinto convocada a fazer a costura e militância de pautar a temática desta dissertação.

Ressalto que a partir dos meus tantos (des)encontros fui descobrindo o que de fato fazia sentido para mim, qual seria o meu modo de ser mulher no mundo, onde e com quem eu queria estar, e quais as lutas que eu iria abraçar e bancar. Portanto, militante das políticas públicas, do Sistema Único de Saúde (SUS), dos direitos humanos, do cuidado em liberdade, de um mundo mais justo, solidário e com respeito às mais diversas formas de ser e estar no mundo. No mais, sigo acreditando e militando em defesa das bandeiras feministas, antimanicomiais, antirracistas e antiproibicionistas, buscando romper com o modo patriarcal e sexista de enxergar as mulheres, modo este tão legitimado ao longo dos tempos-espacos. Além disso, acredito e aposto na liberdade dos corpos das mulheres e no entendimento de que toda a vida vale a pena ser vivida e vale a pena ser apostada.

Por fim, destaco que o ato de ler o mundo é o que nos move e lanço mão da importância de compreendermos a escrita enquanto ato político. A filósofa e feminista Donna Haraway (1995) corrobora com essa visão de mundo ao argumentar que todo conhecimento parte de um lugar social e de um posicionamento crítico. Ela observa que



nós fazemos pesquisa através do nosso corpo, um corpo que é estruturante e estruturado, ou seja, que é político. E se todo corpo é político, não há uma escrita passível de neutralidade e tampouco de universalização, haja vista as possibilidades de conexões e aberturas inesperadas que o conhecimento situado em um dado espaço social oferece. Portanto, pode-se dizer que é isso que o torna tão potente.

Diante desse movimento de uso da palavra, cabe pontuar que a escrita constitui-se de uma ferramenta que está intimamente relacionada à toda uma perspectiva ético-estético-política de quem escreve, como se escreve, com que intencionalidade se escreve e a quem essa escrita é endereçada, especialmente em tempos nos quais o ato de pensar é também resistir. Portanto, no que diz respeito às nossas escritas e pesquisas acadêmicas, ressalto que mais do que nunca, se faz necessário esse movimento de pensar-resistir-transformar.

Desse modo, esta dissertação não tem a pretensão de universalizar existências que são únicas, pois universalizá-las significaria capturar a pluralidade que existe em cada uma dessas vidas. Tampouco pretende-se dar voz a alguma pessoa ou segmento social, mas a intenção é sim a de visibilizar as vulnerabilidades que permeiam a vivência da maternidade por essas mulheres, sem ocupar os seus lugares de protagonismo.

Este trabalho caminha na direção da utilização do recurso acadêmico da (re)escrita de suas experiências como um instrumento ético, estético e político de reafirmação dos seus modos de ser, estar e ser mãe no mundo, bem como do seu direito de (re)existir: ético porque reconhece a diferença, assim como recusa e repulsa moralidades; estético porque existe nessa dicotomia entre criar e destruir, ao passo que cria potências e modos de vida possíveis ao mesmo tempo em que destrói estigmas e preconceitos; e político porque, extrapolando a noção partidária e percorrendo uma dimensão mais ampla do termo, considera a potência das coletividades.

Nessa perspectiva, sublinho o que Manuela D'Ávila (2019) revela em seu livro *Revolução Laura*, que precisamos colocar a maternidade em seu lugar concreto, ou seja, não há espaço para romantizações e idealizações. Viver a maternidade não significa abrir mão da liberdade, não deveria significar. Logo, precisamos reinventá-la urgentemente. Nesse sentido, se faz necessário pautá-la na sua dimensão revolucionária. E como ela mesma disse “Somos todas malas madres. Sejamos juntas”.

## INTRODUÇÃO

---

*Seguir receita tal  
A receita cultural  
Do marido, da família  
Cuida, cuida da rotina*

*FRANCISCO, EL HOMBRE*

## 1 INTRODUÇÃO

Frente às minhas inquietações, nasce esta dissertação, que se propõe a refletir sobre o encontro entre ser mulher, a situação de rua e a vivência da maternidade. Ela toma a pluralidade das existências de mulheres com trajetória de rua para pensar acerca das vulnerabilidades vivenciadas por elas frente à vivência da maternidade nas ruas. Nesse sentido, versa sobre seus modos de ser e estar no mundo. Mulheres com trajetória de rua são aquelas que em algum momento de suas vidas precisaram ocupar e habitar as ruas das cidades, podendo ainda estar em situação de rua ou não. Em outras palavras, são mulheres que carregam as marcas do intercâmbio que ora envolve a rua, ora envolve a casa, a ocupação, a pensão, o abrigo, o albergue e outros espaços.

Para iniciar a delimitação do tema desta pesquisa, trago dados de recentes investigações que apontam que, no Brasil, em geral, e em Porto Alegre, em especial, a População em Situação de Rua (PSR) tem crescido demográfica e organizativamente, demonstrando crescente consciência de sua condição e de seus direitos. No município em questão, o último censo realizado em 2016 observou um aumento de 57% dessa população, em comparação com o censo realizado em 2011 (GEHLEN *et al.*, 2017).

Nas últimas décadas foram conquistados importantes avanços em relação a essa população, principalmente a partir das lutas do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR)<sup>1</sup>, que tem viabilizado a mobilização política voltada à PSR, o combate aos estigmas e a promoção de direitos, além da estruturação de políticas públicas voltadas para esse público. Esse movimento tem concretizado a criação de serviços especializados no atendimento à PSR, principalmente nos campos da saúde, assistência social e educação (BRASIL, 2009a; GEHLEN *et al.*, 2017).

No entanto, a implementação dessas ações, serviços e dispositivos não garante, por si só, que se efetive um cuidado à PSR, fundamentado nos princípios de autonomia, emancipação e liberdade dos sujeitos, de modo a não cercear ou capturar os corpos e as existências dessas pessoas. Também não se assegura um cuidado que não discrimine, tutele e viole direitos (GEHLEN *et al.*, 2017). Jorge *et al.* (2011) apontam que cada sujeito tem seu modo de vida, necessidades, singularidades e planos para o futuro, que, na

---

<sup>1</sup> O Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) se constitui como um movimento de luta e reivindicação dos direitos da população de rua, organizado e liderado por homens e mulheres em situação ou com trajetória de rua, com o apoio de estudantes, pesquisadores e profissionais dos serviços públicos organizados em nível nacional. Disponível em <[www.popruasp.wordpress.com](http://www.popruasp.wordpress.com)>.

maioria das vezes, vão além do que pode ser buscado ou concretizado dentro dos muros e aprisionamentos dos espaços institucionais. Logo, é fundamental compreender o real, o vivido no espaço micropolítico, efetivando a consolidação de práticas e intervenções mais próximas de cada cotidiano e de cada subjetividade.

Também é relevante mencionar que no âmbito macropolítico vivemos um momento bastante delicado no País. Em meio aos mais recentes (des)governos, o Brasil, conduzido por uma política econômica neoliberal baseada em pautas morais e valores tradicionais, está tomado por uma onda de perseguições, ameaças e retrocessos conservadores que se desdobram na progressiva retirada de direitos básicos e que colocam em xeque a garantia de políticas públicas. Essa conjuntura atual de crise política do País aponta para impactos avassaladores nas lutas populares, que fragilizam e deslegitimam os avanços conquistados até o presente momento, especialmente aqueles sustentados pelos movimentos sociais (FONTES, 2017; PEREIRA; PASSOS, 2019).

Em tempos como esses, nos quais somente se consegue vislumbrar o constante ataque às ditas minorias sociais, é urgente que se esteja cada vez mais próximo das pessoas que são profundamente impactadas pela ausência dos recursos mínimos de vida. Nestas circunstâncias, exigem atenção especial, as mulheres, negras e pobres. Elas têm sido historicamente marcadas por diversas violências e violações de direitos, sofrendo os abalos objetivos e subjetivos da conjuntura atual, uma vez que ocupam um lugar extremamente subalternizado na hierarquização das vidas (PEREIRA; PASSOS, 2019).

Nessa direção, autoras feministas e antirracistas apontam que os sistemas de poder que estruturam e sustentam a base da nossa sociedade – o patriarcado, o colonialismo e o capitalismo - são materializados de diversas formas, através de práticas, discursos e instituições. Porém, respingam com muito mais intensidade e perversidade nos corpos negros, pobres, periféricos e femininos (LEAL; CALDERÓN, 2017; NASCIMENTO; RODRIGUES, 2019).

Como contraponto aos retrocessos no âmbito macropolítico, Nascimento e Rodrigues (2019) sinalizam a relevância de colocarmos em pauta as mulheres em situação ou com trajetória de rua, encarceradas, prostitutas, domésticas, usuárias de drogas ou em qualquer outra situação de vulnerabilidade decorrente desses sistemas de poder hegemônicos. Portanto, torna-se fundamental compreender e analisar a realidade dessas mulheres, de modo que possam ser pensadas as relações sociais e as numerosas diferenças e desigualdades que elas geram. Para tanto, algumas considerações são necessárias no

que diz respeito ao que significa ser mulher no cenário de um verdadeiro “aprisionamento a céu aberto” como é a rua (LEAL; CALDERÓN, 2017; PEREIRA; PASSOS, 2017).

A dinâmica de vida nas ruas é paradoxal, ao mesmo tempo em que se confluem sensações de liberdade e autonomia, também permeiam sentimentos de medo e incerteza. Mediante uma lógica de organização pessoal e social peculiar, a privacidade se desfaz e a intimidade se escancara, abrindo-se espaço para o corpo se expor à rua e a vida se tornar pública. Desse modo, o lugar social que as pessoas que vivem nas ruas ocupam é o de “não lugar”, ao passo que habitar a rua acaba por representar a marginalização, a exclusão, a discriminação e a vulnerabilidade (BRASIL, 2009a; SOUZA *et al.*, 2016; PEREIRA; PASSOS, 2017).

Tendo em vista que a rua é um espaço majoritariamente masculino, o recorte de gênero é imperativo, ao passo que além das marcas da raça e da classe (já que a rua tem classe e, conseqüentemente, tem cor), as mulheres que vivem nas ruas também carregam o peso das desigualdades de gênero. Portanto, é indiscutível que existam enormes diferenças no impacto da vida nas ruas para homens e mulheres, de modo que se revelam singularidades que tatuam nos corpos das mulheres as expressões da subalternidade e da subjogação (BISCOTTO *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2016; PEREIRA; PASSOS, 2017; SARMENTO, 2017).

Compondo o enfoque desta dissertação, cabe ressaltar que categorias como gênero, raça, cor, etnia, classe social, orientação sexual e posição geracional são marcadores sociais da diferença justamente porque a partir deles passa a ser examinada uma variedade de maneiras em que os discursos da diferença são constituídos, contestados, reproduzidos e ressignificados. Esses marcadores não podem ser tratados como variáveis independentes, porque um está inscrito dentro do outro, é constituído pelo outro e é constitutivo dele. Isso implica refletir se as diferenças resultam em desigualdade, exploração e opressão ou em igualitarismo, diversidade e cidadania (BRAH, 2006).

Interseccionados, os marcadores sociais da diferença formam uma matriz de análise para a reflexão sobre as múltiplas vulnerabilidades que vão se constituindo nas trajetórias das mulheres em questão (BRAH, 2006). Deste modo, no decorrer desta dissertação, primou-se pela apresentação das informações baseadas nas experiências de mulheres que vivenciaram a maternidade nas ruas, atentando-se para as diferenças.

Nesse sentido, o termo “experiência” é utilizado nesta dissertação com base nos preceitos de Scott (1995). Para a autora, a experiência é, ao mesmo tempo, uma interpretação e algo que precisa ser interpretado. O que se caracteriza como experiência

não é auto-evidente ou definido, mas contestável e, portanto, político. Com este argumento, Scott nos alerta que o estudo da experiência deve questionar a sua posição como origem na narrativa histórica. Os processos históricos que, através do discurso, posicionam sujeitos e produzem suas experiências demonstram que não são os indivíduos que têm experiência, mas sim os sujeitos é que são constituídos através da experiência (SCOTT, 1995).

Pensar a experiência dessa forma é historicizá-la, assim como as identidades que ela produz. Ou seja, os pesquisadores não devem se deter à reprodução e transmissão de um conhecimento ao qual se chegou através da experiência, mas sim à análise da produção desse conhecimento. Considerando que tal análise também não garante a neutralidade dos pesquisadores, já que a escolha de que categorias historicizar é inevitavelmente política, a experiência torna-se não a origem da explicação, não a evidência autorizada que fundamenta o conhecimento, mas sim aquilo que se quer explicar, aquilo sobre o qual se produz conhecimento (SCOTT, 1995).

Isto posto, desvela-se que a temática da PSR tem despertado maior interesse nos últimos anos tanto pela mídia e sociedade em geral, quanto pelos pesquisadores e gestores. Entretanto, o debate acerca das mulheres em situação de rua ainda é muito tímido na produção científica, sobretudo no que diz respeito à vivência da maternidade nas ruas, evidenciando-se uma lacuna no conhecimento. Essa escassez de evidências alerta para o quanto as especificidades dessas mulheres são negligenciadas nas ações e políticas públicas dos mais diversos âmbitos e, em especial, no campo da saúde (SARMENTO, 2017).

Ao trazerem à tona suas trajetórias de vida, as mulheres em situação de rua revelam situações diversas e complexas que enfrentam no dia-a-dia nas ruas diante da falta de suporte e infraestrutura para atender às suas necessidades básicas de vida, como o acesso à alimentação, transporte, higiene e repouso. Além do mais, elas apontam os desafios relacionados ao universo feminino que vivenciam no cotidiano da rua, destacando-se a sua relação com o corpo, a sexualidade e, para algumas, o cuidado com os filhos (BISCOTTO *et al.*, 2016; BRASIL, 2012a; ROSA; BRÊTAS, 2015).

As pesquisas ainda evidenciam que, embora em menor número, as mulheres estão mais vulneráveis às discriminações, desigualdades e violências que marcam o cenário da rua. A violência é trazida como um dos elementos intrínsecos ao universo das mulheres que habitam as ruas, podendo estar atravessada nos conflitos territoriais da própria PSR ou nas atitudes intolerantes por parte da população em geral, bem como nas intervenções

materiais e simbólicas concretizadas pelos governos e instituições, e ainda, no plano do discurso, alimentando o ciclo estigmatizante da sua imagem perante a sociedade (BISCOTTO *et al.*, 2016; ROSA; BRÊTAS, 2015; SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019; SOUZA *et al.*, 2016).

Salienta-se que ganham força a violência de gênero e a violência institucional, praticadas especialmente por meio de intervenções moralistas que tem por objetivo o controle dos corpos femininos. Assim, ficam explícitas as relações de poder e as desigualdades e violações de direitos que se estabelecem nos mais diversos espaços e instituições (BISCOTTO *et al.*, 2016; ROSA; BRÊTAS, 2015; SOUZA *et al.*, 2016).

No que diz respeito à vivência da maternidade propriamente dita, o relatório da pesquisa Primeira Infância e Maternidade nas Ruas da cidade de São Paulo aponta a urgência em se garantir os direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres, dentre os quais estão o direito à informação e orientação acessível e de qualidade; direito de decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida; direito de viver plenamente a sexualidade, sem medo ou culpa; e o direito de acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade, sem discriminação, imposição e violência (SÃO PAULO, 2017).

No entanto, o documento aponta uma série de potenciais violações de direitos diagnosticadas entre mulheres que vivenciam a maternidade em situação de rua no município de São Paulo, envolvendo os momentos do pré-natal, parto, puerpério e primeira infância, dentre as quais estão: a dificuldade de acesso à rede de saúde, gestação sem acompanhamento, ameaça de perda de seus bebês como fator de estresse e afastamento, violências obstétricas, o uso nocivo de drogas é presumido, incentivo à notificação da Vara de Infância e Juventude, retorno da mãe à rua sem acompanhamento, rompimento precoce de vínculos e destituição do poder familiar (SÃO PAULO, 2017).

Diante dessa sequência de violações, que vão cerceando os corpos e existências das mulheres em situação de rua, desvela-se que elas são vistas como aquelas que rompem com o modelo de mulher culturalmente construído e enraizado na nossa sociedade. Esse modelo é baseado na imagem da mulher-mãe-cuidadora, que se faz presente tanto no discurso do senso comum quanto nas políticas públicas, valorizando o papel da mulher dentro da perspectiva da família tradicional brasileira (COSTA; PASSOS; GOMES, 2017; PEREIRA; PASSOS, 2017).

Assim, a maternidade vivenciada por mulheres em situação ou com trajetória de rua é considerada fundamentalmente inaceitável e incompatível com as expectativas

estabelecidas para o que se espera de uma mulher. Desse modo, ser mulher deveria pressupor disposição para o cuidado e, sobretudo, deveria implicar em um comportamento moderado e em uma organização da vida que proporcionasse estabilidade afetiva, como a de uma mãe que mantém em ordem a família e o lar (LEAL; CALDERÓN, 2017; OLIVEIRA, 2015).

Sanchotene, Antoni e Munhós (2019) acrescentam que o ideal da maternidade construído ao longo dos tempos causa um paradoxo identitário entre as mulheres que vivem nas ruas, haja vista que ser mãe faz parte de ser mulher (e, portanto, parte de suas identidades), mas a condição de vida nas ruas as desautoriza a exercer a maternidade da maneira como gostariam. As mulheres em situação de rua entrevistadas no referido estudo expressavam o desejo de permanecerem próximas de seus filhos, entretanto, a realidade mostra que são afastadas compulsoriamente deles, uma vez que eles acabam sendo criados em instituições de acolhimento ou vão para adoção compulsória.

Souza *et al* (2018) referem-se a essas mães que perdem os filhos de forma compulsória como “mães órfãs”. Órfãs de filhos que poderiam potencializar alternativas para suas vidas e órfãs de políticas públicas que deveriam resguardar seus direitos enquanto cidadãs. Portanto, os sofrimentos a que essas mulheres têm sido expostas estão intimamente relacionados à criminalização do corpo feminino, especialmente quando este não se insere em determinados padrões sociais (BELLOC; CABRAL; OLIVEIRA, 2018).

É importante deixar explícito que a retirada dos filhos não é sentida da mesma maneira por todas as mulheres, e que algumas podem não desejar permanecer com as crianças. Portanto, esta dissertação não vem para essencializar ou romantizar a maternidade como se ela fosse central na vida de todas as mulheres. Não se tem a intenção de reforçar a obrigatoriedade de maternidade compulsória, no entanto, pretende-se demonstrar que são frequentes os relatos de mulheres com trajetória de rua que desejam permanecer com seus bebês e tem interesse em empreender esforços para isso, mas acabam sendo afastadas dos mesmos sem possibilidades de exercer a maternidade.

Por conta de toda essa conjuntura, permeada por inúmeras violências e violações, muitas mulheres que se encontram em situação de rua não buscam os serviços de assistência à saúde nem ao longo da gestação nem durante o momento do parto. São frequentes os relatos de mulheres que precisaram recorrer às maternidades públicas para parirem seus bebês, mas acabaram fugindo de lá logo após o nascimento, com seus filhos escondidos em seus braços ou em sacolas, por medo de perderem a guarda de suas crianças (KARMALUK *et al.*, 2018). A ameaça de ruptura dos vínculos entre mães-bebês



acaba por afastá-las dos serviços de saúde e promove o agravamento dos seus processos de saúde-doença-cuidado (SÃO PAULO, 2017).

Pesquisas nacionais e internacionais corroboram com o fato de que essas mulheres têm um baixo acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA; QUADROS, 2016; BARROS *et al.*, 2020; CRAWFORD *et al.*, 2011; SANTOS; BAPTISTA; CONSTANTINO, 2021). Um estudo realizado no Rio de Janeiro apontou que 33% das gestantes em situação de rua realizaram o atendimento de pré-natal apenas uma vez (ALMEIDA; QUADROS, 2016). Outro estudo desenvolvido com gestantes em situação de rua nos Estados Unidos constatou que o acesso ao pré-natal é negligenciado, constituindo-se um problema recorrente e contínuo (CRAWFORD *et al.*, 2011).

Tais evidências demonstram que a maternidade nas ruas se configura como um problema de saúde pública, fazendo com que as mulheres que vivenciam essa situação demandem um olhar diferenciado por parte dos movimentos sociais, da sociedade civil, do Estado e da Academia. No entanto, de modo geral, não se concretiza um cuidado em saúde que valorize suas singularidades e especificidades (BARROS *et al.*, 2020; SARMENTO, 2017). O entendimento de que elas adotam um comportamento considerado desviante acaba por interferir nas ações de cuidado direcionadas a elas, especialmente diante da vivência da maternidade (BARROS *et al.*, 2020; SANTOS; BAPTISTA; CONSTANTINO, 2021).

Desse modo, persistem os problemas relacionados ao acesso, estigma, desarticulação da rede e uma atenção à saúde direcionada para ações assistencialistas, higienistas, punitivistas e medicalizantes (PAIVA *et al.*, 2016). Assim, o controle aparece travestido de cuidado, e um cuidado fortemente associado à lógica da culpabilização das mulheres, mediante um discurso condenatório que justifica as suas trajetórias de vida exclusivamente por suas escolhas individuais. A sustentação dessa lógica acaba negando às mulheres a possibilidade de autonomia sob seus corpos, impondo quem pode e quem não pode ser mãe na nossa sociedade (LEAL; CALDERÓN, 2017).

Em vista disso, Souza *et al.* (2018) demonstram que o cuidado em saúde voltado para esse segmento social é perpassado por tensões que revelam as apostas ético-estético-políticas das instituições e atores envolvidos nesse processo. Autores acrescentam que as práticas de saúde são práticas sociais e por isso estão submetidas à reprodução de valores, estereótipos e preconceitos. Se tomarmos como exemplo o direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, veremos que, historicamente, este é um dos direitos que mais sofre violações nas práticas de saúde (JORGE *et al.*, 2019; JORGE *et al.*, 2022)

Apoiados nos estudos acerca da epidemia da Aids, Ayres, Paiva e França Júnior (2012) evidenciam que indivíduos e populações que não têm seus direitos respeitados e garantidos têm piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte. Onde há maior violação de direitos, encontra-se maior vulnerabilidade e menor impacto das ações de saúde. Isto posto, frente à necessidade de resposta à epidemia da Aids, os autores propõem o Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH), que oferece uma análise potente, pois busca identificar situações potenciais de vulnerabilidade, para que então, seja possível planejar ações de saúde verdadeiramente efetivas.

Ayres *et al.* (2009) enfatizam que as pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis a algo, em algum grau e forma, e em determinado tempo e espaço. Portanto, o foco das análises e ações baseadas no Quadro da V&DH passa a ser menos as identidades pessoais ou sociais (como ser mulher, negra e pobre) e mais as relações sociais que estão na base de experiências de vulnerabilidade e de violação de direitos (como as relações de gênero, raça e classe). Para superarmos a vulnerabilidade individual, social e programática, devemos considerar cada pessoa em suas cenas de interação intersubjetiva, ou seja, as pessoas em suas vidas cotidianas, e identificar como e o quanto os governos respeitam, regulamentam e efetivam os direitos humanos (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012; AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012; PAIVA, 2012).

Para sustentar o debate disposto nesta dissertação, lançou-se mão do Quadro da V&DH enquanto referencial teórico, abarcando a compreensão das três dimensões constitutivas da vulnerabilidade sempre de modo indissociável. Para tanto, considera-se a dimensão **individual** como intersubjetividade, ou seja, como identidade pessoal permanentemente construída nas interações eu-outro; a **social** como contextos de interação, ou seja, como os espaços de experiências concretas da intersubjetividade, atravessados por normatividades e poderes sociais; e a **programática** como formas institucionalizadas de interação, ou seja, como conjunto de ações, serviços e políticas organizadas e disponibilizadas em determinados contextos (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012).

O Quadro da V&DH é relativamente novo e sua incorporação nas práticas de saúde ainda é incipiente, mas já é possível observar avanços expressivos na resposta à epidemia da Aids, como a construção de diálogos entre diversas formas de conhecimento para a produção de saberes mais sensíveis aos diferentes contextos; articulações efetivamente intersetoriais e interdisciplinares; e a formulação de intervenções e políticas de saúde mais democráticas e efetivas para diversos segmentos sociais, especialmente

aqueles marginalizados e discriminados socialmente. A aposta dos autores é de que os aprendizados consolidados com a resposta à epidemia também possam ser úteis no enfrentamento de outros desafios do campo da saúde, construindo-se no cotidiano uma nova saúde pública (AYRES *et al.*, 2009; AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012).

Portanto, a realização deste estudo se justifica devido ao panorama atual da atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres com trajetória de rua, permeado por estigmas, discriminações, violações e vulnerabilidades, e inscrito em um contexto histórico, político, econômico, social e cultural impossível de ser ignorado. Pretende-se compreender a maternidade no seu sentido mais ampliado, que extrapola o período da gravidez, mas estando circunscrita como uma demanda psicossocial, com ênfase no direito às experiências afetivas e sexuais dessas mulheres.

Ao considerarmos a situação de cada pessoa enquanto sujeito de direito como o Quadro da V&DH propõe, devemos conceber as ações em saúde como um encontro de especialistas, no qual cada sujeito em interação é visto como um cidadão especialista na sua experiência. Desse modo, os *cuidandos*<sup>2</sup> são especializados na sua própria vida e no manejo de seu cotidiano. Nesse encontro entre especialistas, destacam-se a dimensão comunicacional, relacional e dialógica assim como o caráter formativo dessa interação, no sentido da reconstrução de projetos de vida e de felicidade (PAIVA, 2012).

Assim, a atenção à saúde deixa de ser concebida como um produto pronto a ser consumido e replicável em qualquer contexto. Aposta-se na criatividade dos profissionais para a constante reconstrução de práticas de cuidado pautadas nessa interação entre cuidadores e *cuidandos*. Só assim, como profissionais da saúde, podemos compreender e ajudar a transformar a vulnerabilidade desses sujeitos na concretude e singularidade do cotidiano de cada um (AYRES *et al.*, 2009; AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012). É nessa direção que se dá a importância desta problemática para a Enfermagem.

A relevância desta pesquisa está em identificar situações potenciais de vulnerabilidade de mulheres com trajetória de rua durante a vivência da maternidade, para que então, seja possível efetivar ações que realmente façam sentido para elas em seus contextos de vida. Portanto, o pressuposto desta dissertação é de que a Enfermagem pode contribuir para a visibilidade e formulação de práticas inovadoras em saúde, assim como

---

<sup>2</sup> A expressão *cuidando* é utilizada pelos autores na perspectiva de considerar o indivíduo como constructo e construtor da sua realidade, sendo assim, especialista de sua própria vida. Portanto, é presença essencial na construção das práticas de cuidado, e não mero receptor de intervenções impostas e verticalizadas ou mero resultado ou efeito das mesmas.

de linhas de cuidado e/ou políticas públicas no município de Porto Alegre e em outros cenários possíveis, haja vista que são os cuidadores mais próximos dos *cuidandos* no cotidiano dos serviços de saúde.

Ao se aproximar a temática da Enfermagem, almeja-se a constituição de elementos que subsidiem a atuação dos profissionais de saúde na direção de um cuidado singular, que considere as vulnerabilidades dessas mulheres e suas repercussões em maiores ou menores possibilidades no exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Assim, será possível construir ações em saúde verdadeiramente alicerçadas em projetos de vida e de felicidade, respeitando e legitimando as escolhas e desejos de mulheres com trajetória de rua no que tange o exercício da maternidade.

A partir da compreensão acerca das vulnerabilidades que permeiam a vivência da maternidade por mulheres com trajetória de rua, a contribuição desta dissertação está em trazer um outro modo de olhar e de se relacionar com essas mulheres, rompendo, ainda que muito modestamente, com o viés discriminatório, normatizador e punitivista tão marcado nos discursos, práticas e escritas voltadas a elas. Espera-se sensibilizar profissionais para um cuidado calcado na ética, nos direitos humanos, no vínculo, na escuta, na cidadania e na liberdade, sem amarras, tutelas, estigmas e violências. Também urge o compromisso ético-estético-político de se colocar em pauta as mulheres que ocupam lugares extremamente subalternizados na sociedade, nomeando os aspectos dos processos de estigmatização que, ao resultarem em discriminação, são interessantes para reflexão e ressignificação no plano das relações sociais e institucionais.

Diante desses tensionamentos, desvela-se a questão orientadora que impulsionou a construção desta pesquisa: como se constitui a vivência da maternidade por mulheres com trajetória de rua sob a luz do referencial teórico da Vulnerabilidade e Direitos Humanos?

## OBJETIVOS

---

*Só mesmo, rejeita  
Bem conhecida receita  
Quem não sem dores  
Aceita que tudo deve mudar  
FRANCISCO, EL HOMBRE*

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- ❖ Compreender a vivência da maternidade por mulheres com trajetória de rua sob a luz do referencial teórico da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Descrever os aspectos que conferem vulnerabilidades à vivência da maternidade por mulheres com trajetória de rua;
- ❖ Identificar como os marcadores sociais da diferença se interseccionam na vivência da maternidade por mulheres com trajetória de rua.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---

*Que um homem não te defina*

*Sua casa não te define*

*Sua carne não te define*

*Você é seu próprio lar*

*FRANCISCO, EL HOMBRE*

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Tendo em vista a complexidade do fenômeno estudado, este capítulo trará alguns elementos teóricos, legais e conceituais que amparam a temática desenvolvida nesta dissertação, procurando-se manter o compromisso ético-estético-político necessário. No primeiro subcapítulo, serão abordadas concepções sobre a população em situação de rua, atentando-se para uma breve contextualização histórica e conceitual em relação ao fenômeno e para a caracterização desse segmento populacional, em especial, das mulheres. No segundo subcapítulo, serão trazidos aspectos acerca do ser-mulher e ser-mãe, envolvendo tanto construções e revelações sobre a vivência da maternidade por mulheres em situação de rua, quanto marcos legais, normativos e conceituais acerca da atenção à saúde da mulher em situação de rua.

#### 3.1 CONCEPÇÕES SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

##### 3.1.1 O Fenômeno da Situação de Rua: Contextualização Histórica e Conceitual

Simões Junior (1992) aponta que habitar as ruas das cidades não é um fenômeno particular das sociedades modernas ou contemporâneas, desde a Antiguidade já haviam determinados grupos de pessoas ocupando esses espaços, demonstrando que o fazer da rua um lugar de morada carrega uma marca fundamental: é uma realidade especificamente urbana. Em outras palavras, a PSR é oriunda dos próprios centros urbanos. Apesar desse ponto em comum, o fenômeno da vida nas ruas tem forte relação com as construções sociais, econômicas, políticas e culturais específicas de cada época, adquirindo diferentes sentidos e significados no decorrer da história.

Ao adentrarmos à Modernidade, em meio aos processos de industrialização, as cidades se tornaram um elemento fundamental para compreendermos a nova organização da sociedade ocidental, que passou a perceber a rua como um espaço importante a ser governado. Desse modo, destinou-se um olhar de suspeita e anormalidade às pessoas que faziam da rua seu local de existência social, tendo em vista que transgrediam as normas referentes a apropriação do espaço urbano das cidades. Logo, o fenômeno da vida nas ruas passou a ser visto como um problema social e urbano, de modo que as políticas higienistas que emergiram juntamente com o processo de urbanização, estavam fortemente empenhadas em definir populações governáveis, dando abertura para



tecnologias de gestão, controle e vigilância desses corpos entendidos como desviantes (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

Embora os modos de conceber, gerenciar e definir o fenômeno da situação de rua estejam intimamente associados aos processos e construções de cada época, diversos mecanismos de poder atravessam o tempo-espaço da modernidade e se reproduzem na contemporaneidade, fazendo-se presentes ainda hoje, em alguma medida, nos modos de se relacionar com a PSR. Isto posto, faz-se necessário reconhecer os efeitos das estruturas hegemônicas de dominação nesse fenômeno, tendo em vista que produzem linhas de força que se materializam de diferentes maneiras em seus modos de ser e estar no mundo (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

No âmbito do Brasil, não é possível precisar com exatidão o momento em que se deu o surgimento de pessoas vivendo nas ruas das cidades, mas foi por volta da década de 1950 que esse fenômeno começou a se tornar mais perceptível. O processo histórico de urbanização e industrialização decorrentes do capitalismo enquanto modelo de produção vigente, imprimiu mudanças no mundo do trabalho que culminaram em altos índices de desemprego, e ocasionou transformações nos espaços urbanos. O esvaziamento do campo e a superlotação das cidades provocou o surgimento de moradias localizadas perifericamente aos grandes centros urbanos, de modo que a PSR foi emergindo e se situando à margem da sociedade e do sistema produtivo (BRASIL, 2009a).

Pizzato (2012) salienta que o fenômeno da situação de rua é reflexo da acentuada desigualdade social do país. O processo que a autora denomina de “rualização” envolve dimensões complexas a partir da exclusão das populações mais empobrecidas. Gehlen *et al.* (2017) acrescentam que o crescimento significativo desta parcela da população relaciona-se hoje com as mudanças socioculturais decorrentes das transformações contemporâneas, e com o capitalismo neoliberal enquanto sistema político e econômico vigente no Brasil. Portanto, a PSR surgiu lentamente, mas cresceu e segue crescendo em um ritmo cada vez mais acelerado (BRASIL, 2009a).

No que diz respeito aos debates e intervenções direcionados às pessoas que habitam as ruas no Brasil, desvela-se que as primeiras iniciativas foram marcadamente filantrópicas e religiosas, e essas instituições as denominavam como “sofredores das ruas”. Foi principalmente no final da década de 1980 que o poder público começou a articular discussões sobre o tema, estabelecendo um progressivo refinamento das políticas de assistência social e gerando novas formas de denominação desta população (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

Assim, rompeu-se com a terminologia de “sofredores das ruas” e passou-se a usar expressões como “povo da rua” e “morador de rua”, com a finalidade reforçar tanto a constituição de um grupo de pessoas quanto a negação do direito à moradia. Essa ruptura implicou o deslocamento da experiência de vida nas ruas percebida como um sofrimento que tinha influência da ética cristã, para o entendimento da vivência da rua como um *habitat*. Em paralelo a isso, iniciou-se um movimento de luta por direitos por parte dos próprios representantes da PSR, complexificando o cenário das propostas de definições e intervenções. Como efeito desse movimento, percebeu-se que os termos “povo da rua” ou “morador de rua” escondiam a pluralidade dos usos e sentidos da rua, haja vista que há várias formas distintas de permanência na rua (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

Então, houve uma nova quebra de definição e passou-se a empregar os termos “pessoas em situação de rua” e/ou “população em situação de rua”. Essa outra ruptura foi fundamental no sentido de bancar toda uma mobilização política que visou, por um lado, atender para a situacionalidade da vivência nas ruas, e por outro lado, combater a estigmatização dessa população, definindo-a a partir de uma concepção do habitar a rua como uma forma possível de vida, e não através da carência de um local de moradia fixa. Assim, as próprias noções de itinerância e mobilidade presentes nesses novos conceitos, como práticas de resistência à produção de legibilidades dos mecanismos de governo, buscam afirmar certa agência política dessa população (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

Apesar da busca por definições conceituais menos estigmatizantes e abertas à pluralidade dos modos de vida nas ruas ter sido um esforço do movimento social e das instituições implicadas na construção de políticas públicas voltadas à PSR, a noção de despossessão continua como característica principal desses sujeitos (SCHUCH; GEHLEN, 2012). Esse entendimento é bastante evidente no Decreto nº 7.053, de 23 dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) e define a População em Situação de Rua como:

o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009b, p.1).

Percebe-se que a PNPR, ao mesmo tempo em que deu visibilidade a essa problemática social, também engessou certos estigmas através de sua própria definição, caracterizando a PSR por meio da falta, seja de vínculos afetivos ou de recursos

econômicos ou de moradia regular, além de também ser definida pela dependência das instituições, o que reforça uma visão essencialista voltada à essa população que ainda é tão presente nas práticas e discursos (SCHUCH; GEHLEN, 2012). É interessante notar como a definição apresentada pela PNPR contrasta fortemente com aquela proposta pelo MNPR, criado em 2005, que traz o seguinte conceito:

o Movimento Nacional da População de Rua é formado por homens e mulheres em situação ou trajetória de rua, comprometidos com a luta por uma sociedade mais justa que garanta direitos e a dignidade humana para todos. Esses homens e mulheres, protagonistas de suas histórias, unidos na solidariedade e lealdade, se organizam e mobilizam para conquistas de políticas públicas e transformação social (SCHUCH; GEHLEN, 2012, p. 19-20).

A autodefinição pelo MNPR abarca a rua enquanto espaço de criação de identidades e relações, não marcada somente pela falta. Assim, o MNPR, ao definir-se prioritariamente por sua agência política, traz uma ambiguidade em relação a rua: os sujeitos e sujeitas, ao mesmo tempo em que buscam alternativas para a saída da rua ou a melhoria dessa situação social, também lutam pelo próprio direito à rua (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

A reflexão acerca dessas diferentes conceitualizações é essencial, haja vista que coloca em questão a luta política em torno dos significados legítimos para esse coletivo tão diverso e plural. Mas mais importante do que buscar uma essência definidora de determinados atributos comuns associados à PSR, é associar a construção dessa população a um conjunto de atributos definidores da noção de normalidade, assim como à criação de formas de gestão pública das pessoas colocadas nessa situação social (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

Isto posto, reforçar a agência política das pessoas colocadas na situação social da rua é, também, colocar em pauta os processos de produção desse fenômeno e considerar suas multicausalidades. Por um lado, precisamos considerar o deslocamento para a esfera macroestrutural, na qual processos sociais, históricos, políticos e econômicos, assim como tecnologias de governo específicas, engendram a construção dessa população como uma problemática social. Por outro lado, também precisamos considerar certas práticas dos sujeitos, entendendo e reconhecendo que a rua é também um espaço de produção de relações sociais e simbólicas. Entretanto, é importante lançar-se mão da crítica ao essencialismo, que individualiza a problemática da situação de rua a partir da exclusiva responsabilização e culpabilização dos sujeitos e sujeitas (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

Logo, o fenômeno da situação de rua surge na convergência entre determinados processos nos quais a rua também se institui enquanto um espaço de produção de relações habitado por sujeitos com agência política que exploram o mundo na instabilidade de seu movimento. Habitar a rua não é apenas uma estratégia de sobrevivência, mas um modo específico de se constituir a existência nesse lugar social, simbólico e existencial. Logo, a rua aparece não somente como um espaço de carência, mas de inventividade e, sobretudo, de luta (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

Em meio a tantas conceitualizações, que carregam diferentes significados sociais, políticos, históricos e culturais, faz-se necessário adotar uma nomenclatura que rompa, mesmo que muito modestamente, com os estigmas relacionados à PSR e que faça sentido com as perspectivas de quem a utiliza. Assim, urge sinalizar que no decorrer deste trabalho lançar-se-á mão dos termos “pessoas em situação de rua” e/ou “população em situação de rua” enquanto legítimos e equivalentes.

Coloca-se em pauta esse movimento na pretensão de bancar as histórias, trajetórias e concepções de mundo das pessoas que por alguma razão precisam ocupar as ruas pelo direito de existir. A adoção desses termos também visa sustentar o habitar as ruas como um modo de vida possível, compreendendo o espaço da rua como um local onde estão abertas infinitas possibilidades de encontros, trocas, conexões, rupturas e resgates. Também, toma-se emprestada a noção do MNPR no sentido de reconhecer, junto ao movimento social, a legitimidade da constituição de um coletivo com potência social e política de organização coletiva, considerando toda a mobilização em busca do protagonismo desses sujeitos e sujeitas com capacidade de luta e resistência.

Também será utilizada, ao longo deste trabalho, a expressão “trajetória de rua”, no sentido de fazer referência às pessoas, especialmente às mulheres com quem dialoga-se nesta escrita, as quais em algum(ns) momento(s) de suas vidas habitaram as ruas das cidades. Desse modo, diz respeito às pessoas que carregam as marcas desse intercâmbio que ora envolve a rua, ora envolve a casa, a ocupação, a pensão, o abrigo, o albergue e outros. Assim, pretende-se afirmar a situacionalidade, a transitoriedade e a mobilidade que a vivência nas ruas suscita, bancando a pluralidade dos seus diversos usos e sentidos.

### 3.1.2 Caracterização da População em Situação de Rua

O Brasil não conta com dados oficiais sobre a PSR, pois esta não é incluída nos censos demográficos brasileiros, e mesmo de outros países, principalmente em função da

coleta de dados destes levantamentos censitários ser de base domiciliar. Somado a isso, estão os inúmeros desafios deste processo metodológico envolvendo um universo tão complexo e plural como a PSR (BRASIL, 2009a).

O I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua foi desenvolvido entre agosto de 2007 e março de 2008, e publicado somente no ano de 2009, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O movimento de constituição desses dados surgiu a partir de demandas levantadas pelos próprios movimentos sociais, associações, organizações não governamentais e órgãos governamentais que atuam com essa população, apontadas especialmente durante o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua realizado em 2005 (BRASIL, 2009a).

Este estudo censitário identificou 31.922 pessoas em situação de rua, distribuídas nas 71 cidades brasileiras, onde o levantamento foi conduzido, excluindo-se aquelas que contavam com estudos semelhantes recentes como São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre. Foi possível constatar que em nível nacional, a PSR é predominantemente masculina (82%), jovem, com idade entre 26 e 35 anos (59%), negra<sup>3</sup>(67%), com ensino fundamental incompleto (63,5%), sendo que quase a metade (48,4%) vive nas ruas há mais de dois anos, e têm como principais motivos que levaram à situação de rua, o abuso de álcool e outras drogas (35,5%), seguido do desemprego (29,8%) e de desavenças na família (29,1%) (BRASIL, 2009a).

Ao se considerar as especificidades de gênero, revela-se que no âmbito nacional, 45,8% das mulheres em situação de rua tem ensino fundamental incompleto, sendo que apenas 2,2% delas concluíram o ensino médio. No que diz respeito a raça/cor, 63,1% delas se autodeclararam como negras, sendo 35,9% pardas e 27,2% pretas. A maior parte das mulheres, assim como os homens, encontra-se entre 26 a 35 anos de idade (30,2%). Quando questionadas acerca do motivo de ida para as ruas, a principal razão indicada por elas é a perda da moradia (22,5%), seguida de problemas familiares (21,9%) e do abuso de álcool e outras drogas (11,6%). Cerca de 20% das entrevistadas informaram serem responsáveis pelo cuidado de alguma criança e/ou adolescente nas ruas (BRASIL, 2009a).

Fazendo um recorte em relação ao município no qual este estudo foi desenvolvido, cabe pontuar que Porto Alegre apresenta três Censos da População em Situação de Rua, realizados em 2008, 2011 e 2016, a partir de uma parceria entre a UFRGS e a Fundação

---

<sup>3</sup> Considera-se como negros os pardos e pretos, conforme a classificação proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

de Assistência Social e Cidadania (FASC). O último censo, desenvolvido no ano de 2016, identificou 2.115 adultos vivendo em situação de rua na capital. Sendo que desses, 1.758 participaram da pesquisa e tiveram seus dados cadastrados (PIMENTA, 2019).

Os achados desse levantamento demonstram que apenas 13,8% da PSR são identificadas como mulheres, tendo este percentual diminuído em comparação aos censos anteriores, que em 2008 contabilizou 18,2% de mulheres e em 2011 contabilizou 17,1% (PIMENTA, 2019), demonstrando que o percentual de mulheres não se modificou muito ao longo dos anos e contrariando a expectativa de que a representatividade da população feminina viesse a crescer (GEHLEN; SCHUCH, 2016).

De acordo com este estudo censitário, 36,9% da PSR se autodeclara como negra, sendo 24,5% pretos ou negros e 12,4% pardos, ao passo que 34,4% se autodeclara como branca (GEHLEN *et al.*, 2017). Ressalta-se que 24,5% dos participantes se declararam a partir de outras denominações, dentre as quais se destacam as categorias sarará (2,9%), “morena(o) clara(o)” (1,6%) e misto (1,3%), o que sugere um percentual ainda maior da população negra (GEHLEN; SCHUCH, 2016).

No que se refere ao pertencimento religioso, há um predomínio da religião católica (32,6%) entre a PSR, porém há um percentual próximo (30,1%) que afirma não possuir nenhum credo (GEHLEN *et al.*, 2017). Com relação ao nível de escolaridade, embora o percentual de analfabetos tenha diminuído em comparação ao censo de 2008, passando de 16% para 6%, a grande maioria (57,4%) informou não ter completado o ensino fundamental (PIMENTA, 2019).

Sobre o tempo de vida nas ruas, quase a metade da população (47,8%) está há 5 anos ou mais vivendo em situação de rua, revelando uma tendência à permanência nesta condição (GEHLEN *et al.*, 2017). Quanto aos motivos da ida para as ruas, destacam-se questões como o uso de álcool e outras drogas (24,9%), além de instabilidade econômica, como desemprego (8,9%). É importante pontuar que se considerarmos os conflitos e/ou maus tratos na família (12,5%), a separação/decepção amorosa (10,0%), a morte de algum familiar (7,4%), e não ter família/não se sente bem na família (5,8%), verifica-se que 35,7% das motivações relatadas envolvem questões de ordem familiar (PIMENTA, 2019).

As relações com familiares mostram-se cada vez mais tênues, de modo que aumentou significativamente o quantitativo daqueles que não mantêm nenhum contato com a família há mais de cinco anos, de 24,5% em 2008 para 39,9% em 2016 (GEHLEN *et al.*, 2017). Os dados também demonstraram que a grande maioria da PSR encontra

dificuldades, tanto objetivas quanto subjetivas, de aproximação e/ou manutenção de contatos mais próximos e frequentes com a família. Este percentual chegou a 89,9% em 2016, sendo o principal motivo as dificuldades com transporte, distância, tempo e condições desfavoráveis da moradia (26,7%) (GEHLEN; SCHUCH, 2016).

Evidenciou-se que 83,1% das mulheres entrevistadas declarou ter um ou mais filhos. Sendo que 62,7% do total de filhos têm menos de 18 anos de idade. Na grande maioria dos casos (60,3%), o filho permanece sob a responsabilidade da mãe. Em 5,3% das situações os filhos foram entregues a instituições; apenas 3,2% ficam aos cuidados dos pais; os demais ficam com familiares ou conhecidos. Foi possível constatar que 39,2% das mulheres afirmaram terem realizado abortos, e 61,8% responderam ter a camisinha como método usual para prevenir gravidez e/ou doenças sexualmente transmissíveis (GEHLEN; SCHUCH, 2016; GEHLEN *et al.*, 2017).

Em relação ao cotidiano nas ruas, os locais mais escolhidos pela PSR para passar os dias são: calçadas, marquises, parques, praças, pontes e viadutos. Ressalta-se que a maioria desses ambientes de grande circulação de pessoas permite desenvolver estratégias diárias de sobrevivência. Apenas 9,2% dos entrevistados trouxeram como primeira opção os equipamentos institucionais. Mais da metade (51%) dos participantes declarou não utilizar albergues para pernoitar e 71,2% não utiliza abrigos. Esses dados evidenciam que os serviços públicos e institucionais pouco incidem em suas escolhas (PIMENTA, 2019).

Mas quanto às instituições mais utilizadas, os participantes anunciam a grande procura por espaços religiosos que prestam assistência à PSR (48,9%), como igrejas, centros espíritas e terreiros de religiões de matriz africana. Em seguida, também ganham importância serviços institucionais voltados especialmente para essa população, como o Restaurante Popular (48,8%)<sup>4</sup>, os Centros de Referência Especializados para a População de Rua<sup>5</sup> (Centros POP) (43,8%) e os Consultórios na Rua (37,5%) (GEHLEN; SCHUCH, 2016; PIMENTA, 2019).

---

<sup>4</sup> Os Restaurantes Populares são espaços que oferecem refeições diárias para pessoas em situação de rua, idosos e famílias em situação de vulnerabilidade social na capital gaúcha, sendo parte de um projeto da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Esporte através de parcerias com organizações da sociedade civil. Disponível em: <[www.prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/restaurantes-prato-alegre](http://www.prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/restaurantes-prato-alegre)>.

<sup>5</sup> Os Centros de Referência Especializados para Pessoas em Situação de Rua (Centros POP) são unidades vinculadas a Política Nacional de Assistência Social e voltadas ao atendimento especializado da população em situação de rua. Os Centros POP devem promover atendimento social com equipe multidisciplinar para adultos, idosos e famílias, de forma individualizada e coletiva, proporcionando atividades de convívio e socialização, que incentivem o protagonismo e a participação social. Disponível em: <[www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p\\_secao=139](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=139)>.

Este levantamento censitário também demonstrou que a saúde representa uma crescente preocupação para este segmento social, tendo inclusive aumentado os relatos de doenças na PSR do município. A melhoria da qualidade da informação sobre o adoecimento e/ou problemas de saúde fez com que se diagnosticasse melhor, o que tornou possível evidenciar que a tipologia de doenças ou problemas de saúde associadas à PSR não teve alterações significativas ao longo dos últimos anos, mas percebeu-se o evidente agravamento das condições de saúde (GEHLEN; SCHUCH, 2016; GEHLEN *et al.*, 2017).

Foram observadas diferentes necessidades entre homens e mulheres em relação às demandas por cuidados em saúde, fato que deve ser considerado na elaboração de ações e políticas públicas para esta população. Nas mulheres foram mais recorrentes as dores no corpo (54,1%), as doenças mentais (49,3%) e os problemas nos dentes (49,3%). Também foram mais elevados entre elas os índices de infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, diabetes e hipertensão (GEHLEN; SCHUCH, 2016).

Nesse sentido, Sarmiento (2017) atenta para o fato de que, usualmente, se tem conhecimento e se faz diagnóstico das referidas doenças no decorrer do acompanhamento pré-natal das mulheres que gestam em situação de rua, haja vista que existe o imperativo da vinculação delas aos serviços de saúde até o momento do parto. Inclusive, a política de saúde para as mulheres em situação de rua está vinculada, quase que exclusivamente, ao período gestacional, uma vez que é neste momento em que os governos e instituições passam a ter mais atenção a este grupo social, em razão das políticas de proteção à criança.

O censo ainda revela que, quando questionados acerca das estratégias utilizadas para lidar com seus problemas de saúde, 61,2% da PSR revelou que não realizava nenhum tratamento. É importante destacar que 8,6% não fazem nada e esperam passar, 3,7% procuram familiares ou amigos para auxiliá-los nas demandas de saúde, e 6,4% declaram se automedicar diante dessas situações, sendo mencionados o uso de remédios caseiros e tradicionais, além de medidas paliativas como o consumo de álcool e outras drogas. Logo, esses achados contribuem para compreender a fragilidade no acesso e vínculo dessa população aos serviços e tratamentos de saúde (GEHLEN; SCHUCH, 2016).

No entanto, os espaços institucionais considerados como referências e que representam as principais buscas dessa população para resolução das suas questões de saúde foram as Unidades de Saúde (35,7%) e os Hospitais ou Prontos-Socorros (23,5%). Cabe salientar que o Consultório na Rua, que é um serviço especializado para a PSR aparece em terceiro lugar com apenas 7,2% (GEHLEN; SCHUCH, 2016).



A partir destes achados foi possível observar que mesmo nos censos e pesquisas voltadas para a PSR, ainda há uma lacuna importante no que diz respeito às informações levantadas acerca das mulheres nessa condição. Ressalta-se que os três censos realizados em Porto Alegre não abarcam um recorte de gênero, e o censo nacional até apresenta o capítulo “Elas da rua: população em situação de rua e a questão de gênero”, no entanto, não discorre sobre alguns aspectos singulares às mulheres, como a vivência da maternidade, o que seria imprescindível para que se possa pensar na construção de políticas públicas voltadas para as mesmas, tendo em vista que demandam olhares e cuidados singulares.

## 3.2 ASPECTOS ACERCA DO SER-MULHER E SER-MÃE

### 3.2.1 Construções e Revelações Sobre a Vivência da Maternidade por Mulheres em Situação de Rua

Antes de maiores aprofundamentos, é preciso pontuar de que maternidade estamos falando. Esta dissertação terá como ponto de partida a compreensão do fenômeno da maternidade enquanto uma vivência que abarca as ideias sobre ser mãe, o planejamento (ou não) da maternidade, a gestação, o parto, o puerpério, o vínculo entre mãe e bebê e a criação dos filhos, assim como a compreensão do próprio contexto no qual a mulher vive e dá sentido à sua existência no mundo. Essa noção será empregada tendo em vista as considerações a seguir.

Correia (1998) sustenta que falar de maternidade leva a pensar sobre um outro conceito, o de gestação. Frequentemente, maternidade e gestação são compreendidas como sinônimos, mas, na verdade, traduzem realidades bem diferentes entre si. A gestação é o período de aproximadamente quarenta semanas entre o momento da concepção e do parto. Trata-se de uma fase temporalizada e que se caracteriza por modificações no corpo, acompanhadas das consequentes repercussões psicossociais. Já a maternidade, não se resume a um acontecimento biológico em si, mas refere-se a uma vivência inscrita em uma dinâmica sócio-histórica que envolve os cuidados com os filhos, o envolvimento afetivo e a construção de redes.

Em outras palavras, a maternidade é um fenômeno social e, conseqüentemente, uma construção perpassada por interesses políticos, econômicos e sociais que regem o comportamento das mulheres, interferindo em suas escolhas e decisões. Ademais, ser mãe

não envolve um significado único, podendo ser compreendida como uma experiência satisfatória e importante, ou perigosa e dolorosa, a depender de uma determinada mulher numa determinada sociedade. Assim, o modo de vivenciar a maternidade está associado às dimensões individuais da mulher e ao contexto que a circunda, sendo, portanto, uma expressão da cultura, que engloba um sistema de valores relacionados ao que significa ser mulher e também com o que representa esse filho (CORREIA, 1998).

Nessa direção, autores defendem que os papéis sobre os quais foi construída a identidade feminina conferiram à mulher a produção de uma imagem de esposa e mãe, cuidadora, subalterna e dedicada ao espaço do privado. Depositou-se na mulher os ideais sociais da maternidade, legitimando a sexualidade e a reprodução como aspectos indissociáveis ao exercício da maternidade, de modo que a sua função social estaria intimamente ligada à satisfação do homem e se limitaria ao domínio doméstico. A vinculação essencialista do ser-mulher com o ser-mãe acaba por definir a maternidade como obrigação feminina, causando um emaranhado entre o dever e o ser (BATISTA; FONSECA; PONTES, 2018; SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019).

Como sujeitos desse universo simbólico, as mulheres são aprisionadas a modelos de comportamento que visam apenas à manutenção do *status quo* de mãe amorosa, perfeita e capaz de qualquer sacrifício pelo bem do filho e da família. Portanto, a mulher que ultrapassasse as demarcações domésticas e desviasse dos padrões de esposa e mãe estabelecidos à sua existência social, era tida como imoral e indigna de respeito (BATISTA; FONSECA; PONTES, 2018; SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019).

No entanto, a maternidade só é compulsória para algumas mulheres. Em contrapartida, para aquelas que em alguma medida rompem com o estereótipo reproduzido e fundamentado na figura feminina, enquanto branca, burguesa, magra, cisheterossexual, “bela, recatada e do lar<sup>6</sup>”, a maternidade é constantemente e violentamente negada (COSTA; PASSOS; GOMES, 2017). Consolidando essa perspectiva, Sarmiento (2020) traz a provocação de que as tentativas de esterilização compulsória de mulheres negras e pobres, assim como a retirada compulsória dos filhos

---

<sup>6</sup> A expressão “bela, recatada e do lar” corresponde ao título de uma matéria publicada pela Revista Veja no ano de 2016, apresentando Marcela Temer, esposa do então vice-presidente Michel Temer e “quase primeira-dama”, nas palavras da publicação. Os três adjetivos foram utilizados para descrever uma mulher que também foi caracterizada como 43 anos mais jovem do que o marido, que aparece pouco, que gosta de vestidos na altura dos joelhos e sonha em ter mais um filho com o companheiro. Disponível em: <[www.veja.abril.com.br/brasil/marcela-temer-bela-recatada-e-do-lar](http://www.veja.abril.com.br/brasil/marcela-temer-bela-recatada-e-do-lar)>.

dessas mulheres, compõem um quadro bastante elaborado de controle reprodutivo e de interdição da maternidade de corpos marcados por gênero, raça e classe.

No que tange o exercício da maternidade pelas mulheres em situação ou com trajetória de rua, revela-se que elas são impactadas pela idealização social do feminino pautado na moral conservadora e pelo discurso ideológico de “instinto materno”, que ganha forma e força enquanto um dom inerente ao feminino, naturalizando nas mulheres a capacidade de cuidar. Isso implica nomear que as mulheres que vivem nas ruas das cidades colocam em xeque o que se entende por “verdadeira mulher”, ao serem compreendidas como aquelas que não têm a capacidade de cuidar de si ou do outro, e tampouco de gerirem suas próprias vidas. Assim, representam uma contradição ao modelo ideal de mulher, o que repercute no afastamento do seu dever-ser mãe (PEREIRA; PASSOS, 2017; LEAL; CALDERÓN, 2017).

Essa dita falta de cuidado e controle parece ferir de maneira bastante incisiva as expectativas sociais e morais referentes a elas. Por conta disso, acabam sendo proibidas de ingressarem no espaço das decisões, e restringem-se suas possibilidades de autonomia. Frente às (im)possibilidades de decisão sobre o seu próprio corpo e seus vínculos afetivos quando se trata do exercício da maternidade, os corpos dessas mulheres e de seus filhos são tratados como públicos, sendo expropriados em função de outros e para outros. Nessa lógica, se atualizam as diversas formas de controle sobre os corpos femininos, impondo quem tem ou não o direito à maternidade (LEAL; CALDERÓN, 2017).

Em meio a esse contexto de vigilância e contenção da liberdade dessas mulheres, destaco que nos últimos anos foram notificados e noticiados, com uma frequência que denuncia ser norma, casos de mulheres que estão sendo afastadas compulsoriamente de seus bebês ainda nas maternidades públicas, com o discurso de proteção da criança, pelo fato ou suspeita de que elas são usuárias de drogas ou possuem trajetória de rua. Isto vem acontecendo em Porto Alegre, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro e outras cidades brasileiras (FERLA; JORGE; MERHY, 2018). Contudo, não existem evidências científicas que justifiquem a separação compulsória ou o impedimento ao aleitamento materno e ao vínculo entre essas mães e seus filhos somente devido ao argumento da trajetória de rua ou do uso de drogas (KARMALUK *et al.*, 2018).

No âmbito de Porto Alegre, mais especificamente, o Jornal Boca de Rua (2017), elaborado pela População de Rua e colaboradores, vem denunciando há alguns anos esses sequestros de bebês das mulheres da rua. A última edição de 2017 traz o questionamento “Por que não podemos ser mães?”. A reportagem conta que “um problema muito grave

que a maioria das mulheres que vive ou viveu em situação de rua enfrenta é a retirada dos filhos, parece que não são consideradas dignas de serem mães”. Muitas mulheres saem das maternidades sozinhas, sem saber para onde levaram seus bebês, e na maioria das vezes, não recebem mais notícias deles. E como se não bastasse, ainda precisam ouvir: “Por que essas mulheres têm filhos se não conseguem criar?”.

O jornal também tem noticiado que há normatizações no município que autorizam a retirada compulsória dos bebês de mulheres com trajetória de rua e/ou usuárias de drogas. O que intriga os escritores e colaboradores do jornal é que apenas as maternidades públicas são acionadas nesse compromisso, ao passo que as mulheres que realizam seus partos nos hospitais privados da cidade, que são majoritariamente brancas e de classes sociais privilegiadas, sequer são atingidas com essas determinações (JORNAL BOCA DE RUA, 2018).

Por conta do medo de perderem seus bebês, cresceram significativamente os casos de mulheres em situação de rua que não buscaram os serviços de saúde para o acompanhamento pré-natal e tampouco fizeram qualquer tipo de exame durante a gestação, assim como aumentaram as narrativas de mulheres que fugiram das maternidades com seus filhos escondidos em sacolas, ou fizeram o parto na rua em condições extremamente precárias, ou ainda deixaram a cidade para terem seus filhos em lugares mais sigilosos e protegidos, na tentativa de constituir uma maternidade possível (BATISTA; FONSECA; PONTES, 2018; BELLOC; CABRAL; OLIVEIRA, 2018; KARMALUK *et al.*, 2018).

Logo, é evidente que a ameaça de ruptura do vínculo entre mãe-bebê sob a argumentação do “melhor interesse da criança” acaba por afastar essas mulheres dos espaços que deveriam, na verdade, acolher, cuidar e proteger (SÃO PAULO, 2017). O relatório da pesquisa Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo traz o relato de uma psicóloga da Defensoria Pública que comenta:

existem mulheres que sonham com bebês sem rostos. Mulheres que, na maternidade, não foram apresentadas a seus filhos, que não tiveram a chance de conhecê-los para “a criança não sofrer”, “para não criar vínculos com as mães”. O que estamos fazendo com essas mulheres? (SÃO PAULO, 2017, p. 50).

Nesse processo que Belloc, Cabral e Oliveira (2018) chamam de “desmaternização”, evidencia-se que os recorrentes sequestros dos bebês de mulheres em situação ou com trajetória de rua tem deixado marcas irreparáveis na vida dessas mulheres, que tendo a sua maternidade também sequestrada, voltam para as ruas das

idades abaladas e traumatizadas. Os autores chamam atenção para o sofrimento daí decorrente, como a angústia da separação ou da desrealização diante de bebês sem rosto.

Esse contexto diminui as possibilidades de elaboração do luto pela criança que foi desejada e compulsoriamente retirada, ficando a experiência do sequestro do seu filho, junto à vivência de uma culpa a ela imposta. Como consequência disso, o vazio do bebê roubado tende a ser preenchido por outro bebê, numa espiral de produção de gravidezes de repetição, na esperança de que com um novo ser também venham novas possibilidades, revelando uma forma desesperadora de constituição da maternidade por essas mulheres (BELLOC; CABRAL; OLIVEIRA, 2018).

Contrariando esses julgamentos e práticas carregadas de moralidades, que partem do pressuposto de que as mulheres em situação de rua não conseguiriam ser mães mesmo antes de tentarem, as experiências demonstram que a maternidade é um fator de proteção e um divisor de águas para essas mulheres, uma vez que, por estarem mobilizadas e preocupadas com as crianças, encontram-se mais abertas a novas possibilidades de rumos e caminhos em suas vidas (BELLOC; CABRAL; OLIVEIRA, 2018).

Não são poucos os relatos de mulheres em situação de rua que, ao se descobrirem grávidas, traçam como plano para o futuro uma vida junto ao seu filho. No estudo de Sanchotene, Antoni e Munhós (2019), todas as mulheres entrevistadas optaram por dar seguimento à gravidez e expressaram o desejo de terem seus filhos por perto. Da mesma forma, a pesquisa de Costa *et al.* (2015) traz que as entrevistadas percebem o cuidado do filho que está por vir como um fator motivador para melhores condições de vida.

No que diz respeito aos cuidados de saúde no decorrer da vivência da maternidade por essas mulheres, um estudo, realizado em um município do interior do Rio Grande do Sul, destaca a importância de se considerar o modo como as desigualdades de gênero, raça e classe interferem na saúde. As participantes da referida pesquisa manifestaram diversas críticas ao sistema de saúde quanto ao acesso aos serviços e cuidados, denunciando que percorrem um caminho repleto de obstáculos, que vão desde questões morais até institucionais e normativas. Cabe destacar que o momento da gestação era o único aspecto que vinculava as mulheres aos serviços de saúde, devido às consultas de pré-natal, demonstrando a excessiva valorização da saúde reprodutiva em detrimento das demais dimensões que envolvem a saúde das mulheres (ROSO; SANTOS, 2017).

Esse cenário só reforça o fracasso das políticas públicas e alerta à necessidade de modificá-las, desafiando para uma urgente quebra de paradigmas no sentido de reversão da lógica normalizadora, culpabilizante e criminalizante das mulheres em situação de rua

ainda presente, que rege suas existências e escolhas (BATISTA; FONSECA; PONTES, 2018; BELLOC; CABRAL; OLIVEIRA, 2018). No mais, faz-se necessário um trabalho em saúde que acolha e legitime as particularidades pessoais das mulheres que fazem da rua seu lugar de viver a vida, bem como suas histórias, crenças, valores, estratégias e recursos (VALE; VECCHIA, 2019).

Nessa direção, Leal e Calderón (2017) sublinham que é preciso entendê-las não como um distúrbio social que precisa ser corrigido, mas considerando as circunstâncias e vivências específicas em que cada uma delas está inserida, compreendendo essas existências como possíveis. Rompendo, assim, com a legitimação de uma identidade estigmatizada e desnaturalizando um fenômeno que é produzido historicamente.

### 3.2.2 Marcos Legais e Normativos na Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Rua

A compreensão da vivência da maternidade nas ruas exige o entendimento dos diferentes fatores que influenciam na saúde e na vida das mulheres nesse contexto. Para que se faça essa reflexão, é pertinente traçar um breve diálogo com os marcos legais e normativos que visam garantir o seu direito à saúde.

Em nível global, destaca-se que em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi escrita e proclamada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), caracterizando-se como um documento base na luta universal contra as opressões e discriminações, ao defender a igualdade e a dignidade das pessoas, e reconhecendo que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. Nessa direção, obviamente, os direitos das mulheres se situam no escopo dos direitos humanos. No entanto, a maioria das declarações e convenções pautadas nos direitos humanos, ao se referirem ao ser humano, tinham como modelo o homem, em particular, o ocidental, rico, branco e sadio. Portanto, esses documentos não refletiam as experiências e dificuldades das mulheres em suas vidas e cotidianos, ignorando-se a promoção e a defesa de seus direitos (YAMAMOTO, 2006).

Somente em 1979 a ONU aprovou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, também denominada Convenção da Mulher, ou CEDAW, sigla em inglês. Este foi o primeiro tratado internacional a dispor amplamente sobre os direitos humanos das mulheres. Em seu Artigo nº 1º, aponta que:

para os fins da presente Convenção, a expressão “discriminação contra a mulher” significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e

que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher independentemente de seu estado civil com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos: político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo. (CEDAW, 1979)

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), mais conhecida como Conferência do Cairo, realizada em setembro de 1994, foi o maior evento de porte internacional sobre temas populacionais jamais realizado. Ela foi decisiva na evolução dos direitos das mulheres, especialmente no que tange à capacidade de tomar decisões sobre sua própria vida. A partir da CIPD, as políticas e os programas de população deixaram de centrar-se no controle do crescimento populacional como condição para a melhoria da situação econômica e social dos países, e passaram a reconhecer o pleno exercício dos direitos humanos e a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida das pessoas. Nesta perspectiva, a CIPD reconheceu a saúde sexual e reprodutiva como direitos humanos (CAIRO, 1994).

No ano seguinte, em 1995, aconteceu a IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim, que foi sem dúvida a maior e a mais importante delas, tanto pelo número de participantes que reuniu, quanto pelos avanços conceituais e programáticos que propiciou e pela influência que continua a ter na promoção da situação da mulher. Intitulada como “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”, a Conferência de Pequim partiu de uma análise das conferências anteriores e dos obstáculos a serem superados para que as mulheres possam exercer plenamente seus direitos e alcançar seu desenvolvimento integral como pessoas em sociedade (PEQUIM, 1995).

No mesmo ano, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou uma declaração sobre a necessária eliminação da violência contra as mulheres, tratando-se de um marco teórico-conceitual, pois pela primeira vez, foi referido que violência não é só doméstica, mas também pública. Esta definição traz importantes implicações, uma vez que obriga o Estado a adotar medidas para evitar e prevenir que mulheres sofram violências, na medida em que, até então, culturalmente a violência era vista como um caso privado, e não público (MORAES, 2017).

Em nível nacional, também foram ocorrendo marcos importantes na perspectiva de garantia dos direitos das mulheres. Primeiramente, a Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988). Neste cenário, o SUS, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080 tem como

objetivo efetivar uma política pública que garanta os princípios de universalidade, equidade e integralidade no cuidado em saúde (BRASIL, 1990).

Paralelamente ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e à Constituição do SUS, em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), representando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. No entanto, o Programa apresentava várias fragilidades e lacunas na atenção a determinadas especificidades das mulheres (BRASIL, 2004).

Em seguida, no ano de 2003, o MS criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - princípios e diretrizes (PNAISM). Considerada um avanço no sentido da ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde das mulheres no âmbito do SUS, reflete o compromisso com a implementação de ações que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004). Porém, a PNAISM ainda não dá conta de toda a pluralidade das mulheres, nos apontando que ainda são necessários muitos avanços.

Dalenogare (2019) salienta que ao analisarmos o texto da Política, em geral, pode-se depreender que há certa tendência em reduzir o significado da saúde da mulher à saúde materno-infantil, ao passo que grande parte das práticas de cuidado estão voltadas apenas para a reprodução, corroborando com a lógica da mulher-mãe. Esse contexto contribui para reforçar desigualdades de gênero e violação dos direitos humanos das mulheres.

No que diz respeito à atenção à saúde das mulheres em situação de rua, mais especificamente, convém destacar que a PNAISM foi instituída em 2004, sendo anterior à própria PNPR de 2009, não trazendo o recorte deste segmento populacional. Mais recentemente, a Portaria nº 1.459/2011 institui a Rede Cegonha no Âmbito do SUS (BRASIL, 2011a), preconizando que todas as mulheres tenham direito ao acompanhamento integral e humanizado durante todo o período de gravidez, parto e puerpério. No entanto, ela também não abarca as especificidades referentes às mulheres em situação de rua, revelando que em nível nacional ainda há um vazio em termos de direcionamento de políticas públicas para essas mulheres.

Nos documentos voltados para a PSR, inclusive, ainda persiste uma lacuna importante no que diz respeito às singularidades das mulheres. O próprio Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à PSR, publicado pelo MS em 2012, traz a urgência na organização de linhas de cuidado para mulheres em situação de rua com vistas a orientar os fluxos na rede assistencial. Porém, ao abordar o recorte de gênero, o referido manual levanta apenas



alguns pontos relacionados ao acompanhamento pré-natal, de modo a valorizar especificamente a figura da mulher gestante (BRASIL, 2012a). Sobre essa reflexão, Villela (2000) manifesta que a assistência à saúde das mulheres, no Brasil, talvez não esteja realmente contemplando aquelas que vivem nas ruas.

Nos últimos anos, o debate acerca da possibilidade ou não de mulheres com trajetória de rua manterem a guarda de seus filhos se tornou uma questão pública de repercussão nacional a partir da criação de dispositivos normativos. Várias capitais têm sido palco de conflitos e tensões em relação às práticas institucionais direcionadas contra mulheres em situação de vulnerabilidade (SARMENTO, 2020).

Trazendo essa discussão para o cenário do município de Porto Alegre, cabe destacar que em 2009, o 1º e o 2º Juizado da Infância e da Juventude de Porto Alegre, a 1ª e a 2ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude de Porto Alegre, Hospitais, Conselhos Tutelares, a FASC, e a FPERGS, estabelecem entre si o Termo de Compromisso de Integração Operacional. E, em 2015, foi firmado um Termo de Cooperação entre o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Ambos com a finalidade de recomendar e regulamentar procedimentos interinstitucionais quanto a crianças recém-nascidas que não disponham de suporte familiar no momento da alta hospitalar (SARMENTO, 2020).

Sarmento (2020) aponta que esse contexto tem repercutido em ações de judicialização dos casos de bebês cujas mães apresentem trajetória de rua que, por sua vez, culmina na retirada e encaminhamento das crianças para o acolhimento institucional. A autora também reforça que esses termos e recomendações são permeados de noções moralizantes e estigmatizantes de pobreza, maternidade, gênero e da própria infância.

Em contraponto às tantas violências, desigualdades e discriminações que perpassam o atendimento em saúde dessas mulheres e de seus bebês, em 10 de maio de 2016, foi emitida uma Nota Técnica pelo MDS em conjunto com o MS, na intenção de estabelecer e padronizar diretrizes e fluxos para a atenção às mulheres em situação de rua e/ou usuárias de álcool e outras drogas e seus filhos recém-nascidos, buscando diminuir as arbitrariedades locais e valorizar o investimento nas famílias e no trabalho intersetorial. A nota é direcionada especialmente a gestores e profissionais da saúde e da assistência social de todo o país e fundamenta-se em (BRASIL, 2016):

marcos normativos nacionais e internacionais que, entre outros aspectos, atribuem às mulheres, adolescentes e crianças a condição de sujeitos de direitos, sendo necessário lhes garantir, entre outros, os direitos à convivência

familiar e ao acesso a serviços públicos de qualidade, conforme suas demandas (BRASIL, 2016, p. 1).

A nota ainda ressalta que as recomendações, oriundas de órgãos como o Ministério Público, estão ocasionando decisões precipitadas de afastamento das crianças de suas mães, sem o devido apoio e acompanhamento antes, durante e após o nascimento, e sem uma avaliação técnica e multiprofissional de cada caso, violando direitos básicos como a autonomia das mulheres e a convivência familiar. Sobretudo, destaca que as recomendações apresentam caráter opinativo, uma vez que não possuem poder coercitivo perante órgãos do poder público, sendo desse modo, de cumprimento espontâneo, porém incentivado. Assim, a referida nota técnica vem para trazer um posicionamento técnico para a qualificação das ações voltadas para esse público (BRASIL, 2016).

Acredita-se que por meio do esforço conjunto para a implementação desta diretriz nacional seria possível a garantia da escuta, da defesa, do apoio e do empoderamento das mulheres para protegerem seus direitos, de seus filhos e de suas famílias (BRASIL, 2016). Mas cabe enfatizar que por se tratar de uma nota técnica, ainda é um documento que não tem força de lei e apresenta certa fragilidade em termos de políticas públicas.

Dito isto, alguns esforços vêm acontecendo na capital gaúcha no sentido de pensar sobre a necessidade de desenvolver e implementar linhas de cuidado para essas mulheres. Como exemplo, o Projeto de Inserção Social denominado “Mais Dignidade” foi aprovado em dezembro de 2017 enquanto estratégia intersetorial para acesso a direitos de pessoas em situação de vulnerabilidade social, com demandas associadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, com a ressalva de garantir uma atenção especial às mulheres gestantes em todas suas ações (PORTO ALEGRE, 2017a).

O projeto Redes/FIOCRUZ também desenvolveu ações intersetoriais com vistas à articulação e efetivação de redes para mulheres em vulnerabilidade social, e/ou uso abusivo de álcool e drogas, gestantes usuárias de drogas e mulheres egressas e/ou vinculadas ao sistema prisional. Nessas ações, destacaram-se discussões que apontaram para a necessidade de atendimento às especificidades do cuidado desse público para que se efetive uma rede de acolhimento institucional e de proteção social que permita a inclusão em busca do protagonismo da mulher em vulnerabilidade social no pré e pós-natal (PORTO ALEGRE, 2017a).

Em maio de 2018 foi realizada Audiência Pública na Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul intitulada “A retirada compulsória de filhos de mulheres em

situação de vulnerabilidade” e proposta pela então deputada estadual Manuela D’Ávila. O objetivo da audiência era discutir os procedimentos - se acontece e de que formas acontece - de retirada compulsória de bebês de mulheres em situação de vulnerabilidade e contou com representantes dos mais diversos órgãos e instituições das áreas da saúde, assistência, direito, justiça, ensino e movimentos sociais (SARMENTO, 2020).

Nesse caminho, o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 constitui-se de ferramenta de apoio para a tomada de decisões e para direcionar as intervenções necessárias no âmbito do SUS. Ele traz a proposta de avançar na organização da rede de serviços, considerando a diversidade das populações presentes nos territórios de Porto Alegre. O documento sinaliza que estratégias intersetoriais de cuidados de saúde vêm sendo desenvolvidas nos territórios da cidade para gestantes em situação de rua e/ou que se encontram em situação de alta vulnerabilidade social (PORTO ALEGRE, 2017b).

No próprio site da prefeitura consta que a equipe técnica da saúde da mulher dá início a uma série de ações que vão contemplar especificamente as populações femininas mais vulneráveis e diversas da cidade, tentando garantir maior equidade. Contudo, em um primeiro momento, as ações serão voltadas para as especificidades das mulheres negras, indígenas, mulheres privadas de liberdade, deficientes e lésbicas (PORTO ALEGRE, 2021), ao passo que aquelas em situação de rua acabam ficando em segundo plano.

Esse breve panorama revela que alguns avanços foram concretizados ao longo dos anos através das lutas dos movimentos sociais e de direitos humanos na atenção à saúde das mulheres em situação de rua. Todavia, ainda se faz necessário aproximar as políticas públicas de saúde das reais demandas dessas mulheres (PAIVA *et al.*, 2016), em especial, no que diz respeito à vivência da maternidade.

Apesar da existência desses diferentes marcos legais e normativos, ainda há inúmeros desafios para a efetivação de suas determinações, uma vez que não há investimento suficiente dos governos e instituições, assim como é inexistente o acompanhamento e monitoramento das ações em saúde direcionadas para as mulheres que vivenciam a maternidade nas ruas. Com isso, entende-se que estudos que se proponham a refletir sobre a problemática, possam fomentar a construção de práticas e políticas de saúde para as mulheres em situação de rua que efetivamente dialoguem com os seus modos de ser e estar no mundo.

## REFERENCIAL TEÓRICO

---

*Ela desatinou, desatou nós  
Vai viver só*

*Ela desatinou, desatou nós  
Vai viver só*

*FRANCISCO, EL HOMBRE*

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO: O QUADRO DA VULNERABILIDADE E DIREITOS HUMANOS

### 4.1 O SURGIMENTO DE UM CONCEITO

Originalmente pertencente ao campo do direito, o termo vulnerabilidade adentra mais amplamente a área da saúde a partir da década de 90 em meio ao contexto de construção de respostas à epidemia do HIV/Aids. A primeira obra que disseminou mundialmente o Quadro da V&DH foi a coletânea intitulada “A Aids no Mundo”. Editada em 1992 nos Estados Unidos por Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter, e traduzida quase que integralmente no Brasil em 1993, numa edição organizada por Richard Parker, Jane Galvão e José Stalin Pedrosa, esta obra inaugurou uma análise da situação global da epidemia da Aids em termos de vulnerabilidade. Em 1996 foi lançada a segunda coletânea, *Aids in the World II*, ainda não traduzida para o português, que concentrou-se em abordar conceitual e instrumentalmente a vulnerabilidade, conferindo-lhe novas e potentes perspectivas como referência para as ações de saúde (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012).

No Brasil, a produção a respeito do quadro da V&DH iniciou no mesmo período, porém, determinadas particularidades da conjuntura brasileira dos anos 90 - em especial, o processo de redemocratização, a criação do SUS e a resposta brasileira à epidemia da Aids - fizeram com que no Brasil, como talvez em nenhuma outra parte do mundo, a sua incorporação na formulação de políticas públicas e ações em saúde tenha tido um alcance tão significativo. Em meio a esse conjunto de influências, a construção conceitual do Quadro da V&DH assumiu um caráter mais radical do que nos Estados Unidos, de modo que muito mais do que se constituir enquanto um recurso auxiliar para análises epidemiológicas e uma ponte entre os campos da saúde e do direito, se buscou novas bases técnicas e epistemológicas para reconstrução das práticas de saúde, propondo novas formas de pensar e agir no âmbito da saúde (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012).

Ressalta-se que a eclosão da Aids e o alarme frente ao desconhecimento acerca da doença desencadearam a busca de explicações por meio da epidemiologia. Estudos epidemiológicos buscavam por características de pessoas acometidas pela Aids que pudessem trazer indícios sobre sua etiologia, resultando na identificação de subgrupos populacionais nos quais a chance de se encontrar pessoas com Aids eram significativamente maiores do que na população geral. No entanto, o risco identificado

nesses estudos foi traduzido não como uma medida de probabilidade, mas como uma condição concreta, conferindo uma verdadeira identidade social e determinando os chamados **grupos de risco** (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

Diante dessa conjuntura, os grupos de risco tornaram-se a base das escassas estratégias de prevenção preconizadas pelas políticas de saúde na época. O isolamento sanitário e a abstinência sexual foram vistas como as únicas alternativas de prevenção possíveis, que se mostraram ineficazes do ponto de vista epidemiológico e provocadores de profundos estigmas e preconceitos, tornando ainda mais difícil a situação social e clínica das pessoas já infectadas pela Aids (AYRES *et al.*, 2009; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

Alguns fatores foram fundamentais para a limitação da lógica de grupo de risco, em especial, a potente reação do movimento *gay* norte-americano, que balizou novas formas de prevenção, como a proposta de substituição do isolamento e da abstinência pelo uso de preservativos. Outras estratégias mais amplas de redução de risco foram sendo instituídas, como a difusão universal de informação, testagem e aconselhamento, estímulo e orientação para práticas de sexo mais seguro, controle dos bancos de sangue e estratégias de redução de danos (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

Logo, as estratégias de prevenção passaram a enfatizar o conceito de **comportamento de risco**, o que deslocou a noção de risco da ideia de pertencimento a um determinado grupo populacional para a identificação de práticas que expunham as pessoas ao HIV, na tentativa de diminuir o peso do estigma daqueles grupos nos quais a epidemia foi inicialmente detectada. A principal vantagem dessa mudança conceitual foi a possibilidade de universalização das estratégias e o estímulo ao envolvimento de toda a sociedade na prevenção do HIV/Aids. Mas, como contrapartida negativa, observou-se a tendência a responsabilizar exclusivamente os indivíduos pela mudança de seus comportamentos, caindo-se facilmente em atitudes de culpabilização individual (AYRES *et al.*, 2009; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

O relativo insucesso dessas estratégias e a explosão da epidemia em segmentos sociais mais enfraquecidos (pobres, negros, mulheres, jovens) marcaram a passagem para uma nova fase de resposta à epidemia da Aids. Nesse momento, passam a ganhar mais espaço as proposições que vinham defendendo estratégias de prevenção não restritas à redução individual de riscos, mas de alcance social ou estrutural. Evidenciou-se a necessidade de as pessoas transformarem suas práticas em saúde não no plano estrito da individualidade privada, mas como sujeitos sociais, como agentes da esfera pública da

vida social. Em vista disso, diversos aspectos passam a ser considerados como parte indissociável das ações de prevenção e de cuidado (AYRES *et al.*, 2009).

Diante dessa conjuntura, emerge o conceito de **vulnerabilidade**, que mediante as ideias de Ayres *et al.* (2009), pode ser compreendida como a chance de exposição dos indivíduos e populações ao adoecimento, resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para que as pessoas possam se proteger. A partir desta definição, os autores reforçam que risco e vulnerabilidade não devem ser entendidos e descritos como sinônimos, pois enquanto o risco está associado à probabilidade, a vulnerabilidade procura expressar os “potenciais” de adoecimento das pessoas em determinado contexto. Portanto, vulnerabilidade é um conceito emergente, em construção, e que exige certo cuidado em seu uso para que não se perca o seu potencial.

O conceito de vulnerabilidade considera que as características dos processos saúde-doença são diretamente determinadas pelo conjunto de saberes, tecnologias e serviços que atuam em uma dada realidade. Portanto, a intervenção de saúde não é apenas solução, mas também é parte do problema, pois está implicada na determinação dos processos de saúde-doença em função do modo como é organizada e operada, de modo que a responsabilidade e a ação de governos e políticas públicas de saúde também são considerados determinantes de vulnerabilidade. Nessa lógica, entende-se que os processos de saúde-doença são sempre processos de saúde-doença-cuidado (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

O Quadro da V&DH aponta que não há um modo universal de descrever e analisar os determinantes e desdobramentos de um processo de saúde-doença-cuidado. Este referencial visa destacar a perspectiva dos sujeitos e de seus contextos de intersubjetividade como a base necessária para identificar e transformar as relações sociais que produzem adoecimentos e os meios para superá-los. Enfatiza, em particular, a inclusão da reflexão crítica sobre a organização social e técnica das práticas de saúde como parte indissociável das análises de vulnerabilidade, tendo como pano de fundo uma abordagem de saúde com base nos direitos humanos, assim como o projeto de uma realização plena da cidadania enquanto referência ética e política fundamental (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

Gruskin e Tarantola (2012) corroboram ao defenderem que, no campo da saúde, uma abordagem baseada em direitos humanos demonstra não somente quem está ou não

em desvantagem, como também se uma determinada disparidade em um desfecho de saúde deriva de uma injustiça. Essa abordagem não utiliza os direitos humanos como uma forma de nomear violações após elas terem ocorrido, mas sim como forma de, em primeiro lugar, prevenir que violações aconteçam. Em vista disso, a interface entre saúde e direitos humanos têm reorientado pensamentos e práticas, e também tem convocado os governos quanto à sua responsabilidade de garantir o direito a uma saúde de qualidade.

Portanto, a construção do Quadro da V&DH na conjuntura brasileira está particularmente atrelada ao entendimento da saúde como um direito, assim como à perspectiva do Cuidado e da abordagem psicossocial da saúde (PAIVA, 2012). A concepção de atenção psicossocial adquire contornos específicos no Quadro da V&DH, integrada à noção de Cuidado desenvolvida por Ayres (2004). Sua proposição de Cuidado - grafado propositalmente com a inicial maiúscula - busca a superação de um modelo de atenção excessivamente fundamentado na racionalidade científico-tecnológica. O autor reforça que as práticas em saúde envolvem projetos de saúde e de felicidade, que se traduzem no “exercício de escolha compartilhada de um modo de vida”, baseado em transformações nos modos que se dão os encontros entre cuidadores e *cuidandos*, ou seja, nos contextos de intersubjetividade (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Nesta noção de Cuidado, os objetos de intervenção, os meios para realizá-la e as finalidades visadas são definidos a partir de saberes e experiências científicos e não científicos, dos cuidadores e *cuidandos*, de modo compartilhado, identificando e mobilizando os recursos necessários para prevenir, tratar ou recuperar situações tidas como obstáculos aos projetos de felicidade de indivíduos ou populações. Assim, o projeto de felicidade é concebido como um reiterado posicionar-se diante de si e do mundo, em meio às interpelações que nos alcançam, diante de um constante devir de encontros e desencontros, realizações e frustrações, desejos e receios, liberdades e opressões. O projeto de felicidade, tanto no plano das coletividades quanto da personalidade, é esse “sentir-se em casa” no constante desacomodar-se e recomodar-se implicado no estar vivo e em interação com o mundo (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012).

Dito isto, trabalhar na perspectiva dos projetos de felicidade não significa assumir uma postura relativista de “fazer o que é bom para o outro”, mas “compreender com o outro o que é o bom a fazer”, ou seja, construir com o outro um solo comum. É nesse escopo que os direitos humanos são fundamentais para as análises de vulnerabilidade e para sua incorporação nas práticas de Cuidado, haja vista que oferecem uma referência positiva para tratarmos de modo não prescritivo ou moralista, ou tampouco relativista e



inconsequente, as diversas situações de vulnerabilidade e as possibilidades de intervenção individual ou coletiva sobre elas (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012).

Sabe-se que a perspectiva da vulnerabilidade e direitos humanos está longe de ser perfeita, mas até o presente momento não inventaram melhor recurso para seguir a célebre proposição de Boaventura de Souza Santos de “Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem, lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize” (SANTOS, 2003).

#### 4.2 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL, SOCIAL E PROGRAMÁTICA

A incorporação do Quadro da V&DH nas práticas de saúde ainda é incipiente, mas é possível observar avanços expressivos na resposta à epidemia da Aids, como a construção de diálogos entre diversas formas de conhecimento para a produção de saberes mais sensíveis aos diferentes contextos; articulações efetivamente intersetoriais e interdisciplinares; e a formulação de intervenções e políticas de saúde mais democráticas e efetivas para diversos segmentos sociais, especialmente aqueles marginalizados e discriminados socialmente. É fato que não foi a necessidade de resposta à Aids que inventou tais transformações nas práticas de saúde, muitas delas já vinham sendo desenvolvidas tanto na área da saúde quanto fora dela, mas, certamente, essa epidemia foi um elemento determinante para impulsioná-las e assim, construir no cotidiano uma nova saúde pública (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012).

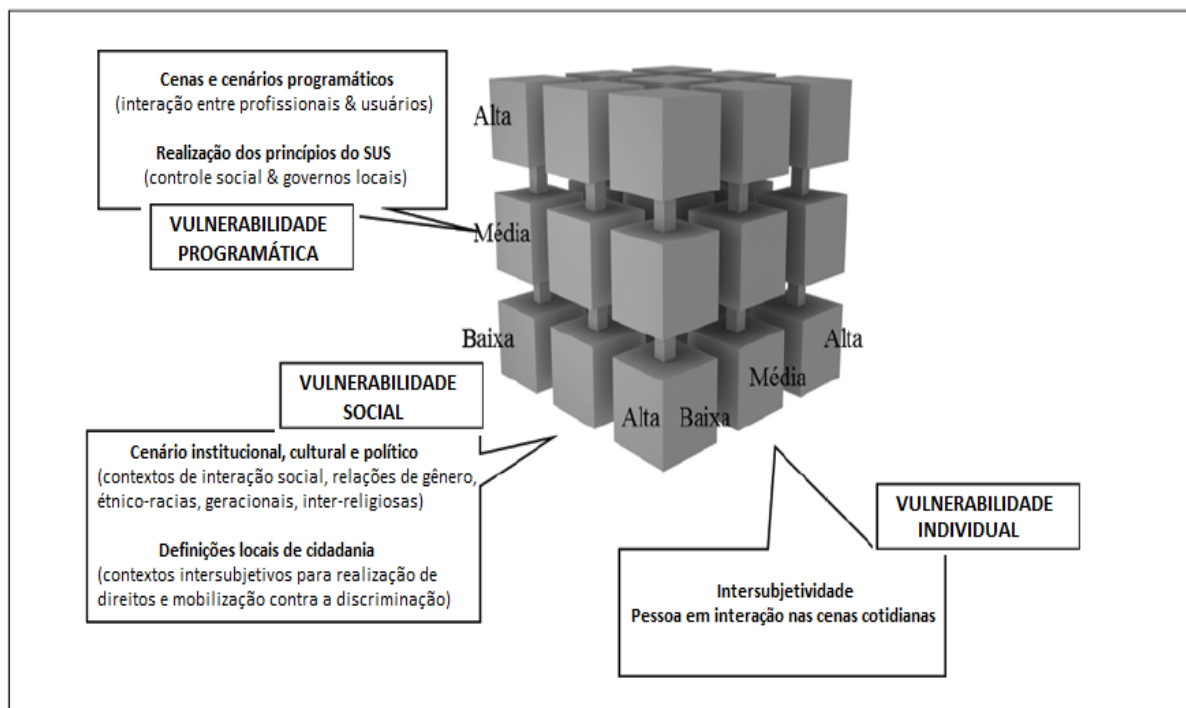
Isto posto, o advento da epidemia da Aids abriu novos horizontes de diálogo e resultou na reconstrução de novas práticas conceituais, técnicas e políticas, sistematizadas e comprometidas com a justiça social e o respeito às pessoas em suas singularidades e valores, nomeadas como o Quadro da V&DH. Nesse sentido, a aposta dos autores é que os aprendizados consolidados com a resposta à epidemia também podem ser úteis no enfrentamento de outros desafios do campo da saúde (AYRES *et al.*, 2009; AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012).

Em nível nacional, o Quadro da V&DH tem buscado superar a dicotomização na análise e manejo das três dimensões constitutivas da vulnerabilidade (individual, social e programática), trabalhando-se a partir de totalidades compreensivas, ou seja, tomando os significados dos diversos aspectos individuais, sociais e programáticos como intimamente implicados e interrelacionados entre si (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012).

A figura abaixo sintetiza alguns elementos-chave para identificar e compreender a vulnerabilidade. A tridimensionalidade do diagrama enfatiza a inseparabilidade das três dimensões analíticas da vulnerabilidade, de modo que não há como intervir em uma sem que as outras sejam necessariamente interpeladas. Sendo que, em cada cena do cotidiano existem diferentes maneiras e intensidades em que aspectos individuais, sociais e programáticos podem se articular (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

Outro ponto importante envolve a compreensão de que as dimensões da vulnerabilidade nos convocam a olhar para os processos de saúde-doença-cuidado sob diferentes ângulos. Desse modo, podemos lançar mão de análises de realidades tanto numa perspectiva mais macroestrutural, quanto num âmbito mais micro, de acordo com a concretude e singularidade do cotidiano de cada indivíduo. Por fim, ressalta-se que a sinergia das três dimensões é a dinâmica que precisa ser considerada para tornar os conceitos de prevenção e promoção da saúde mais realistas, pragmáticos e eticamente orientados (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

Figura 1: Dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade: necessariamente implicadas.



Fonte: Adaptada de Mann et al. (1992).

De acordo com o Quadro da V&DH, a **vulnerabilidade individual** envolve o reconhecimento da pessoa como sujeito de direito dinamicamente em suas cenas da vida cotidiana. Toma como ponto de partida a concepção do indivíduo como

**intersubjetividade**, ou seja, como ser em relação, de modo que a identidade pessoal de cada um é permanentemente construída nas interações eu-outro. O indivíduo é compreendido como co-construtor das relações sociais, e não apenas como resultado ou efeito das mesmas. Portanto, parte-se do pressuposto de que toda pessoa pode experimentar um determinado processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão desde a sua constituição física até o seu próprio modo de gerir a vida cotidiana (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

Esse último aspecto é o que desafia a compreensão das diferentes intensidades e processos de vulnerabilidade, pois sem desconsiderar a importância dos atributos estritamente biológicos, privilegia-se apreender a pessoa em seu contexto, ou seja, a partir de uma perspectiva psicossocial. Nesse modo de interpretá-la, a vulnerabilidade ao adoecimento será sempre de uma pessoa (uma mulher) – e não de um grupo de risco (prostitutas) ou de uma comunidade (um grupo que compartilha uma identidade) – em uma determinada situação social (vivida como cenas dinâmicas) onde seus direitos estão garantidos ou violados (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012; PAIVA, 2013).

Portanto, melhor que revelar os traços macrosociais das desigualdades será compreender a concretude das relações na vida cotidiana, no modo como é experimentada por cada pessoa em cada território, e também nas práticas de saúde e no modo como estas se realizam (PAIVA, 2013). Nessa direção, a dimensão individual da vulnerabilidade diz respeito ao grau e à qualidade da informação que as pessoas dispõem, bem como à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas das pessoas transformarem essas preocupações em práticas de prevenção (AYRES *et al.*, 2009; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

A **vulnerabilidade social**, por sua vez, compreende a análise das relações sociais, do cenário cultural, dos marcos da organização e da cidadania. Relaciona-se com a busca por **contextos de interação**, ou seja, espaços de experiência concreta da intersubjetividade que conformam vulnerabilidades, atravessados por normatividades e poderes sociais baseados na organização política, jurídica e econômica; nas tradições culturais; nas crenças religiosas; nas relações de gênero, raça, classe, geração e outras; na pobreza; na exclusão social ou nos modos de inclusão que mantêm a desigualdade (AYRES *et al.*, 2009; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

Tendo em vista esta perspectiva, a dimensão social da vulnerabilidade envolve o acesso à informação, ao conteúdo e à qualidade dessa informação, aos significados que

estas adquirem diante dos valores e interesses das pessoas, e às possibilidades de incorporá-las em mudanças práticas nas suas vidas, o que não depende só das pessoas, mas também de outros elementos, como escolarização, acesso a meios de comunicação, disponibilidade de recursos materiais, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, poder de influenciar decisões políticas e estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas (AYRES *et al.*, 2009; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

Já a **vulnerabilidade programática** abarca a análise de quanto e como os governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde. Essa dimensão diz respeito ao modo como as políticas, ações e instituições atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos e populações. Portanto, envolve a compreensão de **formas institucionalizadas de interação**, ou seja, do conjunto de políticas, serviços e ações organizadas e disponibilizadas em conformidade com os processos políticos dos diversos contextos sociais, segundo os padrões de cidadania verdadeiramente operantes (AYRES *et al.*, 2009; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012; AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012).

Para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para se proteger sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Observa-se que quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas de prevenção e cuidado, maiores serão as chances de canalizar recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos e populações (AYRES *et al.*, 2009).

A partir desse entendimento, a dimensão programática busca responder a questionamentos como: os serviços de saúde estão atentos às relações entre os diversos contextos e a dinâmica dos processos de saúde-doença-cuidado observados em seu território? Estão propiciando a construção de respostas capazes de problematizar e superar essas relações? Isto posto, a vulnerabilidade programática pode ser avaliada a partir de aspectos como o compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema; ações efetivamente propostas e implementadas por essas entidades; coalizão interinstitucional e intersetorial; planejamento e gerenciamento dessas ações; e financiamento adequado e estável aos programas (AYRES *et al.*, 2009; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

Apesar de apresentadas de modo fragmentado para fins didáticos, as três dimensões da vulnerabilidade devem ser compreendidas e analisadas sempre em conjunto

devido a sua indissociabilidade. Abaixo, segue o Quadro da V&DH proposto por Ayres, Paiva e França Júnior (2012), utilizado enquanto lente teórica desta dissertação.

Quadro 1: Quadro da vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática.

<b>INDIVIDUAL</b>	<b>SOCIAL</b>	<b>PROGRAMÁTICA</b>
<b>Reconhecimento da pessoa como sujeito de direito, dinamicamente em suas cenas.</b>	<b>Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural.</b>	<b>Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde.</b>
<p>Corpo e estado de saúde Trajetória pessoal</p> <p><b>Recursos pessoais</b> Nível de conhecimento Escolaridade Acesso à informação Relações familiares Redes de amizade Relações afetivo- sexuais Relações profissionais Rede de apoio social</p> <p><b>Subjetividade intersubjetiva</b> Valores (em conflito?) Crenças (em conflito?) Desejos (em conflito?) Atitudes em cena Gestos em cena Falas em cena Interesses em cena Momento emocional</p>	<p>Liberdades Mobilização e participação Instituições e poderes Relações de gênero Relações raciais e étnicas Relações entre gerações Processos de estigmatização Proteção ou discriminação sistemática de direitos</p> <p><b>Acesso a:</b> Emprego/salário Saúde integral Educação/prevenção Justiça Cultura Lazer/esporte Mídia/internet</p>	<p>Elaboração de políticas específicas Aceitabilidade Sustentabilidade Articulação multissetorial Governabilidade</p> <p><b>Organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade</b> Acesso e Equidade Integralidade Integração entre prevenção, promoção e assistência Equipes multidisciplinares/ enfoques interdisciplinares Preparo técnico-científico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços</p>

Fonte: Ayres, Paiva e França Júnior (2012).

## TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

---

*Eu não me vejo na palavra*

*Fêmea, alvo de caça*

*Conformada vítima*

*FRANCISCO, EL HOMBRE*

## 5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com caráter exploratório-descritivo. A metodologia qualitativa é aquela capaz de compreender o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Nesse caminho, é interessante destacar que o universo das pesquisas qualitativas é a realidade social, que por sua vez, é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que a transborda. Em outras palavras, a pesquisa qualitativa tem como finalidade a compreensão dos aspectos subjetivos da realidade social (MINAYO, 2014).

A autora ainda reforça que a metodologia de abordagem qualitativa explora as histórias e vivências sob a perspectiva dos sujeitos que as vivenciam, permitindo desvelar fenômenos, processos, significados e representações sociais ainda pouco conhecidos ou estudados em relação a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens e conceitos (MINAYO, 2014). Assim, a metodologia qualitativa se mostrou mais adequada para atingir os objetivos desta pesquisa, uma vez que o objeto a ser investigado envolve a subjetividade da vivência da maternidade por mulheres com trajetória de rua.

O caráter exploratório da pesquisa refere-se à condição de investigar e desvendar a natureza dos fenômenos, bem como os diversos modos pelos quais se manifestam, além de outros fatores que possam estar relacionados a eles. Já o caráter descritivo tem como finalidade o esboço, a classificação e a descrição das características, das dimensões, das variações e da importância dos fenômenos, de modo a desenvolver conceitos e ideias (POLIT, BECK, 2018).

### 5.2 CAMPOS DO ESTUDO

Esta pesquisa teve como campos o Consultório na Rua (CnaR) – Centro e o Coletivo independente denominado Troque a Fome por Flor, ambos considerados importantes espaços de resistência e assistência à PSR na capital gaúcha. Antes de apresentá-los com mais detalhes, é preciso fazer alguns apontamentos em relação aos (des)caminhos que levaram à escolha destes dois cenários.

O município de Porto Alegre é o 12º mais populoso do Brasil, contando com uma população estimada de 1.488.252 pessoas, distribuídas em 94 bairros oficiais. A Região Centro, mais especificamente, é composta por um total de 18 bairros e possui 276.799 habitantes, representando 19,64% da população do município. Estudo censitário realizado em 2016 evidenciou que esta foi a região de maior concentração (80,8%) da PSR na capital, e que nela estão localizados boa parte dos serviços voltados para esta população, como abrigos, albergues, centros de convivência e fortalecimento de vínculos, restaurantes populares e outros (GEHLEN; SCHUCH, 2016). Tais motivos justificam a relevância de se fazer presente em cenários situados nesse território, reforçando a escolha da região como foco desta pesquisa.

Inicialmente, na etapa de construção do projeto de pesquisa, optou-se pela escolha do Movimento Nacional da População de Rua do Rio Grande do Sul (MNPR/RS) como campo do estudo, por se tratar de um importante dispositivo de luta e militância para a PSR há mais de dez anos. O MNPR/RS surgiu pela urgência em refletir e problematizar a realidade dessa população na capital em razão do que era vivenciado nos serviços e espaços públicos. O Movimento é organizado e liderado por homens e mulheres em situação ou com trajetória de rua, com o apoio de diferentes organizações sociais, profissionais, estudantes e outros interessados (CAMPOS *et al.*, 2017; PIZZATO, 2012).

O MNPR/RS já teve como palco de suas reuniões diversos espaços da cidade (CAMPOS *et al.*, 2017). No momento de inserção da pesquisadora no campo, devido às restrições relacionadas à pandemia da *Corona Virus Disease* (COVID-19) e considerando a impossibilidade de manter as reuniões em meio virtual, as mesmas permaneceram suspensas por alguns meses. Com a retomada parcial das atividades presenciais, entendeu-se a necessidade de rearticulação do MNPR/RS. Assim, em maio de 2021, as reuniões voltaram a acontecer todas as sextas-feiras à tarde, na praça do Largo Zumbi dos Palmares, localizada na Avenida Loureiro da Silva nº 730, Cidade Baixa/Porto Alegre.

No entanto, por conta dos impactos da pandemia, as reuniões estavam esvaziadas e o Movimento fragilizado e desarticulado. Por mais que o MNPR/RS pudesse se constituir como um potente campo para esta pesquisa, conforme havíamos previsto, naquele dado momento, não havia mulheres com trajetória de rua na sua composição. Tal conjuntura repercutiu na necessidade da pesquisadora se aproximar de outros cenários, para que fosse possível não somente o encontro com mulheres que pudessem vir a compor esta pesquisa, como também a própria concretização da mesma.



Em meio a esses (des)encontros, a partir do mês de junho de 2021, eu comecei a me aproximar de um coletivo independente denominado Troque a Fome por Flor, idealizado por Lorenzo Dovera e Themis Dovera, diante da constatação da ineficácia das políticas públicas voltadas para a PSR no município de Porto Alegre, especialmente daquelas que visam proporcionar novos projetos de vida para essas pessoas.

Os idealizadores do Coletivo evidenciaram que têm crescido cada vez mais o número de pessoas nas sinaleiras da cidade segurando placas com os seguintes dizeres: “Tô com fome, me ajude”. Então, exatamente na véspera da data em que se comemora o dia das mães no Brasil, surgiu a ideia de substituir essas placas por outras que proporcionassem novas possibilidades de ser e estar no mundo. Afinal, porque não fazer com que essas pessoas tenham algo a oferecer em troca do recurso financeiro que lhes dão, sem precisar somente pedir? A escolha das mudas de flores como algo a ser trocado foi para aproveitar a data comemorativa, na qual é comum as pessoas presentear suas mães com flores. Assim, os participantes do coletivo recebem tanto as mudas de flores, quanto uma outra placa, desta vez, com os dizeres: “Troque a Fome por Flor”. Foi assim que nasceu o nome do projeto.

O Coletivo Troque a Fome por Flor tem como objetivo proporcionar não somente a geração de renda e a educação financeira para a PSR a partir das vendas das mudas de flores pelas ruas da cidade, como também maior dignidade para essas pessoas, que ficaram ainda mais fragilizadas e desassistidas quanto às suas necessidades sociais básicas devido aos agravos da pandemia. Assim, por meio do incentivo à valorização do seu próprio trabalho e do lucro proveniente dele, é possível lançar importantes impactos na vida dessas pessoas, sobretudo no sentido da garantia de direitos fundamentais para uma vida mais digna.

Nessa direção, o Coletivo se concretiza como uma potente estratégia para trazer novas oportunidades e possibilidades de inclusão no mundo do trabalho e de produção de vida para a PSR, haja vista que o trabalho valoriza o sujeito e ressignifica a sua existência no mundo social. Além do mais, o Troque a Fome por Flor também proporciona o resgate da autonomia e da autoestima dos sujeitos, além do resgate e do fortalecimento de laços, de redes, de sonhos e de sentidos para a vida, ao passo que ocupar a cidade para a venda das mudas de flores é uma forma de se tornar visível e de criar um outro modo de se relacionar com o mundo.

Dito isto, desde junho eu tenho atuado como apoiadora do projeto, participando das ações que ocorrem três vezes na semana, no turno da manhã, em frente ao Centro de

Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP) Harmonia, localizado na Av. Aureliano de Figueiredo Pinto nº 155, Praia de Belas/Porto Alegre. Este local foi escolhido como ponto de referência para as pessoas em situação de rua, então, floristas, iniciarem suas jornadas diárias de trabalho. Nos encontros, além da entrega das mudas de flores para as pessoas em situação de rua, também são produzidos os cachepôs, a partir da combinação de caixas de leite recicladas com folhas de revistas usadas. Este é um dos diferenciais do projeto, pois cada cachepô é único e sustentável, criando-se, assim, consciência coletiva.

Logo, a escolha do Coletivo Troque a Fome por Flor como campo do estudo envolve critérios fundamentais para a exequibilidade e confiabilidade da pesquisa. O primeiro aspecto a ser considerado é que o quantitativo de mulheres que ocupam e habitam as ruas das cidades é significativamente menor quando comparado aos homens (PIMENTA, 2019), o que por si só já limita a aproximação com elas. Somado a isso, conforme evidenciado anteriormente, ainda há o evidente afastamento dessas mulheres aos serviços institucionais que deveriam cuidá-las e acolhê-las (PIMENTA, 2019; SÃO PAULO, 2017), o que complexifica ainda mais o encontro com elas.

Nesse sentido, a escolha deste Coletivo vem para viabilizar a aproximação da pesquisadora com mulheres que tiveram suas vidas marcadas pela vivência da maternidade nas ruas, corroborando para que seja possível acessá-las longe de espaços institucionais. Entende-se que esse distanciamento entre a pesquisa e os serviços pode permitir que as mulheres não associem a sua participação na pesquisa com o seu acompanhamento em determinado espaço, o que pode ser importante para reduzir vieses e para proporcionar maior sensação de sigilo e confidencialidade às mulheres que concordaram em participar da pesquisa. Além do mais, lançar mão do Troque a Fome por Flor como campo do estudo também é uma maneira de legitimar e dar visibilidade ao Coletivo, especialmente na Academia e, sobretudo, na Enfermagem.

O CnaR - Centro se constituiu como o outro campo desta pesquisa devido a inclusão do banco de dados do projeto de pesquisa intitulado “Vivência da gestação por mulheres em situação de rua: tecendo redes de apoio social” (APÊNDICE C), que foi desenvolvido neste serviço de saúde. Cabe ressaltar que os Consultórios na Rua são serviços de saúde instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, com vistas a ampliar o acesso à saúde integral da população em situação de rua (PORTO ALEGRE, 2017b).

O CnaR – Centro, particularmente, surgiu como Estratégia de Saúde da Família (ESF) sem Domicílio e funcionou como tal de outubro de 2004 à 2012. Em abril de 2012, foi inaugurado como CnaR, sendo o segundo a ser instituído em Porto Alegre, como estratégia de ampliação da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na região centro no município (PORTO ALEGRE, 2012).

Trata-se de um serviço mantido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre e pertence à Gerência Distrital Centro, estando localizado na Rua Capitão Montanha nº 27, no Centro Histórico de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2017b). É responsável por um território que abrange 18 bairros e possui cerca de quatro mil prontuários de pacientes cadastrados, o que representa um número quatro vezes maior do que o preconizado pela Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamentos das Equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2011b).

No mais, o CnaR – Centro é composto por uma equipe multiprofissional de modalidade III responsável por atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas com demais pontos da rede (BRASIL, 2011b). Seu horário de funcionamento é de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h. No período da manhã são realizados atendimentos de demanda espontânea na base do serviço, e no turno da tarde são realizadas as abordagens nas ruas.

Para a escolha do CnaR – Centro como campo do estudo, foram considerados critérios de logística e conveniência. Um fator de relevância é que o mesmo faz parte da rede de serviços que compõem o Programa de Residência da UNISINOS, e foi um dos campos de atuação desta pesquisadora enquanto *residenta*, ao longo do ano de 2019. Outro ponto a ser destacado é que já havia um momento prévio de familiarização com o serviço, e principalmente, com a equipe, durante estágio obrigatório da graduação, o que facilitou o contato e interação entre pesquisadora, equipe e participantes. Ambos os fatores corroboraram para a viabilidade da pesquisa.

### 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo foram mulheres, maiores de dezoito anos, que tiveram a sua trajetória de vida marcada pela vivência da maternidade em situação de rua. Foram excluídas aquelas mulheres que apresentaram algum impedimento que inviabilizou a etapa de coleta das informações, como estar sob efeito de álcool e outras drogas no momento de realização da entrevista.

Cabe ressaltar que a compreensão do fenômeno da maternidade abarcado no decorrer desta pesquisa envolve não somente o momento da gestação propriamente dito, como também as ideias sobre ser mãe, o planejamento (ou não) da maternidade, a gestação, o parto, o puerpério, o vínculo entre a mãe e o bebê e a criação dos filhos. Sendo assim, puderam participar da pesquisa mulheres em situação de rua que estavam grávidas no momento da coleta das informações, ou que vivenciaram uma ou mais gestações na rua, podendo trazer também suas experiências em relação ao parto, puerpério, vínculo e cuidado com os filhos.

As mulheres foram selecionadas e convidadas para participar da pesquisa de modo intencional, mediante o auxílio dos envolvidos nos respectivos campos. No caso do Consultório na Rua, os profissionais da equipe indicaram mulheres que atendiam aos critérios de inclusão no estudo, e no caso do coletivo Troque a Fome por Flor, os idealizadores e apoiadores do projeto nomearam possíveis participantes.

No que diz respeito ao critério para melhor definição do número de participantes incluídas na pesquisa, considerou-se o conceito de poder de informação. Este critério indica que, quanto mais informações relevantes para a pesquisa a amostra possui, menor será a quantidade de participantes necessária. Nesse sentido, o tamanho de uma amostra com poder de informação suficiente depende do objetivo do estudo, da especificidade da amostra, do uso do referencial estabelecido, da qualidade do diálogo e da estratégia de análise (MALTERUD; SIERSMA; GUASSORA, 2016).

Minayo (2017) aponta que na abordagem qualitativa, pesquisadores se preocupam menos com a quantidade e generalização das informações e mais com a qualidade, aprofundamento, detalhamento e diversidade na compreensão do fenômeno. Nessa direção, uma amostra qualitativa ideal é aquela que reflete as múltiplas dimensões do objeto de estudo. Portanto, o número de participantes a compor uma pesquisa qualitativa deve considerar uma série de decisões a respeito do processo de seleção dos mesmos, haja vista a dificuldade de estabelecer epistemologicamente um ponto de corte.

Dito isto, o ponto de corte desta pesquisa não ocorreu por razões metodológicas, mas devido aos limites dos recursos necessários para sua continuidade e inclusão de novas participantes. Em especial, destacam-se o tempo limitado para a etapa de coleta de informações, assim como o limite da disponibilidade e envolvimento de mulheres com trajetória de rua que pudessem compor o estudo, de modo que foram respeitadas as suas individualidades no decorrer de todo o processo. Tendo em vista estes aspectos, foram incluídas doze participantes. Além do mais, cabe salientar que esta pesquisa dialoga com

a perspectiva da singularidade de cada história, trajetória e existência, impossíveis de qualquer universalização.

#### 5.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas, contendo perguntas abertas e fechadas, apresentadas no Roteiro de Entrevista (APÊNDICE A). As perguntas fechadas compreendem a caracterização das participantes da pesquisa, contribuindo para a formação do perfil ilustrativo das entrevistadas. As perguntas abertas envolvem questionamentos disparadores sobre o tema de pesquisa, que foram delineando a entrevista e possibilitaram a posterior categorização das informações.

A entrevista semiestruturada é um tipo de entrevista em profundidade, sendo extremamente útil e pertinente em estudos exploratórios e descritivos. Ela envolve um roteiro contendo poucas questões-chave, porém suficientemente amplas, para serem discutidas em profundidade, direcionando o interesse da pesquisa. Cada questão é aprofundada de modo que as perguntas amplas vão dando origem às perguntas mais específicas. Assim, a pesquisadora faz a primeira pergunta do roteiro e explora ao máximo cada aspecto que emerge dela, até esgotar a questão, somente então passa para a próxima pergunta. É importante enfatizar que esse roteiro é um guia, podendo ser reformulado no decorrer do período de coleta de informações (DUARTE, 2009).

Na perspectiva de atestar a sensibilidade do Roteiro de Entrevista, realizou-se o que Moré (2015) denomina de “estudo de sensibilização”, cuja intenção é analisar se os questionamentos da entrevista em profundidade têm a potencialidade de gerar narrativas em torno do objetivo principal da pesquisa. Portanto, no decorrer deste processo, que se deu com a realização das entrevistas iniciais, foram ocorrendo pequenas modificações no Roteiro de Entrevista, na medida em que a pesquisadora identificava a necessidade de reformulações nos questionamentos, especialmente com vistas a facilitar o entendimento das participantes e qualificar o seguimento do diálogo e o fluxo da entrevista em torno do objeto de investigação.

Ressalta-se que a entrevista tem como objetivo descobrir os significados, percepções e interpretações dos entrevistados sobre um determinado assunto, permitindo a (re)leitura imediata de informações obtidas (DUARTE, 2009). Portanto, foram direcionados às participantes questionamentos que possibilitassem compreender as vulnerabilidades experienciadas por elas durante a vivência da maternidade nas ruas. Tais

questões foram pensadas e construídas no sentido de proporcionar a cada uma das mulheres a expressão de suas vivências, demandas, facilidades, dificuldades, motivações, desejos e possibilidades.

O período de coleta das informações foi de maio a novembro de 2021, totalizando aproximadamente sete meses. As entrevistas tiveram duração aproximada de 40 minutos e foram desenvolvidas pela pesquisadora principal, pós-graduanda e com experiência prévia nesta técnica de coleta com este público. A escolha do momento e local para a realização da entrevista foi feita de acordo com cada caso e situação, sendo considerada tanto a disponibilidade da pesquisadora quanto das participantes.

Cinco entrevistas ocorreram nos domicílios das mulheres e as outras três foram realizadas na própria rua, nas proximidades dos espaços onde elas constituem suas dinâmicas de vida. Devido às particularidades de determinados locais elencados para a realização das entrevistas, cabe pontuar que em algumas entrevistas outras pessoas estiveram presentes, como familiares ou profissionais, o que pode ter influenciado ou direcionado as respostas das participantes. Com algumas, foram necessários dois encontros para a realização de toda a entrevista, sendo sinalizados por elas os momentos em que precisavam interrompê-la, especialmente devido a demandas do cotidiano da vida nas ruas, como a busca por recursos para sobrevivência diária.

Ressalta-se que no decorrer das vivências em campo diante do contexto de pandemia, os devidos cuidados e precauções foram tomados no que diz respeito às medidas de distanciamento social, conforme orienta o MS. Foram utilizadas e disponibilizadas pela pesquisadora máscaras descartáveis e tubos de álcool em gel, ambos considerados essenciais para a prevenção da COVID-19.

Como material de apoio, foi utilizado um gravador de áudio digital, além de ferramentas para anotações escritas que compuseram um diário de campo, no qual foram registrados aspectos que a gravação não consegue captar, como movimentos, sentimentos e emoções. Todas as entrevistas foram gravadas, mediante o consentimento das participantes, e em seguida foram transcritas na íntegra de forma literal, assegurando-se a veracidade das informações. Serão armazenadas digitalmente durante cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora em *pen drive*, e após esse período serão apagadas. No sentido de preservar o anonimato das participantes, ao longo da apresentação dos resultados, elas serão identificadas por nomes de flores, como forma de homenagem ao Coletivo que é um dos campos desta pesquisa.

O corpus de análise desta pesquisa também contempla o banco de dados digital e de acesso restrito do projeto de pesquisa intitulado “Vivência da gestação por mulheres em situação de rua: tecendo redes de apoio social”, conforme autorização das pesquisadoras responsáveis, cujo objetivo geral é desvelar as redes de apoio social formal e informalmente tecidas durante a vivência da gestação por mulheres em situação de rua a partir da perspectiva das mesmas.

O respectivo banco de dados é composto por entrevistas em profundidade desenvolvidas com quatro mulheres que passaram pela vivência da gestação em situação de rua há no máximo um ano (contado a partir da data de início da coleta de informações). As entrevistas foram desenvolvidas pela pesquisadora principal, pós-graduanda e com experiência neste tipo de coleta de informações, entre junho e agosto de 2019, com duração aproximada de 50 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra de forma literal. Cabe salientar que as transcrições serão guardadas por cinco anos pela pesquisadora responsável, e após esse período serão devidamente apagadas. No sentido de preservar o anonimato das participantes, as transcrições estão identificadas no banco de dados pelos nomes fictícios destinados a cada uma das entrevistadas. Desse modo, não é possível identificá-las através do acesso ao banco de dados da pesquisa.

## 5.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O corpus de análise deste estudo envolve as oito entrevistas desenvolvidas a partir desta dissertação, e as quatro entrevistas que compõem o banco de dados mencionado anteriormente, totalizando um quantitativo de doze entrevistas.

As respostas das perguntas fechadas do Roteiro de Entrevista foram agrupadas e apresentadas de maneira a compor um breve relato sobre as participantes, permitindo uma aproximação com as suas histórias e vivências. Já as respostas das perguntas abertas foram analisadas sob a luz do referencial teórico da V&DH, e orientadas pelo Quadro da V&DH proposto por Ayres, Paiva e França Júnior (2012). Para a apreciação das informações obtidas utilizou-se a Análise de Conteúdo do tipo Temática proposta por Minayo (2014), que corresponde a um conjunto de técnicas de pesquisa que permite a compreensão de um determinado fenômeno mediante a leitura, organização e discussão das informações obtidas.

A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de um determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo [...]. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2014, p. 315-16).

Operacionalmente, Minayo (2014) propõe que a técnica de Análise Temática se desdobre em três etapas:

1) A primeira etapa é a **pré-análise**, na qual ocorre a investigação do material de campo a partir da *leitura flutuante*, que permite apreender as estruturas de relevância e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise, determinando a forma de categorização dos achados. Para tanto, a leitura flutuante demanda da pesquisadora um contato direto, intenso e exaustivo com as entrevistas, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A retomada dos pressupostos e objetivos iniciais do estudo se faz necessária durante todo o processo, abrindo espaço para que se possa revisitá-los e reformulá-los, configurando novos rumos e interpretações.

Primeiramente, foi realizada a transcrição das entrevistas de forma literal em um editor de textos por uma bolsista de iniciação científica, e em seguida, as transcrições foram revisadas pela pesquisadora principal mediante a escuta das gravações e a leitura flutuante. Posteriormente, todas as transcrições foram impressas e relidas na íntegra, inclusive as que compõem o banco de dados que também foi analisado nesta pesquisa. Esse momento foi importante para se familiarizar com o material e dar início à imersão no corpus de análise. Ao final desta etapa, a pesquisadora registrou suas impressões iniciais, buscando coerência entre as informações.

2) A segunda etapa é a de **exploração do material**, que envolve a *leitura transversal* dos achados e consiste essencialmente na busca por categorias, ou seja, no processo de categorização, que envolve o movimento de redução do texto às expressões mais significativas dentro do corpus de análise. Portanto, com a exploração do material, espera-se identificar as chamadas *unidades de significação*, que são palavras ou expressões que dão sentido ao conteúdo das falas e sustentam a definição das categorias. Esta etapa tem por finalidade alcançar a compreensão dos achados da pesquisa e é extremamente delicada, merecendo o devido cuidado e atenção ao longo de todos os movimentos realizados pela pesquisadora.



Em um primeiro momento, através de uma sequência de leituras transversais e exaustivas, os trechos das falas das participantes foram grifados em cores diferentes com pincel marca texto, conforme as ideias semelhantes. A aplicação da técnica cromática possibilitou compor o material, que em seguida, foi submetido a uma análise mais aprofundada. Em um segundo momento, foi realizado o recorte das informações comuns encontradas no conteúdo das falas transcritas. Estes recortes foram organizados, considerando-se a técnica cromática empregada, e inseridos em uma grande tabela desenvolvida em um editor de textos, para melhor visualização e apropriação do conteúdo. A partir disso, a pesquisadora pôde identificar, definir e enumerar as unidades de significação.

Em um terceiro momento, as unidades de significação foram agrupadas em possíveis temas numa outra tabela, de acordo com semelhanças ou diferenciações, de modo que todos os recortes pertinentes foram devidamente associados a cada tema em potencial. Em seguida, essa tabela foi impressa, e após a revisão e o refinamento dos detalhes de cada tema, foram definidos os nomes das categorias responsáveis pela especificação dos temas, oferecendo uma descrição concisa, lógica e coerente sobre a história que os achados nos contam.

3) A terceira etapa, de **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, envolve a interpretação e discussão dos achados da pesquisa, buscando-se embasamentos na literatura atual para sua análise e compreensão. A pesquisadora busca por inferências e interpretações acerca dos resultados, retomando-se a todo momento os objetivos do estudo. Nesta etapa, o movimento circular que vai do empírico para o teórico e vice-versa, dançando entre o concreto e o abstrato, volta-se para as características essenciais do fenômeno em questão. Desse modo, os recortes realizados anteriormente foram analisados sob a luz do referencial teórico desta pesquisa.

## 5.6 ASPECTOS BIOÉTICOS

Para a realização deste estudo foram consideradas as disposições presentes nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016). A primeira trata dos aspectos bioéticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos e a segunda prevê especificidades nas normas aplicáveis às pesquisas nas áreas das Ciências Humanas e Sociais.

Todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa foram devidamente informadas no que diz respeito à natureza do estudo, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais riscos e benefícios, através de linguagem clara e acessível, certificando-se a todo momento de que as mesmas estavam compreendendo tais esclarecimentos. As participantes foram asseguradas quanto à confidencialidade das informações fornecidas e quanto ao seu anonimato. Na utilização de quaisquer informações oriundas desta pesquisa, suas identidades estarão preservadas, haja vista que todas receberam nomes fictícios. A participação das mesmas foi voluntária e não envolveu qualquer tipo de remuneração.

Tais princípios foram garantidos às participantes mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Assim, o TCLE foi lido na íntegra pela pesquisadora para todas as participantes, e em seguida, as mulheres assinaram o documento em duas vias, sendo que uma delas ficou com a entrevistada e a outra com a pesquisadora. Em consonância com a Resolução nº 510/2016, somente após os devidos esclarecimentos é que foi realizada a comunicação do consentimento pelas mulheres por meio de expressão escrita (BRASIL, 2016).

Os riscos às participantes foram considerados mínimos, como um possível desconforto devido ao tema proposto ou ao tempo despendido para responder aos questionamentos. As participantes puderam interromper a entrevista ou se retirar da pesquisa a qualquer momento sem ônus pessoal, e foi garantido a elas o direito de não responderem às perguntas se não se sentissem confortáveis. Quando ocorriam intercorrências resultantes da participação na pesquisa, como desconforto, choro, tristeza ou constrangimento, a entrevista era interrompida e os cuidados necessários eram oferecidos às mulheres sem custos pessoais. Duas participantes solicitaram finalizar a entrevista naquele dia e continuar em um outro momento. Foram fornecidos os contatos das pesquisadoras responsáveis para eventuais esclarecimentos.

Em termos de benefícios, esta pesquisa não envolve benefícios diretos às participantes, mas pode contribuir para fomentar a produção de conhecimentos acerca da vivência da maternidade por mulheres com trajetória de rua sob a luz do referencial da V&DH, no sentido de aperfeiçoar o cuidado a essas mulheres e fazer entrelaçamentos na direção da consolidação de políticas públicas voltadas a elas, garantindo um olhar para as suas singularidades, subjetividades, potencialidades, desejos, direitos e lutas.

Os resultados desta pesquisa serão utilizados especificamente para fins acadêmicos e científicos. Além do mais, partindo do compromisso ético-estético-político

da pesquisadora, será realizada a devolutiva dos achados às participantes, quando possível, aos demais colaboradores, interessados e gestores que se fizerem pertinentes, na perspectiva de proporcionar reflexão sobre a temática e servir como disparador e/ou potencializador de construções de cuidado em saúde para mulheres que vivenciam a maternidade nas ruas no município de Porto Alegre e em outros cenários possíveis.

Ambos os projetos de pesquisa cujas informações compõem esta dissertação foram encaminhados às devidas instâncias éticas para apreciação. O projeto “Trajetórias de cuidado percorridas por mulheres que vivenciaram a maternidade nas ruas: caminhos (im)possíveis” foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS (ANEXO B) sob parecer nº 4.722.878. O projeto que corresponde ao banco de dados da pesquisa “Vivência da gestação por mulheres em situação de rua: tecendo redes de apoio social” foi aprovado pelo CEP da UNISINOS, enquanto instituição proponente, sob parecer nº 3.080.329, e pelo CEP da SMS de Porto Alegre, enquanto instituição coparticipante, sob parecer nº 3.153.829. Cabe destacar que a inclusão do respectivo banco de dados foi aprovada mediante emenda pelo CEP da UFRGS sob parecer nº 5.330.608 com a ciência e autorização das pesquisadoras responsáveis.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D.J.R.; QUADROS, L.C.T. A pedra que pariu: Narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 11, n. 1, 2016.
- AYRES, J. R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set-dez, 2004.
- AYRES, J. R. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009, p. 121-44.
- AYRES, J. R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C.M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 9-23.
- AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JÚNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 43-94.
- BARROS, K.C.C. *et al.* Vivências de cuidado por mulheres que gestam em situação de rua. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 21, e43686, 2020.
- BATISTA, G.F.; FONSECA, M.C.; PONTES, M.G. “É uma dor que não tem explicação, é a vida da gente que eles tiram”: narrativas de mulheres na resistência pelo seu direito à maternidade em Belo Horizonte – MG. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 4, supl. 1, p. 129-39, 2018.
- BELLOC, M.M.; CABRAL, K.V.; OLIVEIRA, C.S. A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 4, supl. 1, p. 37-49, 2018.
- BISCOTTO, P.R. *et al.* Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 750-56, 2016.
- BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 26, p. 329-76, jan./jun. 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004. 82 p.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF, 2009a. 240 p.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF, 2009b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, DF, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Nota Técnica Conjunta MDS/MS nº 001/2016, de 10 de maio de 2016**. Diretrizes, Fluxos e Fluxograma para a 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. Brasília, DF, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 2016.

CAIRO. **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Relatório Final. Plataforma de Cairo, Egito, 1994.

CAMPOS, R *et al.* “A luta é constante”: do movimento aquarela da população de rua ao movimento nacional da população de rua do Rio Grande do Sul. In: SCHUCH, P.; GEHLEN, I.; SANTOS, S.R. (Org). **População de Rua: políticas públicas, práticas e vivências**. 1 ed. Porto Alegre: CirKula, 2017. 317 p.

CEDAW. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher**. Relatório Final. 1979.

CORREIA, M.J. Sobre a maternidade. **Análise Psicológica**, v. 3, n. XVI, p. 365-71, 1998.

COSTA, S.L. *et al.* Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, 2015.

COSTA, J.A.; PASSOS, R.G.; GOMES, T.M.S. Além do aparente: problematizações sobre a generificação das relações a partir de um grupo de mulheres. In: PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. 1. ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 146-68.

CRAWFORD, D.M *et al.* Pregnancy and Mental Health of Young Homeless Women. **Am J Orthopsychiatry**, v. 81, n. 2, p. 173-83, apr. 2011.

DALENOGARE, G. Deixa eu te contar histórias que a história não conta: mulheres e prisões, a vivência da maternidade no cárcere. 2019. 86 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

D'ÁVILA, M. **Revolução Laura: reflexões sobre maternidade & resistência**. Caxias do Sul: Belas Letras, 2019. 192 p.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: BARROS, A.; DUARTE, J. (Org). **Métodos e Técnicas de Pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2009. 408 p.

FERLA, A.A.; JORGE, A.; MERHY, E. Separação compulsória de mães e seus filhos: quando a lei e a cidadania se confrontam. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 4, supl. 1, p. 5-8, 2018.

FONTES, V. Capitalismo, crises e conjuntura. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 409-25, set./dez. 2017.

GEHLEN, I. *et al.* Dinâmicas, estratégias e mundo da População em Situação de Rua de Porto Alegre. In: SCHUCH, P.; GEHLEN, I.; SANTOS, S.R. (Org). **População de Rua: políticas públicas, práticas e vivências**. 1 ed. Porto Alegre: CirKula, 2017. 317 p.

GEHLEN, I.; SCHUCH, P. (Coord). **Estudos quanti-qualitativos população em situação de rua de Porto Alegre**. Porto Alegre: FASC; 2016. Contrato nº023/2015.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 23-42.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, v. 5, p. 7-41, 1995.

JORGE, M.S.B. *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-60, 2011.

JORGE, A.O. *et al.*, Direitos negados a mulheres em situação de vulnerabilidade social. In: MENDES, N.; MERHY, E.; SILVEIRA, P. (Org.). **Extermínio dos excluídos**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2019. p. 263-79.

JORGE, A.O. *et al.*, Das amas de leite às mães órfãs: reflexões sobre o direito à maternidade no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 515-24, 2022.

JORNAL BOCA DE RUA. Por que não podemos ser mães? **Jornal Boca de Rua**, Porto Alegre, out./nov./dez. 2017. Ano XVI. nº 65.

JORNAL BOCA DE RUA. O grito das ruas brasileiras. **Jornal Boca de Rua**, Porto Alegre, jul./ago./set. 2018. Ano XVII. nº 68.

KARMALUK, C. *et al.* De quem é este bebê? Movimento social de proteção do direito de mães e bebês juntos, com vida digna! **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 4, supl. 1, p. 169-89, 2018.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 128 p.

LEAL, J.; CALDERÓN, D. Espaços do (im)provável: Uma experiência política de mulheres em situação de rua usuárias de crack. In: PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. 1. ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 127-44.

MALTERUD, K.; SIERSMA, V.D.; GUASSORA, A.D. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. **Qualitative Health Research**, v. 26, n. 13, p. 1753-60, 2016.

M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

\_\_\_\_\_. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MORAES, R.I. **Crimes culturalmente motivados: cultural defense nos casos de violência sexual contra a mulher**. 2017. 175 f. Tese (Doutorado em Direito). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

MORÉ, C.L.O.O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. **Atas – Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais**, v. 3, jul., 2015.

OLIVEIRA, D.S. **Vivências e enfrentamentos de mulheres que usam drogas no exercício da maternidade**. 2015. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

NASCIMENTO, A.; RODRIGUES, A. Perspectivas insubmissas de mulheres negras sobre o proibicionismo das drogas. In: PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências**. 1. ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2019. p. 141-64.

PAIVA, V. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? inovações do campo no contexto da resposta brasileira à aids. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 531-49, 2013.

PAIVA, V. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 165-208.

PAIVA, I.K.S. *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. Desafios contemporâneos na luta antimanicomial: comunidades terapêuticas, gênero e sexualidade. In: PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. 1. ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 110-25.

\_\_\_\_\_. Luta antimanicomial e feminismos: manicomializações, estado e racismo. In: PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências**. 1. ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2019. p. 25-39.

PEQUIM. **IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Declaração e Plataforma de Ação. Pequim, China, 1995.

PIMENTA, M.M. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: processos de estigmatização e invisibilidade social. **Civitas**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 82-104, jan./abr. 2019.

PIZZATO, R.M.S. A trajetória do protagonismo dos grupos e dos movimentos da população em situação de rua. In: DORNELLES, A.E.; OBST, J.; SILVA, M.B. (Org.). **A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre**. 1. ed. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil. 2012. 126 p.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 456 p.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 1º quadrimestre de 2012**. Porto Alegre, 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2017**. Porto Alegre, 2017a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2018 – 2021**. Porto Alegre, 2017b.

\_\_\_\_\_. Site da Prefeitura de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Políticas em Saúde. Saúde da Mulher. Atenção às Vulnerabilidades Específicas. Porto Alegre, 2021.

ROSA, A.S.; BRÊTAS, A.C.P. Violence in the lives of homeless women in the city of São Paulo, Brazil. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 275-85, 2015.



ROSO, A.; SANTOS, V.B. Saúde e relações de gênero: notas de um diário de campo sobre vivência de rua. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 35, n. 2, p. 283-99, 2017.

SANCHOTENE, I.P.; ANTONI, C.; MUNHÓS, A.A.R. MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 146-60, jan./jun. 2019.

SANTOS, B.S. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: SANTOS, B.S (Org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 427-61.

SANTOS, G.C.; BAPTISTA, T.W.F.; CONSTANTINO, P. “Whose baby is this?”: challenges for homeless women’s right to motherhood. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, e00269320, 2021.

SÃO PAULO. Relatório de Pesquisa. **Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo**. São Paulo, 2017.

SARMENTO, C.S. **O gênero na rua**: um estudo antropológico com as mulheres em situação de rua em Porto Alegre. 2017. 92 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

\_\_\_\_\_. **“Por que não podemos ser mães?”**: tecnologias de governo, maternidade e mulheres com trajetória de rua. 2020. 170 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul.dez. 1995.

SCHUCH, P.; GEHLEN, I. A “Situação de rua” para além de determinismos: explorações conceituais. In: DORNELLES, A.E.; OBST, J.; SILVA, M.B. (Org.). **A Rua em Movimento**: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre. 1. ed. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil. 2012. 126 p.

SIMÕES JUNIOR, J.G. **Moradores de rua**. São Paulo: Pólis, n. 7, 1992. 56 p.

SOUZA, M.R.R. *et al.* Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, e59876, 2016.

SOUZA, C.M.B. *et al.* Mães Órfãs: o direito à maternidade e a judicialização das vidas em situação de vulnerabilidade. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 4, supl. 1, p. 27-36, 2018.

VALE, A.R.; VECCHIA, M.D. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.28, n.1, p.222-234, 2019.

VILLELA, W. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher: redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. In: ARAÚJO, M. J. O. *et al.* **Saúde das mulheres**: Experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000, p. 23-32.

YAMAMOTO, C.T. **A evolução dos direitos das mulheres até a criação da Lei n. 11.340/2006**. Boletim Jurídico, Uberaba/MG, a. 12, n. 752.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

<p><b>Título:</b> A vivência da maternidade por mulheres com trajetória de rua: vulnerabilidades e direitos humanos</p>
<p><b>Objetivo:</b> Compreender a vivência da maternidade por mulheres com trajetória de rua sob a luz do referencial teórico da Vulnerabilidade e Direitos Humanos</p>
<p><b>Data e Local da Entrevista:</b> _____</p>
<p><b>1 – Identificação</b></p> <p>Nome Fictício: _____ Idade: _____</p> <p>Situação conjugal: _____ Raça/Cor: _____ Religião/Crença: _____</p> <p>Escolaridade: _____ Trabalho/Ocupação: _____</p> <p>Há quanto tempo e por quais razões vive/viveu na rua: _____</p> <p>Nº Gestações: _____ Nº Partos Normais: _____ Nº Cesárias: _____ Nº Abortos: _____</p> <p>Problemas de Saúde: _____ Uso de álcool e/ou drogas: _____</p>
<p><b>2 – Questões Disparadoras</b></p> <p><b>1. Fale um pouco sobre a(s) gestação(ões) que você teve ao longo da sua vida.</b></p> <p><u>Questões complementares:</u> Quantas gestações você teve? Que idade você tinha? Em quantas você estava em situação de rua?</p> <p><b>2. Conte um pouco como foi estar grávida/ser mãe na rua.</b></p> <p><u>Questões complementares:</u> Você se imaginava sendo mãe em situação de rua? O que passava pela sua cabeça quando descobriu que seria mãe? Fale sobre sentimentos e emoções. Quais eram as suas expectativas/desejos? E os seus maiores medos/angústias?</p> <p><b>3. Conte como você cuidou da sua saúde durante a(s) gestação(ões).</b></p> <p><u>Questões complementares:</u> Quais eram os problemas de saúde que mais te incomodavam nesse momento? Como você cuidava da sua saúde? Qual foi a primeira ajuda que você procurou nesse momento e porquê? Como foi essa ajuda? Que outras pessoas ou lugares você buscou para ajudá-la (serviços de saúde, outros serviços, familiares, amigos, companheiros da rua, religião/crença, grupos de apoio, curandeiros, benzedeiras)? Que tipo de ajuda te ofereciam? Como foi essa ajuda? Você procurou algum serviço de saúde (citar exemplos de serviços)? Você fez pré-natal? Como foi?</p>

**4. Conte como foi o momento do parto e do nascimento do(s) bebê(s)?**

Questões complementares: Quais eram os problemas de saúde que mais te incomodavam nesse momento? Que pessoas ou lugares você procurou nesse momento e por que? Como foi essa ajuda? Que outras pessoas ou lugares você buscou para ajudá-la (serviços de saúde, outros serviços, familiares, amigos, companheiros da rua, religião/crença, grupos de apoio, curandeiros, benzedeiras)? Que tipo de ajuda te ofereciam? Como foi essa ajuda? Você procurou algum serviço de saúde (citar exemplos de serviços)? Como foi trabalho de parto? Como você se sentiu? Como foi após ter o bebê? Você pôde amamentá-lo e cuidá-lo? Vocês permaneceram juntos? Como foi o vínculo nos primeiros dias de vida do bebê?

**5. Conte como foi/está sendo o cuidado com seu(s) filho(s)?**

Questões complementares: Você consegue cuidar da saúde do(s) seu(s) filho(s)? Você ainda tem contato e vínculo ele(s)? Como é a relação de vocês hoje? Quais são as questões de saúde que mais te incomodam agora? Como você cuida da sua saúde? Que pessoas ou lugares você busca para ajudá-la (serviços de saúde, outros serviços, familiares, amigos, companheiros da rua, religião/crença, grupos de apoio, curandeiros, benzedeiras)? Que tipo de ajuda te oferecem? Como é essa ajuda? Você procura algum serviço de saúde (citar exemplos de serviços)? Tem tido alguma dificuldade de acesso aos serviços de saúde por conta da pandemia?

**6. Me fale um pouco sobre as dificuldades e as facilidades que você tem/teve nos cuidados de saúde sendo mãe nas ruas.**

Questões complementares: Quais as maiores dificuldades que você enfrentou nas ajudas que você procura/procurou sendo mãe nas ruas/estando grávida nas ruas? E quais as facilidades que você teve nas ajudas que procura/procurou?

**7. Se você pudesse deixar um recado para outras mulheres que também são mães e vivem nas ruas, o que você falaria para elas?**

**Observações:**

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “TRAJETÓRIAS DE CUIDADO PERCORRIDAS POR MULHERES QUE VIVENCIARAM A MATERNIDADE NAS RUAS: CAMINHOS (IM)POSSÍVEIS”. Esta pesquisa faz parte do estudo da mestrandia Cristina Elisa Nobre Schiavi no curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O objetivo geral da pesquisa é compreender as trajetórias de cuidado percorridas por mulheres que vivenciaram a maternidade em situação de rua no município de Porto Alegre. Sua participação se dará pelo compartilhamento de informações sobre a sua experiência de ser mãe em situação de rua e sobre os recursos de cuidado que você buscou durante esse momento da sua vida.

A pesquisa será feita através de entrevista individual em um local onde você se sinta confortável e segura. A entrevista será gravada em áudio e guardada por cinco anos. Será utilizado um roteiro para orientar a nossa conversa e poderão ser utilizados materiais de apoio, como papel e caneta, para anotações. Em função da pandemia da COVID-19 serão tomadas algumas medidas de proteção durante a entrevista, como o uso de máscaras e a higiene das mãos.

A sua participação não é obrigatória e não é remunerada. Você não irá receber qualquer tipo de pagamento e você não terá nenhum custo. Se precisar, poderá pedir auxílio transporte para ir e voltar do local onde será realizada a entrevista. Você poderá desistir de participar da pesquisa quando quiser e você tem o direito de não responder qualquer pergunta se não se sentir confortável. A sua participação será de forma anônima e as informações que você não quiser compartilhar com o público não serão divulgadas. Você receberá um outro nome para que você não seja exposta.

Esta pesquisa não te traz benefícios diretos, mas você estará ajudando e compartilhando conhecimentos sobre o tema, o que pode melhorar o cuidado às mulheres que são mães em situação de rua, em especial, na criação de políticas públicas. Os riscos da sua participação nesta pesquisa são considerados mínimos, como um possível desconforto físico ou emocional e, neste caso, a entrevista será interrompida e você receberá os cuidados necessários sem nenhum custo.

Todo este termo será lido pela pesquisadora antes da entrevista, e apenas depois você o assinará em duas vias iguais, sendo que uma delas ficará com você e outra com a pesquisadora. Se você não souber assinar, você pode concordar em participar da pesquisa

através do registro da sua voz em um gravador de áudio. Você pode e deve fazer todas as perguntas que considerar importantes antes de concordar em participar da pesquisa.

Se você tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa ou sobre seus direitos, poderá entrar em contato com as pesquisadoras Cristina Elisa Nobre Schiavi, Letícia Becker Vieira ou Adriana Roese Ramos pelos telefones (51) 993411741 ou (51) 33085256, pelo e-mail [cris\\_schiavi@hotmail.com](mailto:cris_schiavi@hotmail.com) ou ainda no endereço da Escola de Enfermagem da UFRGS, que é Rua São Manoel, nº 963 – Porto Alegre/RS. Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51) 33083738, e-mail [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br) ou no endereço Avenida Paulo Gama, nº 110, sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria – Campus Centro Porto Alegre/RS.

---

A pesquisadora me forneceu uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e concordo em participar dela.

---

Assinatura da Participante da Pesquisa

( ) Consentimento livre e esclarecido da participante foi explicitado sob a forma escrita, sonora, imagética, ou em outras formas que atendam às características da pesquisa e dos participantes, de acordo com o Art. 15 da Resolução nº 510/2016.

---

Assinatura da Pesquisadora

Cristina Elisa Nobre Schiavi

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE BANCO DE DADOS****TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE BANCO DE DADOS**

Eu, Vania Celina Dezoti Micheletti, enquanto professora orientadora da aluna Cristina Elisa Nobre Schiavi no Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), cujo projeto de pesquisa intitulou-se “Vivência da gestação por mulheres em situação de rua: tecendo redes de apoio social”, autorizo, para os devidos fins, a utilização do banco de dados do respectivo projeto de pesquisa na Dissertação de Mestrado da aluna no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS).

Trata-se de um projeto de pesquisa cujo objetivo geral é desvelar as redes de apoio social formal e informalmente tecidas durante a vivência da gestação por mulheres em situação de rua a partir da perspectiva das mesmas, e tem como objetivos específicos: compreender a vivência da gestação por mulheres em situação de rua (sentimentos, pensamentos, desafios, desejos); identificar os pontos mais potentes e os mais frágeis da rede formal e informal de apoio social tecida durante a vivência da gestação por mulheres em situação de rua, bem como sugestões das entrevistadas para fortalecer os pontos mais enfraquecidos dessa rede costurada por elas; identificar recomendações de outros elementos para compor a rede de apoio social de demais gestantes em situação de rua a partir da perspectiva das participantes do estudo, traçando os motivos que as levaram a não acionar tais dispositivos; identificar as redes de apoio social voltadas para as gestantes em situação de rua já instituídas formalmente no município de Porto Alegre e elaborar material informativo e de orientação com os pontos da rede de apoio social elencados pelas participantes do estudo e também com aqueles já instituídos formalmente no município.

Quanto aos aspectos metodológicos, cabe pontuar que se trata de um estudo de natureza qualitativa com caráter exploratório-descritivo e documental. O campo do estudo foi o Consultório na Rua - Centro do município de Porto Alegre/RS, serviço destinado ao atendimento da População em Situação de Rua no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

As participantes incluídas na pesquisa foram quatro mulheres que passaram pela vivência da gestação em situação de rua há no máximo um ano (contado a partir da data



de início da coleta de dados) e que estavam em acompanhamento pelo Consultório na Rua – Centro de Porto Alegre enquanto serviço de saúde de referência. Foram excluídas aquelas menores de 18 anos, as que estavam institucionalizadas, e as que apresentaram algum comprometimento cognitivo que impossibilitasse a realização das entrevistas. A seleção e o convite das mulheres para participar da pesquisa se deu de modo intencional, mediante o auxílio dos profissionais da equipe do Consultório na Rua na indicação de mulheres que atendessem aos critérios de inclusão no estudo.

Os dados foram coletados de junho a agosto de 2019 por meio de entrevistas semiestruturadas, contendo perguntas abertas e fechadas, apresentadas no Instrumento de Entrevista (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e tiveram duração de aproximadamente 50 minutos. Também foi realizada a exploração de fontes documentais para identificar as redes de apoio social formalmente existentes no município de Porto Alegre para gestantes em situação de rua.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra de forma literal, assegurando-se a veracidade das informações. As transcrições estão armazenadas e organizadas em um *pen drive*, compondo um banco de dados digital de acesso restrito e não público, que está sob responsabilidade da pesquisadora principal. No sentido de preservar o anonimato das participantes, as transcrições estão identificadas pelos nomes fictícios que foram destinados à cada uma das entrevistadas, inspirados nos nomes das seis bailarinas do videoclipe da música “Triste, louca ou má”, que foi disparadora deste estudo. Desse modo, não é possível identificar as participantes através do acesso ao banco de dados da pesquisa. Cabe salientar que as transcrições serão guardadas por cinco anos, e após esse período serão devidamente apagadas.

As participantes foram esclarecidas sobre os propósitos do estudo, com garantia de confidencialidade das informações fornecidas e do seu anonimato, excluindo-se da futura publicação qualquer dado que possa identificá-las. A participação das mesmas foi voluntária e não remunerada, e não houve interferência no acompanhamento das mesmas no Consultório na Rua ou em demais serviços, não havendo prejuízos aos vínculos institucionais previamente estabelecidos. Somente após os devidos esclarecimentos, elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em duas vias de igual teor, sendo que uma delas ficou com a entrevistada e a outra com a pesquisadora.





Os riscos às participantes foram considerados mínimos, como algum desconforto devido ao tema proposto ou ao tempo despendido para responder aos questionamentos. As participantes tiveram direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento sem ônus pessoal, e também tiveram direito de não responder às perguntas se não se sentissem confortáveis. Caso ocorressem intercorrências ou danos resultantes da participação na pesquisa, as mulheres receberiam a devida atenção e assistência, sem custos pessoais. Foram fornecidos os contatos das pesquisadoras para eventuais esclarecimentos.

Os resultados deste estudo poderão trazer benefícios como fomentar a produção de conhecimentos que possibilitem intervenções para mulheres que vivenciam a gestação em situação de rua, além de propiciar o conhecimento da rede de apoio social formal e informal que se constitui para além do Consultório na Rua, no sentido de aperfeiçoar o cuidado a essas mulheres e fazer entrelaçamentos na direção do trabalho em rede.

O projeto de pesquisa obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS, enquanto instituição proponente, sob parecer nº 3.000.329 (CAAE nº 03883018.1.0000.5344), e no CEP da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, enquanto instituição coparticipante, sob parecer nº 3.153.829 (CAAE nº 03883018.1.3001.5338).

  
 VANIA CELINA DEZOTI MICHELETTI

Porto Alegre, 20 de fevereiro de 2022.

## **ANEXO A –TERMO DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM**

### **Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem**

enf\_compesq@ufrgs.br <enf\_compesq@ufrgs.br>

Dom, 21/03/2021 22:51

Para: lebvieira@hotmail.com <lebvieira@hotmail.com>

Prezado Pesquisador LETÍCIA BECKER VIEIRA,

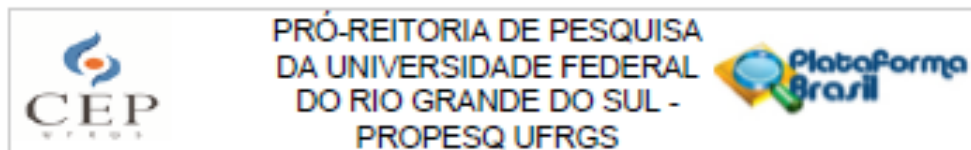
Informamos que o projeto de pesquisa TRAJETÓRIAS DE CUIDADO PERCORRIDAS POR MULHERES QUE VIVENCIARAM A MATERNIDADE NAS RUAS: CAMINHOS (IM)POSSÍVEIS encaminhado para análise em 05/03/2021 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

Aprovado mediante banca de qualificação de mestrado pelo PPGENF

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

## ANEXO B – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TRAJETÓRIAS DE CUIDADO PERCORRIDAS POR MULHERES QUE VIVENCIARAM A MATERNIDADE NAS RUAS: CAMINHOS (IM)POSSÍVEIS

**Pesquisador:** Letícia Becker Vieira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44865221.7.0000.5347

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.722.878

#### Apresentação do Projeto:

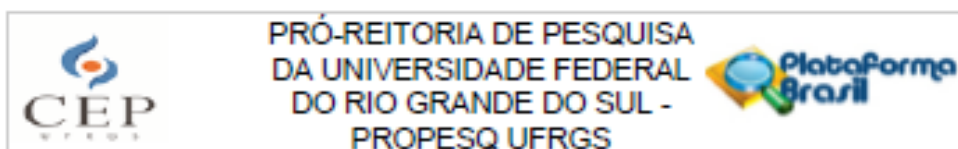
Trata-se do projeto de pesquisa de mestrado no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS da aluna-pesquisadora Cristina Elisa Nobre Schlavi, sob orientação da pesquisadora responsável professora Letícia Becker Vieira, com co-orientação da professora Adriana Roese Ramos, intitulado "Trajetórias de cuidado percorridas por mulheres que vivenciaram a maternidade nas ruas: caminhos (im)possíveis". O projeto será executado no período de dois anos, entre março de 2020 e dezembro de 2021, com coleta de dados prevista para ocorrer a partir de maio de 2021. O projeto pretende "compreender as trajetórias de cuidado percorridas por mulheres que vivenciaram a maternidade em situação de rua no município de Porto Alegre".

O principal referencial teórico é do antropólogo e médico Cecil Helman sobre Setores de Assistência à Saúde (Informal, Popular (Folk) e Profissional).

#### Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo geral, as pesquisadoras informam que visam "compreender as trajetórias de cuidado percorridas por mulheres que vivenciaram a maternidade em situação de rua no município de Porto Alegre".

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.722.878

Como objetivos específicos são apresentados:

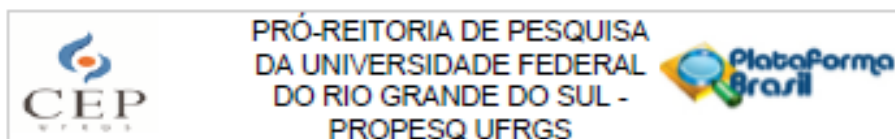
- Conhecer as demandas de cuidado das mulheres no decorrer da vivência da maternidade em situação de rua.
- Descrever os recursos de cuidado buscados pelas mulheres que vivenciaram a maternidade em situação de rua nos diferentes setores de assistência à saúde.
- Compreender as influências e as motivações das mulheres que vivenciaram a maternidade em situação de rua na busca por determinados setores de assistência.
- Identificar as facilidades e dificuldades encontradas pelas mulheres que vivenciaram a maternidade em situação de rua ao longo de suas respectivas trajetórias de cuidado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Como riscos, as pesquisadoras informam que "Os riscos às participantes podem ser considerados mínimos, como um possível desconforto devido ao tema proposto ou ao tempo despendido para responder aos questionamentos. Caso ocorram intercorrências ou danos resultantes da participação na pesquisa, como desconforto, choro, tristeza ou constrangimento, a entrevista será interrompida e os cuidados necessários serão oferecidos às mulheres sem custos pessoais. Cabe reforçar que as participantes poderão interromper a entrevista ou se retirar da pesquisa a qualquer momento sem ônus pessoal, e elas têm o direito de não responder às perguntas se não se sentirem confortáveis. Serão fornecidas referências de contatos das pesquisadoras responsáveis para eventuais esclarecimentos".

Como benefícios, as pesquisadoras relatam que "esta pesquisa não prevê benefícios diretos às participantes, mas pode contribuir para fomentar a produção de conhecimentos acerca das trajetórias percorridas pelas mulheres que vivenciam a maternidade nas ruas na busca por cuidado, no sentido de aperfeiçoar o cuidado a essas mulheres e fazer entrelaçamentos na direção da consolidação de políticas públicas voltadas à elas, garantindo um olhar para as suas singularidades, subjetividades, potencialidades, desejos, direitos e lutas. Os resultados desta pesquisa serão utilizados especificamente para fins acadêmicos e científicos. Além do mais, partindo do compromisso ético-estético-político da pesquisadora, será realizada a devolutiva dos achados às participantes, quando possível, às aos demais colaboradores, interessados e autoridades que se fizerem pertinentes, na perspectiva de proporcionar a reflexão sobre a temática e servir como disparador e/ou potencializador de construções de cuidado em saúde para

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farróupilha CEP: 90.040-080  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Processo: 4.722.670

essas mulheres no município de Porto Alegre e em outros cenários possíveis\*.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, exploratório e descritivo.

A pesquisadora tem como ponto de partida o Movimento Nacional da População de Rua do Rio Grande do Sul (MNPR/RS), um movimento social vinculado às pessoas em situação de rua, organizado e liderado por homens e mulheres em situação ou com trajetória de rua, que conta com o apoio de diferentes organizações sociais, estudantes, pesquisadores e profissionais.

O MNPR/RS vinha tendo encontros semanais em uma sala na Ocupação Baronesa, no bairro Cidade Baixa, em Porto Alegre, RS; desde a definição sanitária como sendo Bandeira Preta em função da pandemia da Corona Virus Disease (COVID-19), o MNPR/RS tem mantido as reuniões semanais virtualmente em plataforma digital.

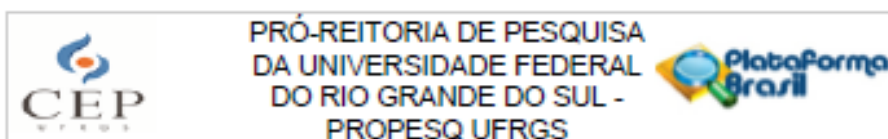
A pesquisadora pretende se aproximar do movimento através dos encontros semanais do MNPR/RS, sejam estes virtuais ou presenciais.

A pesquisa envolve, depois da aproximação inicial, a realização de entrevistas face-a-face, de modo presencial, com aproximadamente dez (10) mulheres que tiveram a sua trajetória de vida marcada pela vivência da maternidade em situação de rua – mulheres que estão grávidas no momento da coleta de informações, ou que vivenciaram uma ou mais gestações ao longo da vida.

As mulheres a serem entrevistadas serão convidadas a partir da técnica de bola-de-neve, tendo as pesquisadoras o apoio inicial de duas mulheres que serão as sementes do estudo. Estas sementes serão duas mulheres apoiadoras do MNPR/RS, com as quais a mestranda já teve contatos e aproximações prévias.

As pesquisadoras informam que \*serão excluídas da pesquisa as menores de 18 anos de idade, além das mulheres que apresentarem algum impedimento que inviabilize a realização da entrevista (podendo ser indicado tanto por elas quanto pela pesquisadora), que no momento da coleta de informações estiverem institucionalizadas em hospitais, prisões, abrigos e outros, e que

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3306-3738 Fax: (51)3306-4085 E-mail: eboa@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.722.870

não concordarem em participar do estudo”.

O critério para encerrar o recrutamento através da técnica de bola-de-neve o da saturação das informações.

As entrevistas serão feitas, a princípio, na sala em que ocorrem as reuniões semanais do MNPR/RS, na Cidade Baixa. A entrevista será agendada conforme a preferência da entrevistada e, sendo na sala sede do MNPR/RS, com a anuência também do MNPR/RS. Quando não forem feitas nesta sala, a pesquisadora e potencial entrevistada buscarão um espaço que seja seguro e onde seja possível resguardar o sigilo e a confidencialidade das informações coletadas na entrevista.

As entrevistas abordarão temas relativos às trajetórias de cuidado percorridas pelas mulheres durante a vivência da maternidade em situação de rua. A previsão é de que cada entrevista tenha duração de 45 a 90 minutos. Todas entrevistas serão gravadas e transcritas integralmente. As entrevistas serão armazenadas em um pen-drive da mestrandia, e serão destruídas após cinco anos. As mulheres entrevistadas não serão identificadas, sendo que cada uma receberá um codinome como código de identificação.

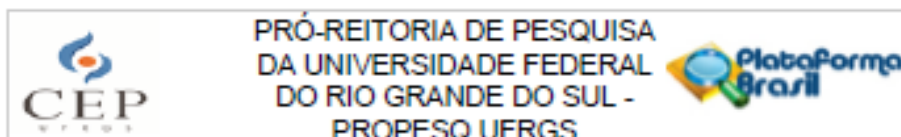
A mestrandia explica que serão adotados cuidados conforme orientações do Ministério da Saúde, envolvendo medidas de distanciamento social. Explica-se que haverá uso de máscaras, face-shield e álcool em gel, entretanto não há detalhamento sobre como serão as precauções no momento da entrevista face-a-face.

Estima-se que a coleta de dados através de entrevistas seja feita em cinco meses, de maio a setembro de 2021.

A análise de dados será do tipo Análise Temática, com base em obra de Cecília Minayo (O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde).

Os recursos para o transporte das participantes até o local em que a entrevista será realizada foi previsto no orçamento. Os recursos como máscaras descartáveis, máscaras do tipo “face shield” e álcool em gel estão previstos no orçamento do projeto.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 91.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: eboa@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.722.676

A pesquisa não conta com apoio financeiro, tendo sido especificado na PB que se trata de "financiamento próprio". No orçamento apresentado à parte, lê-se que "Cabe pontuar que todas as despesas serão de responsabilidade da pesquisadora principal".

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi apresentado projeto de pesquisa e folha de rosto assinada, além de orçamento, cronograma, instrumento de coleta de dados (roteiro de entrevista) e TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Em sua primeira versão, o projeto apresentava pendências relativas ao TCLE.

A linguagem do TCLE foi reformulada, tomando o documento mais acessível às mulheres em situação de rua.

A previsão de ressarcimento de transporte à participante foi incluída no TCLE.

Todas as pendências foram atendidas.

O projeto encontra-se em condições de aprovação.

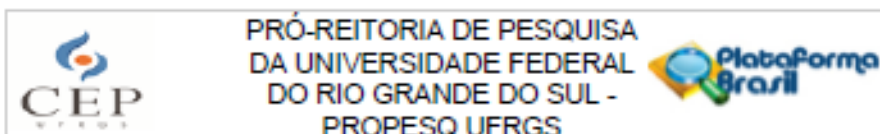
**Considerações Finais a critério do CEP:**

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1722094.pdf	29/04/2021 20:04:11		Aceito
Outros	CARTAOCEP.docx	29/04/2021 20:03:42	Cristina Elisa Nobre Schiavi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETONOVO.docx	29/04/2021 19:27:08	Cristina Elisa Nobre Schiavi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLENOVO.docx	29/04/2021 19:26:40	Cristina Elisa Nobre Schiavi	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Ferropilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3306-3738 Fax: (51)3306-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.722.676

Ausência	TCLENOVO.docx	29/04/2021 19:26:40	Cristina Elisa Nobre Schlavi	Aceito
Folha de Rosto	FR_Leticia_Becker.pdf	23/03/2021 16:27:01	Leticia Becker Vieira	Aceito
Outros	ParecerAprovacaoCompesq.pdf	22/03/2021 11:25:53	Leticia Becker Vieira	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTA.docx	22/03/2021 11:23:40	Leticia Becker Vieira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	22/03/2021 11:22:54	Leticia Becker Vieira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	22/03/2021 11:18:10	Leticia Becker Vieira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Maio de 2021

Assinado por:  
**Patriola Daniela Melohiorc Angot**  
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farróupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3306-3735 Fax: (51)3306-4085 E-mail: [wlice@propesq.ufrgs.br](mailto:wlice@propesq.ufrgs.br)