



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

MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: VIVÊNCIAS NO CICLO GRAVÍDICO-
PUERPERAL E AS INTERFACES COM AS BOAS PRÁTICAS**

RECIFE

2023

MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: VIVÊNCIAS NO CICLO GRAVÍDICO-
PUERPERAL E AS INTERFACES COM AS BOAS PRÁTICAS**

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

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de pesquisa: Saúde da Família nos Cenários do Cuidado de Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Coorientadora: Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal

RECIFE

2023

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Honorato, Mikellayne Barbosa.

Mulheres em situação de rua: vivências no ciclo gravídico-puerperal e as interfaces com as boas práticas / Mikellayne Barbosa Honorato. - Recife, 2023.

146f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2023.

Orientação: Cleide Maria Pontes.

Coorientação: Luciana Pedrosa Leal.

Inclui referências e apêndices.

1. Pessoas em situação de rua; 2. Rede social; 3. Humanização da assistência; 4. Aleitamento materno; 5. Educação em saúde. I. Pontes, Cleide Maria. II. Leal, Luciana Pedrosa. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: VIVÊNCIAS NO CICLO GRAVÍDICO-
PUERPERAL E AS INTERFACES COM AS BOAS PRÁTICAS**

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

Aprovada em: 29/07/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a Cleide Maria Pontes (Orientadora) -UFPE

Prof.^a. Dr.^a Iracema da Silva Frazão (Examinadora interna) -UFPE

Prof.^a. Dr.^a Fernanda Demutti Pimpão Martins (Examinadora Externa) –FURG

Prof.^a. Dr.^a Maria Marly de Oliveira (Examinadora externa) -UFRPE

AGRADECIMENTOS

À **Deus** pelo fôlego de vida, força e saúde que me foi concedida ao longo desta árdua e prazerosa caminhada.

Aos meus pais, **Maria Genedite e Antônio Honorato**, que mesmo sem compreender tamanha conquista, sempre me incentivaram a trilhar meu caminho com amor, respeito e carinho. Sou imensamente grata por ter vocês como fonte de apoio e aconchego. Obrigada **Mainha** pelas orações e interseções de sempre.

Aos meus irmãos **Joseilton Barbosa, Charles Barbosa e Michelline Barbosa**, por todo apoio e incentivo durante essa trajetória.

Aos meus sobrinhos **Júlia Vicente, João Vitor, Davi Honorato e Maria Heloísa**, vocês foram por muitas vezes uma pausa de alegria e amor nos dias cinzentos.

Ao meu Noivo, **Fábio Torres** pela parceria, dedicação e companheirismo de sempre. Obrigada por acreditar em mim e me incentivar desde o ensino médio até o presente momento, sempre me mostrando que posso ir mais além.

À minha sogra, **Marluce Torres**, por me acolher e compartilhar momentos memoráveis em família.

Aos meus cunhados **Alberto Nascimento e Flávia Vicente**, por todo apoio e celebração em cada conquista.

À Professora Dra. **Cleide Maria Pontes**, pelas orientações, por partilhar seus conhecimentos, pela paciência e por me guiar com tamanha maestria durante esse processo formativo acadêmico. Minha eterna gratidão!

À professora Dra. **Luciana Pedrosa Leal** pela coorientação na condução afetuosa dessa jornada.

À banca examinadora, Profa. Dra. **Maria Marly de Oliveira**, Profa. Dra. **Fernanda Pimpão** e Profa. Dra. **Iracema Frazão** que contribuíram com tamanho esmero no aperfeiçoamento da conclusão dessa dissertação e na minha formação.

Ao querido **Jones Barbosa**, que contribuiu de maneira tão harmoniosa com a construção desta pesquisa.

Aos **meus amigos** por toda parceria, amor, amizade e presença na minha vida.

Aos **amigos de faculdade**, em especial à minha amiga **Erika Alves**, que sempre me apoiou, me incentivou e acreditou em mim. Nunca permitiu que eu desistisse. Minha eterna gratidão!

À minha amiga **Roseane Maria**, que dividiu comigo essa vivência do mestrado. Gratidão por todo apoio, carinho e parceria.

A todas as colegas da **Turma M12**, por todos os momentos compartilhados ao longo do mestrado. Acredito no sucesso de cada uma de vocês!

Aos colegas do grupo de pesquisa “**Enfermagem na Saúde da Mulher no Contexto da Família**” por todo incentivo e conhecimento adquirido durante essa caminhada.

Aos **docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** por todo o conhecimento compartilhado nessa etapa formativa.

Aos **profissionais da casa de acolhimento**, em especial ao querido **Hugo Melo**, por ser sempre tão solícito e acreditar nesta pesquisa, obrigada pela disponibilidade, participação e afeto de sempre.

As **mulheres participantes deste estudo**, obrigada por compartilhar suas experiências de vida e por viabilizar a execução deste estudo. Gratidão por todo acolhimento a mim ofertado.

RESUMO

As boas práticas do cuidar devem conduzir a assistência no ciclo gravídico-puerperal à mulher e ao conceito, considerando as dimensões biopsicossociais em que estão inseridos. Apesar das recomendações das organizações de saúde sobre as boas práticas no cuidado à mulher existem lacunas assistenciais, sobretudo para aquelas em situação de rua. Os cuidados com essas mulheres no ciclo gravídico-puerperal, são decisivos na saúde materno-infantil, que devem envolver os atores da sua rede social, sobretudo a família e os profissionais da saúde. O enfermeiro, membro da rede social secundária, deve realizar ações educativas em saúde e fortalecer ações de promoção ao cuidado materno-infantil baseado nas boas práticas obstétricas. Este estudo objetiva analisar as vivências das mulheres em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal e suas interfaces com as boas práticas do cuidar. Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, ancorado na Teoria de Rede Social de Saniculae na Metodologia Interativa conduzida pelo Círculo Hermenêutico-Dialético conforme Oliveira. Pesquisa desenvolvida em uma das casas de acolhimento de alta complexidade assistencial, em Recife-PE. A seleção da amostra foi intencional, constituída por seis mulheres, maiores de 18 anos, que tiveram no mínimo um filho nascido-vivo e vivenciaram a gestação, parto/nascimento, puerpério e aleitamento materno em situação de rua. Também participaram oito profissionais da casa de acolhimento, a fim de identificar o contexto histórico-social e de saúde das mulheres em situação de rua. A coleta de dados, entre agosto de 2021 e maio de 2022, foi baseada no Círculo Hermenêutico-Dialético, realizada em dois momentos: entrevistas individuais e encontro final com as participantes. As entrevistas individuais seguiram questões relacionadas às características sociodemográficas, e um roteiro semiestruturado com base nas categorias teóricas – Gestação e pré-natal, parto e nascimento; puerpério; aleitamento materno e rede social – categorias empíricas e unidades de análise. A análise dos dados foi norteada pela Metodologia Interativa, com base no Círculo Hermenêutico-Dialético. Os preceitos éticos da Resolução nº 510/2016 foram respeitados. Emergiram cinco categorias teóricas: gestação e pré-natal; parto e nascimento; puerpério; aleitamento materno; e rede social. Os cuidados recebidos pelas mulheres em situação de rua durante ciclo gravídico-puerperal foram descritos por elas como satisfatórios. Os principais apoios ofertados foram emocional, informativo e presencial. Os profissionais mencionaram a necessidade de um fluxo efetivo para atender as necessidades de saúde dessas mulheres. Os serviços de saúde foram declarados burocráticos e precários. Apesar dos atendimentos pelos profissionais da saúde serem considerados normais ou bons, existe o despreparo deles para cuidar das mulheres em situação de rua, em

atenção as suas necessidades. A rede social primária das mulheres foi percebida frágil ou inexistente. Este estudo evidenciou diretrizes para subsidiar ações de educação em saúde para essas mulheres, como também é um estímulo indutor às mudanças assistenciais destinadas às mulheres em situação de rua durante o ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: pessoas em situação de rua; rede social; humanização da assistência; aleitamento materno; educação em saúde; enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Good care practices should lead to assistance in the pregnancy-puerperal cycle for the woman and the fetus, considering the biopsychosocial dimensions in which they are inserted. Despite the recommendations of health organizations on good practices in caring for women, there are gaps in care, especially for those living on the streets. Care for these women in the pregnancy-puerperal cycle is decisive for maternal and child health, which must involve actors in their social network, especially the family and health professionals. The nurse, member of this secondary social network, must carry out educational actions in health and strengthen actions to promote maternal and child care based on good obstetric practices.

This study aims to analyze the experiences of homeless women in the pregnancy-puerperal cycle and their interfaces with good care practices. Descriptive, exploratory, qualitative study, anchored in Sanicola's Social Network Theory and in the Interactive Methodology conducted by the Hermeneutic-Dialectic Circle according to Oliveira. Research developed in one of the shelters with high care complexity, in Recife-PE. The sample selection was intentional, consisting of six women, over 18 years old, who had at least one live birth and experienced pregnancy, delivery/birth, puerperium and breastfeeding in a streets situation. Eight professionals from the shelter also participated, in order to identify the historical, social and health context of homeless women. Data collection, between August 2021 and May 2022, was based on the Hermeneutic-Dialectic Circle, carried out in two moments: individual interviews and final meeting with the participants. Individual interviews followed questions related to sociodemographic characteristics, and a semi-structured script based on theoretical categories – Pregnancy and prenatal care, delivery and birth; puerperium; breastfeeding and social network – empirical categories and units of analysis. Data analysis was guided by the Interactive Methodology, based on the Hermeneutic-Dialectic Circle. The ethical precepts of Resolution n° 510/2016 were respected. Five theoretical categories emerged: pregnancy and prenatal care; child birth and birth; puerperium; breastfeeding; and social network. The care received by homeless women during the pregnancy-puerperal cycle was described by them as satisfactory. The main support offered were emotional, informative and face-to-face. Professionals mentioned the need for an effective flow to meet the health needs of these women. Health services were declared bureaucratic and precarious.

Despite the care provided by health professionals being considered normal or good, there is a

lack of preparation for them to take care of women living on the street, taking into account their needs. The women's primary social network was perceived as fragile or non-existent. This study showed guidelines to support health education actions for these women, as well as being an inducement to changes in care for homeless women during the pregnancy-puerperal cycle.

Keywords: homeless people; social network; humanization of assistance; breastfeeding; health education; obstetric nursing.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Representação esquemática do Círculo Hermenêutico-Dialético. 32
Recife-PE, 2022.
- Figura 2-** Procedimentos metodológicos componentes do Círculo 35
Hermenêutico-Dialético. Recife-PE,2022.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Matriz geral da sistematização dos dados de acordo com a Metodologia Interativa. Recife-PE, 2022.	29
Quadro 2-	Caracterização sociodemográfica das mulheres entrevistadas. Recife-PE, 2022.	38
Quadro 3-	Caracterização do perfil obstétrico das mulheres entrevistadas. Recife-PE, 2022.	40
Quadro 4-	Caracterização dos profissionais institucionais entrevistados. Recife-PE, 2022.	41
Quadro 5-	Síntese geral da entrevista 1. Recife-PE, 2022.	42
Quadro 6-	Síntese geral da entrevista 2. Recife-PE, 2022.	49
Quadro 7-	Síntese geral da entrevista 3. Recife-PE, 2022.	55
Quadro 8-	Síntese geral da entrevista 4. Recife-PE, 2022.	63
Quadro 9-	Síntese geral da entrevista 5. Recife-PE, 2022.	69
Quadro 10-	Síntese geral da entrevistada 6. Recife-PE, 2022.	76
Quadro 11-	Síntese geral dos profissionais entrevistados. Recife-PE, 2022.	83
Quadro 12-	Categoria teórica 1- Cuidados vivenciados pelas mulheres em situação de rua, durante a gestação e o pré-natal.	90
Quadro 13-	Categoria teórica 2- Cuidados vivenciados pelas mulheres em situação de rua, durante o parto e nascimento do seu filho.	93
Quadro 14-	Categoria teórica 3 - Cuidados vivenciados pelas mulheres em situação de rua, durante o pós-parto ou puerpério.	97
Quadro 15-	Categoria teórica 4 - Cuidados vivenciados pelas mulheres em situação de rua, durante o aleitamento materno.	101
Quadro 16-	Categoria teórica 5 – Apoio ofertado pela rede social das mulheres em situação de rua.	104
Quadro 17-	Síntese final do Círculo Hermenêutico-Dialético: Construção da realidade das mulheres que vivenciaram a gestação, parto, nascimento, puerpério ou aleitamento materno em situação de rua. Recife-PE, 2022.	107

LISTA DE ABRVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciência da Saúde
CENTRO POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Círculo Hermenêutico-Dialético
DIU	Dispositivo Intrauterino
eCR	Equipes de Consultórios na Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IASC	Instituto de Assistência Social e Cidadania
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
N	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Práticas Baseadas em Evidências
PSR	População em Situação de Rua
RN	Recém-nascido
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEAS	Secretaria Executiva de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo geral	22
2.2	Objetivo específicos	22
3	REFERENCIAIS: TEÓRICO E METODOLÓGICO	23
3.1	Referencial Teórico	23
3.2	Referencial metodológico	27
4	CAMINHO METODOLÓGICO	29
4.1	Desenho do estudo	29
4.2	Local do estudo	30
4.3	Participantes do estudo	31
4.4	Instrumento de coleta de dados	31
4.5	Procedimento para a coleta de dados	33
4.6	Análise e interpretação dos dados	36
4.7	Considerações éticas	38
5	RESULTADOS	40
5.1	Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes do estudo 40	
5.2	Caracterização obstétrica das mulheres participantes do estudo	42
5.3	Caracterização dos profissionais	44
5.4	Sistematização geral das entrevistas: tese, antítese e pré-síntese	44
5.5	Relatos das entrevistas de acordo com as categorias teóricas	93
6	DISCUSSÃO	112
7	CONCLUSÃO	122
	REFERÊNCIAS	125
	APÊNDICES	135
	APÊNDICE A- Sistematização da saturação dos dados	135
	APÊNDICE B– Formulário de coleta de dados	137
	APÊNDICE C – Roteiro de entrevista	139
	APÊNDICE C – Formulário de coleta de dados	140
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-(Participantes da pesquisa)	141

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-(Profissionais da casa de acolhimento).....	144
ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco.....	148

1 INTRODUÇÃO

As boas práticas do cuidar caracterizam-se por ações que transcendem a assistência ao corpo biológico, pois reconhecem a mulher como participante do processo do cuidar, inserida em seu contexto histórico e social, as quais promovem a interação familiar e a autonomia feminina. Estão alicerçadas nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) por meio de protocolos, manuais e diretrizes que devem ser utilizados no manejo da prática clínica, associadas às Práticas Baseadas em Evidências (PBE), a partir das pesquisas científicas (BRASIL, 2001; 2017; WHO, 2018a).

Esses cuidados devem permear toda assistência no ciclo gravídico-puerperal voltada à mulher e ao concepto. Estão alicerçadas na tríade — melhores resultados de pesquisa científica, conhecimento clínico e a atenção as necessidades individuais da mulher — guiando os profissionais da saúde a assistirem as pessoas, famílias e coletividade por meio das melhores evidências científicas para cada segmento da sociedade (OMS, 1996; WHO, 2018b).

A assistência à mulher, desde a gestação até o puerpério, inclusive na amamentação, a reconhece como um ser ímpar, possuidora de princípios, crenças, valores, pensamentos, convicções, os quais devem ser respeitados. Além disso, deve ser garantido o seu direito de receber uma assistência humanizada, independente da escolarização, religião, etnia racial, orientação sexual, poder aquisitivo e lugar onde vive, por exemplo, as mulheres em situação de rua. Essa assistência deve acompanhar o processo de mudanças evolutivas e contínuas da gestação, que transcorrem nas dimensões biopsicossociais da mulher, da família, da sua rede social e do contexto em que estão inseridos (BRASIL, 2013; 2017).

Para que o pré-natal seja considerado adequado, é recomendado que seu início seja ainda no 1º trimestre de gestação, com no mínimo seis consultas segundo o MS e oito consultas de acordo com a OMS, estendendo-se durante todo o período gestacional, parto/nascimento, puerpério e aleitamento materno. Esse cuidado deverá ser por meio de ações acolhedoras, educativas, rastreamento de fatores de risco pré-existentes, assegurar o acesso aos serviços de saúde e exames pré-estabelecidos. Deve ser pautado nas boas práticas, estimular a participação da rede social primária da mulher, bem como garantir a realização do exame clínico/obstétrico para o acompanhamento dos parâmetros biológicos e detecção de complicações obstétricas e neonatais (BRASIL, 2016; 2019).

As boas práticas obstétricas relacionadas ao parto e nascimento compreendem: assegurar a presença de um acompanhante de escolha da mulher, preservar a liberdade de

posição, garantir os cuidados maternos e neonatais pelas tecnologias não invasivas do cuidado e o respeito a autonomia feminina e de sua família (BRASIL, 2017; WHO, 2018b).

Algumas ações que constituem a assistência adequada no puerpério e no aleitamento materno, destacam-se o contato pele a pele e o início precoce da amamentação ainda na primeira hora de vida após o parto. As consultas puerperais devem ocorrer até o 7º dia pós-parto e a segunda entre o 30º e 42º dias pós-parto, nas quais avaliam-se as queixas maternas e neonatais que são ações essenciais na promoção da saúde (BRASIL, 2019; WHO, 2018b).

As ações voltadas à saúde materno-fetal têm como propósito a prevenção, identificação e tratamento de complicações. Também permitem o rastreamento de doenças pré-existentes e são direcionadas por condutas acolhedoras, humanizadas, ações educativas e detecção de fatores de risco, sem evitar intervenções desnecessárias, e devem abranger todos os níveis de atenção à saúde da mãe e do filho (BRASIL, 2013; 2016).

Para o desenvolvimento das boas práticas do cuidar em todas as fases do ciclo grávido-puerperal, a mulher precisa do apoio da sua rede social. Esta rede caracteriza-se por um conjunto de pessoas ou instituições que estão interligadas através de relações interpessoais e sociais. Ressalta-se que são classificadas em rede social primária e secundária (SANICOLA, 2015).

A rede social primária é composta por familiares, amigos e vizinhos. Já a rede secundária compreende as organizações e instituições que a pessoa mantém relações. Esta última rede pode ser dividida em formal e informal. As redes formais são representadas pelos vínculos firmados entre instituições, organizações de mercados e as não governamentais. As redes informais configuram-se por laços entre pessoas para atender a uma necessidade imediata (SANICOLA, 2015).

As relações interpessoais interrompidas ou fragilizadas com a rede social primária, podem ser consideradas um fator causal para algumas pessoas que vão viver na rua. Assim, é necessária a ressignificação da rede social, pois o que antes era caracterizada pela família nuclear, agora passa a ser outros moradores de rua, instituições assistenciais e organizações não governamentais. Por outro lado, destaca-se a presença de famílias nucleares e seus membros que estão inseridos no contexto de rua, que também passam por um processo de reestabelecimento das relações pessoais com outras esferas das redes sociais (FIORATI *et al.*, 2017; GROTON; RADEY, 2019).

O apoio das redes sociais é fundamental para a continuidade da assistência. A participação efetiva dos integrantes da rede social, primária e secundária, além de estimular o seguimento dos cuidados em saúde e efetividade na promoção da saúde, favorece nas mulheres

sentimentos de satisfação, segurança e prazer (SANICOLA, 2015; SOUZA; NESPOLI; ZEITOUNE, 2016; ALVES *et al.*, 2019).

Diante do desafio na promoção da saúde em torna-se efetivo e apesar das evidências científicas alicerçarem as boas práticas do cuidar, percebe-se a persistência de lacunas assistenciais nas intervenções e ações implementadas para o aumento da cobertura e da qualidade do cuidado à mulher, sobretudo quando associada às diferentes regiões do país e às características sociodemográficas (TOMASI *et al.*, 2017).

No Brasil, verificou-se que a assistência pré-natal inadequada ocorre com mulheres que apresentam as seguintes características: gestantes mais jovens, de pele preta, múltiparas, sem companheiro, sem trabalho remunerado, com baixa escolaridade, de classes econômicas mais baixas e residentes nas regiões Norte e Nordeste. Esta caracterização revela a persistência das desigualdades sociais, principalmente em mulheres em situação de rua (DOMINGUES *et al.*, 2015; BISCOTTO *et al.*, 2016; TOMASI *et al.*, 2017).

No Brasil, as desigualdades sociais geram iniquidades em saúde a partir das dificuldades ao acesso e a utilização dos serviços de saúde. Isso impõe a necessidade de ampliação da cobertura dos serviços de saúde para reduzir as iniquidades sociais. Essas desigualdades estão relacionadas as diferenças econômicas, escolaridade e moradia. Assim, os grupos populacionais mais afetados, nesse contexto político-social de saúde, são aqueles de extrema vulnerabilidade e exclusão social, como as População em Situação de Rua (PSR), que vivenciam a marginalização e lidam com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018).

Em junho de 2020, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Ministério da Economia publicaram uma estimativa da população em situação de rua do Brasil em que até março de 2020, cerca de 221.869 pessoas em situação de rua foram identificadas. Quando associada às diferentes regiões do país, o Nordeste com 38.237 pessoas em situação de rua, ocupando o segundo lugar. Em Pernambuco, de acordo com o Serviço Especializado em Abordagem Social no Registro Mensal de Atendimento do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), do total de 12.974 pessoas em situação de rua atendidas, 47% são mulheres com predominância na faixa etária entre 18 e 59 anos (RECIFE, 2018; BRASIL, 2020).

As pessoas em situação de rua são caracterizadas por um grupo populacional heterogêneo, que têm em comum a condição de pobreza extrema, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional, que utilizam as ruas, logradouros e vias públicas

como espaço de moradia e sustento, de maneira temporária ou permanente. Assim, faz-se necessário abordar os diferentes conceitos que definem este grupo social, entre estes: as pessoas que ficam na rua por um momento circunstancial, ou estão na rua como o local de pernoite, e ser de rua como moradia momentaneamente definitiva. Contudo, independentemente da característica classificatória, ficar, ser ou estar no contexto de rua, repercute no estigma, na vulnerabilidade e na exclusão social (BRASIL, 2012, PRADO *et al.*, 2021).

Devido às condições sociais e ambientais, as mulheres em situação de rua são vulneráveis a riscos de complicações obstétricas, uma vez que também estão em constantes desafios para acessar e utilizar os serviços de assistência à maternidade (VALE; VECCHIA, 2020). As mulheres asiladas da cidade de Aksum, Etiópia, que viviam em peregrinação, não frequentavam os serviços básicos de assistência à maternidade, como pré-natal, assistência especializada ao parto e puerpério, por medo do estigma e da discriminação. Ainda é notável que os fatores socioculturais, socioeconômicos e os relacionados à saúde contribuem para a fragilidade do acesso aos serviços e adesão aos cuidados em saúde (GEBREYESUS *et al.*, 2019).

As mulheres em situação de rua estão mais expostas à uma gravidez indesejada devido à exposição sexual sem preservativos, por muitas vezes, com múltiplos parceiros. Também são menos propensas a receber cuidados assistenciais, pela dificuldade ao acesso aos serviços de saúde e manutenção do vínculo para o seguimento da assistência à saúde. A vulnerabilidade à violência, o uso de substâncias psicoativas e doenças mentais, além das comorbidades psicossociais existentes nessa população, aumentam o risco de complicações obstétricas e depressão pós-parto, ressaltando a necessidade de um acompanhamento contínuo e adequado frente às singularidades existentes (GORDON *et al.*, 2019; BARROS *et al.*, 2020; VALLE; FARAH; CARNEIRO JUNIOR, 2020; VALE; VECCHIA 2020).

Mulheres que vivenciaram os cuidados de saúde em situação de rua relatam estigmatização proveniente dos profissionais e a não efetividade do apoio adequado da rede social. Evidencia-se também a dificuldade em mencionar suas particularidades por se sentirem desconfortáveis durante o atendimento dos profissionais, o que as impedem de receber os cuidados necessários (GORDON *et al.*, 2019; BARROS *et al.*, 2020).

As mulheres em situação de rua estão menos propensas a receber cuidados pré-natais no primeiro trimestre e tendem a ter menos contato com o serviço de saúde quando comparadas às mulheres que apresentam moradia regular. As barreiras psicossociais, atitudinais e intelectuais dificultam o acesso dessas mulheres a instituições de saúde. A enfermagem pode

atuar nas estratégias de enfrentamento a essas barreiras por meio da comunicação adequada, avaliação diferenciada, voltadas à necessidade desse grupo populacional e, sobretudo, munidas de soluções para suprir a continuidade desse cuidado (AZARMEHR *et al.*, 2018).

A falta de moradia, os sentimentos de desconfiança e o medo de perder a guarda da criança, podem impossibilitar a adesão e o vínculo aos serviços de saúde. Esses fatos, devem impulsionar os profissionais da saúde a refletir sobre a realização dos cuidados biopsicossociais, holísticos e primordiais na promoção da saúde da mulher e da criança (BARROS *et al.*, 2020; VALLE; FARAH; CARNEIRO JUNIOR, 2020).

Para fortalecer as boas práticas do cuidar durante o ciclo gravídico-puerperal, destacam-se as ações de educação em saúde, que ultrapassam o cuidado momentâneo e promovem a autonomia, por meio da informação adequada e contínua. Essas ações devem ser baseadas na equidade, por meio de ações individualizadas e acolhedoras (LIMA *et al.*, 2019). Ressalta-se que as intervenções educativas, quando executadas de maneira eficaz, podem evitar intervenções desnecessárias, principalmente, em usuários, com baixo acesso aos serviços de saúde mais complexos (ALVES *et al.*, 2019).

A educação em saúde também deve ser centrada nas particularidades das mulheres, e considerar suas dificuldades para a continuidade da assistência e as individualidades da mulher em vulnerabilidade extrema como as mulheres em situação de rua. Deve auxiliar no incentivo ao protagonismo da mulher, além de promover o exercício da cidadania, que devem ser estimulados por todos os profissionais e por outros atores da rede social envolvidos com o processo do cuidar (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; BEGGS; KARST, 2016).

Dentre os profissionais que prestam assistência durante o ciclo gravídico-puerperal, destaca-se o enfermeiro frente aos cuidados individualizados à mulher, especialmente a mulher em situação de rua. O enfermeiro, membro da rede social secundária, acompanha a mulher durante o pré-natal, parto, nascimento, aleitamento e puerpério, logo, torna-se um aliado no incentivo às ações de promoção à saúde, que alicerçado pela educação em saúde pode encorajar mudanças e minimizar complicações obstétricas (SANICOLA, 2015; JESUS, 2015).

Diante do fenômeno que abrange a vivência na rua, a rede social pode viabilizar o cuidado baseado nas boas práticas, disponibilizando orientações de ações para o autocuidado, valorização do cuidado advindo do conhecimento popular, além de orientações para mudanças no estilo de vida dessas pessoas. A utilização das redes sociais como ferramenta de apoio e

cuidado, pode ser uma alternativa para a garantia do acesso aos cuidados de saúde (SANICOLA, 2015; VALE; VECCHIA, 2019).

Para efetivar o acesso aos direitos das pessoas em situação de rua e de possibilitar a reintegração junto à sua rede social, o governo federal lançou a Política Nacional para a População em Situação de Rua por meio do Decreto Federal n.º 7.053 de 23 de dezembro de 2009. A partir dessa lei, foram criadas estratégias dos Consultórios de Rua e dos Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua (Centros Pop), que tem objetivo de restaurar a integridade e autonomia dessas pessoas em situação de rua, fundamentada nas reais necessidades desse grupo social (BRASIL, 2010; 2011; 2012).

O Consultório de Rua constituído por equipes multiprofissionais, presta cuidados a PSR, de forma itinerante, por meio da identificação das demandas que englobam as necessidades sociais e de saúde. É uma estratégia de ampliação do acesso e melhoria da resolubilidade, e da qualidade das ações da atenção básica (BRASIL, 2010).

Em 2012 o Ministério da Saúde divulgou um manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua, que descreve a assistência individualizada a esse grupo, desde o acolhimento até condições clínicas mais comuns: infestações, tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), gravidez de alto risco, doenças crônicas e uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012). Tais estratégias norteiam os atendimentos para as pessoas em situação de rua e fortalecem as fontes de apoio às mulheres em situação de rua, sobretudo quando necessitam de acompanhamento nas etapas do ciclo gravídico-puerperal.

As redes sociais podem se articular de modo a auxiliar no cuidado à saúde das gestantes, parturientes, puérperas e nutrizes em situação de rua, que necessitam de um acompanhamento contínuo. É substancial a importância dos atores sociais envolvidos no cuidado, apresentando-se como principal fonte de promoção à saúde e acesso aos serviços de saúde e assistenciais (SANICOLA, 2015; PAIVA *et al.*, 2016; VALE; VECCHIA, 2019).

Os fundamentos da metodologia interativa possibilitam identificar interpretações oriundas das experiências e vivências das mulheres em situação de rua, a partir da compreensão da pluralidade da interação entre os cuidados vivenciados por essas mulheres e seu desejo em receber um cuidado ideal pautado nas boas práticas do cuidar no ciclo grávido-puerperal.

Esta metodologia é um processo hermenêutico-dialético e dialógico que permite a compreensão da realidade, a partir de uma visão sistêmica do objeto de estudo com a utilização da técnica do Círculo Hermenêutico-Dialético (CHD). Por isso, é capaz de minimizar ao

máximo a subjetividade e originar uma interpretação aproximada da realidade (OLIVEIRA, 2016).

Ancorada na metodologia interativa, a interpretação sobre as boas práticas do cuidar com mulheres que vivenciaram o processo de gestar, parir, amamentar na rua, identificará as singularidades desses momentos de vida, as quais são baseadas na realidade construída por um grupo de mulheres em situação de rua, acolhidas por uma casa asilar (OLIVEIRA, 2016).

Apesquisa qualitativa permite a construção do conhecimento por meio da troca de informações entre duas ou mais partes envolvidas. Nesta pesquisa, a construção e interpretação da realidade proposta, tem como eixo norteador as boas práticas do cuidar no ciclo gravídico-puerperal, a Teoria da Rede Social e a vivências da gestação, parto, puerpério e aleitamento materno das mulheres em situação de rua. Assim, os resultados poderão fomentar uma discussão multidisciplinar (MINAYO, 2014).

O cuidado à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, deve permear a continuidade da assistência em todo o período gestacional, parturitivo, puerperal e de amamentação. A identificação da assistência não fragmentada e pautada nas boas práticas do cuidar principalmente em grupos sociais de extrema vulnerabilidade social como as mulheres em situação de rua, pode contribuir para o reconhecimento das fragilidades e direcionar o planejamento de ações de melhoria na qualidade da assistência.

Diante dessas abordagens apoiadas em evidências científicas na temática do estudo, no referencial teórico Rede Social (SANICOLA, 2015) e na metodologia interativa (OLIVEIRA, 2016), este estudo buscou responder a seguinte questão de pesquisa: Como as mulheres em situação de rua vivenciam o ciclo gravídico-puerperal na perspectiva das boas práticas do cuidar?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as vivências das mulheres em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal e suas interfaces com as boas práticas do cuidar.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o contexto histórico-social e de saúde das mulheres em situação de rua, durante o ciclo gravídico-puerperal.
- Identificar os cuidados recebidos durante as fases do ciclo gravídico-puerperal, pelas mulheres em situação de rua.
- Desvelar os cuidados adequados durante o ciclo gravídico-puerperal, na perspectiva das mulheres em situação de rua.

3 REFERENCIAIS: TEÓRICO E METODOLÓGICO

Este item elucida os referenciais teórico e metodológico que nortearam esta pesquisa. Buscou-se apresentar de maneira clara e concisa o núcleo de sustentação dos aspectos que envolve a metodologia interativa e o referencial teórico, Teoria da Rede Social, que ancora essa dissertação sobre a gestação e pré-natal, parto/nascimento, puerpério e aleitamento materno de mulheres em situação de rua.

3.1 Referencial Teórico

A rede social caracteriza-se como as conexões e relações interpessoais e sociais vivenciadas por indivíduos, grupos ou organizações, por meio de diferentes pessoas pertencentes ao mesmo contexto social que apresentam alguma particularidade em comum (SANICOLA, 2015).

As redes sociais são classificadas em primárias e secundárias. A rede social primária é composta pelos laços familiares, de parentesco, amizades e vizinhança em que a família é considerada o centro da rede social primária por ser a primeira rede social em que a pessoas está inserida. As secundárias são formais e informais, em que as redes informais se estabelecem por meio de laços que objetiva suprir uma necessidade imediata, que após finalizar a demanda, a rede é eliminada. As redes formais compreendem as relações sociais que se estabelecem por meios de instituições e organizações (SANICOLA, 2015).

O vínculo das mulheres em situação de rua com sua rede social primária é considerado fragilizado ou inexistente, o que pode impossibilitar a continuidade do cuidado e retomada dos projetos de vida. Assim, a rede social secundária composta pela assistência social e pela atenção em saúde, surge como principal fonte de apoio, que promove ações pautadas no acolhimento, na orientação e encaminhamento aos direitos garantidos pelas políticas públicas, como auxílios financeiros, moradia e retirada de documentos. A rede de saúde promove apoio material a partir do acesso às consultas, medicações e exames, apoio emocional quando as equipes de saúde dispõem de atendimento humanizado, promovendo a escuta ativa das necessidades das mulheres em situação de rua e apoio de informação, por meio das ações educativas através da educação em saúde (REIS, AZEVEDO, 2020).

As mulheres que vivenciam o processo de gestar, parir e amamentar, naturalmente passam por momentos críticos que exigem mais da mulher e de sua rede social. No que se refere as características estruturais, as redes sociais das gestantes são primordialmente formadas pela família, que constata a importância do companheiro para a gestante, sobretudo no

desempenho do apoio emocional, financeiro e prático. Ressalta-se que a presença de uma rede social significativa que fornece apoio é um importante fator de proteção na gravidez, especialmente no contexto da depressão, continuidade da assistência, autocuidado e cuidados com o recém-nascido (MAFFEI, MENEZES, CREPALDI; 2021).

O estímulo a participação familiar deve ser assegurado no atendimento pautado nas boas práticas e, deve ocorrer desde a gestação até o puerpério e aleitamento materno. A presença da rede social primária, está associada aos melhores resultados perinatais, sobretudo na adesão às consultas e promoção da educação em saúde, fator contribuinte da autonomia feminina e familiar. Além disso, a presença de um acompanhante de escolha agrega sentimento de satisfação e segurança, e diminui riscos de violência obstétrica (OMS, 2016).

A falta de apoio social durante o ciclo gravídico-puerperal pode aumentar o risco de depressão, ansiedade e automutilação durante a gravidez. Essas condições podem ser ampliadas pelo sofrimento psíquico já enfrentados pelas mulheres em situação de rua, que se tornam mais aparentes pelas dificuldades vividas na sobrevivência das ruas, pelas condições subumanas, preconceitos e invisibilidade e violações aos direitos (RIBEIRO, MARCOLAN, 2020).

Portanto, a presença da rede social e suporte ofertado às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, especialmente as mulheres em situação de rua, deve ser um fator investigado e estimulado pelos profissionais da saúde que devem considerar o apoio social com o objetivo de ajudar na redução dos problemas de saúde mental entre as mulheres grávidas (BEDASO *et al.*, 2021).

A rede social da mulher em situação de rua deve atender-se às especificidades que se associa ao 'ser mulher na rua', uma vez que lidam cotidianamente com situações que envolvem sua sexualidade e vulnerabilidade, além de necessidades específicas e biologicamente femininas como o período gravídico-puerperal e o contexto habitacional, social, climático e biológicos que representam agravos à saúde (SANCHOTENE, DE ANTONI, MUNHÓS, 2019). Essas redes são estratégia de fortalecimento, principalmente para as mulheres em situação de violência (NETTO *et al.*, 2017).

Quando as mulheres vivenciam o ciclo gravídico-puerperal em situação de rua, apresentam demandas de saúde mais específicas que precisam ser atendidas pela rede secundária. Esse acompanhamento deve incluir assistência pré-natal; orientações sobre os cuidados necessários nessa fase; vinculação ao local do parto; garantia de acesso qualificado a esse local e ao parto humanizado; atenção ao recém-nascido e a continuidade da assistência no puerpério, incluindo o planejamento reprodutivo no pós-parto. Também deve ser garantido as

articulações intersetoriais, por meio do acompanhamento por serviços socioassistenciais, o recebimento de benefícios e a inserção em programas habitacionais (COSTA *et al.*, 2015, BRASIL, 2016).

Apesar dos incentivos e estratégias na ampliação do acesso aos serviços de saúde, ainda existem dificuldades no atendimento à saúde desse grupo populacional, estando associadas principalmente à falta de preparo, estigma e preconceito por parte dos profissionais. Além disso, as dificuldades repercutem na continuação desse atendimento, uma vez que lhe é garantido a entrada, porém não é assegurado a continuidade do atendimento à demanda originária, a resposta às suas reais necessidades sociais. O que repercute na violação das diretrizes doutrinárias do SUS, que deveria assegurar o acesso universal, equânime e integral (LIRA *et al.*, 2019).

As mulheres que gestam nas ruas estão expostas às violências, seus direitos negados, ausência da assistência ou prestada de maneira insuficiente, mesmo diante das várias demandas de saúde. Assim, a assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, deve ocorrer de maneira humanizada, sistematizada e guiada pelas evidências científicas, repensando em um cuidado direcionado a esse público e suas especificidades. Portanto, torna-se imprescindível um acolhimento com uma escuta cuidadosa e sensível, que sejam pautadas nas políticas públicas e em intervenções baseadas nas boas práticas do cuidar e deve estimular a participação da sua rede social (BARROS *et al.*, 2020b).

Para a efetividade do cuidado das pessoas que moram nas ruas, faz-se necessário compreender as especificidades do contexto em que estão inseridos. Viver na rua pode ser considerada como causa ou consequência dos problemas de saúde. Além disso, traz alguns riscos inerentes com impactos diretamente na saúde, seja ele pela falta de proteção e exposição à violência, ou às variações climáticas, além da privação de uma alimentação adequada, sono e afeto. É compreendido que esses riscos se multipliquem quando comparados às questões de gênero, como as mulheres que vivem à uma maior exposição pelo ser biológico inerente ao sexo feminino, sobretudo quando essa mulher vivencia o ciclo gravídico-puerperal nestas condições (BRASIL, 2014).

As eCR tem o objetivo de ampliar o acesso da pessoa em situação de rua aos serviços públicos permitindo um cuidado integral à saúde. Tem a proposta de ser composta por três modalidades de equipe multiprofissional, com variação quanto às categorias profissionais: médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, dentista, técnico de enfermagem e agentes de ação social (BRASIL, 2012). Em tese, devem articular a ESF, a RAS e Raps e outros

equipamentos sociais do território. Desenvolvimento e efetividades de políticas públicas que promovam o cuidado integral à pessoa em situação de rua, com porta de entrada principal a atenção básica, integrada à Rede de Atenção à Saúde ou a Rede de Atenção Psicossocial, é um enorme desafio ainda com fragilidades (ENGSTROM *et al.*, 2020).

No enfrentamento vivenciado no cotidiano da mulher em situação de rua pode-se destacar situações que necessitam de uma busca da rede social secundária como os albergues temporários. A impossibilidade de higienização e repouso; o enfrentamento das condições climáticas a exposição da vulnerabilidade à violência física, sexual; e o convívio com as drogas, são fatores que impulsionam a busca por esses albergues, a fim de suprir uma necessidade momentânea. Além disso, as mulheres lidam diariamente com o sentimento de solidão e culpa por estarem longe dos filhos e familiares, o que pode gerar uma carência emocional da sua rede social e tornam-se estímulos ao abuso de substância psicoativas (BISCOTTO *et al.*, 2016).

De acordo com as boas práticas do cuidar durante a gestação, recomenda-se o início precoce do pré-natal e deve-se assegurar o número mínimo seis ou oito de consultas segundo as organizações de saúde. Para que seja efetiva a continuidade da assistência, a participação familiar no pré-natal deve ser encorajado e deve ser garantido o direito ao acompanhante de livre escolha da gestante. Além disso, a educação em saúde viabiliza o processo educativo de construção de conhecimentos e fortalece o autocuidado, sendo considerada ações pautadas nas boas práticas do cuidar, que deve permear toda assistência no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2013; 2016).

Durante o parto, as boas práticas estão mais evidentes durante a assistência, o estímulo à liberdade de escolha, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a presença de um acompanhante e a comunicação efetiva com a mulher, sua rede social e os profissionais da saúde, propicia o seu encorajamento, e traz as vantagens durante o trabalho de parto e parto. Os profissionais que prestam assistência à mulher devem estabelecer uma relação de confiança e incluir a mulher nas tomadas de decisões (WHO, 2018).

No puerpério, são necessárias ações de busca ativa para que o índice de consulta puerperal esteja em constante crescimento. Recomenda-se que a consulta puerperal ocorra de 7º ao 10º dia de pós parto e é necessário que o profissional esteja atento as mudanças biopsicossociais da mulher e de sua rede social. Apesar do aumento do incentivo da amamentação, o estímulo à amamentação e as orientações ainda ocorre de maneira pontual, essencialmente no puerpério, o que não se caracteriza como ações deficientes quando associadas às recomendações das boas práticas (BRASIL, 2013; WHO 2018).

O cuidado à gestante em condição de extrema vulnerabilidade social, como as mulheres asiladas, necessita de uma atenção especial e uma assistência efetiva com orientações detalhadas e adequadamente adaptadas à sua compreensão, para promoção da saúde e prevenção dos agravos durante o ciclo gravídico-puerperal. As orientações prestadas a essas mulheres muitas vezes não são efetivas e necessitam de um desdobramento maior por parte da equipe multidisciplinar, em especial o enfermeiro que presta esses cuidados. A implantação de estratégias de redução de danos na assistência pré-natal apresenta-se como um bom prognóstico na continuidade da assistência diante do contexto desfiliação e dificuldade de manutenção de vínculo (ARAÚJO *et al.*, 2017).

3.2 Referencial metodológico

A pesquisa qualitativa é considerada uma iniciativa que visa compreender com profundidade os significados que as pessoas atribuem às coisas e aos acontecimentos, considerando seus contextos de relações humanas, sociais, históricas e representações individuais e coletivas. Trata-se de um processo de reflexão crítica e analítica dos fenômenos que um grupo social ou sociedade vivência, por intermédio de aplicações de métodos que permitam uma investigação minuciosa do contexto histórico, social, político e estrutural dos indivíduos em investigação (OLIVEIRA, 2016).

Esse tipo de estudo possibilita a compreensão da realidade humana em que estão inseridos, além dos comportamentos, pensamento e atitudes frente às questões vivenciadas. Para a aproximação mais imersiva na realidade humana, faz-se necessário que o investigador minimize a subjetividade para constituir um suporte teórico que possibilitará desvelar e interpretar os relatos dos sujeitos e a constate interação entre os atores sociais investigados e os pesquisadores (FERREIRA, 2015).

A realização de pesquisas qualitativas no âmbito da saúde, possibilita compreender a realidade estudada considerando o contexto histórico, social e político por meio das representações sociais, crenças, valores, opiniões, atitudes e práticas. Com vistas a interpretar a interação das boas práticas do cuidar com a mulher em situação de rua, optou-se por seguir os passos de uma pesquisa qualitativa, baseada na metodologia interativa, que possibilita desvelar as interações com base em interpretações oriundas das experiências e vivências dessas mulheres (GOMES, 2014; OLIVEIRA, 2016).

A pesquisa qualitativa torna favorável a compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico, a partir da construção e reconstrução de novos conhecimentos. Com base na necessidade de aprofundamento teórico no contexto das boas práticas obstétricas com as mulheres em situação de rua, torna-se indispensável o uso de referencial metodológico que evidencie informações reflexivas, complexas e fidedignas que considerem os contextos sociais e a objetividade das questões que permeiam os aspectos dessa realidade (MINAYO, 2014; OLIVEIRA, 2016).

Ancorada na metodologia pluralista construtivista, a metodologia interativa, facilita a interpretação dos depoimentos dos atores sociais em seu contexto. A investigação dos cuidados vivenciados pelas mulheres em situação de rua no processo de gestar, parir, no puerpério e amamentação com base na metodologia interativa, possibilita uma aproximação da realidade, o que exclui a subjetividade do pesquisador. Caracteriza-se por um processo hermenêutico-dialético que permite a compreensão da realidade, a partir de uma visão sistêmica dos cuidados ofertados as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, com vivência de rua com base na utilização da técnica do Círculo Hermenêutico-Dialético (OLIVEIRA, 2016).

A hermenêutica baseia-se na interpretação do conhecimento e a arte de argumentação, a complexidade na percepção do conhecimento sem dicotomização e dialogicidade no movimento de construção contínua do conhecimento. Assim, Círculo Hermenêutico-Dialético viabiliza a compreensão, construção e reconstrução sucessiva do conhecimento acerca dos cuidados recebido durante o ciclo gravídico-puerperal em mulheres com vivência de rua (OLIVEIRA, 2016).

A hermenêutica e a dialética pode ser compreendida por meio do Círculo Hermenêutico-Dialético que ressalta que o fenômeno não pode ser visto fora do seu contexto histórico e social. O CHD, por meio do processo dialógico, visa minimizar a subjetividade do pesquisador, que por meio da fala dos pesquisados e o constante processo do “vai e vem” possibilitam aos pesquisadores compreenderem a realidade histórico-social dos pesquisados (OLIVEIRA, 2016).

A partir da compreensão desses aspectos sociais, históricos e políticos que permeiam os atendimentos em saúde das mulheres em situação de rua que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal, bem como as suas relações sociais e a rede social diante deste cenário, a opção por este referencial metodológico, baseado na hermenêutica-dialética, conduzem a construção metodológica dessa dissertação e proporcionam obtenção e tratamento dos dados dos atores sociais envolvidos.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste item serão sistematizados os passos metodológicos percorridos durante o desenvolvimento desta pesquisa, baseado no rigor metodológico científico e nos padrões éticos em pesquisa. Assim, serão evidenciados os tópicos sobre o desenho do estudo, local do estudo, escolha dos participantes, construção do instrumento de pesquisa, metodologia para coleta e análise dos dados.

4.1 Desenho do estudo

Pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa, ancorada na Teoria de Rede social (SANICOLA, 2015) e na Metodologia Interativa guiada pelo Círculo Hermenêutico-Dialético (CHD) (OLIVEIRA, 2016). A Pesquisa qualitativa permite a compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico, possibilitando o diagnóstico situacional com profundidade da realidade estudada (MINAYO, 2014; OLIVEIRA, 2016).

A escolha desse método deu-se pela necessidade de informações reflexivas, complexas e fidedignas que considerem os contextos sociais e a objetividade das questões que permeiam o objeto de estudo, representado pelas vivências das mulheres em situação de rua, viabilizando a aproximação mais ampla da realidade do fenômeno investigado, que se caracteriza pelas boas práticas do cuidar no ciclo gravídico-puerperal (MINAYO, 2014; OLIVEIRA, 2016).

A Metodologia Interativa é fundamentada na metodologia pluralista construtivista. Trata-se de um método que por meio do processo Hermenêutico-Dialético facilita a compreensão e interpretação dos depoimentos dos atores sociais em seu contexto, estabelecendo uma visão ampla e sistêmica da temática em análise (OLIVEIRA, 2016).

Ancorados nos aportes teóricos da Metodologia Interativa — Hermenêutica, Complexidade e Dialogicidade — o Círculo Hermenêutico-Dialético viabiliza a compreensão, construção e reconstrução sucessiva do conhecimento do objeto de estudo. A dialética caracteriza-se pelo movimento de construção contínua do conhecimento; a hermenêutica pela interpretação do conhecimento e a arte de argumentação, e a complexidade pela percepção do conhecimento sem dicotomização (OLIVEIRA, 2016).

Assim, o CHD é considerado um método dinâmico e sistêmico, pois permite um constante diálogo entre críticas, análises, construções e reconstruções, através do processo de construção simultânea das vivências de cada entrevistado, tornando possível chegar ao resultado mais aproximado, denominado de “realidade” (OLIVEIRA, 2016).

4.2 Local do estudo

O cenário do estudo foi uma casa de acolhimento, localizada no município de Recife-PE e mantida pela Prefeitura Municipal. É uma casa de acolhida de alta complexidade assistencial pois garante proteção integral — moradia, alimentação, higienização e trabalho — através do acolhimento temporário, com tempo de permanência de seis meses a um ano, contudo, esse período pode variar de acordo com a necessidade da mulher e seu filho. A casa é destinada às mulheres com ou sem filhos em situação de vulnerabilidade social, com vivência de rua e com faixa etária entre 18 e 59 anos, cuja proposta é a reconstrução dos projetos de vida e vínculos familiares, além do resgate dos direitos e da autonomia humana.

A partir do contato prévio com a direção da casa de acolhimento, foi identificado que a casa apresenta capacidade para asilar 40 usuários (entre mulheres e crianças/filhos), e no momento da coleta de dados contava com o seguinte quadro de profissionais: dois assistentes sociais; dois psicólogos; três técnicos em enfermagem; três educadores sociais; dezoito cuidadores sociais e um chefe de setor, que prestam cuidados diretamente para a mulher e seus filhos e a equipe que oferece apoio para o funcionamento da casa, que compreende: quatro auxiliares de serviços gerais; duas cozinheiras; dois auxiliares de cozinha; quatro porteiros, dois Motoristas e um auxiliar administrativo.

As casas de acolhimento fazem parte do apoio institucional, juntamente com os Centros de Referência da Assistência Social, Centros de Referência Especializado da Assistência Social e Centros Especializados para População em Situação de Rua (PSR) que vinculam-se à Secretaria Executiva de Assistência Social (SEAS), atuando na proteção, redução das desigualdades e inclusão social das pessoas em risco e vulnerabilidade social (RECIFE, 2019).

A escolha dessa casa como local de estudo foi por ser referência em abrigos para mulheres com vivência de rua, com ou sem filho. A porta de entrada da casa de acolhimento ocorre por meio de reuniões semanais junto à secretaria de Assistência Social e ao Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC), representantes técnicos das casas de acolhimento e um representante do Ministério Público da Cidadania, em que por meio do estudo de caso, após transcurso pela casa de passagem e diagnóstica, direcionam a mulher para o lar temporário a fim de integrar aos cuidados assistenciais e de saúde, e garantir a ressocialização e a cidadania junto aos Direitos Humanos.

4.3 Participantes do estudo

A amostra foi constituída por seis mulheres, maiores de 18 anos, com vivência de rua, que tiveram no mínimo um filho nascido-vivo e vivenciaram a gestação, parto/nascimento, puerpério e aleitamento materno em situação de rua.

A seleção da amostra ocorreu por amostragem intencional. O tamanho amostral foi fundamentado no Círculo Hermenêutico-Dialético que delimita o tamanho da amostra de quatro a oito pessoas entrevistadas. Entre as seis mulheres que responderam às perguntas de pesquisa, no encontro final desse círculo, participaram quatro mulheres, quantitativo condizente com as diretrizes do CHD, que permite a compreensão e o aprofundamento do objeto de estudo mais aproximado da realidade (OLIVEIRA, 2016; MINAYO, 2017).

Também foram convidados a participar deste estudo os profissionais da casa de acolhimento, a fim de identificar o contexto histórico-social e de saúde das mulheres com vivência de rua (OLIVEIRA, 2016). A amostragem dos profissionais ocorreu por conveniência e o tamanho amostral foi guiado pela saturação teórica, por meio da compreensão absoluta do objeto de estudo (MINAYO, 2017). Contudo, a saturação teórica (APÊNCIDE A) ocorreu com oito entrevistas, equivalente ao mínimo das seis entrevistas recomendadas, acrescidas de duas entrevistas à mais de acordo com a confirmação da saturação (THIRY-CHERQUES, 2009). Portanto, a amostra foi constituída por oito profissionais.

Como critério de inclusão, foram convidados a participar da pesquisa os profissionais que apresentaram vínculo com a instituição por no mínimo seis meses e que prestavam cuidado diretamente às mulheres e seus filhos. Os profissionais que não compreenderam o contexto e as questões condutoras das entrevistas, mesmo após várias tentativas com modificações na maneira de questionar e adaptações na linguagem, foram excluídos.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados foram constituídos por dois formulários: um estruturado contendo perguntas fechadas sobre a caracterização sociodemográfica (idade; estado civil; escolaridade; anos de estudo; profissão/ocupação; vínculo empregatício; média da renda familiar; se recebe auxílio do governo; por quanto tempo a entrevistada morou na rua e quanto tempo está na casa de acolhimento) e obstétrica (nº de filhos; idade do último filho; história de abortamento; se a última gestação foi planejada; uso de método contraceptivo; e perguntas relacionadas ao ciclo-gravídico-puerperal) das participantes do estudo (APÊNDICE

B); e um formulário semiestruturado (APÊNDICE C) contendo um roteiro de perguntas abertas, centrado nas categorias teóricas e empíricas, como também nas unidades de análise (Quadro 1).

As categorias teóricas foram construídas nos referenciais que emergem das leituras homólogas ao tema central do estudo (OLIVEIRA, 2016). Nesta pesquisa, estas categorias, ancoradas nas leituras sobre as boas práticas do cuidar no ciclo gravídico-puerperal e na Teoria da Rede Social (SANICOLA, 2015), são: Gestação e Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério; Aleitamento Materno; e Rede social.

As categorias teóricas norteiam as categorias empíricas, as quais guiam a pesquisa de campo, representadas pelos instrumentos de coleta de dados (OLIVEIRA, 2016). Por conseguinte, cada categoria teórica deste estudo direcionou uma categoria empírica retratada por questões norteadoras (APÊNDICE C) sobre o cuidado que as mulheres-mães receberam durante as fases do ciclo gravídico-puerperal. Ressalta-se que cada categoria empírica reproduzirá a unidade de análise, expressa pelos relatos dos atores sociais participantes desta pesquisa (OLIVEIRA, 2016).

Para promover o diálogo com as mulheres em situação de rua sobre as boas práticas do cuidar do ciclo gravídico-puerperal, as perguntas construídas, duas por cada categoria teórica, foram centradas na vivência do cuidado recebido por esta mulher e como ela gostaria que esse cuidado fosse ofertado.

Quadro 1 Matriz geral da sistematização dos dados de acordo com a Metodologia Interativa. Recife-PE, 2020

Categorias		Unidades de Análise
Teóricas	Empíricas	
Gestação e Pré-natal	Cuidados Pré-natais vivenciados pela mulher-mãe em situação de rua durante o período gestacional.	Relatos das mulheres/mães em situação de rua sobre os cuidados recebidos na gestação.
Parto e Nascimento	Cuidados vivenciados pela mulher-mãe em situação de rua durante o parto e nascimento.	Relatos das mulheres/mães em situação de rua sobre os cuidados recebidos durante o parto e nascimento.
Puerpério	Cuidados recebidos pela mulher-mãe em situação de rua durante o puerpério.	Relatos das mulheres/mães em situação de rua sobre os cuidados recebidos no puerpério.
Aleitamento Materno	Cuidados vivenciados pela mulher-mãe em situação de rua durante o aleitamento materno.	Relatos das mulheres/mães em situação de rua sobre os cuidados recebidos durante o aleitamento materno
Rede Social	Apoio das redes sociais, primária e secundária pela mulher-mãe em	Relatos das mulheres/mães em situação de rua sobre o apoio

	situação de rua no ciclo gravídico- puerperal.	recebido das redes sociais primária e secundária durante o ciclo gravídico-puerperal.
--	---	---

Fonte: adaptado de Oliveira (2016).

Quanto ao instrumento de coleta de dados (APÊNDICE D), destinado aos profissionais, trata-se de um formulário semiestruturado contendo perguntas fechadas relacionadas as características sociodemográficas (sexo; idade; escolaridade; profissão/ocupação; função exercida e tempo de trabalho na casa de acolhimento) e cinco perguntas abertas voltadas ao contexto social, ao apoio social recebido e a assistência às mulheres em situação de rua, quando vivenciam a gestação, o parto e nascimento, puerpério e aleitamento materno. Esses dados permitem, na análise, os cruzamentos entre essas informações com os relatos das participantes do estudo, de modo que haja a minimização da subjetividade da realidade construídas pelas mulheres em situação de rua (OLIVEIRA, 2016).

4.5 Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2021 e maio de 2022. Esse tempo foi decorrente de ações para combater a pandemia da Covid-19, entre elas, o isolamento social não aceito por várias mulheres que estavam asiladas e preferiram voltar à rua ou à casa de algum familiar ou foram desligadas da casa acolhida, local do estudo.

Inicialmente foi realizado o contato com a instituição participante, com visita presencial e reunião com o coordenador da instituição. Nesse primeiro encontro foi apresentada uma cópia do projeto de pesquisa, para a apreciação. Após anuência da instituição, foram realizadas visitas à instituição com a finalidade de conhecer mais o campo da pesquisa e promover a interação com os envolvidos.

Desde a primeira visita à instituição, a temática do estudo e os objetivos da pesquisa foram esclarecidos. Com as mulheres, indicadas pelo gestor da unidade, realizou-se reunião sobre a importância da participação delas, objetivos e passos metodológicos da pesquisa. Aquelas que manifestaram o desejo de participar da pesquisa, de acordo com os critérios de elegibilidade, encontros individuais foram marcados, para início da técnica do Círculo Hermenêutico-Dialético (OLIVEIRA, 2016).

Esta técnica, realizada em dois momentos — entrevistas individuais e encontro final com as entrevistadas — é um processo metodológico dinâmico, que promove a construção e reconstrução da realidade através do vai e vem na realização das entrevistas entre as reinterpretções dos participantes da pesquisa e na interpretação dos dados. As entrevistas

ocorreram com base nas categorias teóricas e empíricas e sucedeu na elaboração das unidades de análise (OLIVEIRA, 2016).

Antes da entrevista individual, com as mulheres, novamente conversou-se a respeito da pesquisa e sobre o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Após a leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE E), por livre e espontânea vontade, em duas vias, foi entregue-lhe uma das vias, iniciou-se a entrevista.

As participantes foram informadas de que a entrevista seria gravada para garantir maior precisão e veracidade das falas, no momento da transcrição. Ao término da entrevista, a mulher foi convidada a escutar a gravação para a validação da fidedignidade do conteúdo que foi relatado por ela (POLIT; BECK, 2019). Este procedimento foi realizado com todas as entrevistadas. Ressalta-se que somente foi realizada a próxima entrevista depois da análise das informações da síntese da entrevista anterior. Para isso, a transcrição da gravação das informações coletadas foi feita no mesmo dia em que ocorreu a entrevista.

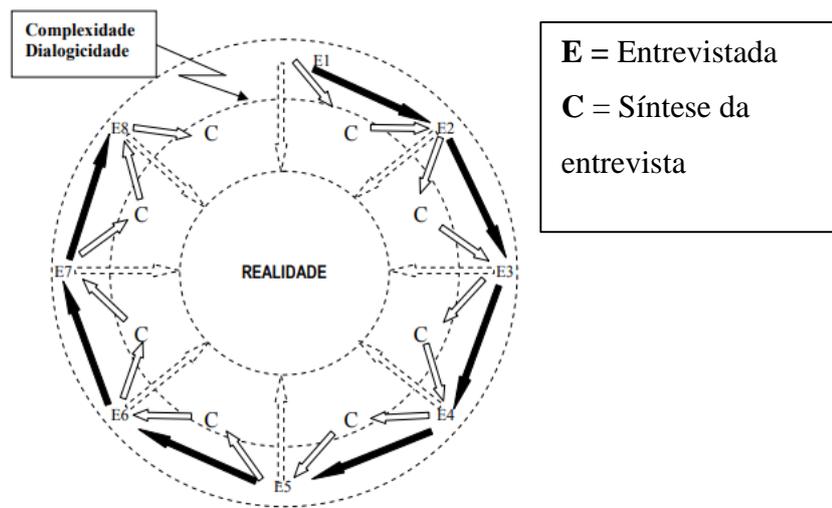
A partir da segunda participante, logo após o término da entrevista, foi lida a síntese da primeira entrevista para que ela pudesse dar a sua opinião, por meio de concordância, discordância ou incorporação de outros pensamentos. Após a transcrição de todas essas informações, a síntese dessa segunda entrevista juntamente com a opinião sobre a síntese da primeira entrevista, emitida pela segunda mulher participante da pesquisa, originou a síntese das entrevistas realizadas (da primeira e da segunda entrevista). Esses procedimentos foram realizados sucessivamente até a última entrevistada, quando obteve-se a síntese de todas as entrevistas individuais. A duração média de cada entrevista foi em torno de 30 minutos.

Ao término das entrevistas, foi reforçada a necessidade do segundo momento do CHD, o encontro final, com todas as mulheres participantes da pesquisa, para que houvesse a reflexão e ressignificação das suas concepções cujo resultado fosse representativo para todos os atores sociais (OLIVEIRA, 2016). Esse momento foi de interação entre todas as mulheres participantes do estudo, em que permitiu alterar ou adicionar a síntese final de todas as entrevistas. Enfatiza-se que a consolidação da síntese final só ocorreu mediante a aprovação do grupo de entrevistadas, de modo que retrate a realidade das vivências das etapas do ciclo grávido-puerperal das mulheres em situação de rua e as interfaces com as boas práticas do cuidar nesses momentos da vida reprodutiva dessas mulheres.

Esses passos metodológicos do CHD — entrevistas individuais e encontro final com as entrevistadas — podem ser representados esquematicamente (Figura 1) por três círculos confluentes e pontilhados. No círculo maior, o externo, localiza-se os entrevistados,

identificados pela letra E. No segundo círculo estão situadas as sínteses (C) de cada entrevista cujas setas indicam a dinâmica das construções e reconstruções da realidade pesquisada. E o terceiro círculo, o mais interno, simboliza a **realidade** representada pela síntese de todas as entrevistas, validada no encontro final com os envolvidos (OLIVEIRA, 2016).

Figura 1 Representação esquemática do Círculo Hermenêutico-Dialético. Recife-PE, 2022.



Fonte: Guba e Lincoln (1989). Adaptado de Oliveira, 2016.

O fechamento do Círculo Hermenêutico-Dialético contou com a presença de quatro participantes das seis que foram entrevistadas. Este momento iniciou-se com orientações pertinentes desse segundo momento da entrevista, no qual poderia ser modificado e/ou adicionado pensamentos à síntese final de todas as entrevistas, de modo que todas as participantes desse encontro concordassem com as alterações. Após os esclarecimentos, a síntese final das seis entrevistas foi lida na íntegra. Em seguida, para facilitar o entendimento por parte do grupo de entrevistadas, foi realizada uma leitura fragmentada em orações de acordo com cada categoria teórica (gestação e pré-natal; parto e nascimento; puerpério; aleitamento materno; e rede social).

A cada afirmação, novas nuances foram identificadas, assim como contradições e substituições de alguns termos ou concordâncias com o resultado final da síntese. Após a validação do que estava descrito na síntese, alcançou a “realidade” aproximada do objeto de estudo (OLIVEIRA, 2016). A realização desse encontro final, com duração em torno de duas horas, foi um momento de culminância e de confraternização entre os envolvidos nesta pesquisa.

Em paralelo às etapas guiadas pelo CHD, foi realizada a coleta de dados com os profissionais da casa de acolhimento, que teve início após a explicação da importância da sua participação para a compreensão do objeto de estudo, e foi solicitado a autorização para gravação por meio da leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE F) e, só após esse momento, a entrevista foi iniciada. Primeiramente foram investigadas informações sobre as características sociodemográficas e posteriormente seguidas das perguntas norteadoras (APÊNDICE D) que objetivaram compreender o contexto histórico-social e de saúde das mulheres que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal em situação de rua, e como sucede a relação com as redes sociais primárias e secundárias.

Ao término da entrevista, o profissional escutou a gravação para a validação da fidedignidade do conteúdo que foi relatado (POLIT; BECK, 2019). Tal procedimento foi realizado com todos os entrevistados. O tempo médio de cada entrevista foi em torno de 30 minutos. Ressalta-se que diante do cenário pandêmico, foram seguidas todas as recomendações de proteção individual e coletiva no momento da entrevista, para impedir a proliferação do novo coronavírus.

4.6 Análise e interpretação dos dados

As informações colhidas sobre a caracterização das mulheres participantes da pesquisa e dos profissionais entrevistados foram analisadas de maneira descritiva e as informações de cada entrevista, por categoria empírica, foram submetidas ao método dialético: tese, antítese e síntese (OLIVEIRA, 2016). Nesta pesquisa, a síntese com a mesma definição descrita, foi chamada de pré-síntese.

A elaboração da síntese tomou como base três passos metodológicos. Primeiramente realizou-se a tese, que se configura a realidade do estudo, emergida da fala da entrevistada. Posteriormente, foi identificada a antítese, retratada pelas contradições da realidade do estudo, trazidas na fala da entrevistada. Em seguida, foi descrita a pré-síntese emergida da análise da tese e da antítese (OLIVEIRA, 2016). As pré-sínteses de todas as categorias empíricas foram condensadas para originar a síntese dessa entrevista analisada.

De acordo com as respostas obtidas nas entrevistas e baseada na fundamentação teórica, foi elaborado uma matriz geral que compreendeu as categorias teóricas, empíricas e as unidades de análise. Na matriz geral, as unidades de análise foram formuladas a partir das pré-sínteses, construídas em cada categoria teórico-empírica. Essas unidades foram analisadas de acordo

com as categorias teóricas (Gestação e Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério; Aleitamento Materno; e Rede social).

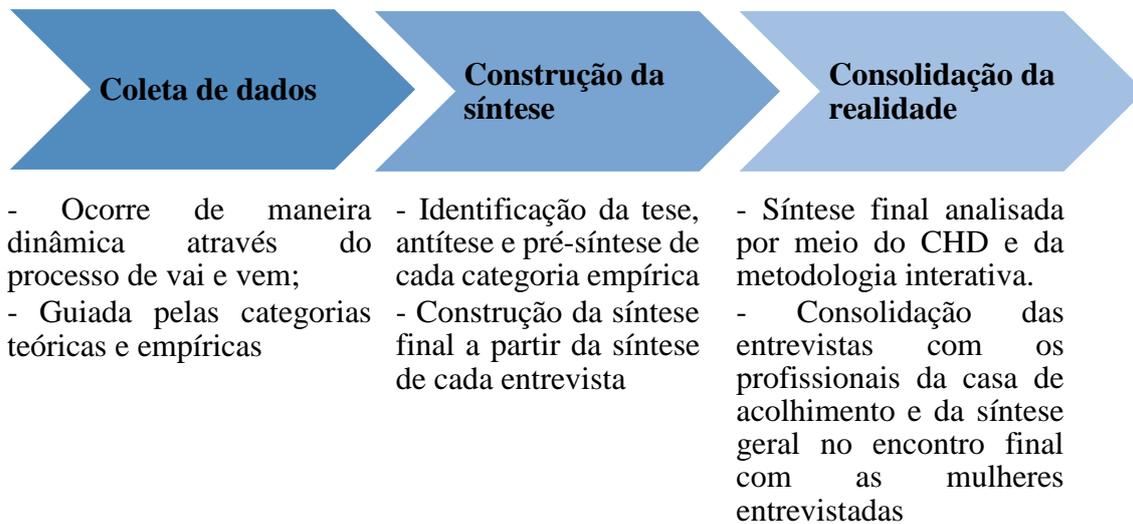
No que se refere aos relatos dos profissionais da instituição, a análise seguiu o agrupamento de acordo com as questões norteadoras, e das cinco categorias teóricas do estudo, assim os relatos foram expressos de acordo com os seguintes tópicos: 1. Condições socioeconômicas das mulheres acolhidas; 2. Atual sistema de saúde para atender as necessidades das mulheres em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal; 3. Órgãos e instituições como suporte às mulheres em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal; 4. Assistência dos profissionais da saúde à mulher em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal; e 5. Envolvimento da rede social da mulher em situação de rua, durante a vivência do ciclo gravídico-puerperal.

A síntese final, emergiu por meio das construções e reconstruções da síntese baseada na vivência sobre o cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal das mulheres em situação de rua, que resultou em um marco teórico, representativo da realidade das entrevistadas de acordo com o Círculo Hermenêutico-Dialético. A síntese final foi utilizada como aporte teórico na condução do processo de análise e discussão das falas das mulheres, correlacionando com os relatos dos profissionais.

A análise dos dados foi guiada por meio da Metodologia Interativa Hermenêutico-Dialética que consistiu na interpretação dos relatos com base na fundamentação teórica, compreensão das falas e interpretação dos dados de acordo com os discursos das mulheres com vivência de rua e dos profissionais institucionais. Os dados foram discutidos a partir da fundamentação teórica da Teoria de Rede Social e com base nos preceitos das boas práticas obstétricas no ciclo gravídico-puerperal (OLIVEIRA, 2016, SANICOLA, 2015).

As fases e os níveis de interpretação dos dados coletados, pertencentes aos passos metodológicos do CHD, a partir do método hermenêutico-dialético serão apresentadas pelo fluxograma (Figura 2).

Figura 2 Procedimentos metodológicos componentes do Círculo Hermenêutico-Dialético. Recife-PE, 2022.



Fonte: Adaptado de Oliveira (2016).

4.7 Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob nº de parecer: 4.604.760 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de nº. 42646821.0.0000.5208 (ANEXO A). Foram seguidos todos os princípios éticos que norteiam pesquisas científicas envolvendo seres humanos, em consonância com a Resolução nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Antes das entrevistas individuais, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) foi disponibilizado e lido pelos voluntários, ou realizado leitura juntamente com eles, cujas dúvidas apresentadas foram elucidadas. A pesquisa só teve início após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, que assegura o sigilo e anonimato, a autorização da publicação dos dados, além da desistência a qualquer momento da pesquisa. Os voluntários foram devidamente orientados de que a participação na pesquisa não conferiu nenhum tipo de benefício financeiro. A autorização para gravação e uso das falas foi tópico do TCLE, evidenciando seu uso exclusivo para fins acadêmicos neste estudo. Além disso, foi esclarecido que as informações fornecidas teriam o sigilo garantido, bem como o anonimato dos participantes com identificação por codinomes.

Em atenção ao sigilo dos participantes, foram nomeados pela letra M para a mulher entrevistada e P para o profissional, acrescido da numeração sequencial das entrevistas: M1, M2, P1, P2, e assim sucessivamente. Mantiveram-se estas nomenclaturas também para a construção do Círculo Hermenêutico-Dialético. Diante do cenário da pandemia, todos os cuidados de higienização do local e individual, bem como a utilização dos equipamentos de proteção individual (máscara e álcool e gel), foram disponibilizados.

Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas/gravações), estão armazenados em documentos eletrônicos protegidos e os documentos impressos ficarão na sala da área de Enfermagem em Saúde da Mulher, no Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde CS/UFPE, onde permanecerão por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Cleide Maria Pontes, sendo destruídos após esse período.

5 RESULTADOS

Este item contempla as informações resultantes das entrevistas individuais realizadas com mulheres em situação de rua, e as sínteses construídas a partir das unidades de análise, assim como as entrevistas dos profissionais da instituição. A fim de apresentar a realidade estudada, oriunda dos relatos das participantes, também serão apresentados a síntese final obtida e validada na realização da entrevista em grupo no momento do Círculo Hermenêutico-Dialético.

5.1 Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes do estudo

A faixa etária das seis mulheres em situação de rua entrevistadas ficou compreendida entre 28 e 42 anos. No que diz respeito ao estado civil das participantes, todas declararam-se solteiras. A maioria possuía ensino fundamental incompleto (n=4), apenas uma apresentava curso profissionalizante e nenhuma delas mencionou algum vínculo empregatício. Quase a totalidade recebia algum benefício social (n=5), o tempo em situação de rua variou entre 2 e 25 anos e a maioria estava há menos de seis meses de tempo de permanência na casa de acolhimento (Quadro 2).

Quadro 2 Caracterização sociodemográfica das mulheres entrevistadas. Recife-PE, 2022.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS ENTREVISTADAS								
Entrevistada	Idade (anos)	Estado civil	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Vínculo Empregatício	Recebimento de benefícios sociais	Tempo morou na rua	Tempo na casa de acolhimento
M1	28	Solteira	Fundamental incompleto	Não	Não	Bolsa família/ auxílio emergencial	15 anos	11 meses
M2	42	Solteira	Fundamental incompleto	Não	Não	Bolsa Família/ auxílio emergencial	4 anos	2 meses
M3	36	Solteira	Fundamental incompleto	Limpeza hospitalar	Não	Bolsa família / auxílio emergencial	25 anos	1 mês
M4	39	Solteira	Fundamental incompleto	Não	Não	Bolsa família / auxílio emergencial	2 anos	1 mês
M5	31	Solteira	Ensino médio incompleto	Não	Não	Bolsa Família/ auxílio emergencial	22 anos	2 meses
M6	35	Solteira	Ensino médio completo	Não	Não	Não recebe Auxílio	2 anos	5 meses

5.2 Caracterização obstétrica das mulheres participantes do estudo

No que se refere ao perfil obstétrico das mulheres entrevistadas, o número de filhos variou entre dois e sete, sendo que a maioria tinha cinco ou mais filhos, cuja idade do último filho era acima de dois anos. Das seis mulheres, três já abortaram pelo menos uma vez, e uma citou ter tido uma gestação planejada. Quanto ao uso de método contraceptivo no momento da entrevista, duas mulheres referiram fazer uso do *Inplanon*— Implante anticoncepcional — e uma mencionou ter realizado a laqueadura tubária no último parto. No que tange a dados da última gestação, três entrevistadas realizaram o pré-natal, quatro tiveram seus filhos por meio de parto vaginal, quatro mulheres amamentaram seus filhos, com período de duração entre 11 meses e dois anos (Quadro 3).

Quadro 3 Caracterização do perfil obstétrico das mulheres entrevistadas. Recife-PE, 2022.

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL OBSTÉTRICO DAS ENTREVISTADAS									
Entrevistada	Idade do último filho	Número de filhos	Aborto	Última gestação planejada	Uso de método contraceptivo	Fez pré-natal	Tipo de parto no último filho	Amamentação do último filho	Tempo Amamentação
M1	11 meses	3	Não	Não	Não	Não	Normal	Sim	11 meses
M2	5 anos	7	Não	Sim	Não	Não	Normal	Sim	2 anos
M3	2 anos	5	Não	Não	Implante	Sim	Normal	Sim	2 anos
M4	3 anos	6	Sim	Não	Implante	Não	Cesariana	Não	Não se aplica
M5	3 anos	6	Sim	Não	Laqueadura	Sim	Normal	Sim	1 ano e 6 meses
M6	2 meses	2	Sim	Não	Não	Sim	Cesariana	Não	Não se aplica

5.3 Caracterização dos profissionais

Dos profissionais que foram entrevistados, três eram do sexo feminino e dois masculino, com idade entre 33 e 56 anos, concluíram curso de pós-graduação (n=3), ensino superior (n=1) e ensino médio (n=4). Quando questionados sobre a profissão e qual ocupação exercia na casa de acolhimento, observou-se uma equipe multidisciplinar, sendo: um psicólogo, três cuidadoras, uma técnica de enfermagem e três educadores sociais. O tempo de atuação na casa de acolhimento variou entre nove meses e 16 anos (Quadro 4).

Quadro 4 Caracterização dos profissionais institucionais entrevistados. Recife-PE, 2022.

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS					
Entrevista	Idade (anos)	Gênero	Escolaridade	Profissão/ocupação	Tempo na casa de acolhida
P1	34	Feminino	Pós-graduação	Psicóloga	4 anos
P2	54	Masculino	Ensino superior completo	Educador social	5 anos
P3	33	Feminino	Ensino médio completo	Cuidadora	9 meses
P4	56	Feminino	Ensino médio completo	Técnico de enfermagem	16 anos
P5	40	Masculino	Pós-graduação	Educador social/ gestor	7 anos
P6	47	Feminino	Pós-graduação	Educador social	4 anos
P7	37	Feminino	Ensino médio completo	Cuidadora	1 ano
P8	35	Feminino	Ensino médio completo	Cuidadora	1 ano

5.4 - Sistematização geral das entrevistas: tese, antítese e pré-síntese

Na fala da entrevistada M1 percebe-se que a mulher em situação de rua tem carência de estímulos para o acompanhamento pré-natal e que o direito em ter um acompanhante de escolha no momento do parto deve ser garantido. A mesma relata que na alta hospitalar, pode não haver o encaminhamento para a consulta puerperal ou retorno para a maternidade, além disso, enfatiza que a iniciativa de amamentar o filho é da mulher, contudo, o apoio da rede social primária pode ser decisivo no processo do aleitamento materno. A rede social primária de M1 é composta pelo companheiro e a irmã. A casa de acolhimento foi citada em alguns momentos durante o ciclo gravídico-puerperal, contudo, não foi mencionada como fonte de apoio pela mulher.

Quadro 5 Síntese geral da entrevista 1. Recife-PE, 2022.

Categorias teóricas	Categorias empíricas	Unidades de análise
GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL	PERGUNTA NORTEADORA	RESPOSTAS
	<p>1) Como você foi cuidada durante a gestação do seu filho?</p>	<p>Passei no meio da rua. Meu marido me ajudava, buscava comida pra mim... Eu não queria fazer ultrassom, para ver se era menino ou menina, porém uma mulher da comunidade (voluntária) que me ajudou me disse: “Vai fazer uma ultrassom eu vou fazer um enxoval para você... Fiz uma ultrassom, primeiro deu menino, na segunda deu menina e na terceira confirmou que era menina. Ela (voluntária) me doava comida na rua... Me doava caixa de leite, pra cortar os efeitos das drogas que eu usava. Eu usei drogas até nove meses... Com seis ou sete meses, eu estava sentindo um pouco de dor, chamaram o SAMU, mediram minha pressão, me examinaram e me levaram para a maternidade... A mulher (profissional da maternidade) agendou o dia e mandou eu voltar para fazer outra ultrassom. Me medicaram com soro, me ajustaram, deram um toque e disseram que estava tudo certo e me deram alta. Quando encontrei a mulher (voluntária) novamente, ela me deu o enxoval completo. Quando eu fiz a ultrassom não fizeram mais nenhum exame... Quando engravidei, eu parei de tomar o remédio da hanseníase, por que fiquei com medo. A médica do posto (que tratava a hanseníase) mandou as amigas (outras profissionais do posto) me procurar pra saber por que eu não estava indo buscar o remédio... Quando ela me viu grávida, perguntou porque fiquei tanto tempo sem tomar a medicação. Ela me explicou que não fazia mal para a bebê, e eu voltei a tomar meu remédio...Mas não fez nenhum exame quando estava grávida.</p>
<p>2) Para você como deveria ser esses cuidados durante a gestação do seu filho?</p>	<p>Eu gostaria que cuidassem da minha barriga, que cuidassem da minha filha... Fizessem alguns exames pra ver como minha filha iria nascer...Eu acho que é assim, porque na rua a gente pega todas as bactérias...E eu não fiz o pré-natal porque eu não pensava nisso, eu estava pensando nas drogas. Depois que eu fui caindo na real que estava fazendo mal para minha filha, que tudo que eu estava consumindo na minha boca estava indo pra ela. Depois de nove meses, quando eu comecei a sentir algumas dores, eu parei não bebi mais, não fumei mais e não usei nenhum tipo de droga.</p>	

TESE	ANTÍTESE	PRÉ-SÍNTESE
<p>A mulher não realizou nenhuma consulta de pré-natal, pois somente pensava nas drogas. As usou durante os nove meses da gravidez. Depois deste período não fez uso de nenhum tipo de drogas. Antes de engravidar, já sabia que tinha hanseníase e sífilis. Por conta própria, parou o tratamento da hanseníase. A médica, que tratava essa sua condição crônica, operacionalizou à vinda da gestante ao serviço. Após as explicações que podia tomar os remédios grávida, retornou ao tratamento. Realizou três ultrassonografias para saber o sexo da criança e dois atendimentos de emergência obstétrica. Não houve relato de encaminhamentos dos profissionais dos serviços em que foi assistida para o pré-natal. Reconheceu que não quis se cuidar durante a gestação.</p>	<p>O relato evidencia que ela queria a realização de exames, cuidassem da sua barriga grávida, gostaria de se sentir cuidada, mas a mulher não realizou o pré-natal, mesmo sabendo que tinha sífilis, hanseníase e usava drogas.</p>	<p>A relação adequada — cuidar bem e estímulos indutores para a realização do pré-natal — não foi desenvolvida pelos profissionais que a mulher teve contato durante a gestação. Os atendimentos foram ineficazes para modificar o comportamento da gestante em situação de rua a cuidar de si e da sua filha, em relação ao acompanhamento pré-natal. Por decisão própria (autoapoio) a mulher deixou de ingerir drogas.</p>
<p>PARTO E NASCIMENTO</p>	<p>3) Como você foi cuidada no parto e nascimento do seu filho?</p>	<p>Eu estava na rua, estava sentindo dor e minha bolsa estourou. Meu marido saiu correndo desesperado, foi atrás de uma ambulância... O SAMU me levou para maternidade. Quando chegou lá, eles me deram um soro para passar a dor e não passou. A dor continuava...sai quase quebrando tudo lá, muito nervosa, porque era muita dor para ter um neném... Me transferiram para outra maternidade. Eu cheguei lá na terça, na quarta-feira ela nasceu às 17 horas. Muita dor, muita dor. Eu falava: “Não estou aguentando faz Cesária, pelo amor de Deus”. Eu pedindo a médica para fazer a cesariana... Meu marido chorando de um lado, eu chorando do outro... A dor vinha e voltava e nada de ninguém me ajudar. Eu fiquei toda suja de fezes. A menina que estava acompanhando uma mulher (acompanhante de outra parturiente) me ajudou a tomar banho, trocaram o lençol da minha cama. Quando eu cheguei na metade do corredor eu senti uma dor. Meu marido saiu correndo e me segurou. Ele “força que a menina está quase saindo”. Ele abriu minhas pernas, viu que a menina estava nascendo... Vieram algumas enfermeiras... Não tinha posição pra me colocar de frente. Me colocaram de cócoras,</p>

		<p>mandaram eu colocar a mão no chão e fazer força... Eu não consegui. Já estava me dando fraqueza nas pernas, disseram: “Faça mais força mãe, que a gente vai puxar a menina.”Eufiz mais força e puxaram ela. Depois de muito tempo eu apaguei, fui dormir, quando acordei ela estava no berçário, porque nasceu com sífilis. Eu fiquei desesperada. A médica disse: “tenha calma, você vai pra outro quarto, porque aqui é sala de parto. E sua filha está no berçário, porque ela nasceu toda roxa, com 45 ° graus de febre, passou quase meia hora pra chorar... Mas está tudo bem com ela. O mal dela foi porque ela nasceu com sífilis... vai passar 12 dias no antibiótico”. Mas lá fui muito bem atendida, foi bom,eu gostei... O problema é que eu estava sentindo muita dor, e elas não poderiam fazer nada, porque ali é o trabalho delas... Ela ficava falando: “meu amor, você tem que ter calma. É a sua primeira viagem? Eu disse não. Elas então mãe, tem que ter calma” ... Meu esposo estava lá. Todo momento. Ele não saía de perto de mim para nada.</p>
	<p>4) É no parto e nascimento do seu filho, como deveria ser esses cuidados para você?</p>	<p>Eu queria que fosse cesariana, mas ninguém queria fazer, porque ela disse já foi a primeira passagem, a segunda e pode ser a terceira normal também. Ela não podia fazer nada. Chorei muito, sofri muito. Ela disse que era muito arriscado pra mim porque eu tenho esse problema de hanseníase porque já atingiu meus nervos, ela disse não a gente tem condições.</p>
<p style="text-align: center;">TESE</p> <p>A mulher foi levada pelo SAMU para uma maternidade, onde foi conferido o início do trabalho de parto, e foi transferida para outra maternidade. Nesta instituição fez tratamento medicamentoso. A mulher pariu no corredor com a ajuda do seu esposo e das enfermeiras que indicaram a posição para parir. Disse que a menina foi “puxada”, pois não tinha mais forças. Mesmo expressado o desejo de uma cesariana, a mulher foi instruída sobre sua condição clínica que contraindicava a cirurgia. A filha ao nascer demorou para chorar e estava com hipertermia. Foi diagnosticado sífilis congênita.</p>	<p style="text-align: center;">ANTÍTESE</p> <p>O conhecimento da mulher sobre ser portadora de sífilis não conteve o seu desespero diante do diagnóstico que a filha nasceu com sífilis.</p>	<p style="text-align: center;">PRÉ-SÍNTESE</p> <p>A parturiente teve seu direito garantido da presença de um acompanhante, seu esposo (rede social primária). O suporte (apoio emocional, presencial e informativo) desenvolvido pelos profissionais da saúde (rede secundária) no momento do parto não minimizou o desespero da mulher diante do diagnóstico de sífilis congênita.</p>

<p>PERÍODO PÓS-PARTO</p>	<p>5) Diga-me como você foi cuidada no seu resguardo?</p>	<p>...Lá (na maternidade) eu tomei quatro benzetacil. Fui para o outro abrigo e lá perto tomei as outras duas doses dabenzetacil. Ela (a filha) passou 12 dias no antibiótico, e na maternidade fez teste da orelhinha e do pezinho... No outro dia a assistente social me chamou, conversou comigo disse que eu não poderia ir pra rua porque era arriscado, por causa desse coronavírus, porque eu tenho uma menina muito pequena. Ou eu escolheria ir para a casa de apoio, ou iria perder minha filha para o conselho tutelar, porque eu não poderia ficar com ela na rua. Eu: “não... não... eu quero ir pra rua.” Ela disse: “você vai pra rua, mas sem sua filha”. O conselho tutelar já estava lá esperando minha filha. Ai quando eu vi ele (profissional do conselho tutelar) com minha filha no braço, eu disse: “Não, eu vou para o abrigo mesmo”. Eu fui para um abrigo e meu marido foi para outro (de homem), mas no mesmo dia meu marido foi embora (voltou para a rua). Ele foi pra lá visitar minha filha, levava fralda, dinheiro e cigarro pra mim. Não deixou as coisas faltar para mim nem para minha filha. Depois de muito tempo ele me ligou e disse que estava preso... Lá eu fui muito bem atendida (primeiro abrigo). Fiquei sete dias em isolamento. Era lanche, era água gelada para mim... Quando passou sete dias, eu fui para o médico tomar minha benzetacil... então total passei oito dias de isolamento porque sai para o médico. Ela (profissional do posto que aplicou a benzetacil) não me examinou... Marcou pra eu ir no postinho fazer o exame do sífilis e de HIV. Está ai o resultado, mas tem que levar pra alguma médica ver.</p>	
	<p>6) E no resguardo, para você como deveria ser esses cuidados?</p>	<p>Eu fui bem cuidada lá...só que eu sentia muita dor... mas o resto foi tudo bem comigo. As médicas de lá foram muito boas comigo, não foram ignorantes. Ficaram falando: “Tem que ter calma não é sua primeira viagem, é a terceira... Tem que ter calma vai dar tudo certo”.Quando estava no abrigo, só fui ao médico para tomar a benzetacil.</p>	
<p>TESE</p> <p>Após alta hospitalar à mulher teve que escolher o local para onde iria: abrigo ou a rua. Este último, ela perderia a guarda da filha. Escolheu o abrigo. O seu marido manteve o apoio, mas depois foi preso, impedindo-o de fornecer ajuda. A mulher continuou o tratamento de sífilis em um serviço de saúde. Nos</p>	<p>ANTÍTESE</p> <p>A equipe de saúde do serviço em que a mulher continuou o seu tratamento de sífilis não procedeu a consulta puerperal ou a encaminhou a outra instituição. Também, a mulher não mencionou o tratamento de sífilis do seu marido.</p>	<p>PRÉ-SÍNTESE</p> <p>A mulher recebeu apoio (emocional) da equipe da maternidade. Contudo, não a encaminharam à consulta puerperal. O mesmo ocorreu no serviço onde tomava a injeção de benzetacil. Ressalta-se que o tratamento de sífilis não está completo, pois o esposo não tomou a</p>	

dias de isolamento (covid-19) foi bem assistida pela equipe do abrigo em que ficou acolhida.		medicação. Na casa de acolhimento, a mulher em isolamento durante sete dias, recebeu ajuda (apoio emocional e instrumental) da equipe do abrigo.
ALEITAMENTO MATERNO	7) Como você foi cuidada durante o processo de aleitamento materno?	Na maternidade os 12 dias que ela passou no antibiótico não estava dando o peito à ela... Até eu tomar minhas quatro doses de benzetacil. Ela estava tomando leite pela sonda...Quando ela foi para o quarto, eu dava o leite no copinho. Deram duas injeções nela, não sei se foi por causa do sífilis... Depois de três dias, eu recebia alta, e eu só dei de mamar à ela quando eu estava no carro indo para o abrigo. Quando chegou no abrigo eu fiquei tentando lá, e nada dela pegar, liguei para minha irmã, ela falou: “com calma, tu já deu banho nela? Bota ela direitinho assim no peito, faça uma pegada no peito que funciona direitinho” ... Do jeito que ela estava falando, eu fui fazendo e ela pegou e até hoje...No abrigo a educadora disse que não era para usar droga mais, que não era para eu beber...Porque tudo que eu faço vai para minha filha... Mas graças à Deus faz 11 meses que não uso nada.
	8) Para você como deveria ser esses cuidados durante o processo de aleitamento materno?	Eu fiquei em isolamento, então ninguém poderia fazer nada (no abrigo). Mas me deram conselho. Quando eu cheguei na casa, minha filha foi muito querida lá. Acho que o cuidado deveria ser do mesmo jeito. As pessoas gostavam de mim, principalmente (refere nome da educadora). Ela me ajudava muito. As vezes ficava com minha filha no braço... Esquentava água pra eu dar banho nela...
TESE Restrição clínica do aleitamento durante antibioticoterapia de 12 dias, no recém-nascido. A mulher não foi orientada sobre aleitamento materno, quando estava internada. Ela recebeu ajuda da sua irmã, por telefone, sobre a pega adequada, quando chegou no abrigo, para o início do aleitamento materno da sua filha. Na casa de acolhimento, a mulher	ANTÍTESE A restrição do aleitamento materno por 12 dias, devido a antibioticoterapia da filha, atrelada a falta de orientação sobre a prática de aleitar, não impediram que a mulher iniciasse sozinha a amamentação e que a ajuda da sua irmã contribuiu para a criança pegar adequadamente o peito.	PRÉ-SÍNTESE A falta de apoio dos profissionais da saúde (rede secundária) no processo da amamentação, não impediu que a mulher iniciasse o aleitamento materno por iniciativa própria e com o apoio da sua irmã (rede primária). Este apoio foi decisivo.

<p>percebia que as pessoas gostavam dela e de sua filha. Mencionou que recebeu orientações para não usar nenhum tipo de drogas.</p>		<p>A mulher em uso de antibiótico prescrito pode amamentar. Os profissionais da casa acolhida ofertaram os apoios necessários (informativo, emocional e instrumental).</p>
<p>REDE SOCIAL</p>	<p>9) Como as pessoas se envolveram durante a sua gestação, parto, nascimento, resguardo e aleitamento materno do seu filho?</p>	<p>A única pessoa que ficava na rua comigo era meu marido... No cuidado mesmo só foi minha irmã... Me dava conselho, passava para me ver... Quando eu preciso das coisas, um perfume, pomada, alguma coisa... Só quem me ajuda é minha irmã mesmo. Meu marido está preso, mas já me ajudou muito quando eu estava grávida, me tirou da rua, mas a gente voltava porque não tinha como pagar o aluguel e quando brigávamos muito...</p>
	<p>10) E sobre o envolvimento das pessoas desde a gestação até o parto, nascimento, puerpério e aleitamento materno do seu filho, como deveria ser esses apoios/cuidados para você?</p>	<p>Eu queria que os educadores levassem minha filha para o médico pra ver essa cocieira. Eu até levei ela para o médico, já pedi para fazer um exame de alergia para ver qual é o tipo de alergia que ela tem... mas eles até vão, mas quando chegam, o médico só faz olhar e dizer que é alergia. Não faz nenhum exame, nem de sífilis... Nada...Passa o remédio e depois volta tudo de novo. A única coisa que eu queria era que cuidassem mais da minha filha.</p>
<p>TESE</p> <p>A rede social da mulher é composta pelo marido e irmã. Essas pessoas cuidaram dela durante o ciclo grávido-puerperal. O apoio do marido foi interrompido, pois encontra-se privado de liberdade. A mulher não cita a instituição em que está abrigada como fonte de apoio. O médico não resolve o problema de pele da sua filha.</p>	<p>ANTÍTESE</p> <p>A casa acolhida não foi mencionada como fonte de apoio, porém a mulher desejava que os educadores cuidassem mais da filha.</p>	<p>PRÉ-SÍNTESE</p> <p>A família da mulher é o marido e a irmã. Ambos forneceram ajuda durante o ciclo grávido-puerperal. A casa acolhida e a medicina precisam atender mais as necessidades dos abrigados.</p>
<p>SÍNTESE M1</p>		
<p>A mulher grávida em situação de rua tem carência de estímulos dos profissionais para o acompanhamento pré-natal, o cuidado de si e do seu filho. Neste período da gravidez, deixar de ingerir drogas é uma decisão da mulher. Quando parturiente deve ser garantido o seu direito de ter um acompanhante, mesmo que seja o seu esposo. Os apoios dos profissionais da saúde podem não ser suficientes para diminuir o desespero da mãe diante de uma doença do filho recém-nascido. No resguardo, na alta hospitalar, não há o encaminhamento da mulher em situação de rua</p>		

para a consulta nos primeiros dias pós-parto com também o tratamento de saúde do casal é incompleto. A equipe do abrigo ajuda a mulher nesse momento da sua vida, o resguardo. A iniciativa de amamentar o filho é da mulher, independente se os profissionais da saúde a orientaram. Porém, a ajuda de uma pessoa próxima, por exemplo, uma irmã, pode ser decisiva para o estabelecimento do aleitamento materno. A mulher precisa ter conhecimento de que algumas doenças e medicação não impedem a prática de amamentar. A família da mulher em situação de rua é formada pelo marido e irmã. Ambos fornecem ajuda durante a gravidez, parto, resguardo e aleitamento materno. A casa acolhida e a medicina precisam atender mais as necessidades dos abrigados.

SÍNTESE C1 (SÍNTESE DE M1) PARA PRÓXIMA ENTREVISTADA – M2

A mulher grávida em situação de rua tem carência de estímulos dos profissionais para o acompanhamento pré-natal, o cuidado de si e do seu filho. Neste período da gravidez, deixar de ingerir drogas é uma decisão da mulher. Quando parturiente deve ser garantido o seu direito de ter um acompanhante, mesmo que seja o seu esposo. Os apoios dos profissionais da saúde podem não ser suficientes para diminuir o desespero da mãe diante de uma doença do filho recém-nascido. No resguardo, na alta hospitalar, não há o encaminhamento da mulher em situação de rua para a consulta nos primeiros dias pós-parto com também o tratamento de saúde do casal é incompleto. A equipe do abrigo ajuda a mulher nesse momento da sua vida, o resguardo. A iniciativa de amamentar o filho é da mulher, independente se os profissionais da saúde a orientaram. Porém, a ajuda de uma pessoa próxima, por exemplo, uma irmã, pode ser decisiva para o estabelecimento do aleitamento materno. A mulher precisa ter conhecimento de que algumas doenças e medicação não impedem a prática de amamentar. A família da mulher em situação de rua é formada pelo marido e irmã. Ambos fornecem ajuda durante a gravidez, parto, resguardo e aleitamento materno. A casa acolhida e a medicina precisam atender mais as necessidades dos abrigados.

A entrevistada M2 relatou que os cuidados recebidos na gestação, não a estimularam a realizar o pré-natal, a deixar de usar drogas e a cuidar de si e do seu filho. Refere que os apoios emocional, presencial e informativo foram realizados pelos profissionais da saúde (rede secundária), mas não foram suficientes para seguir com o método anticonceptivo proposto, o DIU. No puerpério, a mulher obteve apoio (emocional, informativo e presencial) da equipe da maternidade e do posto de saúde (rede social secundária). O apoio (informativo) ofertado pelos profissionais da saúde sobre amamentação, o apoio (presencial) do seu marido (rede primária), a vivência de doação do seu leite e dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com a amamentação do seu último filho até os dois anos de vida. A rede social primária da mulher é composta pelo marido, irmã e vizinha, todos forneceram ajuda (emocional, presencial, instrumental e informativo) durante o ciclo grávido-puerperal. A casa acolhida e a instituição de saúde não foram citadas como fonte de apoio.

Quadro 6 Síntese geral da entrevista 2. Recife-PE, 2022.

Categorias teóricas	Categorias empíricas	Unidades de análise	
	PERGUNTA NORTEADORA	RESPOSTAS	
GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL	1) Como você foi cuidada durante a gestação do seu filho?	Usando droga e bebendo muito, mal comia. Era mais droga, cachaça e água... Quando eu estava grávida, só fiz exames quando internei no hospital, porque eu estava com anemia. Meus pés ficaram inchados, como eu não tinha onde ficar, eu pedi para me internar e passei um bom tempo lá... Às vezes eu dormia lá no banco do hospital. Como eu estava toda inchada, eles me internaram. Depois eu fugi... Por causa do pai deles que ele ainda estava preso, ficava com aquilo na cabeça, por isso, eu fugi. Fizeram tudo em mim. Tudo o que eu tinha direito. Mas eu que fui embora do hospital porque estava cansada de estar ali dentro, passei um mês e pouco. Fizeram ultrassom, exame de sangue, realizaram os cuidados... Depois quando eu estava desinchada, fui embora... E depois só fiquei na rua e usando drogas, até seis meses... Eu não fiz o pré-natal porque a droga não deixava... A mente só corria para droga... Quando fiquei internada fiz exames, mas nem sabia se era menino ou menina.	
	2) Para você como deveria ser esses cuidados durante a gestação do seu filho?	Nem eu sei explicar... Gostaria de ter feito pré-natal. Tudo certinho. Tomar vacina e tudo, mas não consegui fazer. Não pensava como penso agora... Mas também evoluiu muitoné? ... Ver um doutor sair para ir atender na rua agora né?	
	TESE	ANTÍTESE	PRÉ-SÍNTESE
	A mulher não fez pré-natal, pois somente pensava nas drogas. As usou durante os seis meses da gravidez e depois deste período. Durante a gestação esteve hospitalizada para tratar da anemia, realizou ultrassom e exames de sangue, mas não sabia o sexo da criança. Após um mês e meio de internamento, evadiu-se do hospital para a rua, pelo cansaço de estar ali dentro e	A mulher afirmou que gostaria de ter feito o pré-natal, tomar vacinas, mas não realizou o pré-natal, mesmo em uso de drogas. Mencionou que atualmente houve evolução no atendimento médico, pois hoje os profissionais vão às ruas.	Os cuidados recebidos pela mulher durante o internamento em uma maternidade, um mês e meio, não estimularam a modificar o seu comportamento: deixar de usar drogas e fazer o pré-natal, apesar de afirmar que gostaria de ter feito o pré-natal. Os cuidados na maternidade foram interrompidos devido a evasão da

pela preocupação com o marido preso. Reconheceu que não realizou o pré-natal, devido ao uso de drogas.		mulher para retornar às ruas, pelo cansaço de estar em uma estrutura física fechada.
PARTO E NASCIMENTO	3) Como você foi cuidada no parto e nascimento do seu filho?	Quando eu terminei de usar a droga, o negócio escorrendo na minha perna. Daí a dor apertou e chamei a vizinha. Ela gritou, e meu marido chegou, pegou o carro (taxi) e quando chegou lá, rápido vieram me deitar e tive o menino. Estava sem força na rua. Sem comer direito a gente fica sem força... Assim que ele nasceu foi direto para incubadora deste tamanhinho (faz sinal com as mãos), 1.400 kg...Foi muita droga, só vi o coração dele bater... E ele passou um bom tempo internado... Lá o atendimento é ótimo... Eles cuidam bem da gente... As meninas lá são gente boa, a assistente social também é uma maravilha. A gente se sente protegida... Meu esposo levava coisas, mas não podia ficar porque tinha que cuidar dos outros os meninos, e precisava ir trabalhar... E o parto foi normal, foi rápido demais. Acho que ele estava nervoso por causa da fumaça, né? Na hora, que cheguei e deitei, a mulher veio dar o toque, quando viu o menino já estava coroando. Ela: “leva ela lá pra cima”. Mas não deu tempo. Eu tive lá mesmo na mesa. E depois elas subiram comigo, para tirar o resto de placenta... Depois do parto fiquei lá para botar o DIU. Eu digo: “Não vou botar nada”. Mas elas mandaram eu ir, eu que não fui... Me ajudaram muito até sai com uma feira do hospital. Ela (assistente social) arrumou um ventilador pra mim... Ele ficou internado no hospital, eu só saí de lá quando meu filho saiu. Acho que ficou internado por causa das drogas, que eu fumei muito, prejudicou o bichinho.
	4) E no parto e nascimento do seu filho, como deveria ser esses cuidados para você?	Então... eu queria ser bem cuidada, do mesmo jeito que eu fui no hospital, mas tem coisa que não dá... Para ser assim, tem que aguentar as consequências agora, porque tudo prejudica. Quando a gente não faz pré-natal, quando não se cuida, usa droga, vem a doença.
TESE A mulher foi levada pelo marido em um taxi para uma maternidade, em período expulsivo, após ingestão de drogas. Pariu, com ajuda dos profissionais, uma criança prematura, com peso ao nascer de 1.400 kg, foi	ANTÍTESE A mulher não mudou o seu comportamento mesmo diante do reconhecimento de que o uso de drogas e a não realização do pré-natal pode ter influenciado no parto prematuro e	PRÉ-SÍNTESE A mulher teve ajuda do seu esposo (rede social primária) e dos profissionais da saúde, durante o trabalho de parto, parto e nascimento. O suporte (apoio

<p>para incubadora e ficou internado por um “bom tempo”. A mulher foi orientada a colocar o DIU, mas negou-se fazer o procedimento. A mulher esteve sem acompanhante, pois o marido precisava trabalhar e ficar com os outros filhos do casal. A mulher reconhece que o uso de drogas pode ter afetado a saúde do filho. A mulher recebeu ajuda da equipe do hospital</p>	<p>na saúde do seu filho. O seu direito de ter um acompanhante foi garantido, mas não usufruiu uma vez que o marido precisava trabalhar e cuidar dos outros filhos do casal. Apesar da mulher receber orientação e apoio para a inserção do DIU negou-se a participar do procedimento.</p>	<p>emocional, presencial e informativo) desenvolvido pelos profissionais da saúde (rede secundária) não propiciou a aceitação do anticoncepcivo proposto. A mulher reconheceu que o uso de drogas e a ausência do pré-natal pode ter influenciado no parto prematuro e na saúde do seu filho</p>
<p>PERÍODO PÓS-PARTO</p>	<p>5) Diga-me como você foi cuidada no seu resguardo?</p>	<p>Depois eu fui para minha casa... Meu marido alugou um quarto, eu fui viver bem. Agora só tive que fazer as coisas né, que ele não tinha como fazer, ele chegava tarde, dormia porque iria sair pela manhã...Mas o “dever” de casa, eu tinha que fazer... Eu me levantava devagarinho, e fazia as minhas coisas...Minha irmã me ajudou, só que ela... Ela mandava comida para mim, pegava a roupa para lavar...Minha vizinha me ajudava também, fazia minhas coisinhas...Procurei o posto de saúde, pois eu estava sentindo uma dorzinha “no pé da barriga” e como foi parto normal, a menina fez minha prevenção. Eu também não fui buscar porque eu sou um pouco relaxada... Fui bem atendida também. Fizeram prevenção, tiraram sangue, fizeram exame de HIV. Eu disse: “Não vou fazer vou não, estou indo embora, me dê a pomada que eu me viro” ... Ela me deu.</p>
	<p>6) E no resguardo, para você como deveria ser esses cuidados?</p>	<p>Ah eu queria que fosse como todas as mulheres o resguardo né? As pessoas ajudando, mas eu tenho que fazer...Mas o atendimento médico ser mais atencioso...No posto lá, eu tenho o que reclamar não, me atenderam bem viu! elas gostavam muito de mim...</p>
<p>TESE</p> <p>Após alta hospitalar à mulher foi para um “quarto”, alugado pelo marido. Teve que realizar os cuidados domésticos e com os filhos sozinha, porém de vez em quando recebia ajuda da irmã e da vizinha. A mulher procurou o posto de saúde após queixa de dor em baixo ventre, realizou o exame preventivo, contudo,</p>	<p>ANTÍTESE</p> <p>A mulher recebeu apoio da irmã e da vizinha, mas relata que gostaria que as pessoas tivessem ajudado. A equipe de saúde do serviço em que a mulher procurou conduziu o atendimento e investigação da</p>	<p>PRÉ-SÍNTESE</p> <p>A mulher recebeu apoio (emocional informativo e presencial) da equipe da maternidade e do posto de saúde (rede social secundária). Realizou consulta puerperal após queixa de dor em baixo ventre. Contudo a mulher não retornou</p>

<p>não retornou para o serviço para continuar o tratamento. Foi medicada, pois informou que não retornaria ao serviço para buscar os resultados e continuidade do cuidado.</p>	<p>condição clínica, porém a mulher negou-se a dar continuidade ao tratamento.</p>	<p>ao serviço para continuidade do tratamento. Em casa, recebeu apoio (emocional, instrumental e presencial) da sua irmã, marido e vizinha (rede social primária).</p>
<p>ALEITAMENTO MATERNO</p>	<p>7) Como você foi cuidada durante o processo de aleitamento materno?</p>	<p>A mulher (profissional da saúde) pegava no meu peito assim (mostra a pega) e ensinava. Eu: “Deixe que eu desenrolo, dei de mamar para sete filhos”. Eu até doava leite lá no hospital, via muito bebê chorando. Fizeram um exame de sangue em mim, viram que não deu mais nada, e deixaram doar... E para secar, eu fiz tanta coisa, botei carrapateira... Teve um dia que eu briguei com meu marido, deixei o menino com ele, corri lá para debaixo da ponte... Eu corria para lá quando eu queria fumar... Passei três dias escondida. Meus peitos ficaram todos cheios de “landras”. Deu febre e dor de cabeça... Eu tinha que pentear com o pente para soltar... No hospital, elas diziam “mãe a senhora tem que dar de mamar, é a saúde da criança, o peito é água, é o alimento, não deixe de dar de mamar ao seu filho, ele precisa do seu leite”. Ele mamou desde o primeiro dia até os dois anos. Eu nunca deixei de dar mamar a ele não. Até porque eu tinha pena, tanto leite indo para o “mato”, estragar... Em casa, meu marido saía pra trabalhar só chegava a noite, quando estava com dor, ele fazia massagem no meu peito, ficava alisando assim (mostra no seio) para o leite sair, esquentava a água para colocar (compressa)...</p>
	<p>8) Para você como deveria ser esses cuidados durante o processo de aleitamento materno?</p>	<p>Do mesmo jeito... Sei nem o que falar, eu já sou experiente nisso... Amamenteei meus sete filhos. Tudo deveria ser do mesmo jeito.</p>
<p>TESE</p>	<p>ANTÍTESE</p>	<p>PRÉ-SÍNTESE</p>

<p>A mulher foi orientada na maternidade quanto ao aleitamento materno. Contudo, ela tem vivência em amamentar seus sete filhos. Amamentou seu filho desde o primeiro dia até dois anos de idade e doou seu leite para o banco de leite do hospital enquanto seu filho esteve internado. Fez uso de massagens com pente e compressas quentes, com a ajuda do marido, para aliviar o desconforto nas mamas. A mulher parece que fez uso de drogas durante a amamentação.</p>	<p>A vivência da mulher em amamentar sete filhos e de ser doadora do seu leite não a impediu de buscar maneiras (carrapateira) para secar o leite materno.</p>	<p>O apoio (informativo) ofertado pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação, o apoio (presencial) do seu marido (rede primária), a vivência de doação do seu leite e dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com a amamentação do seu último filho até os dois anos de vida. Todavia, esses apoios não evitaram as dificuldades com amamentação (ingurgitamento mamário) e de promover a interrupção de produção de leite.</p>
<p>REDE SOCIAL</p>	<p>9) Como as pessoas se envolveram durante a sua gestação, parto, nascimento, resguardo e aleitamento materno do seu filho?</p>	<p>Eles me ajudavam... Falavam: “vai no médico”, minha irmã dizia: “bora que eu levo você”. Eu digo: vou nada...Era assim, chamava alguém, pedia ajuda. A vizinha que gosta de uma latinha. Eu dizia: “oh mulher me ajuda, que depois te dou uma latinha de cana.” Ela me ajudava...</p>
	<p>10) E sobre o envolvimento das pessoas desde a gestação até o parto, nascimento, puerpério e aleitamento materno do seu filho, como deveria ser esses apoios/cuidados para você?</p>	<p>Eu agradei os carinhos que eles me deram, a atenção. Foi o que eles podiam me dar, mais que isso não poderiam fazer... não tem nada de diferente não.</p>
<p>TESE</p> <p>A rede social da mulher é composta pelo marido, irmã e vizinha. Essas pessoas cuidaram dela durante o ciclo grávido-puerperal. Durante a gestação o apoio do marido foi interrompido, pois encontrava-se privado</p>	<p>ANTÍTESE</p> <p>Várias vezes a mulher ressaltou a ajuda recebida dos profissionais da saúde, porém as instituições de saúde não foram citadas como fonte de apoio.</p>	<p>PRÉ-SÍNTESE</p> <p>A rede social da mulher é composta pelo marido, irmã e vizinha, e todos forneceram ajuda durante o ciclo grávido-puerperal. A casa acolhida e a</p>

de liberdade. No parto, puerpério e aleitamento materno o apoio do marido foi constante. A mulher enfatizou que eles fizeram o que poderiam ter feito.

instituição de saúde não foram citadas como fonte de apoio.

SÍNTESE M2 (C1)

Os cuidados recebidos na gestação, durante o internamento da mulher na emergência obstétrica, não a estimularam a realizar pré-natal, deixar de usar drogas, a cuidar de si e do seu filho. A estrutura física do hospital, ambiente fechado, foi motivo para fugir para a rua, sem dar continuidade ao seu tratamento. No trabalho de parto, parto e nascimento a mulher recebeu ajuda do esposo e dos profissionais da saúde. A mulher reconheceu que o uso de drogas e a ausência do pré-natal pode ter influenciado no parto prematuro e na saúde do seu filho. O suporte (apoio emocional, presencial e informativo) desenvolvido pelos profissionais da saúde (rede secundária) não propiciou a aceitação da inserção do DIU, o anticonceptivo proposto. No puerpério, a mulher recebeu apoio (emocional informativo e presencial) da equipe da maternidade e do posto de saúde (rede social secundária). Contudo, a mulher não retornou ao posto de saúde para continuidade do tratamento. O apoio (informativo) ofertado pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação, o apoio (presencial) do seu marido (rede primária), a vivência de doação do seu leite e dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com a amamentação do seu último filho até os dois anos de vida. Todavia, esses apoios não evitaram as dificuldades com amamentação (ingurgitamento mamário) e de promover a interrupção de produção de leite. A rede social (rede primária) da mulher é composta pelo marido, irmã e vizinha, todos forneceram ajuda (emocional, presencial, instrumental e informativo) durante o ciclo grávido-puerperal. A casa acolhida e a instituição de saúde não foram citadas como fonte de apoio.

COMENTÁRIOS DE M2 SOBRE SÍNTESE C1

Em relação a gravidez eu concordo, acho que precisa de mais estímulos para o pré-natal. Sobre usar drogas na gravidez, para mim já é safadeza, nós não nascemos com droga na boca. A prova disso é que eu estou aqui, e não dá vontade nenhuma de usar. Não estou nem aí para quem usa e eu até hoje eu me arrependo pelo que eu fiz, usar essas drogas. Sobre o encaminhamento na alta hospitalar, eu discordo. Eu recebi encaminhamento, mas muitas vezes a própria mulher não procura o atendimento. No que se refere a amamentação, realmente a iniciativa de amamentar é nossa, quem decide somos nós mulheres, porque eu acho que no nosso corpo quem manda é a gente. Só que eu era experiente, não precisou tanto, só na hora da dor que ele me ajudava.

SÍNTESE C2 (SÍNTESE C1 + COMENTÁRIOS DE M2 SOBRE A SÍNTESE C1 + SÍNTESE DE M2) PARA PRÓXIMO

A mulher grávida em situação de rua tem carência de estímulos dos profissionais para o acompanhamento pré-natal, o cuidado de si e do seu filho. Neste período da gravidez, deixar de ingerir drogas é uma decisão da mulher. E ao fazer uso de drogas existe o arrependimento. O uso de drogas e a ausência do pré-natal pode influenciar no parto prematuro e na saúde do seu filho. Ainda na gravidez, na necessidade de internamento, o ambiente fechado do hospital é motivo para fugir, retornar à rua e interromper o tratamento clínico. No trabalho de parto, parto e nascimento a mulher precisa de ajuda do esposo e dos profissionais da saúde. Deve ainda ser garantido a ela o direito de ter um acompanhante, mesmo que seja o esposo. Porém, às vezes ele não pode acompanhar porque tem que cuidar dos outros filhos e trabalhar. Os apoios dos profissionais da

saúde podem não diminuir o desespero da mãe diante de uma doença do filho recém-nascido. No resguardo, na alta hospitalar, pode não haver encaminhamento da mulher em situação de rua para a consulta nos primeiros dias pós-parto como também o tratamento de saúde do casal poderá ser incompleto. Mas, na existência de encaminhamento e apoio dos profissionais da saúde a mulher pode não dá continuidade ao tratamento prescrito e não aceitar o anticonceptivo recomendado. A equipe do abrigo ajuda a mulher nesse momento da sua vida, o resguardo. A iniciativa de amamentar o filho é da mulher, independente se os profissionais da saúde a orientaram, pois o corpo é da mulher e quem tem o comando do seu corpo é ela. Porém, a ajuda de uma pessoa próxima, a vivência de doação de leite e dar de mamar aos outros filhos podem colaborar no sucesso da amamentação. Todavia, esses apoios e vivências podem não evitar as dificuldades com amamentação e a interrupção de produção de leite. A mulher precisa ter conhecimento de que algumas doenças e medicação não impedem a prática de amamentar. A rede social da mulher é composta pelo marido, irmã e vizinha. Todos ajudaram durante a gravidez, parto, resguardo e aleitamento materno. A casa acolhida e a medicina precisam atender mais as necessidades dos abrigados. Acrescenta-se que tanto a casa acolhida quanto a instituição de saúde não são fontes de apoio.

A entrevista M3, de maneira geral, referiu que apesar dos cuidados recebidos (apoio informativo e instrumental) durante o internamento na maternidade e no CAPS (rede social secundária) não foram suficientes para realizar o pré-natal e deixar de usar drogas. Apesar da mulher acolhida ter gostado desses cuidados, ressaltou que a gestante em situação de rua deveria ser cuidada da mesma forma que outra mulher da comunidade. A mulher referiu ajuda da cuidadora da casa de acolhimento e dos profissionais da saúde, durante o trabalho de parto, parto e nascimento (rede social secundária).

M3 recebeu apoio (emocional, instrumental, informativo e presencial) da equipe da casa de acolhimento e das outras usuárias. Também reconheceu a ajuda da equipe do posto de saúde, onde realizou consulta puerperal e a filha a consulta de puericultura após ser direcionadas pela equipe da casa de acolhimento. Obteve apoio (informativo) ofertado pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação e a vivência de dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos, colaboraram com a amamentação da sua filha até os dois anos de vida e mais. A rede social da mulher é composta pela equipe da casa de acolhimento e outras usuárias e todos forneceram ajuda durante o ciclo grávido-puerperal.

Quadro 7 Síntese geral da entrevista 3. Recife-PE, 2022.

Categorias teóricas	Categorias empíricas	Unidades de análise
---------------------	----------------------	---------------------

	PERGUNTA NORTEADORA	RESPOSTAS
GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL	1) Como você foi cuidada durante a gestação do seu filho?	Ele (companheiro) é usuário de crack... Não me deixava usar, eu usava quando ele saía. Eu fumava maconha e bebia, mas crack ele não deixava. Um dia sai com uma amiga (também em situação de rua), passamos 13 dias usando crack... Eu comecei a passar mal. Já estava gestante, com uns três meses. Eu já sabia. Fui socorrida... Quando sai do hospital, voltei a usar de novo... E o pai da minha filha, estava preso... Continuei usando drogas, mesmo grávida. Não me alimentava, só bebendo, só vegetando... Eu disse que era a culpa dele, porque eu não queria aceitar ele lá (no presídio) ...Comecei a usar drogas sem limites... Quando me socorreram e me levaram para o CAPS. No CAPS, fiz um tratamento e exames para saber também se a menina estava bem, passei um mês e pouco internada no CAPS e tomando um comprimido para fortalecer a menina... Comecei a ganhar umas coisinhas... Uma moça evangélica (voluntária) me falou sobre uma casa de acolhimento... E que se eu tivesse minha filha na rua, iriam tomar... Comecei a chorar com medo disso, porque eu já tinha perdido os meus outros dois filhos para a adoção. Eu aceitei o convite... Mas atendimento mesmo (pré-natal), eu tive depois que cheguei na casa de acolhimento. Fui para uma obstetra, comecei o pré-natal, tomei vacinas, as medicações que ela passou, fiz ultrassom, exame de sangue, ela media minha barriga, tudo direitinho... Não lembro quantas consultas foram...Mas quem marcava era a equipe da casa de acolhimento.
	2) Para você como deveria ser esses cuidados durante a gestação do seu filho?	Teria sido melhor... Como ter um local certo para ir. A pessoa em situação de rua, anda, mas sempre volta para o mesmo lugar... Eu acho que deveria ter um atendimento, do mesmo jeito que tem a comunidade (voluntária), que leva comida... Poderia ter um carro, que passasse (na rua) para olhar quem está precisando de cuidado, quem está gestante... Porque mesmo quem está nas calçadas quer se sentir amado... Na casa de acolhimento, do jeito que eu gostaria de ter sido cuidada, eu fui... No posto de saúde eu também fui bem cuidada, não tenho nada o que reclamar.

TESE	ANTÍTESE	PRÉ-SÍNTESE
<p>A mulher usou drogas durante todo o período da gravidez. Durante a gestação esteve hospitalizada para tratar complicações do uso excessivo de drogas. Passou um período internada no CAPS para tratar o vício das drogas. Aceitou o convite em ir para uma casa de acolhimento com medo de perder a guarda da sua filha. Realizou o pré-natal após ser inserida em uma casa de acolhimento. Realizou ultrassom, exames de sangue, exame obstétrico e tomou as vacinas e medicações recomendadas.</p>	<p>A mulher afirmou que não tinha nada a reclamar da assistência recebida. No entanto, mencionou que os cuidados durante a gestação de uma mulher em situação de rua deveriam ser iguais aos que são prestados às mulheres da comunidade.</p>	<p>Os cuidados recebidos (apoio informativo e instrumental) pela mulher durante o internamento na maternidade e no CAPS (rede social secundária) não estimularam a modificar o seu comportamento: deixar de usar drogas e fazer o pré-natal. Após inserida na casa de acolhimento (rede social secundária), a mulher iniciou o pré-natal e deu continuidade ao acompanhamento mesmo ainda com o uso de drogas. Apesar da mulher acolhida ter gostado desses cuidados recebidos, ressaltou que a gestante em situação de rua deveria receber os mesmos cuidados que outra mulher da comunidade recebe.</p>
<p>PARTO E NASCIMENTO</p>	<p>3) Como você foi cuidada no parto e nascimento do seu filho?</p>	<p>Eu comecei a sentir dor lá na casa de acolhimento e rapidamente me levaram para a maternidade. Na hora que eu cheguei, já foram me colocando lá para dentro... Cada contração que sentia, eu fazia força para ir aumentando...Lá tinha várias enfermeiras, uma percebeu que a bebê estava saindo, e rapidamente me deitou na cama e fez o parto. Rapidinho minha filha nasceu, eu não sofri nada...Graças a Deus fui bem atendida, a cuidadora da casa de acolhimento só saiu de lá depois que minha filha nasceu, tirou foto... E depois algumas usuárias se dispôs à ficarem comigo... Nunca fiquei sozinha, graças a Deus. O parto foi rápido, não deu tempo de nada.</p>
	<p>4) E no parto e nascimento do seu filho, como deveria ser esses cuidados para você?</p>	<p>Pra mim foi bom, não faltou nada. O ruim se tivesse parido na rua, em uma calçada sozinha, sem ajuda ninguém, mas eu estava rodeada de médicos dentro de um hospital que sempre me observava, chegava uma pessoa perto de mim e perguntava se eu estava bem... Fui bem tratada, o parto da minha filha foi do jeito que eu queria.</p>

TESE		ANTÍTESE	PRÉ-SÍNTESE
<p>A mulher foi levada pela equipe da casa de acolhimento para uma maternidade, em período expulsivo. Pariu, com ajuda de uma enfermeira e refere que não sofreu nada. A mulher esteve acompanhada por uma cuidadora da casa de acolhimento e recebeu ajuda de outras usuárias da referida casa.</p>		<p>O relato da mulher descreve que durante o trabalho de parto e parto sempre esteve rodeada por profissionais e a cuidadora da casa de acolhimento. Contudo, não mencionou a presença de familiares.</p>	<p>A mulher recebeu ajuda da cuidadora da casa de acolhimento e dos profissionais da saúde, durante o trabalho de parto, parto e nascimento (rede social secundária). Recebeu suporte (apoio emocional, presencial e informativo) dos profissionais da saúde e da casa de acolhimento (rede social secundária). A mulher relata que o parto foi do jeito que ela gostaria de ser cuidada. Todavia nenhum familiar esteve presente durante essa fase de vida da mulher.</p>
PERÍODO PÓS-PARTO	<p>5) Diga-me como você foi cuidada no seu resguardo?</p>	<p>Passei dois dias no hospital, quando tive alta, o carro da casa de acolhimento foi me buscar. Quando eu cheguei lá as meninas (usuárias e o pessoal que trabalha na casa) estavam me esperando na porta para ver minha filha. Foi aquela festa! o bercinho dela já estava arrumado, as coisas novas de berço...Tudo! Ali é maravilhoso. Passei lá 3 anos... Coloquei o implante do anticonceptivo, a enfermeira da casa de acolhimento marcou em outro hospital... Coloquei alguns meses depois que a minha filha nasceu. Eu também voltei para médica do posto, me levaram (equipe da casa de acolhimento) pra olhar como eu estava. A minha menina também foi acompanhada...Eu e minha filha sempre bem cuidada.</p>	
	<p>6) E no resguardo, para você como deveria ser esses cuidados?</p>	<p>Pra mim não tenho o que reclamar não. Fui bem cuidada. No começo eu ficava no meu quarto, as meninas passavam lá, a cozinheira levava minhas comidas para o quarto. Não tenho o que falar, fui bem cuidada.</p>	
TESE		ANTÍTESE	PRÉ-SÍNTESE
<p>Após alta hospitalar, a mulher retornou para a casa de acolhimento e refere que recebeu ajuda e foi bem recepcionada pelas demais usuárias e profissionais da casa. Encaminhada pela casa de acolhimento, a mulher</p>		<p>Todos os cuidados prestados à mulher após alta hospitalar foram direcionados pela casa de acolhimento, pois não houve relato de encaminhamento da maternidade em que</p>	<p>A mulher, após alta hospitalar, referiu que foi bem recepcionada pela equipe da casa de acolhimento e pelas outras usuárias e recebeu apoio (emocional,</p>

<p>realizou o implante anticonceptivo em uma outra maternidade. Refere que realizou a consulta de pós-parto no mesmo posto que realizou o pré-natal e que a sua filha também faz acompanhamento na mesma unidade</p>	<p>realizou o parto para a consulta puerperal, apesar da mulher ter referido satisfação com os cuidados recebidos na maternidade.</p>	<p>instrumental, informativo e presencial) quando precisou. Também recebeu ajuda da equipe do posto de saúde. Realizou consulta puerperal e a filha a consulta de puericultura após ser direcionadas pela equipe da casa de acolhimento. Não foi mencionado pela mulher esses encaminhamentos realizados pela maternidade onde pariu.</p>
<p>ALEITAMENTO MATERNO</p>	<p>7) Como você foi cuidada durante o processo de aleitamento materno?</p>	<p>Na maternidade me deram orientações... No pré-natal ela (médica) sempre falava sobre como deveria amamentar, qual a posição melhor... Mas como eu sou mãe de outros, eu já sabia como amamentar, mas eu recebi orientações...Eu usei drogas durante toda a gestação, até o fim... Na maternidade, meu bebê não mamou logo porque disseram que eu não poderia amamentar, até sair o resultado do exame de sangue...Mas eu ansiosa, doidinha... Vendo a menina lá, doida pra dar o peito, vendo as outras mães amamentando... Depois apareceu uma mulher e disse: “mãe fique tranquila, dê o peito a sua neném, você não tem nada, não acusou nada”. Eu já fui pegando, e botando ela no peito. Pra mim ela é meu tesouro, é a única coisa que sobrou para mim na minha vida.</p>
	<p>8) Para você como deveria ser esses cuidados durante o processo de aleitamento materno?</p>	<p>Eu me virei do meu jeito... eu já sabia amamentar. Não precisei de ajuda. Foi tudo como deveria ser.</p>
<p>TESE</p>	<p>ANTÍTESE</p>	<p>PRÉ-SÍNTESE</p>

<p>A mulher foi orientada nas consultas de pré-natal e na maternidade sobre aleitamento materno. Ela amamentou seus cinco filhos. Sentiu-se angustiada até sair o resultado do exame, devido ter usado drogas durante a gestação, para ser autorizada para amamentar sua filha que mamou desde o primeiro dia de vida até hoje (2 anos e 7 meses). Afirmou que não precisou de ajuda para amamentar a sua filha.</p>	<p>O desejo de amamentar a sua filha era intenso, apesar de ter ingerido drogas durante os nove meses de gravidez e dos conhecimentos adquiridos sobre aleitamento materno desde o pré-natal. Mas, somente amamentou a filha depois da autorização dos profissionais de saúde, após resultado do exame toxicológico.</p>	<p>A mulher fez uso de drogas até o fim da gestação, mas ficou ansiosa para dar de mamar a sua filha. No entanto, só foi possível amamentar, após a autorização dos profissionais de saúde, mediante o resultado do exame laboratorial. Ela recebeu apoio (informativo) ofertado pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação e a vivência de dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com a amamentação da sua filha até os dois anos de vida e mais.</p>
<p>REDE SOCIAL</p>	<p>9) Como as pessoas se envolveram durante a sua gestação, parto, nascimento, resguardo e aleitamento materno do seu filho?</p>	<p>Onde eu chego todo mundo gosta de mim... Eu sempre fui bem cuidada. A casa de acolhimento também me estendeu muito a mão, fez muito por mim, por essa gestação, para minha filha nascer perfeita, sem muita droga... Eles não podem evitar o uso... Porque quando tem uma saída, sempre eu dava meus “vacilos”. Mas quando eu chegava, logo mandavam tomar um banho, tomar um suco... Sempre tinha esse cuidado... Eu não tenho o que reclamar. Saí de lá porque eu briguei com a minha companheira...</p>
	<p>10) E sobre o envolvimento das pessoas desde a gestação até o parto, nascimento, puerpério e aleitamento materno do seu filho, como deveria ser esses apoios/cuidados para você?</p>	<p>A única coisa que eu gostaria que tivesse sido diferente, era ter vivido minha gestação na minha casa, sem estar em um abrigo, sem estar na rua... Eu mesma andando com as minhas próprias pernas, resolvendo minhas próprias coisas.</p>
<p>TESE</p> <p>A rede social da mulher é composta pela equipe da casa de acolhimento e outras usuárias da casa. Essas</p>	<p>ANTÍTESE</p> <p>Várias vezes a mulher ressaltou a ajuda recebida dos profissionais da saúde, porém</p>	<p>PRÉ-SÍNTESE</p> <p>A rede social da mulher é composta pela equipe da casa de acolhimento e outras</p>

<p>peessoas cuidaram dela durante o ciclo grávido- puerperal. A mulher enfatizou que sempre foi bem cuidada. A mulher mencionou que gostaria de ter vivido sua gestação na sua casa, com autonomia.</p>	<p>as instituições de saúde não foram citadas como fonte de apoio.</p>	<p>usuárias e todos forneceram ajuda durante o ciclo grávido- puerperal. As instituições de saúde não foram citadas como fonte de apoio.</p>
---	--	--

SÍNTESE M3 (C3)

Os cuidados recebidos (apoio informativo e instrumental) pela mulher durante o internamento na maternidade e no CAPS (rede social secundária) não estimularam a modificar o seu comportamento: deixar de usar drogas e fazer o pré-natal. Após inserida na casa de acolhimento (rede social secundária), a mulher iniciou o pré-natal e deu continuidade ao acompanhamento mesmo ainda com o uso de drogas. Apesar da mulher acolhida ter gostado desses cuidados recebidos, ressaltou que a gestante em situação de rua deveria receber os mesmos cuidados que outra mulher da comunidade recebe. A mulher recebeu ajuda da cuidadora da casa de acolhimento e dos profissionais da saúde, durante o trabalho de parto, parto e nascimento (rede social secundária). Recebeu suporte (apoio emocional, presencial e informativo) dos profissionais da saúde e da casa de acolhimento (rede social secundária). A mulher relata que o parto foi do jeito que ela gostaria de ser cuidada. Todavia nenhum familiar esteve presente durante essa fase de vida da mulher. A mulher, após alta hospitalar, referiu que foi bem recepcionada pela equipe da casa de acolhimento e pelas outras usuárias e recebeu apoio (emocional, instrumental, informativo e presencial) quando precisou. Também recebeu ajuda da equipe do posto de saúde. Realizou consulta puerperal e a filha a consulta de puericultura após ser direcionadas pela equipe da casa de acolhimento. Não foi mencionado pela mulher esses encaminhamentos realizados pela maternidade onde pariu. A mulher fez uso de drogas até o fim da gestação, mas ficou ansiosa para dar de mamar a sua filha. No entanto, só foi possível amamentar, após a autorização dos profissionais de saúde, mediante o resultado do exame toxicológico. Ela recebeu apoio (informativo) ofertado pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação e a vivência de dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com a amamentação da sua filha até os dois anos de vida e mais. A rede social da mulher é composta pela equipe da casa de acolhimento e outras usuárias e todos forneceram ajuda durante o ciclo grávido- puerperal. As instituições de saúde e a família não foram citadas como fonte de apoio.

COMENTÁRIOS DE M3 SOBRE SÍNTESE C2

Eu acho que muitas vezes a mulher chega lá, um ambiente fechado, e foge, deixam suas crianças... acho que essas sentem no coração que não conseguem cuidar do seu próprio filho. E sobre o uso de drogas, é uma decisão da mulher, mas como o crack é uma droga que puxa muito, a gente perde o controle, ela estimula muito a fumar e querer mais e mais... Então fica muito difícil parar. E com toda certeza, usar drogas causa arrependimento. A mulher não precisa da ajuda de ninguém para ter seu filho, uma mulher que vai ter o seu filho, é determinada a ter o filho dela. Então, eu acho que com a família ou não, ela vai ter. O apoio da família é ótimo, ter uma pessoa se preocupando lá fora, é ótimo... Mas eu acho que o trabalho vai da mulher mesmo, da mãe. O Apoio dos profissionais, toca no coração, mas a angústia, a tristeza, a vida continua... seja com família ou seja com agente de saúde, seja com médico, seja com o quem for. Concordo que a iniciativa de amamentar seja da mulher, porque eu adoro amamentar, mas tem hora que “enche o saco”. Eu discordo que a casa de acolhimento não seja fonte de apoio. Eu acho que faz parte do apoio a casa de acolhimento, a casa de acolhimento é o lugar certo da gente procurar apoio e que não é negado. Quando a gente quer uma mudança, a gente tem que procurar mesmo e pelo tempo que eu estou por aqui, eu nunca vi bater as portas (negar apoio).

SÍNTESE C3 (SÍNTESE C2 + COMENTÁRIOS DE E3 SOBRE A SÍNTESE DE C2 + SÍNTESE DE E3) PARA PRÓXIMO ENTREVISTADO – E4

A mulher grávida em situação de rua tem carência de estímulos dos profissionais para o acompanhamento pré-natal, o cuidado de si e do seu filho. Essa assistência à gestante em situação de rua deve ser igual ao cuidado realizado a outra mulher da comunidade. Neste período da gravidez, deixar de ingerir drogas é uma decisão da mulher. Contudo, a dependência do uso de drogas torna essa decisão mais difícil. E ao fazer uso de drogas existe o arrependimento. O uso de drogas e a ausência do pré-natal pode influenciar no parto prematuro e na saúde do seu filho. Ainda na gravidez, na necessidade de internamento, o ambiente fechado do hospital e o sentimento de despreparo para cuidar do seu filho é motivo para fugir, retornar à rua e interromper o tratamento clínico. No trabalho de parto, parto e nascimento a mulher precisa de ajuda do esposo e dos profissionais da saúde. Deve ainda ser garantido a ela o direito de ter um acompanhante, mesmo que seja o esposo. Porém, às vezes ele não pode acompanhar porque tem que cuidar dos outros filhos e trabalhar. Por outro lado, o apoio da família foi considerado ótimo, mas não foi citado como presente nessa fase da vida da mulher. Mesmo com ajuda do acompanhante de escolha da mulher e dos profissionais de saúde, o trabalho de parto é da mulher que é determinada para ter o seu filho. Os apoios dos profissionais da saúde podem não diminuir o desespero da mãe diante de uma doença do filho recém-nascido. No resguardo, na alta hospitalar, pode não haver encaminhamento da mulher em situação de rua para a consulta nos primeiros dias pós-parto como também o tratamento de saúde do casal poderá ser incompleto. Mas, na existência de encaminhamento e apoio dos profissionais da saúde a mulher pode não dar continuidade ao tratamento prescrito e não aceitar o anticoncepcivo recomendado, mas quando a mulher sente-se acolhida e segura pode seguir as orientações e utilizar o anticoncepcivo indicado. A equipe do abrigo ajuda a mulher nesse momento da sua vida, o resguardo. A iniciativa de amamentar o filho é da mulher, independente se os profissionais da saúde a orientaram, pois o corpo é da mulher e quem tem o comando do seu corpo é ela. Porém, a ajuda de uma pessoa próxima, a vivência de doação de leite e dar de mamar aos outros filhos podem colaborar com o sucesso da amamentação. Todavia, esses apoios e vivências podem não evitar as dificuldades com amamentação e a interrupção de produção de leite. A mulher precisa ter conhecimento de que algumas doenças e medicação não impedem a prática de amamentar. A mulher gosta de amamentar seu filho, contudo, pode existir sentimentos de exaustão em de dar de mamar. A rede social da mulher é composta pelo marido, irmã e vizinha. Todos ajudaram durante a gravidez, parto, resguardo e aleitamento materno. A casa acolhida e a medicina precisam atender mais as necessidades dos abrigados. Acrescenta-se que houve discordância ao afirmar que tanto a casa acolhida quanto a instituição de saúde não são fontes de apoio, pois a casa de acolhimento pode oferecer todo o apoio necessário a mulher em situação de rua durante a gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e amamentação.

A entrevistada M4 refere que a condição de estar gestante não influenciou no comportamento de abandonar o uso de drogas durante a gestação e de procurar a assistência pré-natal, apesar de sentir-se culpada por usar drogas durante a gestação e acreditar que pode ter influenciado na condição de saúde do seu filho. A mulher mencionou ajuda da colega de rua (rede social primária) e dos profissionais da saúde no parto e nascimento (rede social secundária). Recebeu suporte (apoio emocional, presencial) da sua mãe (rede social primária). Após alta hospitalar, referiu

que foi bem recepcionada na casa da sua mãe (rede social primária) e obteve apoio (emocional, instrumental e presencial). Também refere ajuda da equipe da maternidade em que realizou uma consulta puerperal. A mulher alcançou apoio (informativo) oferecido pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação e do banco de leite. A rede social da mulher é composta por sua mãe, que forneceu ajuda durante o ciclo grávido-puerperal. A colega da rua e as instituições de saúde não foram citadas como fonte de apoio.

Quadro 8 Síntese geral da entrevista 4. Recife-PE, 2022.

Categorias teóricas	Categorias empíricas	Unidades de análise
	PERGUNTA NORTEADORA	RESPOSTAS
GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL	1) Como você foi cuidada durante a gestação do seu filho?	Eu não fiz pré-natal. Não sabia que estava grávida, quando eu descobri, já estava com três meses...Eu não ligava, eu estava pela rua, não queria saber de nada. Só usava drogas e pronto... (silêncio).
	2) Para você como deveria ser esses cuidados durante a gestação do seu filho?	Queria que tivesse sido diferente, porque na época eu estava no uso da droga e talvez se eu não tivesse usado, meu filho não seria assim doente (portador de síndrome), né? (Chorou neste momento)... As vezes eu me sinto culpada. Não sei se foi por minha culpa, ou se foi porque Deus mandou ele assim. Todos os meus outros filhos são perfeitos, menos ele. Ele é perfeito, da forma dele... Então se eu tivesse me cuidado, poderia ser diferente.

TESE	ANTÍTESE	PRÉ-SÍNTESE
<p>A mulher usou drogas durante todo o período da gravidez. Não realizou as consultas de pré-natal pois pensava apenas no uso das drogas. Desconhecia sua gestação até os três meses. A mulher sente-se culpa pelo uso das drogas que pode ter influenciado na condição síndrômica do seu filho.</p>	<p>A mulher não realizou pré-natal, usou drogas durante o período gestacional, mas sente-se culpada pela condição de saúde do seu filho.</p>	<p>A condição de estar gestante não influenciou no comportamento de abandonar o uso de drogas durante a gestação, e de procurar a assistência pré-natal para cuidar da sua saúde e do seu filho. A mulher sente-se culpada por usar drogas durante a gestação que pode ter influenciado na condição de saúde do seu filho.</p>
<p>PARTO E NASCIMENTO</p>	<p>3) Como você foi cuidada no parto e nascimento do seu filho?</p> <p>Não tive problema nenhum no atendimento... Eles perguntaram sobre o pré-natal, mas eu fui bem acolhida na maternidade. Eu estava na rua, comecei a sentir as dores, e minha bolsa estourou. Eu tentei parir onde eu estava... A menina (outra mulher em situação de rua) colocou um colchão no chão, eu me deitei e tentei fazer força... Eu não consegui e chamaram o SAMU, e me levaram para a maternidade. Eu não tinha nada, nenhum exame... Nem o sexo eu sabia. Quando cheguei lá, o menino estava “atravessado”. Eles me levaram pra cirurgia... disseram que eu iria para a cesariana rápido, porque eu já estava tendo hemorragia e o menino estava atravessado... Eu fiquei muito mal, minha pressão ficava baixa demais... Minha mãe foi pra lá quando soube...</p>	<p>4) E no parto e nascimento do seu filho, como deveria ser esses cuidados para você?</p> <p>Os meus partos são de alto risco. Porque eu não tenho o baço. Só tenho um rin, por causa de uns tiros que levei do meu ex-marido. Seis tiros... Ainda tenho um na coluna que não posso tirar... Não tenho o que reclamar não... Foi tudo normal... Foi tudo ok.</p>
TESE	ANTÍTESE	PRÉ-SÍNTESE
<p>A mulher entrou em trabalho de parto ainda na rua onde se encontrava. Recebeu ajuda de outra mulher em situação de rua, e tentou parir no mesmo local. Precisou ser encaminhada para a maternidade pelo SAMU. Na maternidade, sentiu-se acolhida e teve seu</p>	<p>A mulher tinha conhecimento de que seus partos são de alto risco, e tentou parir sozinha na rua, não procurou a maternidade de imediato para realizar seu parto.</p>	<p>A mulher recebeu ajuda da colega de rua (rede social primária) e dos profissionais da saúde no parto e nascimento (rede social secundária). Recebeu suporte (apoio emocional,</p>

parto cesariana de urgência. A mulher esteve acompanhada por sua mãe durante sua hospitalização.		presencial) da sua mãe (rede social primária). Tentou parir sozinha por via vaginal na rua. Mas o parto foi cesariana na maternidade. A mulher relatou que durante o parto, foi cuidada da maneira como ela gostaria.
PERÍODO PÓS-PARTO	5) Diga-me como você foi cuidada no seu resguardo?	Eu fui pra casa da minha mãe, fiquei com ela um tempo... Quando eu estava sem os meninos, que no caso estava com a minha mãe, eu voltava para a rua, mas voltava para casa... Ele está com minha mãe até hoje... Ela fazia tudo por mim, cuidava das coisas... Depois voltei para o hospital para retirar os pontos e ver como estava. Eu e meu filho ficamos sendo acompanhados com uma geneticista por causa da síndrome dele... E ele é acompanhado pelo neurologista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta.
	6) E no resguardo, para você como deveria ser esses cuidados?	Eu fui cuidada normal, como qualquer uma tinha que ser, não tenho o que reclamar não... Minha mãe cuidou como pode.
TESE		ANTÍTESE
Após alta hospitalar, a mulher foi para a casa da sua mãe e refere que recebeu ajuda e foi bem cuidada por ela. Teve seu retorno agendado para a maternidade para retirar os pontos e realizar a consulta de retorno. Refere que teve acompanhamento com geneticista e que seu filho tem acompanhamento com equipe multidisciplinar. A mulher refere que morava com a mãe, mas voltava às ruas e retornava para casa. A mulher refere que foi bem cuidada por sua mãe, do jeito que ela gostaria.		Apesar da mulher referir que foi bem cuidada pela mãe, ela retornava às ruas, deixando os filhos aos cuidados da mãe, mesmo que temporariamente.
		PRÉ-SÍNTESE
		A mulher, após alta hospitalar, referiu que foi bem recepcionada na casa da sua mãe (rede social primária) obteve apoio (emocional, instrumental e presencial). Também recebeu ajuda da equipe da maternidade em que realizou uma consulta puerperal. A mulher proferiu ser bem cuidada pela mãe, mas retorna à rua temporariamente.

ALEITAMENTO MATERNO	7) Como você foi cuidada durante o processo de aleitamento materno?	Eu não amamenteei ele, por causa da síndrome, ele não sabia mamar... Ele mamava e respirava ao mesmo tempo, poderia ter parada respiratória... Ele se alimentava pela sonda, passou um bom tempo pela sonda e depois ficou aprendendo no copinho. Eu cuidei muito dele. Eu doei muito leite também... Ele tomava meu leite por sonda também, e eu doava para o banco de leite da maternidade.	
	8) E como você gostaria de ter sido cuidada durante esse processo da amamentação quando o seu leite era dado ao seu filho pela sonda?	Eu fui bem cuidada. Eu fui orientada e acompanhada pelo banco de leite da maternidade. Elas me ensinavam a ordenhar o leite e dá pela sondinha na seringa.	
TESE A mulher refere não ter amamentado seu filho devido a dificuldade que ele apresentava em deglutir por causa da síndrome. Refere que ordenhava seu leite e oferecia ao seu filho por via de sonda e copinho. Ela amamentou seus outros filhos. Realizou doação de leite materno para o banco de leite da maternidade, mesmo após a alta hospitalar. Refere que gostaria de colocar no peito o seu filho, como colocou os outros.		ANTÍTESE A mulher referiu que não amamentou seu filho, ela ordenhava o seu leite materno e oferecia por sonda e copinho.	PRÉ-SÍNTESE A mulher não pode colocar seu filho no peito, mas amamentou por meio da ordenha e ofereceu seu leite por sonda e copinho. Ela recebeu apoio (informativo) ofertado pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação e do banco de leite. A mulher doou leite materno para o banco de leite da maternidade. A vivência de dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com o desejo da mulher em poder colocar seu filho diretamente no peito.
REDE SOCIAL	9) Como as pessoas se envolveram durante a sua gestação, parto, nascimento, resguardo e aleitamento materno do seu filho?	Só foi minha mãe mesmo, nessa época...Ela que cuidou de mim e cuida até hoje dos meus filhos.	

	10) E sobre o envolvimento das pessoas desde a gestação até o parto, nascimento, puerpério e aleitamento materno do seu filho, como deveria ser esses apoios/cuidados para você?	É porque eu não gosto muito não que se envolvam, eu sou não gosto de depender dos outros... Mas eu sei que todo mundo precisa de todo mundo, mas depender de outra pessoa é pior. Então só quem cuidou de mim foi minha mãe. E ela fez tudo que poderia de fazer.	
<p style="text-align: center;">TESE</p> <p>A rede social da mulher é composta pela mãe que cuidou durante o parto e resguardo. A mulher enfatizou que sempre foi bem cuidada, e que a mãe fez tudo o que pode por ela e por seu filho.</p>	<p style="text-align: center;">ANTÍTESE</p> <p>Várias vezes a mulher ressaltou a ajuda recebida dos profissionais da saúde, porém as instituições de saúde não foram citadas como fonte de apoio.</p>	<p style="text-align: center;">PRÉ-SÍNTESE</p> <p>A rede social da mulher é composta por sua mãe que forneceu ajuda durante o ciclo grávido-puerperal. A colega da rua e as instituições de saúde não foram citadas como fonte de apoio.</p>	
SÍNTESE M4 (C4)			
<p>A condição de estar gestante não influenciou no comportamento de abandonar o uso de drogas durante a gestação e de procurar a assistência pré-natal para cuidar da sua saúde e do seu filho. A mulher sente-se culpada por usar drogas durante a gestação que pode ter influenciado na condições de saúde do seu filho. A mulher recebeu ajuda da colega de rua (rede social primária) e dos profissionais da saúde no parto e nascimento (rede social secundária). Recebeu suporte (apoio emocional, presencial) da sua mãe (rede social primária). Tentou parir sozinha por via vaginal na rua. Mas o parto foi cesariana na maternidade, por ser considerado um parto de alto risco. A mulher relatou que durante o parto, foi cuidada da maneira como ela gostaria. Após alta hospitalar, referiu que foi bem recepcionada na casa da sua mãe (rede social primária) recebeu apoio (emocional, instrumental e presencial). Também recebeu ajuda da equipe da maternidade em que realizou uma consulta puerperal. A mulher referiu ser bem cuidada pela mãe, mas retorna à rua temporariamente. A mulher não pode colocar seu filho no peito, mas amamentou por meio da ordenha e ofereceu seu leite por sonda e copinho. Ela recebeu apoio (informativo) ofertado pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação e do banco de leite. A mulher doou leite materno para o banco de leite da maternidade. A vivência de dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com o desejo da mulher em poder colocar seu filho diretamente no peito. A rede social da mulher é composta por sua mãe que forneceu ajuda durante o ciclo grávido-puerperal. A colega da rua e as instituições de saúde não foram citadas como fonte de apoio.</p>			
COMENTÁRIOS DE M4 SOBRE SÍNTESE C3			
<p>A mulher grávida em situação de rua tem carência de estímulos dos profissionais para o acompanhamento pré-natal, porque ela fica muito mais jogada na rua. Não liga pra nada, mas ela fica carente, precisa de ajuda. O ambiente do hospital, pode ser um lugar seguro para estar com seu</p>			

filho. No trabalho de parto, parto e nascimento a mulher precisa de profissionais da saúde e de Deus. Discordo que a família não seja presente na vida da mulher, a minha mãe foi presente. Existe encaminhamento sim para a mulher voltar ao hospital, e eles não querem saber se você é de situação de rua ou não. Fica à critério da pessoa de querer voltar ou não. Concordo que a mulher pode não dar continuidade às orientações recebidas, mas eu gostaria de ter “ligado” (laqueadura). A maioria dos meus partos foram de alto risco, e eu não consegui “ligação” (laqueadura), porque toda vez eu tinha hemorragia e não fazia. A mulher pode doar e receber doação de leite materno, mas não coloco meu filho no peito de outra mulher sem saber se ela tem doença. Eu gostava mais quando eu dava de mamar, aos outros... Ordenhar eu não gostava muito.

SÍNTESE C4 (SÍNTESE C3 + COMENTÁRIOS DE E4 SOBRE A SÍNTESE DE C3 + SÍNTESE DE E4) PARA PRÓXIMO ENTREVISTADO – E5

A mulher grávida em situação de rua precisa de ajuda e tem carência de estímulos dos profissionais para o acompanhamento pré-natal, o cuidado de si e do seu filho. Pois, a condição de estar gestante não influencia no comportamento de abandonar as drogas e de procurar a assistência pré-natal. Essa assistência à gestante em situação de rua deve ser igual ao cuidado realizado a outra mulher da comunidade. Neste período da gravidez, deixar de ingerir drogas é uma decisão da mulher. Contudo, a dependência do uso de drogas torna essa decisão mais difícil. E ao fazer uso de drogas existe o arrependimento e o sentimento de culpa. O uso de drogas e a ausência do pré-natal pode influenciar no parto prematuro e na saúde do seu filho. Ainda na gravidez, na necessidade de internamento, o ambiente fechado do hospital e o sentimento de despreparo para cuidar do seu filho é motivo para fugir, retornar à rua e interromper o tratamento clínico. Por outro lado, o ambiente hospitalar pode ser um lugar seguro para estar com seu filho. No trabalho de parto, parto e nascimento a mulher precisa de ajuda do esposo, dos profissionais da saúde e de Deus. Deve ainda ser garantido a ela o direito de ter um acompanhante, mesmo que seja o esposo. Às vezes ele não pode acompanhar porque tem que cuidar dos outros filhos e trabalhar. Porém, essa ajuda do esposo pode não ser aceita pela própria mulher. O apoio da família, nessa fase da vida da mulher, foi considerado ótimo, ofertado pela mãe. Apesar disso, esse apoio familiar pode não ser citado. Mesmo com ajuda do acompanhante de escolha da mulher e dos profissionais de saúde, o trabalho de parto é da mulher que é determinada para ter o seu filho. Os apoios dos profissionais da saúde podem não diminuir o desespero da mãe diante de uma doença do filho recém-nascido. No resguardo, na alta hospitalar, pode não haver encaminhamento da mulher em situação de rua para a consulta nos primeiros dias pós-parto como também o tratamento de saúde do casal poderá ser incompleto. Mas, na existência de encaminhamento e apoio dos profissionais da saúde a mulher pode não dar continuidade ao tratamento prescrito e não aceitar o anticonceptivo recomendado, além disso, pode ser uma escolha da mulher não retornar ao serviço, independente da condição de estar em situação de rua ou não. Mas, quando a mulher sente-se acolhida e segura pode seguir as orientações e utilizar o anticonceptivo indicado. A equipe do abrigo ajuda a mulher nesse momento da sua vida, o resguardo. A iniciativa de amamentar o filho é da mulher, independente se os profissionais da saúde a orientaram, pois o corpo é da mulher e quem tem o comando do seu corpo é ela. Porém, a ajuda de uma pessoa próxima, a vivência de doação de leite e dar de mamar aos outros filhos podem colaborar com o sucesso da amamentação. A mulher pode doar e receber leite materno do banco de leite quando seu filho precisa, mas não pode colocar seu filho para amamentar em outra mulher. Todavia, esses apoios e vivências podem não evitar as dificuldades com amamentação e a interrupção de produção de leite. A mulher precisa ter conhecimento de que algumas doenças e medicação não impedem a prática de amamentar. A mulher gosta de amamentar seu filho, contudo, pode existir sentimentos de exaustão em dar de mamar. A mulher sente o desejo de colocar

seu filho no peito diante de um diagnóstico de impossibilidade, contudo, o apoio dos profissionais da saúde e do banco de leite são fundamentais na ordenha e no oferecimento do leite materno por outras vias para o recém-nascido. A rede social da mulher é composta pelo marido, irmã, vizinha e mãe. Todos ajudaram durante a gravidez, parto, resguardo e aleitamento materno. O cuidado da mãe pode não impedir a mulher retornar mesmo que seja temporariamente à rua. A casa acolhida e a medicina precisam atender mais as necessidades dos abrigados. Acrescenta-se que houve discordância ao afirmar que tanto a casa acolhida quanto a instituição de saúde não são fontes de apoio, pois a casa de acolhimento pode oferecer todo o apoio necessário a mulher em situação de rua durante a gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e amamentação. Ressalta-se que outras mulheres em situação de rua não foram mencionadas como apoiadoras desses momentos da vida reprodutiva da mulher que vivem na rua.

A entrevistada M5, referiu que na unidade de saúde em que realizou as três consultas de pré-natal, não se sentiu acolhida e gostaria de ter sido orientada quanto aos seus direitos. No parto, a mulher fez uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (uso de bola, cavalinho, banho e massagem), relatou se sentir acolhida pela equipe da maternidade (rede social secundária) e permaneceu acompanhada durante todo o processo parturitivo, pela cuidadora da casa acolhida (rede social secundária). Mencionou apoio emocional, presencial e informativo da equipe de saúde e da cuidadora. A mulher referiu apoio material de voluntários (rede social secundária). Após alta hospitalar, declarou que foi bem recepcionada na casa de acolhida (rede social secundária) e por seus outros filhos (rede social primária). Recebeu apoio (emocional, instrumental e presencial). A mulher obteve apoio (informativo) pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação apenas no nascimento do seu segundo filho, apesar de ter conhecimento anteriores, gostaria de ter sido assistida quanto às orientações sobre o aleitamento materno. A rede social da mulher é composta por seus outros filhos que forneceu apoio (emocional, presencial) durante o ciclo grávido-puerperal.

Quadro 9 Síntese geral da entrevista 5. Recife-PE, 2022.

Categorias teóricas	Categorias empíricas	Unidades de análise
	PERGUNTA NORTEADORA	RESPOSTAS

GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL	1) Como você foi cuidada durante a gestação do seu filho?	Nem foi ruim, nem bom... As meninas da comunidade (voluntárias), sempre me doavam comida, mandavam ir para casa de acolhida... Eu descobri que estava grávida porque passei mal. Fui em um posto de saúde, mas só realizei três consultas. Eles marcavam as consultas, mas eu esquecia. Ficava muito na rua, fui para a casa de acolhida, mas eu usava muita droga, e não queria usar na frente dos meus filhos, por isso, voltava para as ruas... No posto, fui tratada como uma pessoa normal. Não tinha demonstração de afeto, de carinho, de cuidado... Estão ali para fazer o trabalho, olham a pessoa com outros olhos. Examinam o que tiver de examinar, passam o que tiver de passar e pronto.	
	2) Para você como deveria ser esses cuidados durante a gestação do seu filho?	Eu gostaria de mais oportunidade. De saber algum direito que ele (filho) ou eu poderia ter tido. De alguma ajuda que poderia ter me dado... Graças à Deus que eu sou muito interessada nesse negócio de casa de acolhida, nos meus direitos... Vou para o conselho tutelar pedir ajuda... Mas se eu não fosse? ... Estaria na rua ainda? ... (silêncio).	
TESE		ANTÍTESE	PRÉ-SÍNTESE
A mulher usou drogas durante o período da gravidez. Recebeu doações de voluntários enquanto estava na rua. Realizou apenas três consultas de pré-natal pois esquecia de voltar à unidade na data agendada. No final da gestação estava em casa de acolhimento e retornava às ruas para fazer uso das drogas longe dos filhos. Refere ser atendida na unidade de saúde em que realizou as consultas de pré-natal como uma pessoa normal, sem demonstração de afeto e carinho. A mulher refere que gostaria de ter sido orientada na gestação quanto aos seus direitos e do seu filho.		A mulher desejou receber mais orientações realizou apenas três consultas de pré-natal, e não se sentiu acolhida. Buscou seus direitos junto à casa acolhida e conselho tutelar mas desejou ter sido orientada sobre seus direitos.	A gestação não influenciou no comportamento de abandonar o uso de drogas e de dar continuidade à assistência pré-natal e no cuidado de si e do seu filho. Na unidade de saúde, não se sentiu acolhida e gostaria de ter sido orientada quanto aos seus direitos.
PARTO E NASCIMENTO	3) Como você foi cuidada no parto e nascimento do seu filho?	Eu estava lá na casa de acolhimento (casa anterior à que se encontra). Fui para o hospital... Fiquei na bola, no cavalinho, tomei banho... Foi tudo diferente... Nenhum dos outros (partos) não teve esse negócio de cavalinho, nem teve bola... Quando eu cheguei, a médica deu um toque, disse que estava muito lento o parto, me botou no cavalinho, na bola. Uma menina (da equipe) fez massagem na minha lombar. Me	

		ajudou muito... A cuidadora da antiga casa de acolhimento, ficou como como acompanhante e tentando resolver a minha “ligação”(laqueadura). Mas a médica muito educada... Ficava brincando comigo para “quebrar o gelo” ... Nem ponto eu levei.	
	4) E no parto e nascimento do seu filho, como deveria ser esses cuidados para você?	Se os outros partos fossem assim, como esse, com esse tratamento... de ir para o cavalinho... Uma médica vindo conversar, com conversa boa, ajudando... Isso é tão importante para nossa vida. Então foi tudo ótimo no parto dele. Queria eu que outros tivesse sido assim.	
	TESE	ANTÍTESE	PRÉ-SÍNTESE
	A mulher entrou em trabalho de parto ainda na casa de acolhimento, foi encaminhada para o hospital. No hospital, permaneceu assistida em uso de cavalinho, bola, recebeu massagem e teve momentos de descontração com a equipe. Esteve acompanhada pela cuidadora da casa de acolhimento. Refere que gostaria que seus partos anteriores fossem da mesma forma.	Refere que gostaria que os partos anteriores fossem como seu último parto.	A mulher fez uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Refere se sentir acolhida pela equipe da maternidade (rede social secundária). Permaneceu acompanhada pela cuidadora da casa acolhida (rede social secundária). Recebeu apoio emocional, presencial e informativo da equipe de saúde e da cuidadora.
PERÍODO PÓS-PARTO	5) Diga-me como você foi cuidada no seu resguardo?	Foi mais ou menos. A gente ficou lá mesmo em cima (alojamento conjunto), eu e meu filho. Chegou uma mulher (voluntária) e doou roupa e materiais de higiene pessoal para mim e para ele, isso foi ótimo. Mas não chegou ninguém (nenhum profissional) para dizer que ele estava dormindo muito. Não chegou nenhuma enfermeira para falar que ele teria riscos se dormisse muito sem mamar, graças à Deus eu já era experiente... Ele ficou muito tempo dormindo, depois a glicose dele estava muito baixa, não sou médica para saber disso, mas eu ficava mexendo nele e ele dormindo. Fui atrás da assistente social, e depois aferiram a glicose dele, viram que realmente estava baixa, depois ficaram vindo para refazer o teste. E depois que tivemos alta, fui para a casa de acolhimento... Eles mandaram eu voltar para uma consulta na maternidade, mas não voltei. Nem fui para o posto. Não tive essa responsabilidade de voltar. Na casa de acolhimento as cuidadoras me ajudavam muito com ele e meus filhos mais velhos também me ajudavam muito. Foi tranquilo.	

	6) E no resguardo, para você como deveria ser esses cuidados?	Que dessem mais atenção à isso né, ensinar às mães o que pode e o que não pode. Já na casa de acolhimento foi tranquilo.	
	TESE No Pós-parto imediato, no alojamento conjunto, a mulher recebeu doações de voluntários. Refere que não recebeu nenhuma orientação sobre os cuidados com o RN pela equipe de saúde, e buscou ajuda sozinha para identificar a condição de saúde do seu filho. Após alta hospitalar, a mulher foi para a casa de acolhimento e recebeu ajuda dos profissionais da casa e de seus filhos mais velhos. A mulher e recebeu o encaminhamento para retornar à unidade, mas não voltou e não procurou outro atendimento.	ANTÍTESE Apesar da mulher ser experiente por ter outros filhos anteriores, refere que gostaria de ter recebido mais orientações sobre os cuidados com o RN e sua condição de saúde.	PRÉ-SÍNTESE A mulher recebeu apoio material de voluntários (rede social terciária. Após alta hospitalar, referiu que foi bem recepcionada na casa de acolhida (rede social secundária) e por seus outros filhos (rede social primária). Recebeu apoio (emocional, instrumental e presencial). Também recebeu encaminhamento para consulta de retorno mas não procurou a unidade. Apesar de ser uma mãe experiente, refere que gostaria de mais orientações quanto aos cuidados com o RN.
ALEITAMENTO MATERNO	7) Como você foi cuidada durante o processo de aleitamento materno?	Amamentei todos os meus filhos, mas só fui orientada no segundo filho. As enfermeiras mostraram como era que tinha que lavar, como não podia deixar o lábio do bebê. Eu fui muito bem orientada, mas só no segundo mesmo. Nos outros, quando eu dizia que tinha outros filhos, já sabia, elas nem esperava ver direito se eu sabia mesmo ou não. E no dele foi assim mesmo, nem esperaram pra ver eu colocando ele no peito.	
	8) Para você como deveria ser esses cuidados durante o processo de aleitamento materno?	Depois do segundo... Confesso que não gostaria de mulher pegando no meu peito. Mas acho que poderiam realmente ter visto se estava tudo direitinho, até me falado também que ele não poderia dormir muito, ter me orientado a amamentar mesmo ele dormindo. Poderia ter visto como a língua do neném tem que ficar. Falar tem que ser com a barriga na barriga, essas coisas...	
	TESE	ANTÍTESE	PRÉ-SÍNTESE

<p>A mulher refere ter amamentado seu filho, mas só recebeu orientações apenas no nascimento do segundo filho, refere que não foi orientada quando mencionou que já havia amamentado anteriormente. A mulher não gostaria de ser tocada nas mamas, mas desejou mais informações sobre o aleitamento materno.</p>	<p>Apesar da mulher já ter amamentado anteriormente e mencionar que não gostaria de ser tocada na mama, refere que gostaria de ter tido mais orientações sobre o aleitamento materno.</p>	<p>A mulher recebeu apoio (informativo) pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação apenas no nascimento do segundo filho. E refere que apesar de ter conhecimento anteriores, gostaria de ter sido assistida quanto às orientações sobre o aleitamento materno. A vivência de dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com o sucesso da amamentação.</p>
<p>REDE SOCIAL</p>	<p>9) Como as pessoas se envolveram durante a sua gestação, parto, nascimento, resguardo e aleitamento materno do seu filho?</p>	<p>Ninguém. Só quem se envolveu, foi minha filha mais velha mesmo. Ela que carregava água, pegava peso. A casa de acolhida sempre ajuda né? É assistente social, É psicólogo... Tem as cuidadoras também que ajudam com as crianças, ficou até comigo no hospital. Então o tratamento que eu tive grávida ou depois que ele nasceu, foi maravilhoso. Algumas coisas lentas. Mas não deixam de atender a necessidade da gente.</p>
	<p>10) E sobre o envolvimento das pessoas desde a gestação até o parto, nascimento, puerpério e aleitamento materno do seu filho, como deveria ser esses apoios/cuidados para você?</p>	<p>Pra mim, o tratamento foi bom. Mesmo assim, nessa situação, na medida do possível, para mim foi bom.</p>
<p>TESE</p> <p>A rede social da mulher é composta por seus filhos mais velhos. Enfatizou que foi muito bem cuidado na casa de acolhimento desde a gestação até o puerpério.</p>	<p>ANTÍTESE</p> <p>Várias vezes a mulher ressaltou a ajuda recebida dos profissionais da saúde e de voluntários, porém as instituições de saúde e os voluntários não foram citadas como fonte de apoio.</p>	<p>PRÉ-SÍNTESE</p> <p>A rede social da mulher é composta por seus filhos mais velhos que forneceu apoio (emocional, presencial) durante o ciclo grávido-puerperal, e a casa de acolhimento no puerpério. Os</p>

	voluntários e as instituições de saúde não foram citadas como fonte de apoio.
--	---

SÍNTESE M5 (C5)

A condição de estar gestante não influenciou no comportamento de abandonar o uso de drogas durante a gestação e de dar continuidade à assistência pré-natal para cuidar da sua saúde e do seu filho. Na unidade de saúde, não se sentiu acolhida e gostaria de ter sido orientada quanto aos seus direitos. No parto, a mulher fez uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Refere se sentir acolhida pela equipe da maternidade (rede social secundária). Durante todo o processo parturitivo, permaneceu acompanhada pela cuidadora da casa acolhida (rede social secundária). Recebeu apoio emocional, presencial e informativo da equipe de saúde e da cuidadora. A mulher recebeu apoio material de voluntários (rede social terciária). Após alta hospitalar, referiu que foi bem recepcionada na casa de acolhida (rede social secundária) e por seus outros filhos (rede social primária). Recebeu apoio (emocional, instrumental e presencial). Teve encaminhamento para consulta de retorno mas não retornou à unidade. A mulher recebeu apoio (informativo) pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação apenas no nascimento do seu segundo filho. E refere que apesar de ter conhecimento anteriores, gostaria de ter sido assistida quanto às orientações sobre o aleitamento materno. A vivência de dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com o sucesso da amamentação. A rede social da mulher é composta por seus outros filhos que forneceu apoio (emocional, presencial) durante o ciclo grávido-puerperal. Os voluntários e as instituições de saúde não foram citados como fonte de apoio

COMENTÁRIOS DE M5 SOBRE SÍNTESE C4

A mulher grávida em situação de rua precisa de ajuda e tem carência de estímulos dos profissionais para o acompanhamento pré-natal, porém, ela tem que buscar o atendimento. Por estar na condição de gestante, precisa procurar o atendimento. A condição de estar gestante influencia sim na decisão de deixar de usar drogas pesadas. As gestantes de rua precisam de um atendimento acolhedor. Não são pessoas que moram na rua porque querem, as vezes algumas até são, mas outras tem seus motivos, apanham muito, são abusadas sexualmente, humilhadas. Então o atendimento tem que ser diferente. Ao usar drogas na gravidez, existe o arrependimento e o sentimento de culpa é muito forte. As drogas e a ausência do pré-natal podem influenciar no nascimento prematuro do seu filho, mas não é só isso que influencia na prematuridade. Ao precisar ser hospitalizadas, existe pessoas que podem sentir desespero, mas quando uma mãe quer o bem do seu filho, ela aguenta qualquer coisa, sobretudo permanecer em um ambiente que seu filho está seguro e sendo cuidado. No parto, a mulher tem o direito do acompanhante de escolha, mas ela tem que querer. Durante o parto, a mulher precisa do apoio dos profissionais da saúde, pois tem muitas que não sabe parir, tem que ter um profissional para instruir. Tem muita mulher que grita, não é para gritar. No resguardo, existe o encaminhamento da mulher para a consulta puerperal, contudo a mulher vai procurar o atendimento se ela quiser. Porém, quando se trata de morador de rua torna-se mais complicado por não ter endereço fixo. A iniciativa de amamentar o filho, depende da mulher e mas também da equipe de saúde. Os apoios no aleitamento materno são fundamentais, mas não evita as dificuldades da amamentação, por isso, a mulher precisa saber o que fazer e ser persistente. A rede social da mulher também inclui os filhos mais velhos que auxiliam no cuidado grávido-puerperal. A casa acolhida atende as necessidades dos abrigados de maneira suficiente mesmo diante das dificuldades. Outras mulheres em situação de rua não foram mencionadas como apoiadoras

desses momentos da vida reprodutiva da mulher, contudo, pode existir relações eventuais de troca de apoio entre as mulheres que vivem em situação de rua.

SÍNTESE C5 (SÍNTESE C4 + COMENTÁRIOS DE E5 SOBRE A SÍNTESE DE C4 + SÍNTESE DE E5) PARA PRÓXIMO ENTREVISTADO – E6

A mulher grávida em situação de rua precisa de ajuda e tem carência de estímulos dos profissionais para o acompanhamento pré-natal, o cuidado de si e do seu filho. Pois, a condição de estar gestante não influencia no comportamento de abandonar as drogas e de procurar a assistência pré-natal. Essa assistência à gestante em situação de rua deve ser igual ao cuidado realizado a outra mulher da comunidade. Neste período da gravidez, deixar de ingerir drogas é uma decisão da mulher. Contudo, a dependência do uso de drogas torna essa decisão mais difícil. E ao fazer uso de drogas existe o arrependimento e o sentimento de culpa. O uso de drogas e a ausência do pré-natal pode influenciar no parto prematuro e na saúde do seu filho. Ainda na gravidez, na necessidade de internamento, o ambiente fechado do hospital e o sentimento de despreparo para cuidar do seu filho é motivo para fugir, retornar à rua e interromper o tratamento clínico. Por outro lado, o ambiente hospitalar pode ser um lugar seguro para estar com seu filho. No trabalho de parto, parto e nascimento a mulher precisa de ajuda do esposo, dos profissionais da saúde e de Deus. Deve ainda ser garantido a ela o direito de ter um acompanhante, mesmo que seja o esposo. Às vezes ele não pode acompanhar porque tem que cuidar dos outros filhos e trabalhar. Porém, essa ajuda do esposo pode não ser aceita pela própria mulher. O apoio da família, nessa fase da vida da mulher, foi considerado ótimo, ofertado pela mãe. Apesar disso, esse apoio familiar pode não ser citado. Mesmo com ajuda do acompanhante de escolha da mulher e dos profissionais de saúde, o trabalho de parto é da mulher que é determinada para ter o seu filho. Os apoios dos profissionais da saúde podem não diminuir o desespero da mãe diante de uma doença do filho recém-nascido. No resguardo, na alta hospitalar, pode não haver encaminhamento da mulher em situação de rua para a consulta nos primeiros dias pós-parto como também o tratamento de saúde do casal poderá ser incompleto. Mas, na existência de encaminhamento e apoio dos profissionais da saúde a mulher pode não dar continuidade ao tratamento prescrito e não aceitar o anticoncepcivo recomendado, além disso, pode ser uma escolha da mulher não retornar ao serviço, independente da condição de estar em situação de rua ou não. Mas, quando a mulher sente-se acolhida e segura pode seguir as orientações e utilizar o anticoncepcivo indicado. A equipe do abrigo ajuda a mulher nesse momento da sua vida, o resguardo. A iniciativa de amamentar o filho é da mulher, independente se os profissionais da saúde a orientaram, pois o corpo é da mulher e quem tem o comando do seu corpo é ela. Porém, a ajuda de uma pessoa próxima, a vivência de doação de leite e dar de mamar aos outros filhos podem colaborar com o sucesso da amamentação. A mulher pode doar e receber leite materno do banco de leite quando seu filho precisa, mas não pode colocar seu filho para amamentar em outra mulher. Todavia, esses apoios e vivências podem não evitar as dificuldades com amamentação e a interrupção de produção de leite. A mulher precisa ter conhecimento de que algumas doenças e medicação não impedem a prática de amamentar. A mulher gosta de amamentar seu filho, contudo, pode existir sentimentos de exaustão em dar de mamar. A mulher sente o desejo de colocar seu filho no peito diante de um diagnóstico de impossibilidade, contudo, o apoio dos profissionais da saúde e do banco de leite são fundamentais na ordenha e no oferecimento do leite materno por outras vias para o recém-nascido. A rede social da mulher é composta pelo marido, irmã, vizinha e mãe. Todos ajudaram durante a gravidez, parto, resguardo e aleitamento materno. O cuidado da mãe pode não impedir a mulher retornar mesmo que seja temporariamente à rua. A casa acolhida e a medicina precisam atender mais as necessidades dos abrigados. Acrescenta-

se que houve discordância ao afirmar que tanto a casa acolhida quanto a instituição de saúde não são fontes de apoio, pois a casa de acolhimento pode oferecer todo o apoio necessário a mulher em situação de rua durante a gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e amamentação. Ressalta-se que outras mulheres em situação de rua não foram mencionadas como apoiadoras desses momentos da vida reprodutiva da mulher que vivem na rua.

A entrevistada M6, iniciou o pré-natal apenas no terceiro trimestre, onde foi referenciada pela casa de acolhimento. Realizou os exames laboratoriais e de imagem e apesar de sentir-se bem cuidada, referiu que desejava mais respeito. Durante o parto, a mulher esteve acompanhada (apoio presencial) pela cuidadora da casa de acolhimento, mas declara que foi mandada permanecer calada e quieta mesmo estando com dor, mencionou não gostar da maneira como esse apoio foi ofertado. Mesmo de maneira insatisfatória, citou apoio dos profissionais da saúde (informativo). Apesar da mulher considerar que não foi bem cuidada pelas cuidadoras da casa de acolhimento, ela refere que sua filha é bem assistida na unidade. A mulher recebeu apoio (informativo) dos profissionais da saúde (rede secundária) sobre não poder amamentar e relata não ter o desejo de amamentar por ter a intenção de dar sua filha para adoção. A rede social da mulher é composta apenas pelos profissionais da casa de acolhimento, que forneceu apoio (emocional e presencial) durante o ciclo grávido-puerperal. Apesar disso, os cuidadores e as instituições de saúde não foram citados como fonte de apoio.

Quadro 10 Síntese geral da entrevistada 6. Recife-PE, 2022.

Categorias teóricas	Categorias empíricas	Unidades de análise
	PERGUNTA NORTEADORA	RESPOSTAS
GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL	1) Como você foi cuidada durante a gestação do seu filho?	Eu morei um tempo na rodoviária de salvador e depois consegui um ônibus para vir para Recife. Também morei alguns meses aqui na rodoviária. Mas tive um surto (psicótico) e me levaram para o hospital psiquiátrico, lá eu descobri que estava grávida e me encaminharam pra cá (casa de acolhimento), mas já estava no final da gestação. Aqui, eles me levaram toda semana para uma UPA (UPINHA), e fiz seis consultas, fiz todos os exames, exame de sangue e ultrassom, e descobri que era uma menina. Na

		realidade eu fui bem atendida na UPA... Como já estava no final da gestação, foi tudo muito rápido. Eu acho que em relação ao pré-natal foi bom.	
	2) Para você como deveria ser esses cuidados durante a gestação do seu filho?	Na realidade eu gostaria de ser mais respeitada e não ouvir desaforo das pessoas. Na outra gestação minha mãe era viva, então ela me ajudou e cuidou de mim, nesta foi diferente. Além de não receber ajuda de ninguém, eu ouvia muito desaforo. Então gostaria de mais respeito.	
	TESE	ANTÍTESE	PRÉ-SÍNTESE
	A mulher morou nas rodoviárias de Salvador e Recife durante o início da gravidez. Preciso ser encaminhada para a emergência de um hospital psiquiátrico, em que descobriu da sua gestação e foi referenciada para a casa de acolhimento. Iniciou o pré-natal no terceiro trimestre de gestação e realizou seis consultas e exames laboratoriais e ultrassom. Refere que foi bem atendida no serviço de saúde onde realizou o pré-natal. A mulher refere que gostaria de ser mais respeitada.	A mulher iniciou o pré-natal apenas no terceiro trimestre, mas refere que realizou seis consultas de pré-natal. Menciona que foi bem atendida na unidade de saúde, mas gostaria de ser tratada com mais respeito.	A gestação só foi descoberta no terceiro trimestre, onde foi referenciada para uma casa de acolhimento e iniciou o pré-natal em uma unidade de saúde, realizou os exames laboratoriais e de imagem e apesar de sentir-se bem cuidada, referiu que desejava mais respeito.
PARTO E NASCIMENTO	3) Como você foi cuidada no parto e nascimento do seu filho?	O meu parto foi ruim. Ele (médico) sabia que eu já tinha uma cesariana anterior. Eu saí daqui para a maternidade umas sete horas da manhã, e me falaram que eu iria ser transferida pra outro hospital... Eu gritava de dor, e a cuidadora daqui que estava comigo, queria que eu ficasse sentada e quieta. Quando a médica foi fazer o toque, eu gritei sim, não era ela (cuidadora) que estava com dor...Eles não me ajudaram, não me davam medicações. Eu estava em uma sala, todas as mulheres de acesso, tomando soro... Não colocaram em mim, só colocaram quando eu fui me preparar para a cesariana... Então, cuidaram mal. Depois de sentir muita dor, sem receber medicação... Disseram que eu não tinha passagem, e eu já sabia disso, pois meu outro parto também não tive, aí só a noite me encaminharam para fazer a cesariana... Eles queriam que eu ficasse quieta, aí bem depois, só para eu ficar quieta, me deram um soro. Mas na cesariana foi tudo bem.	

	4) E no parto e nascimento do seu filho, como deveria ser esses cuidados para você?	Na realidade deveria ser mais rápido. Eu queria que fosse cesárea, porque na outra vez, também foi cesárea, e foi muito rápido. Então eu gostaria que tivesse sido igual.	
	TESE A mulher refere que seu parto foi ruim. Refere que a cuidadora mandava ela permanecer calada e quieta, mesmo estando com dor. Refere que não tomou nenhuma medicação durante o trabalho de parto. A mulher foi encaminhada para a cesariana, referiu não ter passagem, e que já sabia da situação pois em um parto anterior também foi cesariana. A mulher relata que foi bem cuidada durante a cesariana. A mulher refere que gostaria sua via de parto fosse a cesariana e que fosse mais rápido como o anterior.	ANTÍTESE Apesar da mulher considerar que seu parto foi ruim, ela refere que durante a cesariana foi tudo bem.	PRÉ-SÍNTESE A mulher esteve acompanhada pela cuidadora da casa de acolhimento (apoio presencial), mas refere que foi mandada permanecer calada e quieta mesmo estando com dor. Refere que não fez uso de métodos para alívio da dor e foi encaminhada para a cesariana. Apesar de considerar que foi bem cuidada durante a cesariana, refere que seu parto foi ruim e gostaria que fosse rápido igual ao anterior.
PERÍODO PÓS-PARTO	5) Diga-me como você foi cuidada no seu resguardo?	Eu fiquei no alojamento conjunto e as cuidadoras (da casa de acolhimento) ficavam comigo... Mesmo eu não querendo medicações, sem dor, eles (profissionais da saúde) aplicavam em mim. Eu fiquei sem fazer cocô, e a cuidadora não queria que eu falasse, para sair logo do hospital. Mas como que não fala uma coisa dessas? Vai que é algo pior??... Elas queriam que eu ficasse andando, porque minha perna estava muito inchada. Mas eu não conseguia, doía muito, as vezes ficavam falando que era 'dengo' meu... Outras (cuidadoras) me ajudavam, colocavam minha calcinha quando eu não conseguia... Os profissionais não me orientaram em quase nada... Eles só falaram que não era pra deixar entrar agua no ouvido da menina durante o banho, só isso. E não deixaram eu amamentar por causa das medicações que tomo. Mas eu não tinha leite... E quando eu tive alta que eu vim pra cá, continuou a mesma coisa, porque eu era cuidada pelas mesmas pessoas. Elas achavam que eu tinha que acordar cedo para caminhar. E se não levantasse era grito... Mas da minha filha, elas cuidam bem até demais... As vezes nem parece que eu sou a mãe...	

	6) E no resguardo, para você como deveria ser esses cuidados?	Com mais calma, não precisa ficar me acordando para andar... eu sei que deveria andar, mas não precisa ser direto, eu estava com dor e ela achavam que que era “manha”.	
	TESE No Pós-parto imediato, no alojamento conjunto, a mulher recebeu apoio das cuidadoras, contudo, era estimulada a andar mesmo sentindo dor. Refere que recebeu orientação pela equipe de saúde apenas sobre o banho do RN e orientações sobre não poder amamentar, devido ao uso contínuo de algumas medicações. Após alta hospitalar, a mulher foi para a casa de acolhimento e foi cuidada da mesma forma pois eram os mesmos profissionais. A mulher relata que as cuidadoras cuidam muito bem da sua filha.	ANTÍTESE Apesar da mulher considerar que não foi bem cuidada pelas cuidadoras da casa de acolhimento, ela refere que sua filha é bem assistida na unidade.	PRÉ-SÍNTESE A mulher recebeu apoio presencial das cuidadoras da casa de acolhimento (rede social secundária), e mencionou não gostar da maneira como esse apoio era ofertado. Mesmo de maneira insatisfatória, referiu apoio dos profissionais da saúde (informacional). Após alta hospitalar, referiu que foi cuidada da mesma maneira pelos profissionais da casa de acolhida (rede social secundária). Apesar da mulher considerar que não foi bem cuidada pelas cuidadoras da casa de acolhimento, ela refere que sua filha é bem assistida na unidade.
ALEITAMENTO MATERNO	7) Como você foi cuidada durante o processo de aleitamento materno?	Eu tomo remédio e tenho problema de esquizofrenia então nunca amamentei nenhuma das minhas filhas. Eu também não tinha leite... E não deixaram (profissionais da saúde) eu amamentar por causa das medicações que tomo.	
	8) E você gostaria de amamentar sua filha?	Não, não sinto falta. Além disso, eu quero colocar ela pra adoção, então a pessoa que for adotar, não iria querer o filho de uma mulher que os cuidadores falam que está em situação de rua, e além disso, tem problema de esquizofrenia?? Então é melhor não amamentar... Porque às vezes eu tenho que pensar no futuro dela...Se eu gostar mesmo dela, como vou viver nessa situação e com uma filha? eu tenho que preparar ela...	
	TESE	ANTÍTESE	PRÉ-SÍNTESE

<p>A mulher refere que foi orientada por profissionais da saúde à não amamentar sua filha, por fazer uso de medicações para o tratamento da esquizofrenia. A mulher também reforça não ter leite, e diz que não tem desejo de amamentar pois tem a intenção de colocar a filha para adoção.</p>	<p>A mulher acredita que é melhor não amamentar sua filha, pois tem a intenção de coloca-la para adoção.</p>	<p>A mulher recebeu apoio (informativo) dos profissionais da saúde (rede secundária) sobre não poder amamentar e refere não ter o desejo de amamentar por ter a intenção de colocar sua filha para adoção.</p>
<p>REDE SOCIAL</p>	<p>9) Como as pessoas se envolveram durante a sua gestação, parto, nascimento, resguardo e aleitamento materno do seu filho?</p>	<p>Elas só perguntavam se eu sentia alguma dor, se sentia alguma coisa... Não tenho contato com o pai dela nem minha família, mas na outra gestação, minha mãe era viva, e ela me ajudou...</p>
	<p>10) E sobre o envolvimento das pessoas desde a gestação até o parto, nascimento, puerpério e aleitamento materno do seu filho, como deveria ser esses apoios/cuidados para você?</p>	<p>Gostaria de ser cuidada com mais cautela, mais cuidado... Aqui na casa mesmo, gostaria de mais privacidade e não dividir o quarto com tanta gente assim...</p>
<p>TESE</p> <p>A mulher refere que o cuidado prestado durante esse período foi apenas pelos profissionais da casa de acolhimento e que apenas perguntavam se ela sentia dor. Menciona que na gestação anterior teve o apoio da mãe e do pai da filha mais velha, mas não menciona apoio familiar durante a última gestação. Refere que gostaria de ser cuidada com mais cautela e privacidade.</p>	<p>ANTÍTESE</p> <p>Várias vezes a mulher ressaltou a ajuda recebida pelos cuidadores da casa de acolhimento, porém as instituições de saúde e a casa de acolhimento não foram citadas como fonte de apoio.</p>	<p>PRÉ-SÍNTESE</p> <p>A mulher menciona que na gestação anterior teve o apoio da mãe e do pai da filha mais velha, mas não menciona apoio familiar durante a última gestação. A rede social da mulher é composta apenas pelos profissionais da casa de acolhimento, que forneceu apoio (emocional e presencial) durante o ciclo grávido-puerperal. Apesar disso,</p>

		Os cuidadores e as instituições de saúde não foram citados como fonte de apoio.
--	--	---

SÍNTESE M6 (C6)

A gestação só foi descoberta no terceiro trimestre, onde foi referenciada para uma casa de acolhimento e iniciou o pré-natal em uma unidade de saúde. Realizou os exames laboratoriais e de imagem e apesar de sentir-se bem cuidada, referiu que desejava mais respeito. Durante o parto, a mulher esteve acompanhada pela cuidadora da casa de acolhimento (apoio presencial), mas refere que foi mandada permanecer calada e quieta mesmo estando com dor. Refere que não fez uso de métodos farmacológicos para alívio da dor e foi encaminhada para a cesariana por não ter passagem. Apesar de considerar que foi bem cuidada durante a cesariana, refere que seu parto foi ruim e gostaria que fosse rápido igual ao parto anterior. A mulher esteve acompanhada pela cuidadora da casa de acolhimento cuidadoras da casa de acolhimento (rede social secundária), e mencionou não gostar da maneira como esse apoio foi ofertado. Mesmo de maneira insatisfatória, referiu apoio dos profissionais da saúde (informativo). Após alta hospitalar, referiu que foi cuidada da mesma maneira pelos profissionais da casa de acolhida (rede social secundária). Apesar da mulher considerar que não foi bem cuidada pelas cuidadoras da casa de acolhimento, ela refere que sua filha é bem assistida na unidade. A mulher recebeu apoio (informativo) dos profissionais da saúde (rede secundária) sobre não poder amamentar e refere não ter o desejo de amamentar por ter a intenção de dar sua filha para adoção. A mulher menciona que na gestação anterior teve o apoio da mãe e do pai da filha mais velha, mas não menciona apoio familiar durante a última gestação. A rede social da mulher é composta apenas pelos profissionais da casa de acolhimento, que forneceu apoio (emocional e presencial) durante o ciclo grávido-puerperal. Apesar disso, Os cuidadores e as instituições de saúde não foram citados como fonte de apoio.

COMENTÁRIOS DE M6 SOBRE SÍNTESE C5

A mulher grávida em situação de rua precisa de ajuda e tem carência de estímulos dos profissionais para o acompanhamento pré-natal, o cuidado de si e do seu filho. Essa assistência à gestante em situação de rua deve ser igual ao cuidado realizado a outra mulher da comunidade, contudo deve ser de maneira acolhedora e considerar a história de cada mulher. Neste período da gravidez, deixar de ingerir drogas é uma decisão da mulher. Ainda na gravidez, na necessidade de internamento, o ambiente fechado do hospital e o sentimento de despreparo para cuidar do seu filho é motivo para fugir, retornar à rua e interromper o tratamento clínico. Por outro lado, o ambiente hospitalar pode ser um lugar seguro para estar com seu filho e permanecer no hospital pode ser uma maneira de se cuidar e cuidar do seu filho. No trabalho de parto e parto contudo, os profissionais da saúde, deveriam respeitar mais as escolhas das mulheres, principalmente quando ela escolhe uma via de parto. No resguardo, na alta hospitalar, pode não haver encaminhamento da mulher em situação de rua para a consulta nos primeiros dias pós-parto, contudo se a mulher sentir a necessidade, mesmo que não tenha recebido o encaminhamento, a mulher deve procurar uma assistência médica. A iniciativa de amamentar o filho é da mulher, independente se os profissionais da saúde a orientaram, pois o corpo é da mulher e quem tem o comando do seu corpo é ela. Porém, a ajuda de uma pessoa próxima, a vivência de doação de leite e dar de mamar aos outros filhos podem colaborar com o sucesso da amamentação. Apesar disso, existe mulheres que pode não ter o desejo de amamentar.

SÍNTESE C6 (SÍNTESE C5 + COMENTÁRIOS DE E6 SOBRE A SÍNTESE DE C 5+ SÍNTESE DE E6)

A mulher grávida em situação de rua precisa de ajuda e tem carência de estímulos dos profissionais para o acompanhamento pré-natal, o cuidado de si e do seu filho. Porém ela tem que ter a responsabilidade de buscar um atendimento tendo em vista que estar gestante e precisa de um acompanhamento. A condição de estar gestante não influencia no comportamento de abandonar as drogas e de procurar a assistência pré-natal. Essa assistência à gestante em situação de rua deve ser igual ao cuidado realizado a outra mulher da comunidade, contudo deve ser de maneira acolhedora e considerar a história de cada mulher. Neste período da gravidez, deixar de ingerir drogas é uma decisão da mulher. Contudo, a dependência do uso de drogas torna essa decisão mais difícil. E ao fazer uso de drogas existe o arrependimento e o sentimento de culpa. O uso de drogas e a ausência do pré-natal pode influenciar no parto prematuro e na saúde do seu filho. Ainda na gravidez, na necessidade de internamento, o ambiente fechado do hospital e o sentimento de despreparo para cuidar do seu filho é motivo para fugir, retornar à rua e interromper o tratamento clínico. Por outro lado, o ambiente hospitalar pode ser um lugar seguro para estar com seu filho e permanecer no hospital pode ser uma maneira de se cuidar e cuidar do seu filho. No trabalho de parto, parto e nascimento a mulher precisa de ajuda do esposo, dos profissionais da saúde e de Deus. Deve ainda ser garantido a ela o direito de ter um acompanhante, mesmo que seja o esposo. Às vezes ele não pode acompanhar porque tem que cuidar dos outros filhos e trabalhar. Porém, essa ajuda do esposo pode não ser aceita pela própria mulher. O apoio da família, nessa fase da vida da mulher, foi considerado ótimo, ofertado pela mãe. Apesar disso, esse apoio familiar pode não ser citado. Mesmo com ajuda do acompanhante de escolha da mulher e dos profissionais de saúde, o trabalho de parto é da mulher que é determinada para ter o seu filho. Por outro lado, os profissionais da saúde, devem respeitar mais as escolhas das mulheres, principalmente quando ela escolhe uma via de parto. Os apoios dos profissionais da saúde podem não diminuir o desespero da mãe diante de uma doença do filho recém-nascido. No resguardo, na alta hospitalar, pode não haver encaminhamento da mulher em situação de rua para a consulta nos primeiros dias pós-parto como também o tratamento de saúde do casal poderá ser incompleto. Contudo se a mulher sentir a necessidade, mesmo que não tenha esse encaminhamento, a mulher deve procurar uma assistência médica. Mas, na existência de encaminhamento e apoio dos profissionais da saúde a mulher pode não dar continuidade ao tratamento prescrito e não aceitar o anticonceptivo recomendado, além disso, pode ser uma escolha da mulher não retornar ao serviço, independente da condição de estar em situação de rua ou não. Mas, quando a mulher sente-se acolhida e segura pode seguir as orientações e utilizar o anticonceptivo indicado. A equipe do abrigo ajuda a mulher nesse momento da sua vida, o resguardo. A iniciativa de amamentar o filho é da mulher, independente se os profissionais da saúde a orientaram, pois o corpo é da mulher e quem tem o comando do seu corpo é ela. Porém, a ajuda de uma pessoa próxima, a vivência de doação de leite e dar de mamar aos outros filhos podem colaborar com o sucesso da amamentação. A mulher pode doar e receber leite materno do banco de leite quando seu filho precisa, mas não pode colocar seu filho para amamentar em outra mulher. Todavia, esses apoios e vivências podem não evitar as dificuldades com amamentação e a interrupção de produção de leite. A mulher precisa ter conhecimento de que algumas doenças e medicação não impedem a prática de amamentar. A mulher gosta de amamentar seu filho, contudo, pode existir sentimentos de exaustão em dar de mamar. A mulher sente o desejo de colocar seu filho no peito diante de um diagnóstico de impossibilidade, contudo, o apoio dos profissionais da saúde e do banco de leite são fundamentais na ordenha e no oferecimento do leite materno por outras vias para o recém-nascido. Apesar disso, existe mulheres que pode não ter o desejo de amamentar.

A rede social da mulher é composta pelo marido, irmã, vizinha e mãe. Todos ajudaram durante a gravidez, parto, resguardo e aleitamento materno. O cuidado da mãe pode não impedir a mulher retornar mesmo que seja temporariamente à rua. A casa acolhida e a medicina precisam atender mais as necessidades dos abrigados. Acrescenta-se que houve discordância ao afirmar que tanto a casa acolhida quanto a instituição de saúde não são fontes de apoio, pois a casa de acolhimento pode oferecer todo o apoio necessário a mulher em situação de rua durante a gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e amamentação. Ressalta-se que outras mulheres em situação de rua não foram mencionadas como apoiadoras desses momentos da vida reprodutiva da mulher que vivem na rua.

Os profissionais da casa de acolhimento relataram de maneira geral que as mulheres atendidas na casa apresentam vínculo frágil ou inexistente com sua rede social primária são de extrema vulnerabilidade social e sobrevivem de auxílio socioassistencial. No tocante da saúde, os profissionais mencionaram a necessidade de fluxo para atender as mulheres, pois a casa encontra-se em uma área descoberta pela Estratégia de Saúde da Família.

Quadro 11 Síntese geral dos profissionais entrevistados. Recife-PE, 2022.

CATEGORIAS EMPÍRICAS	UNIDADE DE ANÁLISE
Condições socioeconômicas das mulheres acolhidas	<p>P1- A grande maioria sobrevive de benefícios sócio-assistenciais, prioritariamente Bolsa Família. Então a renda delas é basicamente essa... em relação aos vínculos familiares, a maioria são fragilizados... Sobre escolaridade, geralmente parou em no ensino fundamental. Tem algumas que sabem apenas assinar o nome, mesmo tendo frequentado até o ensino fundamental...</p> <p>P2- Quase 99% das mulheres que chegam a unidade não tem renda nenhuma, nem formação profissional. Sobrevive da bolsa família e desses benefícios dos sociais do governo.</p> <p>P3- A maioria não tem escolaridade... Sobre as condições financeiras, elas não têm praticamente nada. Mas as vezes tem chance, de ter alguma coisa, um curso, um emprego, um aluguel social, mas não sabem agradecer e retornam para as ruas... E elas recebem o bolsa família e recebem o auxílio emergencial.</p> <p>P4- No geral, aqui já passou gente que tinha graduação e gente que não sabia nem o alfabeto, mas hoje as mulheres que estão aqui são de pouca escolaridade. Mas a maioria sabe pelo menos assinar o nome. A renda delas tem umas que não tem nada não, outras tem o bolsa família, auxílio emergencial, a maioria tem pelo menos o bolsa família.</p>

	<p>P5- Um dos critérios para o acolhimento é justamente não ter nenhum tipo de renda. A gente não considera a bolsa família como renda...E sobre a escolaridade é bem variado. Mas em sua maioria são todas, praticamente analfabetas funcionais. Muitas sabem ler, mas não entendem muito... Sua grande maioria tem baixa ou nenhuma escolaridade.</p> <p>P6- São todas baixa renda, são pessoas que chegam aqui muitas vezes só com a renda do bolsa família, tem outras também que não ainda nem se enquadram nesse perfil porque falta de documentação... Quanto à escolaridade, uma ou outra tem o ensino médio completo, outras tem o médio incompleto. E algumas não sabem nem ler, nem escrever, precisam ser incorporadas no programa de educação de jovens e adultos.</p> <p>P7-Elas não têm escolaridade, a maioria só sabem assinar o nome. Uma ou outra que tem ensino médio completo, mas a maioria parou no fundamental. Quanto as condições financeiras, não possuem nada. A maioria chega aqui com uma “mão na frete e outra atrás”, o pessoal organiza a documentação e elas passam a receber o bolsa família, mas.</p> <p>P8- A maioria das mulheres não tem renda nenhuma, só tem o bolsa família, que conseguem mais quando já estão aqui. São pessoas que vivem em extrema pobreza. Também não possuem muita escolaridade, a maioria tem apenas o fundamental, mas tem algumas que só sabem escrever o nome. Tem algumas que já fizeram o terceiro ano (ensino médio completo), mas no geral, sabem apenas assinar o nome.</p>
<p>Atual sistema de saúde para atender as necessidades das mulheres em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal</p>	<p>P1- A gente tem uma dificuldade com a rede de saúde... Existe uma discussão se a gente é uma área coberta ou descoberta pela atenção básica, então a gente fica com vários empecilhos em relação a isso. Estamos tentando discutir um fluxo até com o distrito, vários setores envolvidos para conseguir um fluxo tranquilo. Infelizmente em alguns casos a gente acaba urgenciando, mesmo sabendo que não é o fluxo correto.</p> <p>P2- Quando elas chegam aqui, elas já estão na fase final da gestação ou ela já vem no pós-parto. E a partir daí, que a gente faz todo o encaminhamento para a rede de saúde. Mas é muito precário, nossa rede de saúde nesse sentido... Então de certa forma pela maternidade gente até não tem muita dificuldade, mas eu creio que também pela demanda, ou devido a pandemia, ultimamente ficou mais difícil, mais restrito esses atendimentos, mas mesmo com alguma dificuldade a gente consegue fazer...Agora a questão da atenção básica é que não funciona.</p> <p>P3- Esse atendimento era para ser bem melhor na parte burocrática... São mulheres em situação de rua que não possuem documentos... Essas coisas demoram um pouco. Mas Sempre que elas chegam lá, mesmo que elas estejam sem documentos, elas são atendidas. Assim, a gente tenta pegar pelo menos o cartão do SUS. A gente explica que ela estava na rua, que perdeu o documento, aí eles aceitam.</p> <p>P4- Já tivemos o “tempo de vacas gordas” a gente tinha médico que vinha atender na casa, hoje em dia já não é mais a mesma coisa... Também não tem mais facilidade de consulta... E depois da pandemia ficou bem pior. Não temos mais posto de saúde na área, somos uma área descoberta, quando precisamos, é na amizade mesmo, ou referenciamos para UPA ou hospital. Então eu penso, se aqui que é uma casa de acolhimento para mulheres em</p>

	<p>vulnerabilidade social não tem nenhum serviço médico de referência para atendê-las, imagina as que estão literalmente na rua ainda?? Então eu acho que quanto a saúde, não estão atendendo as necessidades dessas mulheres, a não ser que levamos para a emergência.</p> <p>P5- A nossa relação com a saúde é muito precária. A médica se refere à questão de não ter uma ACS na área e a gente ser uma área descoberta. O correto seria que a gente fosse referenciado à ESF, mas ai não somos uma área de abrangência. E de fato, em relação à saúde a gente tem sofrido bastante...A vulnerabilidade e a gestação sem si trazem um risco para a saúde dela e do bebê. E aí a as vezes elas já vem da rua com algum encaminhamento, então ela continua sendo encaminhada para lá... Sobre a ‘mãe coruja’¹, existe a exigência que ela já tenha pelo menos uma consulta de pré-natal feita. Como a maioria já chega no final da gestação e sem essa consulta, fica difícil encaixar elas. Então a gente faz contato com a pessoa que é responsável, ela vai e tenta encaixa-la.</p> <p>P6- Muito difícil, a gente tem muita dificuldade em relação a isso. Não é porque é uma casa de acolhida que tem um posto de saúde para atender, hora dizem que é coberto outra hora diz que não é, mas na verdade é descoberta... Sobre o pré-natal, tem o programa mãe coruja, que a gente pode encaminhar as mulheres para fazer o acompanhamento, porém precisa já ter feito pelo menos uma consulta de pré-natal, e muitas vezes essa mulher ainda não fez. Então quando se trata de um fluxo de gestante para o pré-natal, ele é mais estabelecido do que comparado ao um clínico, por exemplo. E aí, nós conseguimos devido aos programas sociais do governo federal como o da mãe coruja.</p> <p>P7- Deveria ser menos burocrático. As vezes não conseguimos atendimento em um determinado local porque a mulher não tem um documento, porque precisa abrir um prontuário... além disso, não temos um posto de saúde para encaminhar essas mulheres... Normalmente elas são mais atendidas em hospitais, UPAs ou maternidades... Mas atualmente está muito difícil conseguir atendimento em um postinho. Acho que é justamente por essa burocracia de ser uma área descoberta.</p> <p>P8- A maioria chega já no final da gestação ou já tiveram o bebê. E depois de retirar os documentos é que a gente tenta um acompanhamento. Mas no geral, é muito complicado. Agora por ela estar gestante, a gente ainda consegue um atendimento um pouco mais rápido com umas maternidades aqui perto, então nas maternidades não temos muita dificuldade, a nossa dificuldade é no posto de saúde, um exame, uma ultrassom... Essas coisas pra marcar... Por ser uma casa que atende mulher em situação de rua, já deveria ter um local certo para atender elas.</p>
Órgãos e instituições como suporte às mulheres em	P1- O Centro Pop, o pessoal da abordagem na rua já tem um olhar de ser uma questão de público prioritário. O conselho tutelar, escola e creche também garante essa prioridade. Tentamos ver os familiares para fortalecer o

¹ O Programa Mãe Coruja é um programa social estadual de referência na área materno-infantil, que oferece apoio às mães pernambucanas, antes e depois do nascimento de seus filhos, e objetivo prestar atenção integral às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos seus bebês.

situação de rua no ciclo gravídico-puerperal	<p>vínculo, vê se tem essa possibilidade de reinserção... Quanto a saúde a gente não tem uma unidade de saúde que estabeleça esse fluxo de referência.</p> <p>P2- Quando a gente recebe a mulher grávida fazemos todo o encaminhamento para a saúde... Leva para fazer todos os exames que cabem dentro do período da gravidez lá na maternidade, que é o serviço público mais próximo e que a gente ainda tem facilidade. Sobre as outras instituições, em relação a assistência social, essa rede funciona muito mais, tem também o centro POP. O expresso cidadão que quando precisamos tirar algum documento a gente consegue fazer o agendamento sem problema nenhum. Nos cartórios, identificamos que são usuárias, e conseguimos retirar a segunda via dos documentos sem custo, através da prefeitura, essa rede não tem problema nenhum, a dificuldade é mais na rede de saúde.</p> <p>P3- Esses atendimentos que essas instituições dão era para ser bem melhor, na parte burocrática ... São mulheres em situação de rua que não tem documento, essas coisas demoram um pouco...Mas a parte burocrática poderia melhorar... Fora isso, acho que fazem de tudo por elas, mesmo com essas limitações, eles dão um bom suporte.</p> <p>P4- Encaminhamos ela para a maternidade mais próxima, geralmente. Não existe um fluxo de atendimento para essas mulheres... A gente sempre tenta que elas façam o pré-natal, mas não tem unidade de referência... Mas quando conseguimos chegar em alguma instituição, elas são atendidas.</p> <p>P5- Basicamente tudo o que é necessário para a mulher enquanto acolhida, é a prefeitura que banca... Eles pagam a medicação que vai buscar na farmácia que eles têm convênio. E outras coisas, vamos articulando até com ONGs, outras casas de acolhimentos e o próprio Ministério Público. Então sobre a assistência social, educação funcionam bem melhor que a saúde. Fica difícil dizer que ela está acolhida, não adianta eu dizer que ele está acolhida, se para um preventivo eu não consigo encaminhar essa mulher... Eu não estou protegendo essa mulher, eu estou dando apenas moradia.</p> <p>P6- Nós conseguimos manter esse fluxo de encaminhar essas mulheres para uma maternidade de referência aqui próximo. Mas a maioria das mulheres já chegam pra gente depois do parto... Então as instituições prestam atendimento, porém é muito dificultoso esse acesso, sobretudo no pré-natal, na realização de exames e ultrassom. Quando elas já chegam aqui com essa vinculação no serviço, ótimo, agora quando é para a gente iniciar é difícil. Mas elas recebem um suporte, não sei se é o ideal, mas passam por algum atendimento. Então, a gente tenta fazer da melhor forma, mas muitas vezes trava um pouco, porque depende de outras instâncias superiores que dificulta um pouco o trabalho e o fluxo é quebrado.</p> <p>P7- Aqui o serviço social funciona muito bem, sempre conseguem articular para a retirada de documentos e outras necessidades que elas tenham, a questão da educação também... Acho que o único que não funciona como deveria atualmente é a questão da saúde básica. Mesmo que elas vão para uma maternidade ter o bebê, elas não ficam em</p>
--	--

	<p>acompanhamento lá, a não ser aquelas que ou ela ou bebê tem algum problema de saúde, mas para exames e consultas de rotina, não temos esse ponto de apoio que seria o postinho.</p> <p>P8- As gestante, a gente leva pra fazer todos os exames e começa a fazer o pré-natal, porque geralmente chega no final da gestação e sem nada feito. E na maioria das vezes, esse atendimento ocorre em alguma maternidade, e até ganhar seu bebe fica no acompanhamento e depois que tem o bebe recebe alta, as vezes por algum motivo retornam para a maternidade, mas geralmente não precisa. Mas atendimento no PSF é muito raro conseguir hoje em dia. Sobre as outras instituições, a assistência social, acho que funciona. Documentação e benefícios sociais sempre conseguem.</p>
<p>Assistência dos profissionais da saúde à mulher em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal</p>	<p>P1- Elas trazem muito os dois extremos... existe situação de ter um olhar diferenciado, mas aí ele acaba sendo menos frequente... E se torna uma coisa mais positiva em relação aos consultórios na rua... Quando o serviço já é específico pra situação de rua, tudo diferenciado. Mas pra acessar outros serviços elas já dizem que tem a dificuldade e até por questão de território mesmo.</p> <p>P2- Com relação ao atendimento dos profissionais em si, a gente nunca teve dificuldade pelo menos quando chegamos na demanda em hospitais, a gente sempre tem um atendimento normal. Em algumas situações eles dão até prioridade pra gente... Claro que a ausência dos documentos dificulta esse atendimento, e muitas situações que a gente fica sem poder dar um passo à frente... Isso realmente dificulta muito.</p> <p>P3- Elas examinam bem, fazem tudo direitinho, a única exigência é que tenha uma cuidadora por perto... É para a segurança dos profissionais, por que as vezes elas são agressivas, ficam reclamando das coisas... E como já conhecemos, colocamos elas no lugar. Mas os profissionais tratam muito bem.</p> <p>P4- Sobre os atendimentos, eu acho normal, não tem nada diferenciado. Teve uma vez uma queixa, mas também era uma pessoa que era meio difícil, tinha problemas... Agora tem que ser tudo marcadinho normal para todo mundo... Se não tiver marcado, não tem atendimento. Na emergência também é normal, igual para todo mundo...</p> <p>P5- Os serviços, apesar de falho, avançaram muito... Mas a gente acha que a saúde tem avançado no sentido de qualificar... Quando conseguimos um atendimento, acontece o acolhimento... Então mesmo com as dificuldades, acho que os profissionais estão mais dispostos e tem mais conhecimentos para atender esse público.</p> <p>P6- Se for acompanhado por uma cuidadora, pode fluir, mas se forem só, é difícil conseguir um retorno. Talvez por falta de conhecimento delas, por falta de informação, pela grau de escolaridade, ou por falta mesmo da qualidade do atendimento, da atenção para com elas... Agora na situação de rua, a gente sabe que tem programas que atendem e são muito mais preparados para isso, como o consultório na rua.</p> <p>P7- Quando conseguimos chegar em algum atendimento, eles atendem bem... examinam, explicam bem. Agora sempre tem que tá acompanhada por um dos cuidadores, mas no geral, eles dão muita atenção e fazem tudo o que</p>

	<p>eles podem fazer por elas... olham a barriga, vacinas, vê a pressão, olham bem as crianças, passam exames. Acho que nessa parte é tudo direitinho.</p> <p>P8- Sobre o atendimento dos profissionais em si, nunca vi dificuldade não, sempre tem um atendimento normal. A única dificuldade é conseguir marcar um exame ou consulta... Acho que os profissionais atendem bem, pelo menos é muito raro elas se queixarem. As vezes falam pela demora, porque também querem tudo na hora, mas do atendimento não se queixam.</p>
<p>Envolvimento da rede social da mulher em situação de rua, durante a vivência do ciclo gravídico-puerperal.</p>	<p>P1- São vínculos familiares muito fragilizados ou até rompidos. Na verdade, a rede de apoio delas acaba sendo a própria instituição. A gente sabe que mulheres historicamente não tem esse apoio principalmente dos companheiros... Então acaba fragilizando mais ainda, e ela acaba ficando mais dependente da própria instituição...Na gestação elas acabam ficando algumas vezes mais tempo acolhidas pra poder garantir esse suporte mínimo que elas precisariam na comunidade...É bem difícil... Alguns a família acaba se sensibilizando com a questão da gestação, mas em outros acaba fragilizando ainda mais, porque as vezes ela já tem outros filhos que já estão no cuidado de terceiros, então acaba sendo mais um.</p> <p>P2- Essas pessoas são os próprios profissionais da unidade, o cuidado é igual para todas... Porém quando está grávida ou amamentando a gente reforça que ela tem prioridade... sobre a relação familiar já está muito fragilizada. Então pra família não existe... Não existe em certos aspectos né, porque a gente passa a ser a família dessa pessoa... E as outras usuárias tem a questão da sensibilização por estar gestante ou com filho pequeno, elas se compadecem, ajudam no que for possível... Agora é muito difícil essa aproximação com a família, porque muitas vezes já veem essa criança como um futuro problema...Então isso não altera praticamente em nada na relação familiar.</p> <p>P3- Não se envolve muito bem não... Eu acho muito triste isso... Elas querem um canto para morar, uma família e não consegue por causa da droga... Então a família não se envolve muito não. As vezes até traz algumas coisas, fralda, mamadeira, roupinha, mas pra morar não querem não.</p> <p>P4- É raro a família procurar, mas existe casos que sim, a família procura. Quando a gente entra em contato, eles vem... A maioria, não quer porque quando elas vêm para cá é porque a família não quer, não aceita em casa. Literalmente excluída, porque geralmente já vem com esse vínculo fragilizado...</p> <p>P5- A alta complexidade ela remete à vínculos familiares muito fragilizados ou inexistentes... Se ela está aqui é porque que não é mais aceito pela família, ou não quer mais contato familiar. Mas, não é incomum ter uma aproximação depois que nasce um ser novo...Elas chegam depois que a criança nasce, então pode ser um motivo de primeiro contato nessa reaproximação familiar. Agora não é fácil...Às vezes o conselho tutelar entra por questões judiciais como transtorno mental e uso de drogas, e tem que acionar a família, mas no geral, essa reaproximação é muito difícil.</p>

P6- Muito difícil esse envolvimento. Como elas chegam no nível de acolhimento, a vinculação já é praticamente interrompida, ou muito fragilizada, então às vezes não é de interesse das mulheres, e nem da família. A gente não vê muito retorno com relação à família que a gente entra em contato. Algumas mulheres chegam e não passam nem o contato porque dizem não ter contato nenhum com a família, e colocam o companheiro como a pessoa de referência. Muitas já chegam com um bebê, a família já tem a informação desse bebê, mas não vem.

P7- Pelo tempo que estou aqui, não vejo as famílias se envolvendo não, eu particularmente acho isso muito triste, mas não tem muito o que fazer. Às vezes, as pessoas da assistência social ainda entram contato com a família, mas no geral, não querem esse vínculo, e o que passa a ser família delas, somos nós e as outras usuárias... Nós ajudamos no que está ao nosso alcance, até acompanhar em hospital nas consultas e no parto nós vamos, elas não tem ninguém por elas, só a gente mesmo, e também não podem ficar sozinhas.

P8- É muito difícil essa aproximação com a família, porque muitas vezes já não tem mais essa convivência. Então não é muito diferente disso... Quem realmente acabam fazendo alguma coisa por essas mulheres são os próprios profissionais da unidade, uma ou outra amiga que elas fazem aqui. Às vezes o companheiro manda um pouco de dinheiro para comprar as coisas da criança, mas no geral, somos nós que auxiliamos com tudo. Nas consultas, no parto, e até com a criança.

5.5 Relatos das entrevistas de acordo com as categorias teóricas

Os relatos das falas foram organizados conforme as categorias teóricas, de acordo com as fases do ciclo gravídico-puerperal e sua rede social (gestação/pré-natal, parto/nascimento, aleitamento materno, puerpério e rede social), e serão representados pelas falas das mulheres participantes do CHD (M) e dos profissionais da instituição entrevistados (P).

As falas das mulheres (M1 a M6) revelaram os principais cuidados prestados durante a gestação, parto e nascimento, puerpério, aleitamento materno e sua rede social. Esses cuidados foram ofertados pela sua rede primária e secundária, e agrupados de acordo com as categorias teóricas.

Quadro 12 Categoria teórica 1- Cuidados vivenciados pelas mulheres em situação de rua, durante a gestação e o pré-natal.

Mulher	Unidades de análise
M1	A relação adequada — cuidar bem e estímulos indutores para a realização do pré-natal — não foi desenvolvida pelos profissionais que a mulher teve contato durante a gestação. Os atendimentos foram ineficazes para modificar o comportamento da gestante em situação de rua a cuidar de si e da sua filha, em relação ao acompanhamento pré-natal. Por decisão própria (autoapoio) a mulher deixou de ingerir drogas.
M2	Os cuidados recebidos pela mulher durante o internamento em uma maternidade, um mês e meio, não estimularam a modificar o seu comportamento: deixar de usar drogas e fazer o pré-natal, apesar de afirmar que gostaria de ter feito o pré-natal. Os cuidados na maternidade foram interrompidos devido a evasão da mulher para retornar às ruas, pelo cansaço de estar em uma estrutura física fechada.
M3	Os cuidados recebidos (apoio informativo e instrumental) pela mulher durante o internamento na maternidade e no CAPS (rede social secundária) não estimularam a modificar o seu comportamento: deixar de usar drogas e fazer o pré-natal. Após inserida na casa de acolhimento (rede social secundária), a mulher iniciou o pré-natal e deu continuidade ao acompanhamento mesmo ainda com o uso de drogas. Apesar da mulher acolhida ter gostado desses cuidados recebidos, ressaltou que a gestante em situação de rua deveria receber os mesmos cuidados que outra mulher da comunidade recebe.
M4	A condição de estar gestante não influenciou no comportamento de abandonar o uso de drogas durante a gestação e de procurar a assistência pré-natal para cuidar da sua saúde e do seu filho. A mulher sente-se culpada por usar drogas durante a gestação que pode ter influenciado na condição de saúde do seu filho.
M5	A gestação não influenciou no comportamento de abandonar o uso de drogas e de dar continuidade à assistência pré-natal e no cuidado de si e do seu filho. Na unidade de saúde, não se sentiu acolhida e gostaria de ter sido orientada quanto aos seus direitos.

M6	A gestação só foi descoberta no terceiro trimestre, onde foi referenciada para uma casa de acolhimento e iniciou o pré-natal em uma unidade de saúde, realizou os exames laboratoriais e de imagem e apesar de sentir-se bem cuidada, referiu que desejava mais respeito.
-----------	---

Durante a gestação, a maioria das mulheres não frequentou o pré-natal ou realizou seis ou menos consultas de pré-natal. Mesmo não estando em acompanhamento durante a gestação, foi relatado o desejo em ter seguido com as consultas e o acompanhamento materno-infantil. Apesar disso, em algum momento da gestação, as mulheres tiveram algum contato com unidades de saúde e os estímulos indutores, para a realização do pré-natal pelos profissionais, não foram suficientes para modificar o contexto.

Eu estava sentindo um pouco de dor, com seis ou sete meses... Chamaram o SAMU, “mediram” minha pressão, examinou tudinho e me levaram para a maternidade... A mulher agendou o dia e mandou eu voltar para fazer a ultrassom. Me deram soro lá, me ajustaram, deram um toque, e disse que estava tudo ok e me deram alta... (M1)

Quando eu estava grávida, só fiz exames quando internei no hospital, porque eu estava com anemia. Depois quando eu estava desinchada, fui embora, e depois só fiquei na rua e usando drogas, até seis meses... Eu não fiz o pré-natal porque a droga não deixava... A mente só corria para droga... Quando fiquei internada fiz exames, mas nem sabia se era menino ou menina (M2).

Eu descobri que estava grávida porque passei mal. Fui em um posto de saúde, mas só realizei três consultas. Eles marcavam as consultas, mas eu esquecia... No posto eu fui tratada como uma pessoa normal. Não tinha uma demonstração de afeto, de algum carinho, de cuidado... Estão ali para fazer o trabalho, olham a pessoa com outros olhos. Examinam o que tiver de examinar, passam o que tiver de passar e pronto (M5).

No hospital psiquiátrico eu descobri que estava grávida e me encaminharam pra cá (casa de acolhimento), mas já estava no final da gestação. Aqui, eles me levaram toda semana para uma UPINHA aqui perto, e fiz seis consultas, fiz todos os exames, exame de sangue e ultrassom, e descobri que era uma menina. Na realidade eu fui bem atendida na UPA... como já estava no final da gestação, foi tudo muito rápido (M6).

A dificuldade do acesso à assistência pré-natal é uma realidade das mulheres em situação de rua e para as mulheres da casa de acolhimento em questão, a unidade localiza-se em uma área que não tem abrangência de uma estratégia de saúde da família. Além disso, a maioria das mulheres que chega à casa de acolhida, já está na fase final da gestação, no terceiro trimestre, ou chega à unidade no período do puerpério. Esse fato pode ser confirmado a partir das falas dos profissionais entrevistados em que expõem a necessidade de estabelecer um fluxo para o atendimento dessas mulheres.

Quando elas chegam pra gente, elas já estão na fase final da gestação ou ela já vem no pós-parto com a criança. E a partir daí, que a gente faz todo o encaminhamento para a rede de saúde. Mas é muito precário, nossa rede de saúde nesse sentido... Então assim de certa forma pela maternidade gente até não tem muita dificuldade... Agora a questão da atenção básica é que não funciona (P2).

Não temos mais posto de saúde na área, somos uma área descoberta, quando precisamos, é na amizade mesmo, ou referenciamos para UPA ou hospital. Então se aqui que é uma casa de acolhimento para mulheres em vulnerabilidade social não tem nenhum serviço médico de referência para atendê-las, imagina as que estão literalmente na rua ainda??... (P4).

A nossa relação com a saúde é muito precária. O correto seria que a gente fosse referenciado ao PSF, mas ai não somos uma área de abrangência (P5).

O mãe coruja, existe a exigência que ela já tenha pelo menos uma consulta de pré-natal feita. Como a maioria já chega no final da gestação e sem essa consulta, fica difícil encaixar elas (P6).

A maioria chega pra gente, já no final da gestação ou já tiveram o bebê. Mas no geral, é muito complicado, muito precário. Por ela estar gestante, a gente ainda consegue um atendimento um pouco mais rápido com umas maternidades aqui perto, então de certa forma, nas maternidades não temos muita dificuldade, a nossa dificuldade é no posto de saúde, um exame, uma ultrassom... Por ser uma casa que atende mulher em situação de rua, já deveria ter um local certo para atender elas (P8).

Ainda na gestação, o uso de drogas pode ter influenciado no comportamento em não procurar assistência pré-natal, ou não dar seguimento aos cuidados durante a gestação. E a condição de estar gestante não modificou o comportamento quanto ao uso de drogas.

Usando droga e bebendo muito, mal comia. Era mais droga, cachaça e água, quando eu estava grávida... Depois só fiquei na rua e usando drogas, até seis meses. Eu não fiz o pré-natal porque a droga não deixava... A mente só corria para droga... (M2)

Um dia sai com uma amiga (também em situação de rua), passamos 13 dias usando drogas, eu comecei a passar mal. Já estava gestante, com uns três meses. Eu já sabia. Fui socorrida... Quando sai do hospital, voltei a usar de novo... Continuei usando drogas, mesmo grávida (M3)

Eu não fiz pré-natal. Não sabia que estava grávida, quando eu descobri, já estava com três meses...Eu não ligava, eu estava pela rua, não queria saber de nada. Só usava drogas e pronto... (silêncio) (M4).

Ficava muito na rua, fui para a casa de acolhida, mas depois voltava pra rua. Eu usava muita droga... (M5).

A casa de acolhimento tem um papel fundamental no encaminhamento dessas mulheres à assistência pré-natal, apesar de na maioria das vezes ter recebido mulheres com gestações avançadas, que são encaminhadas a uma unidade de saúde para iniciar o acompanhamento pré-

natal. Quanto aos atendimentos dos profissionais da saúde, as mulheres relataram que foram bem atendidas, mas gostariam de ter recebido mais orientações durante a gestação.

Atendimento mesmo (pré-natal), eu tive depois que cheguei na casa de acolhimento. Fui para uma obstetra, comecei o pré-natal, tomei vacinas, as medicações que ela passou, fiz ultrassom, exame de sangue, ela media minha barriga, tudo direitinho, não lembro quantas consultas foram, mas quem marcava era a equipe da casa de acolhimento... (M3).

Me encaminharam pra cá (casa de acolhimento), mas já estava no final da gestação. Aqui, eles me levaram toda semana para uma UPINHA aqui perto, e fiz seis consultas, fiz todos os exames, exame de sangue e ultrassom, e descobri que era uma menina. Na realidade eu fui bem atendida na UPINHA... Como já estava no final da gestação, foi tudo muito rápido. Eu acho que em relação ao pré-natal foi bom (M6).

Os relatos apresentados pelas participantes da pesquisa, reforça a presença da rede social primária e secundária no momento do parto e nascimento, garantindo assim o direito do acompanhante de escolha como é recomendando pelas boas práticas obstétricas.

Quadro 13 Categoria teórica 2- Cuidados vivenciados pelas mulheres em situação de rua, durante o parto e nascimento do seu filho.

Mulher	Unidades de análise
M1	A parturiente teve seu direito garantido da presença de um acompanhante, seu esposo (rede social primária). O suporte (apoio emocional, presencial e informativo) desenvolvido pelos profissionais da saúde (rede secundária) no momento do parto não minimizou o desespero da mulher diante do diagnóstico de sífilis congênita.
M2	A mulher teve ajuda do seu esposo (rede social primária) e dos profissionais da saúde, durante o trabalho de parto, parto e nascimento. O suporte (apoio emocional, presencial e informativo) desenvolvido pelos profissionais da saúde (rede secundária) não propiciou a aceitação do anticoncepcivo proposto. A mulher reconheceu que o uso de drogas e a ausência do pré-natal podem ter influenciado no parto prematuro e na saúde do seu filho.
M3	A mulher recebeu ajuda da cuidadora da casa de acolhimento e dos profissionais da saúde, durante o trabalho de parto, parto e nascimento (rede social secundária). Recebeu suporte (apoio emocional, presencial e informativo) dos profissionais da saúde e da casa de acolhimento (rede social secundária). A mulher relata que o parto foi do jeito que ela gostaria de ser cuidada. Todavia nenhum familiar esteve presente durante essa fase de vida da mulher.
M4	A mulher recebeu ajuda da colega de rua (rede social primária) e dos profissionais da saúde no parto e nascimento (rede social secundária). Recebeu suporte (apoio emocional, presencial) da sua mãe (rede social primária). Tentou parir sozinha por via vaginal na rua. Mas o parto foi cesariana na maternidade. A mulher relatou que durante o parto, foi cuidada da maneira como ela gostaria.
M5	A mulher fez uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Refere sentir-se acolhida pela equipe da maternidade (rede social secundária). Permaneceu acompanhada pela cuidadora da casa acolhida (rede social

	secundária). Recebeu apoio emocional, presencial e informativo da equipe de saúde e da cuidadora.
M6	A mulher esteve acompanhada pela cuidadora da casa de acolhimento (apoio presencial), mas refere que foi mandada permanecer calada e quieta mesmo estando com dor. Refere que não fez uso de métodos para alívio da dor e foi encaminhada para a cesariana. Apesar de considerar que foi bem cuidada durante a cesariana, refere que seu parto foi ruim e gostaria que fosse rápido igual ao anterior.

Durante o parto e nascimento, as boas práticas obstétricas foram mais evidentes nos relatos das mulheres entrevistadas. A presença de um acompanhante de escolha da mulher, durante todo o processo parturitivo e no pós-parto imediato, foi representada pela rede social primária (esposo e outras colegas em situação de rua) e secundária(cuidadora da casa de acolhimento em que estava asilada).

Meu esposo estava lá. Todo momento. Ele não saía de perto de mim para nada... (M1).

A cuidadora da casa de acolhimento só saiu de lá depois que minha filha nasceu, tirou foto.... E depois algumas usuárias se dispôs a ficarem comigo... Nunca fiquei sozinha, graças a Deus (M3).

Quem estava lá comigo foi a cuidadora da antiga casa de acolhimento, ficou tentando resolver a minha “lgação” (laqueadura) (M5).

De acordo com os relatos dos profissionais, a casa de acolhimento dispõe de cuidadores para acompanhar as mulheres nessa fase tão importante na vida da mulher, o parto, que, na ausência da família delas, assumem esse papel, prestando apoio emocional e presencial.

...O que passa a ser família delas, somos nós e as outras usuárias, e nós ajudamos no que está ao nosso alcance... Até acompanhar em hospital nas consultas e no parto nós vamos, elas não têm ninguém por elas, só a gente mesmo, e também não podem ficar sozinhas (P7).

...Então quem realmente acaba fazendo alguma coisa por essas mulheres são os próprios profissionais da unidade, uma ou outra amiga que elas fazem aqui. Às vezes, o companheiro manda um pouco de dinheiro para comprar as coisas da criança, mas no geral, somos nós que auxiliamos com tudo, nas consultas, no parto, e até com a criança (P8).

O suporte e o atendimento ofertado pelos profissionais nas maternidades, rede social secundária, foram em sua maioria, identificados como satisfatório. As mulheres receberam sobretudo apoios emocional, presencial e informativo.

...Lá fui muito bem atendida, foi bom, eugostei... O problema é que eu estava sentindo muita dor, e elas não poderiam fazer nada, porque ali é o trabalho dela, né? elas ficavam falando: “meu amor, você tem que ter calma. É a sua primeira viagem?” Eu disse: não. Elas: “então mãe, tem que ter calma” (M1).

O atendimento é ótimo... Eles cuidam bem da gente... As meninas lá são gente boa, a assistente social também é uma maravilha. A gente se sente protegida...Me ajudaram muito até sai com uma feira do hospital. Ela (assistente social) arrumou um ventilador pra mim...(M2)

...Lá tinha várias enfermeiras, uma percebeu que a bebê estava saindo, e rapidamente me deitou na cama e fez o parto. Rapidinho minha filha nasceu, eu não sofri nada...Graças a Deus fui bem atendida (M3).

...Não tive problema nenhum no atendimento...eles perguntaram sobre o pré-natal...mas,eu fui bem acolhida na maternidade. Quando cheguei lá, o menino estava atravessado. Eles me levaram pra cirurgia, disseram que eu iria para a cesariana rápido, porque eu já estava tendo hemorragia...Não tenho o que reclamar não...foi tudo normal...foi tudo ok (M4).

A presença do profissional da enfermagem, rede social secundária, foi identificada nos relatos das mulheres, em que foi ofertado apoio emocional, presencial e de informação.

Lá tinha várias enfermeiras, uma percebeu que a bebê estava saindo, e rapidamente me deitou na cama e fez o parto. Rapidinho minha filha nasceu, eu não sofri nada...Graças a Deus fui bem atendida (M3).

Ainda no que se refere às boas práticas obstétricas, M5 mencionou que fez uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e métodos de indução natural do parto. O acolhimento por parte dos profissionais foi um diferencial no momento do parto diante da experiência positiva.

Fiquei na bola, no cavalinho, tomei banho... Foi tudo diferente... Nenhum dos outros (partos) não teve esse negócio de cavalinho, nem teve bola... Quando eu cheguei, a médica deu um toque, disse que estava muito lento o parto, me botou no cavalinho, na bola. Uma menina (da equipe) fez massagem na minha lombar. Me ajudou muito... Mas, a médica é muito educada... Ficava brincando comigo para “quebrar o gelo”. Nem ponto eu levei (M5).

Quando questionadas sobre como a mulher gostaria de ter sido cuidada durante o parto, as entrevistadas afirmaram que o parto ocorreu da forma como elas gostariam e sentiram-se cuidadas, bem tratadas, através do apoio emocional, de informação e material.

Pra mim foi bom, não faltou nada. O ruim era ter parido na rua, em uma calçada sozinha, sem ajuda de ninguém, mas eu estava rodeada de médicos dentro de um hospital que sempre me observava, chegava uma pessoa perto de mim e perguntava

se eu estava bem... Fui bem tratada, o parto da minha filha foi do jeito que eu queria (M3).

Se os outros partos fossem assim, como esse, com esse tratamento... De ir para o cavalinho, de uma médica vindo para conversar, com conversa boa, ajudando... Isso é tão importante para nossa vida. Então foi tudo ótimo no parto dele. Queria eu que outros tivesse sido assim (M5).

Apesar das experiências positivas, duas mulheres relataram que gostaria que o parto fosse cesáreo devido às dores do parto ou por já ter realizado uma cesariana anterior. A partir das falas das mulheres ficou evidente que as indicações da via de parto foram de acordo com a evolução clínica do parto, e apesar do desejo de cesariana, as mulheres receberam informações sobre a condução do seu parto por parte dos profissionais.

Eu queria que fosse cesárea, mas ninguém queria fazer, porque ela disse já foi a primeira passagem, a segunda e pode ser a terceira normal também. Ela não podia fazer nada. Chorei muito, sofri muito. Ela disse que era muito arriscado pra mim porque eu tenho esse problema de hanseníase porque já atingiu meus nervos, aí ela disse não a gente tem condições não (M1).

Na realidade deveria ser mais rápido. Eu queria que fosse cesárea, porque na outra vez, também foi cesárea, e foi muito rápido. Então eu gostaria que tivesse sido igual (M6).

Quadro 13 Categoria teórica 3 - Cuidados vivenciados pelas mulheres em situação de rua, durante o pós-parto ou puerpério.

Mulher	Unidades de análise
M1	A mulher recebeu apoio (emocional) da equipe da maternidade. Contudo, não a encaminharam à consulta puerperal. O mesmo ocorreu no serviço onde tomava a injeção de benzetacil (tratamento para a sífilis). Ressalta-se que o tratamento de sífilis não está completo, pois o esposo não tomou a medicação. Na casa de acolhimento, a mulher em isolamento durante sete dias, recebeu ajuda (apoio emocional e instrumental) da equipe do abrigo.
M2	A mulher teve ajuda do seu esposo (rede social primária) e dos profissionais da saúde, durante o trabalho de parto, parto e nascimento. O suporte (apoio emocional, presencial e informativo) desenvolvido pelos profissionais da saúde (rede secundária) não propiciou a aceitação do anticoncepcivo proposto. A mulher reconheceu que o uso de drogas e a ausência do pré-natal pode ter influenciado no parto prematuro e na saúde do seu filho
M3	A mulher, após alta hospitalar, referiu que foi bem recepcionada pela equipe da casa de acolhimento e pelas outras usuárias e recebeu apoio (emocional, instrumental, informativo e presencial) quando precisou. Também recebeu ajuda da equipe do posto de saúde. Realizou consulta puerperal e a filha a consulta de puericultura após ser direcionadas pela equipe da casa de acolhimento. Não foi mencionado pela mulher esses encaminhamentos realizados pela maternidade onde pariu

M4	A mulher, após alta hospitalar, referiu que foi bem recepcionada na casa da sua mãe (rede social primária) recebeu apoio (emocional, instrumental e presencial). Também recebeu ajuda da equipe da maternidade em que realizou uma consulta puerperal. A mulher referiu ser bem cuidada pela mãe, mas retorna à rua temporariamente.
M5	A mulher recebeu apoio material de voluntários (rede social terciária. Após alta hospitalar, referiu que foi bem recepcionada na casa de acolhida (rede social secundária) e por seus outros filhos (rede social primária). Recebeu apoio (emocional, instrumental e presencial). Também recebeu encaminhamento para consulta de retorno, mas não procurou a unidade. ajuda da equipe da maternidade em que realizou uma consulta puerperal. Apesar de ser uma mãe experiente, refere que gostaria de mais orientações quanto aos cuidados com o RN.
M6	A mulher recebeu apoio presencial das cuidadoras da casa de acolhimento (rede social secundária), e mencionou não gostar da maneira como esse apoio era ofertado. Mesmo de maneira insatisfatória, referiu apoio dos profissionais da saúde (informativa). Após alta hospitalar, referiu que foi cuidada da mesma maneira pelos profissionais da casa de acolhida (rede social secundária). Apesar da mulher considerar que não foi bem cuidada pelas cuidadoras da casa de acolhimento, ela refere que sua filha é bem assistida na unidade.

Ainda na maternidade, no pós-parto imediato, algumas mulheres relataram que gostaria de ter recebido mais orientações quanto aos cuidados com seu filho e sua saúde. Apesar delas serem multíparas ainda expressaram a necessidade de os profissionais da saúde reforçarem orientações quanto aos cuidados com o RN.

Não chegou nenhum profissional para dizer que ele estava dormindo muito. Nenhuma enfermeira para falar que ele teria riscos se dormisse muito sem mamar, graças à Deus eu já era experiente... Ele ficou muito tempo dormindo, fui atrás da assistente social, e viram que a glicose realmente estava muito baixa, não sou médica para saber disso...Gostaria que dessem mais atenção à isso, ensinar às mães o que pode e o que não pode (M5).

Os profissionais não me orientaram em quase nada... Eles só falaram que não era pra deixar entrar água no ouvido da menina durante o banho, só isso (M6).

As orientações dos profissionais na maternidade quanto a consulta de pós-parto, não foram suficientes para modificar o comportamento da mulher em aceitar o contraceptivo indicado e retornar à consulta puerperal, seja ela na atenção básica ou na maternidade. Assim, não houve a continuidade do cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal, de acordo com os relatos a seguir:

No total passei oito dias de isolamento porque sai para o médico. Ela (profissional do posto que aplicou a Benzetacil) não me examinou... Quando estava no abrigo só fui para o médico para tomar a Benzetacil (M1).

Depois do parto fiquei lá pra botar o DIU. Eu digo: “Não vou botar nada. Mas elas mandaram eu ir, eu que não fui...(M2).

Eles mandaram eu voltar para uma consulta na maternidade, mas não voltei. Nem fui para o posto. Não tive essa responsabilidade de voltar (M5).

Por outro lado, algumas mulheres retornaram para a consulta puerperal e deram continuidade ao seu acompanhamento de saúde e do seu filho. Ressalta-se que a casa de acolhimento foi fundamental nesse atendimento pós-parto.

Procurei o posto de saúde, por que eu estava sentindo uma dorzinha “no pé da barriga” e como foi parto normal, a menina fez minha prevenção. Eu também não fui buscar porque eu sou um pouco relaxada...Fui bem atendida também fizeram prevenção. Tiraram sangue, fizeram exame de HIV. Aí eu disse: “Não vou fazer vou não, estou indo embora. Aí me dê a pomada que eu me viro.” Aí ela me deu... (M2).

Coloquei o implante do anticonceptivo, a enfermeira da casa de acolhimento, ela marcou em outro hospital...coloquei alguns meses depois que a minha filha nasceu. Eu também voltei para médica do posto, me levaram (equipe da casa de acolhimento) pra olhar como eu estava. A minha menina também foi acompanhada...Eu e minha filha sempre bem cuidada (M3).

Quando tive alta, depois voltei para o hospital para retirar os pontos e ver como estava. Eu e meu filho ficamos sendo acompanhados com uma geneticista por causa da síndrome dele... Ele é acompanhado pelo neurologista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta (M4).

Após a alta hospitalar, algumas mulheres foram encaminhadas para casa de acolhimento e referiram que foram bem recepcionadas, receberam apoio emocional, presencial e informativo.

Ou eu escolhia ir pra casa de apoio, ou ia perder minha filha pro conselho tutelar, porque eu não podia ficar com ela na rua não...Eu fui para um abrigo. Lá eu fui muito bem atendida (primeiro abrigo). Fiquei sete dias em isolamento, era lanche, água gelada para mim... (M1).

Quando tive alta o carro da casa de acolhimento foi me buscar. Quando eu cheguei lá as meninas (usuárias e os profissionais que trabalha na casa) estavam me esperando na porta, para ver minha filha. Foi aquela festa! o bercinho dela já estava arrumado, as coisas novas de berço...Tudo! Ali é maravilhoso (M3).

E depois que tivemos alta, fui para a casa de acolhimento... Na casa de acolhimento as cuidadoras me ajudavam muito com ele e meus filhos mais velhos também me ajudavam muito. Foi tranquilo (M5).

Algumas outras mulheres voltaram para a casa de um familiar ou para casa com seu esposo. Receberam apoio emocional, presencial e informativo da sua rede social primária: esposo, mãe, irmã e da vizinha.

Depois eu fui para minha casa... Meu marido alugou um quarto, eu fui viver bem...Mas o “dever” de casa, eu tinha que fazer... Aí eu me levantava devagarinho, e fazia as minhas coisas...Minha irmã me ajudou, só que ela não podia vir para minha casa... Ela mandava comida para mim, pegava a roupa para lavar...Minha vizinha me ajudava também, fazia minhas coisinhas...(M2).

Eu fui pra casa da minha mãe, fiquei com ela um tempo... Quando eu estava sem os meninos, que no caso estava com a minha mãe, eu ia na rua, mas voltava pra casa... Ele está com minha mãe até hoje... Ela fazia tudo por mim, cuidava das coisas...Eu fui cuidada normal como qualquer uma tinha que ser, não tive o que reclamar não, minha mãe cuidou como pode (M4).

A dificuldade no acesso ao serviço de saúde para a manutenção do vínculo entre os profissionais da saúde e as mulheres entrevistadas podem ser reafirmadas pelos relatos dos profissionais em que mencionaram a dificuldade do fluxo do atendimento desde a assistência pré-natal até a consulta puerperal.

Mesmo que elas vão para uma maternidade ter o bebê, elas não ficam em acompanhamento lá, a não ser aquelas que ou ela ou bebê tem algum problema de saúde, mas para exames e consultas de rotina, não temos esse ponto de apoio que seria o postinho (P7).

Depois que tem o bebê recebe alta, as vezes por algum motivo retornam para a maternidade, mas geralmente não precisa. Mas atendimento no PSF é muito raro conseguir hoje em dia (P8).

As orientações desde o pré-natal ao puerpério são fundamentais no processo de gestar, parir e amamentar, o que traz benefícios direto à saúde materno-infantil. Sobre amamentação, as mulheres participantes reforçaram a necessidade de orientações e estímulos ao aleitamento materno pelos profissionais da saúde.

Quadro 14 Categoria teórica 4 - Cuidados vivenciados pelas mulheres em situação de rua, durante o aleitamento materno.

Mulher	Unidades de análise
M1	A falta de apoio dos profissionais da saúde (rede secundária) no processo da amamentação, não impediu que a mulher iniciasse o aleitamento materno por iniciativa própria e com o apoio da sua irmã (rede primária). Este apoio foi decisivo. A mulher em uso de antibiótico prescrito pode amamentar. A casa acolhida ofertou os apoios necessários (informativo, emocional e instrumental).
M2	O apoio (informativo) ofertado pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação, o apoio (presencial) do seu marido (rede primária), a vivência de doação do seu leite e dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com a amamentação do seu último filho até os dois anos de vida. Todavia, esses apoios não evitaram as dificuldades com amamentação (ingurgitamento mamário) e de promover a interrupção de produção de leite.

M3	A mulher fez uso de drogas até o fim da gestação, mas ficou ansiosa para dar de mamar a sua filha. No entanto, só foi possível amamentar, após a autorização dos profissionais de saúde, mediante o resultado do exame toxicológico. Ela recebeu apoio (informativo) ofertado pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação e a vivência de dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com a amamentação da sua filha até os dois anos de vida e mais.
M4	A mulher não pode colocar seu filho no peito, mas amamentou por meio da ordenha e ofereceu seu leite por sonda e copinho. Ela recebeu apoio (informativo) ofertado pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação e do banco de leite. A mulher doou leite materno para o banco de leite da maternidade. A vivência de dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com o desejo da mulher em poder colocar seu filho diretamente no peito.
M5	A mulher recebeu apoio (informativo) pelos profissionais da saúde (rede secundária) sobre amamentação apenas no nascimento do segundo filho. E refere que apesar de ter conhecimento anteriores, gostaria de ter sido assistida quanto às orientações sobre o aleitamento materno. A vivência de dar de mamar (autoapoio) aos outros filhos colaboraram com o sucesso da amamentação.
M6	A mulher recebeu apoio (informativo) dos profissionais da saúde (rede secundária) sobre não poder amamentar e refere não ter o desejo de amamentar por ter a intenção de colocar sua filha para adoção.

Apesar da maioria das mulheres entrevistadas ter amamentado seus filhos, as orientações recebidas pelos profissionais foram citadas apenas na maternidade, o que reforça a necessidade de promoção e incentivo ao aleitamento materno desde o pré-natal. Contudo, as mulheres enfatizaram que a vivência de dar de mamar aos outros filhos e o autoapoio são fundamentais no processo do aleitamento materno.

A mulher (profissional da saúde) pegava no meu peito assim (mostra a pega) e ensinava. Eu:” Deixe que eu desenrolo, dei de mamar para sete filho com esse”. Eu até doava leite lá no hospital...No hospital elas diziam “mãe a senhora tem que dar de mamar é a saúde da criança, o peito é água, é o alimento, não deixa de dar de mamar seu filho, ele precisa do seu leite” (M2).

Na maternidade me deram orientações... No pré-natal ela (médica) sempre falava sobre como é que iria amamentar, qual a posição melhor, mas como eu sou mãe de outros, eu já sabia como amamentar, mas eu recebi orientações... Eu já fui pegando, e botando ela no peito. Pra mim eu me virei do meu jeito... Eu já sabia amamentar. Não precisei de ajuda. Foi tudo como deveria ser. (M3).

Apesar das mulheres já possuírem experiência com o aleitamento materno e terem vivenciado essa prática em gestações anteriores, M5 mencionou que gostaria de ter recebido mais informações, independentemente de ser múltipara ou não. Esse relato, reafirma a

necessidade dos profissionais da saúde acompanharem o processo do aleitamento materno, garantindo segurança e informação adequada para mulher e seu filho.

Amamentei todos os meus filhos, mas só fui orientada no segundo filho. As enfermeiras mostraram como era que tinha que lavar, como não podia deixar o lábio do bebê. Eu fui muito bem orientada, mas só no segundo mesmo. Nos outros, quando eu dizia que tinha outros filhos, já sabia, elas nem esperava ver direito se eu sabia mesmo ou não. E no dele (último filho) foi assim mesmo, nem esperaram pra ver eu colocando ele no peito (M5).

Eu acho que poderiam realmente ter visto se estava tudo direitinho, até me falado também que ele não poderia dormir muito, ter me orientado a amamentar mesmo ele dormindo. Poderia ter visto como a língua do neném tem que ficar. Falar tem que ser com a barriga na barriga (M5).

A entrevistada M4 citou que desejava amamentar seu filho, mas não foi possível devido ao diagnóstico de impossibilidade de deglutição do RN. Mas, o seu leite materno foi ordenhado e ofertado por sonda ao filho. Ela disse ainda que recebeu orientações e foi acompanhada pelo Banco de Leite Humano da maternidade.

Eu não amamentei ele, por conta da síndrome, ele não sabia mamar... ele mamava e respirava ao mesmo tempo, tinha dificuldade, poderia ter parada respiratória... Ele se alimentava pela sonda e depois ficou no copinho. Eu cuidei muito dele. Eu doeí muito leite também...ele tomava meu leite por sonda e eu doava para o banco de leite da maternidade (M4).

Em consonância com a realidade de M4, houve uma adaptação de uma das perguntas contemplada na categoria teórica: aleitamento materno— “Para você como deveria ser esses cuidados durante o processo de aleitamento materno?” — para “como você gostaria de ter sido cuidada durante esse processo da amamentação quando o seu leite era dado ao seu filho pela sonda?”

Eu fui bem cuidada. Eu fui orientada e acompanhada pelo banco de leite da maternidade. Elas me ensinavam a ordenhar o leite e dá pela sondinha na seringa (M4).

Já no relato de M6, a mulher não amamentou sua filha devido ao uso contínuo de medicações inapropriadas para a amamentação e também porque pensava na adoção dela. M6 acreditava que dar de mamar dificultaria nesse processo de adoção. A mulher afirma que foi orientada pelos profissionais da maternidade à não amamentar devido as medicações. Ressalta-se que a pergunta “Para você como deveria ser esses cuidados durante o processo de aleitamento materno?” foi adaptada à realidade dessa mulher.

Eu tomo remédio então nunca amamentei nenhuma das minhas filhas. Eu também não tinha leite... E não deixaram (profissionais da saúde) eu amamentar por causa das medicações. Não, sinto nem falta. Além disso, eu quero colocar ela pra adoção, então a pessoa que for adotar, não iria querer o filho de uma mulher que os cuidadores falam que está em situação de rua, e além disso, tem problema de esquizofrenia. Então é melhor não amamentar (M6).

O apoio da rede social primária composta por irmã, mãe e da rede social secundária, formada principalmente pelos profissionais da casa de acolhimento, foram enfatizadas como decisiva no processo do aleitamento materno.

Eu só dei de mamar quando eu estava no carro indo para o abrigo. Quando chegou no abrigo eu fiquei tentando, e nada dela pegar... Liguei pra minha irmã, ela disse: “com calma, você já deu banho nela? Bota ela direitinho assim no peito, faça uma pegada no peito que funciona direitinho...” Do jeito que ela estava dizendo, eu fui fazendo e ela pegou e até hoje (M1).

No abrigo a educadora disse que que não era pra usar droga mais... Que não era pra eu beber, porque tudo que eu faço vai pra minha filha...Mas graças à Deus faz 11 meses que não uso nada (M1).

Em casa, meu marido saia pra trabalhar só chegava a noite, quando estava com dor, ele (esposo) fazia massagem no meu peito, ficava alisando assim (mostra no seio) para o leite sair, esquentava a água para colocar (compressa) (M2).

Quadro 15 Categoria teórica 5 – Apoio ofertado pela rede social das mulheres em situação de rua.

Mulher	Unidades de análise
M1	A família da mulher é o marido e a irmã. Ambos forneceram ajuda durante o ciclo grávido-puerperal. A casa acolhida e a medicina precisam atender mais as necessidades dos abrigados.
M2	A rede social da mulher é composta pelo marido, irmã e vizinha, e todos forneceram ajuda durante o ciclo grávido-puerperal. A casa acolhida e a instituição de saúde não foram citadas como fonte de apoio.
M3	A rede social da mulher é composta pela equipe da casa de acolhimento e outras usuárias e todos forneceram ajuda durante o ciclo grávido-puerperal. As instituições de saúde não foram citadas como fonte de apoio.
M4	A rede social da mulher é composta por sua mãe que forneceu ajuda durante o ciclo grávido-puerperal. A colega da rua e as instituições de saúde não foram citadas como fonte de apoio.
M5	A rede social da mulher é composta por seus filhos mais velhos que forneceu apoio (emocional, presencial) durante o ciclo grávido-puerperal. Os voluntários e as instituições de saúde não foram citadas como fonte de apoio.
M6	A mulher menciona que na gestação anterior teve o apoio da mãe e do pai da filha mais velha, mas não menciona apoio familiar durante a última gestação. A rede social da mulher é composta apenas pelos profissionais da casa de acolhimento, que forneceu apoio (emocional e presencial) durante o ciclo

grávido-puerperal. Apesar disso, Os cuidadores e as instituições de saúde não foram citadas como fonte de apoio.
--

As pessoas da rede social primária que estiveram junto às mulheres em situação de rua nas etapas do ciclo gravídico-puerperal foram: a mãe, irmã, esposo, vizinha e filhos mais velhos. Quando essas mulheres foram questionadas como a sua rede social se envolveu na gestação, parto, nascimento, pós-parto e aleitamento materno afirmaram pela oferta dos apoios emocional, informativo e presencial.

A única pessoa que ficava na rua comigo era meu marido. No cuidado mesmo só foi minha irmã, me dava conselho, passava para me ver, quando eu preciso das coisas, um perfume, pomada, alguma coisa... Só quem me ajuda é minha irmã mesmo. Meu marido está preso, mas já me ajudou muito quando eu estava grávida (M1).

Eles me ajudavam. “vai no médico”, minha irmã dizia: “bora que eu levo você”. Era assim, chamava alguém, pedia ajuda. A vizinha que gosta de uma latinha. Eu dizia: “oh mulher me ajuda, que depois de uma latinha de cana.” ela me ajudava (M2).

Só foi minha mãe mesmo, nessa época...Ela que cuidou de mim e cuida até hoje dos meus filhos (M4).

Ninguém. Só quem se envolveu, foi minha filha mais velha mesmo. Ela que carregava água, pegava peso (M5).

A casa de acolhimento também foi citada por algumas entrevistadas como parte da sua rede social, a qual faz parte da rede social secundária. Por vezes, essa casa foi referenciada pelas mulheres como a única rede social que possuem, pois os vínculos com sua rede social primária eram inexistentes. A casa de acolhimento ofertou apoio emocional, presencial e instrumental.

Eu sempre fui bem cuidada. A casa de acolhimento também me estendeu muito a mão, fez muito por mim, por essa gestação... pra minha filha nascer perfeitinha, sem muita droga... (M3).

A casa de acolhida sempre ajuda né? É assistente social, É psicólogo na casa de acolhida... Comida, tem as cuidadoras também que ajuda com as crianças, ficou até comigo no hospital. Então, assim, o tratamento que eu tive grávida ou depois que ele nasceu, foi maravilhoso. Algumas coisas lentas. Mas não deixam de atender a necessidade da gente (M5).

De acordo com as falas dos profissionais, o fato das mulheres entrevistadas não mencionarem sua rede social primária como fonte de apoio, pode estar associado ao vínculo familiar fragilizado ou inexistente dessas mulheres em situação de rua. Para P1, a rede social dessa mulher, acaba sendo a própria instituição.

São vínculos familiares muito fragilizados ou até rompidos. Na verdade, a rede de apoio delas acaba sendo a própria instituição. É bem difícil. Alguns a família acaba se

sensibilizando com a questão da gestação, mas em outros acaba fragilizando ainda mais, porque as vezes ela já tem outros filhos que já estão no cuidado de terceiros, então acaba sendo mais um (P1).

Essas pessoas são os próprios profissionais da unidade...sobre a relação familiar já está muito fragilizada. Então pra família não existe... a gente passa a ser a família dessa pessoa... E as outras usuárias têm a questão da sensibilização por estar gestante ou com filho pequeno, elas se compadecem, ajudam no que for possível. É muito difícil essa aproximação com a família, porque muitas vezes já veem essa criança como um futuro problema (P2).

A alta complexidade ela remete à vínculos familiares muito fragilizados ou inexistentes... Se ela está aqui é porque que não é mais aceito pela família, ou não quer mais contato familiar (P5).

Muito difícil esse envolvimento. Como elas chegam no nível de acolhimento, a vinculação já é praticamente interrompida, ou muito fragilizada, então às vezes não é de interesse das mulheres, e nem da família. A gente não vê muito retorno com relação à família que a gente entra em contato... Muitas já chegam com um bebê, a família já tem a informação desse bebe, mas não vem (P6).

É muito difícil essa aproximação com a família, porque muitas vezes já não tem mais essa convivência. Então não é muito diferente disso... Então quem realmente acabam fazendo alguma coisa por essas mulheres são os próprios profissionais da unidade, uma ou outra amiga que elas fazem aqui (P7).

Apesar das instituições de saúde e os voluntários serem mencionados durante as entrevistas no CHD, não foram citados como fontes de apoio.

No último encontro com as mulheres em situação de rua, a síntese final do Círculo Hermenêutico-Dialético foi validada por elas, e teve algumas alterações quando comparada com a última síntese (C6) de todas as entrevistas. Portanto, essa síntese representa a realidade mais próxima dessas mulheres que vivenciaram as etapas do ciclo gravídico-puerperal em situação de rua (Quadro 17).

Quadro 16 Síntese final do Círculo Hermenêutico-Dialético: Construção da realidade das mulheres que vivenciaram a gestação, parto, nascimento, puerpério e aleitamento materno em situação de rua. Recife-PE, 2022.

SÍNTESE FINAL: CONSTRUÇÃO DA REALIDADE
A mulher grávida em situação de rua precisa de ajuda e tem carência de estímulos dos profissionais para o acompanhamento pré-natal, o cuidado de si e do seu filho. Porém, precisa ter a responsabilidade de buscar o atendimento, tendo em vista que estar gestante, precisa de um acompanhamento de saúde. A condição de estar gestante pode não influenciar no comportamento de abandonar as drogas e de procurar a assistência pré-natal. O uso das drogas pode aumentar durante a gestação ao pensar nas dificuldades que a mulher vai enfrentar ao criar um filho na realidade em que ela vive. Ao comparecer na unidade de saúde para realizar as consultas de pré-natal, a mulher pode não se sentir acolhida e desejar receber mais orientações quanto aos seus direitos. Essa assistência à gestante em situação de rua deve ser igual ao cuidado realizado a outra mulher da comunidade, pois todas são iguais. Contudo,

deve ser prestado um atendimento acolhedor, e que atendam às necessidades específicas das mulheres que vivem na rua. Neste período da gravidez, deixar de ingerir drogas é uma decisão da mulher. Porém, a dependência do uso de drogas torna essa decisão mais difícil. E ao fazer uso de drogas existe o arrependimento e o sentimento de culpa. O uso de drogas e a ausência do pré-natal pode influenciar no parto prematuro e na saúde do seu filho. Ainda na gravidez, na necessidade de internamento, o ambiente fechado do hospital e o sentimento de despreparo para cuidar do seu filho é motivo para fugir, retornar à rua e interromper o tratamento clínico. Todavia, a volta da mulher à rua pode estar relacionada ao comportamento da mulher em buscar liberdade. Por outro lado, algumas mulheres referem que o ambiente hospitalar pode ser um lugar seguro para estar com seu filho e o desejo materno de ver seu filho bem é um estímulo para permanecer na unidade e dar continuidade ao tratamento. No trabalho de parto, parto e nascimento a mulher precisa de ajuda do acompanhante, dos profissionais da saúde e de Deus. Deve ainda ser garantido a ela o direito de ter um acompanhante de escolha, mesmo que seja o esposo. Porém, essa ajuda do esposo pode não ser aceita pela própria mulher. A mulher sente-se sozinha no trabalho de parto e precisa da família. O apoio da família, nessa fase da vida da mulher, foi considerado ótimo, ofertado pela mãe, esposo, irmã e outros filhos mais velhos. Apesar disso, esse apoio familiar pode não ser citado. A cuidadora da casa de acolhimento pode ser considerada um acompanhante de escolha da mulher durante seu parto. Apesar de sempre precisar de alguém ao lado, principalmente se for uma cesariana, a mulher pode não ter ninguém para acompanhar neste momento. Contudo, mesmo com ajuda do acompanhante de escolha da mulher e dos profissionais da saúde, o trabalho de parto é da mulher, que é determinada para ter o seu filho, ela que coloca a força e dar à luz. Por outro lado, os profissionais da saúde devem respeitar mais as escolhas da mulher. A presença e o acolhimento dos profissionais da saúde são essenciais no processo do parto. Durante o parto, os métodos para alívio da dor como uso da bola, cavalinho, banho e massagem na lombar, e a presença de um profissional pode estar associado ao acolhimento e bem-estar da mulher. O apoio dos profissionais da saúde, podem não diminuir o desespero da mãe diante de uma doença do filho recém-nascido, no entanto, os profissionais têm o jeito de como falar para acalmar a mulher, assim, as orientações ajudam, mas não diminuem a angústia. No resguardo, na alta hospitalar, pode não haver encaminhamento da mulher em situação de rua para a consulta nos primeiros dias pós-parto como também o tratamento de saúde do casal poderá ser incompleto. Se a mulher sentir essa necessidade, mesmo que não tenha esse encaminhamento, a mulher deve procurar uma assistência médica pois é um zelo da mulher com ela mesmo, um cuidado próprio retornar ao hospital. Mas, na existência de encaminhamento e apoio dos profissionais da saúde a mulher pode não dar continuidade ao tratamento prescrito e não aceitar o contraceptivo recomendado, pois a escolha do contraceptivo deve ser da mulher, e não do profissional. Além disso, pode ser uma escolha da mulher não retornar ao serviço, independente da condição de estar em situação de rua ou não. Porém, algumas mulheres reconhecem a importância de retornar ao serviço de saúde para a sua saúde e de seu filho, no entanto, essa é uma decisão da mulher. Apesar disso, quando a mulher está em situação de rua, o retorno pode ser mais difícil por não ter um endereço fixo. Mas, quando a mulher sente-se acolhida e segura pode seguir as orientações, retornar ao serviço de saúde e utilizar o contraceptivo indicado. A equipe do abrigo e os profissionais das instituições ajudam a mulher nesse momento da sua vida, o resguardo. A iniciativa de amamentar o filho é da mulher, independente se os profissionais da saúde a orientaram, pois o corpo é da mulher e quem tem o comando do seu corpo é ela. Porém, a ajuda dos profissionais da saúde e de uma pessoa próxima, a vivência de doação de leite e dar de mamar aos outros filhos podem colaborar com o sucesso da amamentação. A mulher pode doar e receber leite materno do banco de leite quando seu filho precisa, mas não pode colocar seu filho para amamentar em outra mulher. Todavia, esses apoios e vivências podem

não evitar as dificuldades com amamentação e a interrupção de produção de leite, assim, a mulher precisa saber o que fazer para estimular a amamentação: comer doces, fazer massagens e beber muito líquido e ser persistente. A mulher precisa ter conhecimento de que algumas doenças e medicações não impedem a prática de amamentar. Mesmo as mulheres que já vivenciaram a experiência de amamentar seu filho em gestações anteriores, sentem a necessidade de orientações e auxílio dos profissionais da saúde durante a amamentação. A mulher gosta de amamentar seu filho, porém, pode se sentir cansada ao dar de mamar. A mulher sente o desejo de colocar seu filho no peito mesmo diante de um diagnóstico de impossibilidade para amamentar, e o apoio dos profissionais da saúde e do banco de leite são fundamentais na ordenha e no oferecimento do leite materno de outras maneiras para o recém-nascido. Apesar disso, existem mulheres que não têm o desejo de amamentar e sua escolha deve ser respeitada.

A rede social da mulher é composta pelo marido, irmã, vizinha, mãe, filhos e os profissionais da casa acolhida. Todos ajudam durante a gravidez, parto, resguardo e aleitamento materno. O cuidado da mãe pode não impedir a mulher retornar mesmo que seja temporariamente à rua, pois a mulher pode estar acostumada com a liberdade que encontrou na rua e não consegue atender as regras. O motivo pelo qual as mulheres buscam a rua, são pelas dificuldades da vida: violência, falta de dinheiro e outros motivos. A casa acolhida e os serviços de saúde precisam atender mais as necessidades dos abrigados, sobretudo a necessidade emocional e de saúde. Acrescenta-se que houve discordância ao afirmar que tanto a casa acolhida quanto a instituição de saúde não são fontes de apoio, pois a casa de acolhimento pode oferecer todo o apoio necessário a mulher em situação de rua durante a gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e amamentação. Ressalta-se que outras mulheres em situação de rua foram mencionadas como apoiadoras desses momentos da vida reprodutiva da mulher que vivem na rua, assim, pode existir troca de apoio entre as mulheres que vivem em situação de rua através da informação e cuidados.

6 DISCUSSÃO

As boas práticas obstétricas se relacionam com o cuidado assistido a mulher em sua singularidade biológica, em que o contexto social e histórico em que ela se encontra inseridas são considerados. Também a reconhecem como participante ativa e autônoma no processo de cuidar e a interação com a sua rede social em todo processo gravídico-puerperal (BRASIL, 2001; 2017).

A assistência à mulher e ao seu filho em todo ciclo gravídico-puerperal deve ser ancorada em recomendações baseadas em evidências científicas que inclui: evolução da gestação, iniciada no 1º trimestre de gestação, acompanhamento em todo pré-natal, durante o trabalho de parto, parto, puerpério e aleitamento materno. (BRASIL, 2013).

Os relatos das mulheres e dos profissionais da casa de acolhimento evidenciaram que a incompletude do acompanhamento das etapas desse ciclo reprodutivo ocorreu desde a assistência pré-natal, que comumente teve seu início apenas no terceiro trimestre da gestação. De acordo com as recomendações das boas práticas, a primeira consulta pré-natal deve ocorrer o mais precocemente possível, ainda no 1º trimestre, até a 12ª semana de gestação. Esta ação é importante à saúde da mulher e do feto uma vez que viabiliza a identificação de possíveis agravos a saúde de ambos, sendo possível prevenir, detectar e controlar possíveis intercorrências (RIBEIRO *et al.*, 2021; DO NASCIMENTO *et al.*, 2021).

As condições sociais, demográficas, obstétricas e psíquicas podem corroborar para o início tardio do pré-natal assim como a representação social da mulher sobre a fase na qual se encontra, incluindo condições de trabalho, experiências de violência de gênero, diferenças culturais, carência do apoio da rede social e desarticulação dos serviços de saúde (DO NASCIMENTO *et al.*, 2021; MENDES *et al.*, 2021).

Outro fator influente no início do pré-natal, é o diagnóstico tardio da gravidez, sobretudo às mulheres que não dispõem de planejamento familiar. Das mulheres entrevistadas, apenas uma referiu ter planejado a última gestação. Contudo, o acesso aos métodos contraceptivos, a prevenção de gravidez não desejada, o apoio do serviço de saúde e o acompanhamento da equipe deve ser garantido pela Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996), e está associado a atenção integral à saúde da mulher (BRASIL, 1996; SANTOS, BAPTISTA, CONSTANTINO, 2021). Entretanto, levanta-se a reflexão sobre a efetividade desse planejamento reprodutivo, e de sua real aplicabilidade na prática.

Não foi possível identificar nas entrevistas se a gestação atual ou as anteriores foram decorrentes de relação consensual ou de alguma violência sexual. Entretanto, a segurança das

mulheres em situação de rua pode ser questionada uma vez que elas procuram albergues por medo da violência sexual e física que poderiam sofrer, por outros moradores de rua, principalmente aqueles do sexo masculino (BISCOTTO, 2016).

A assistência pré-natal de maneira geral ainda é deficiente, na qualidade e no acesso. Portanto, torna-se um desafio ainda maior a assistência às mulheres em situação de rua que deve ser predominantemente similar ao ofertado a todas as gestantes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto soma-se ações específicas a vulnerabilidade social, ao de drogas, a violência e o surgimento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (LOPES; SANTOS, 2020).

As mulheres que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal em situação de rua, necessitam de um acompanhamento que considerem as demandas de saúde e suas condições de vida, além de atentar a negação de seus direitos e a exposição à violência (ROSA, BRETAS *et al.*, 2015; BARROS *et al.*, 2020). Fato que foi percebido em uma das entrevistas, a violência doméstica, o que pode estar inerente a condição de ser mulher e estar na rua. Dentre as violências contra as mulheres em situação de rua, em sua maioria, são denunciadas casos de abusos físicos, verbais e sexuais, que são cometidos pelos cônjuges, ex-companheiros, desconhecidos ou membros de instituições, por exemplo, pela polícia (SANCHOTENE, ANTONI, MUNHÓS, 2019).

Nos relatos das mulheres participantes da pesquisa, foi identificado que em algum momento da gestação, houve contato com o profissional e serviço da saúde. No entanto, observou-se que os estímulos indutores dos profissionais foram insuficientes para modificar o comportamento da mulher em busca da continuidade da assistência e cuidar de si e do seu filho. O desconhecimento por parte da mulher sobre a importância e a necessidade de realizar pré-natal completo, pode ser um fator impeditivo para que haja a adesão de forma eficaz. Assim, a educação em saúde durante a gestação promove empoderamento da mulher para prevenção de agravos à saúde materno-infantil e a ocorrência de violência obstétrica durante o parto (DA SILVA, *et al.*, 2021). Ressalta-se que a falta de suporte social da rede primária e secundária, falta de atuação significativa da assistência social, dificuldades da manutenção dos fluxos assistenciais para atender essas mulheres, influenciam no acesso aos serviços de saúde e na manutenção dessa assistência.

As ações de educação em saúde no período gestacional, estão diretamente ligadas a qualidade de vida durante o ciclo gravídico-puerperal e podem contribuir com a prevenção e redução de agravos, doenças e complicações, além de tornar mulheres conscientes e aptas a

serem protagonistas do autocuidado (CAVALCANTI, SOUSA, 2021). Fornecer orientação às mulheres é uma recomendação do Ministério da Saúde no pré-natal, a fim de informá-las sobre os riscos e os benefícios de práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto, sobretudo às mulheres com baixa escolaridade, e em vulnerabilidade social como as mulheres em situação de rua (BRASIL, 2017).

O enfermeiro, membro da rede social secundária, é o profissional que presta maior atendimento às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, sobretudo às mulheres em assistência de risco habitual. Assim, o enfermeiro habilitado, deve desenvolver as competências de educador em saúde desde o pré-natal ao puerpério e aleitamento materno por meio do apoio emocional e informativo (PEREIRA *et al.*, 2020).

A maioria das mulheres colaboradoras do estudo manteve o uso de drogas durante a gestação, e a partir da dialética foi observado que a participação da equipe foi insuficiente para tomada de decisão no tocante a mudança do comportamento de risco. O uso de drogas durante o período gestacional é associado a desfechos clínicos desfavoráveis maternos, perinatais e para o desenvolvimento da criança. Um estudo de caso-controle observou prevalência de 63,9% de uso de álcool na gestação, 58,3% uso de tabaco, 9,2% crack e 4,6% usavam maconha, e que o uso dessas substâncias esteve associado a ocorrência de hemorragias, alterações no desenvolvimento infantil, asfixia neonatal e complicações de ordem clínica a mulher (PEREIRA *et al.*, 2018). Nos relatos das mulheres entrevistadas, o crack, a maconha e o álcool foram as drogas mais utilizadas.

O uso de crack apresenta vários efeitos maléficos: escore do Apgar ao nascer baixo, alterações de desenvolvimento neuropsicomotor, baixo peso ao nascer, alterações nos reflexos primitivos, malformação congênita e microcefalia (XAVIER *et al.*, 2018, REIS; MENEZES; JARDIM, 2020). O uso crônico de maconha pode também levar ao desenvolvimento da Síndrome da Hiperêmese por Canabioide na gravidez, podendo levar a insuficiência renal aguda, esofagite erosiva, alcalose metabólica e hipocalcemia (JUSTI *et al.*, 2018).

No que se refere a amamentação, estudo que analisou 54 amostras de leite materno de 50 lactantes usuárias de maconha, evidenciou que foi o Δ^9 -THC (Δ^9 -tetra-hidrocanabinol) foi detectável em 34 (63%) das amostras até seis dias após o último uso relatado, com concentração mediana de 9,47 ng/mL (intervalo: 1,01-323,00). Cinco amostras apresentaram níveis detectáveis de 11-hidroxi- Δ^9 -tetra-hidrocanabinol (intervalo: 1,33-12,80 ng/mL) (BERTRAND *et al.*, 2018). No entanto, ainda não há um consenso estabelecido diante das entidades representativas, sobre o tempo aceitável entre o uso de drogas e a amamentação, além

disso, por mais que as mulheres sejam orientadas durante a amamentação, ainda torna-se escasso um atendimento especializado, direcionado pela condição do uso de drogas, além do controle desse consumo durante o aleitamento materno (RIBEIRO, FERNANDES, 2021).

Pesquisa retrospectiva com amostra de 15.634 mulheres relacionada ao uso de substâncias ilícitas como tabaco e álcool na gravidez, mostrou que a combinação foi associada a uma redução de 42% nas chances de iniciar a amamentação e de 39% nas chances de amamentação por pelo menos seis semanas. Além disso, a concentração de fragmentos dessas substâncias no leite materno pode levar a sintomas como à síndrome de abstinência neonatal, gastroquise, cólicas, constipação e sedação (SHATIL; LINDAU, 2020; NIDEY *et al.*, 2022).

No momento final do Círculo Hermenêutico-Dialético, as mulheres mencionaram que a gestação pode impulsionar ainda mais o uso de drogas devido aos sentimentos de angústia e ansiedade em criar um filho em extrema vulnerabilidade social, sem condições dignas de sobrevivência. A primeira demanda indicada na portaria de instituição de Equipes de Consultórios na Rua (eCR) consiste em ações da equipe na busca ativa e cuidados de pacientes usuários álcool, crack e outras drogas. A fase gestacional pode ser uma porta de entrada para realização de intervenções que dê suporte para o abandono do uso de drogas (BRASIL, 2011; TAMASHIRO; MILANEZ; AZEVEDO, 2020).

Outro fator que deve ser investigado durante a assistência pré-natal é a presença de IST's. Uma das participantes da pesquisa relatou realizar o tratamento incompleto durante a gestação para sífilis, devido ao medo das medicações afetar negativamente o feto, o que denota a falta de conhecimento prévio sobre o uso das medicações. A ocorrência da sífilis congênita consiste em um agravo de qualidade de assistência e das boas práticas obstétricas. A infecção do feto depende do quão precoce houve a infecção materna e sua ocorrência pode gerar abortamentos espontâneos, morte materna e neonatal, dessa forma é fundamental a identificação da sífilis na gestante o mais precoce possível para que seja realizada intervenção imediata para prevenção de infecção vertical (BRASIL, 2013).

No relato das mulheres participantes da pesquisa, foi evidenciado a procura das urgências e maternidades como porta de entrada para o SUS. A dificuldade territorial de mulheres grávidas em situação de rua, impossibilita o acompanhamento completo no pré-natal, problemática esta, que foi mencionada pelos profissionais que participaram do estudo. O atendimento a pessoas em situação de rua é garantido por meio da Portaria nº122 de Janeiro de 2011 do Ministério da Saúde (2011) que instituiu a organização e o funcionamento de

eCR, inclusa na Política Nacional de Atenção Básica, que são compostas por equipe multiprofissional a desempenhar ações de forma itinerante articulada com a Rede de Atenção à Saúde, incluindo Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e rede de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

Algumas mulheres entrevistadas mesmo não reconhecendo como fonte de apoio, citaram a casa de acolhimento e o centro POP durante a vivência do ciclo gravídico-puerperal. Essas instituições fazem parte do apoio social juntamente com os Centros de Referência da Assistência Social e Centros Especializados para População em Situação de Rua (PSR) que atuam na proteção e inclusão social, e se configuram como rede social secundária formal. Outras fontes de apoio que a mulher em situação de rua pode contar são as redes informais, representadas pelos voluntários e organizações não governamentais que também foram citadas nos relatos das entrevistadas.

No parto e nascimento, o ambiente hospitalar implica na utilização de diversas modalidades de procedimentos e tecnologias que visa proporcionar um nascimento mais seguro para a mulher e recém-nascido, minimizando assim casos de mortalidade materna e perinatal e prevenção de comorbidades. No entanto, é fundamental considerar que os avanços tecnológicos na obstetrícia, tornaram o parto e o nascimento vistos como processos patológicos que necessitam de intervenções desnecessárias que deveriam ser realizadas em caráter de exceção e não rotineiros (BRASIL, 2017).

A adoção de medidas não farmacológicas para alívio da dor foi enfatizada por uma das participantes da pesquisa. Entre essas medidas pode-se citar cuidados como deambulação, banho de aspersão, massagens na região cervical e sacral, utilização de bola suíça, musicoterapia, crioterapia, exercícios respiratórios e acupuntura (OLIVEIRA *et al.*, 2020), que além de aliviar a dor proporcionam sentimento de satisfação e oferecem a mulher humanização durante o trabalho de parto.

Na indução do parto, algumas ações ainda são culturalmente vistas como benéficas, o que denota a falta de conhecimento das mulheres, que foi comprovada por meio da fala de uma das entrevistadas quando mencionou que gostaria de ter utilizado medicações para acelerar o processo de parto, a indução medicamentosa. De acordo com as boas práticas o uso de métodos farmacológicos para induções rotineiras são intervenções que descaracteriza o parto natural (BRASIL, 2017). Este contexto, reforça a necessidade de educação em saúde acerca do processo fisiológico do parto, que deve ser contextualizado desde a assistência pré-natal. O trabalho de parto, portanto, se trata de um processo natural e fisiológico em que mãe e filho são

protagonistas em todo processo de parturição por meio da ação de hormônios naturais, tornando desnecessário a utilização de intervenções com a finalidade de antecipar o nascimento (SILVA, *et al.*, 2017).

Ainda em relação ao trabalho de parto, a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 garante as parturientes a presença de um acompanhante escolhido pela mulher durante todo o trabalho de parto, desde seu início até o pós-parto imediato (BRASIL, 2005). A maioria das participantes da pesquisa informou que o seu direito foi garantido pela presença do acompanhante, membro da rede social primária e secundária, durante a parturição.

Os benefícios da presença do acompanhante durante o trabalho de parto incluem o apoio emocional a parturiente (maior confiança, minimização de sentimentos de solidão, tranquilidade para mulher e melhor evolução clínica do parto), fortalecimento de laços familiares (contato precoce da família com o RN, valorização da mulher, fortalecimento de vínculo familiar) e mudança na conduta profissional (humanização de condutas pela equipe) (GOMES *et al.*, 2019). Ressalta-se que a presença do acompanhante associa-se de forma positiva com o recebimento de orientações pela equipe de saúde (TOMASI *et al.*, 2021).

A função da rede social é oferecer apoio — emocional, presencial, informativo, instrumental e autoapoio— a mulher durante o trabalho de parto e pós-parto. Para isso, é preciso que os atores da rede social primária e secundária se envolvam com essa etapa de vida da mulher. Foi percebido que o esposo, a mãe e a amiga de rua, pessoas da rede social primária das mulheres em situação de rua do estudo, estiveram presentes no trabalho de parto delas. Segundo a Teoria da Rede Social, esta rede é formada por laços familiares, mas que podem incluir outros parentes, amigos e até vizinhos (SANICOLA, 2015).

No tocante a rede secundária, estavam os profissionais da saúde que as assistiram durante o parto e as cuidadoras da casa de acolhimento, os quais constituem a rede social secundária formal das mulheres em situação de rua. Este tipo de rede é integrado pelos serviços de saúde, escolas, serviços sociais, organizações sem fins lucrativos e mercados da esfera econômica, onde se desenvolvem as dinâmicas relacionais (SANICOLA, 2015).

O enfermeiro, integrante da rede social secundária formal, Além de apoiar às mulheres por meio de orientações necessárias, deve estimular a participação da rede social primária da mulher em situação de rua afim de proporcionar a confiança e valorização durante o parto (BULDUM; EMÜL, 2021). Percebe-se que durante o trabalho de parto e parto, os apoios emocional, informativo, e presencial foram ofertados pelos profissionais da saúde. Por isso, as

mulheres sentiram-se seguras e acolhidas, o que resultou em sentimento de satisfação durante o parto.

Apesar dessa satisfação durante o parto, a violência obstétrica foi evidenciada por meio de algumas falas das mulheres em situação de rua: “não me deixou gritar”, “me mandou ficar quieta”, “nos olham diferente”, “não me orientou em nada, só à não colocar água no ouvido do bebê”. A violência obstétrica está presente na realidade mundial, permeando os diferentes tipos, desde violências verbais, físicas e emocionais. Além disso, apenas o fato de não ter um acesso à saúde de qualidade no período gestacional e parturitivo, já se configura uma violência obstétrica (BRASIL, 2017; LEAL *et al.*, 2018).

No puerpério, devem ser observados sinais de risco à saúde da mãe e do bebê. A consulta puerperal tem a finalidade de reduzir agravos à saúde e mortalidade materna, uma vez que no puerpério a mulher pode apresentar complicações como surgimento de infecções, hemorragias e desregulação emocional e hemodinâmica (ACOG, 2018).

A assistência no pós-parto imediato oferecida pela equipe de saúde ainda na maternidade, foi considerada satisfatória pela maioria das participantes da pesquisa principalmente no tocante ao apoio emocional, informativo e presencial. Cuidar de forma atenciosa, ensinar, oferecer tempo para retirar dúvidas, estar presente, cuidar da paciente, das mamas e verificar a pressão arterial são consideradas boas práticas do ponto de vista da parturiente (MESQUITA *et al.*, 2019).

A consulta puerperal que deve ocorrer entre o 7º e 10º dia após o parto, foi realizada apenas por uma das mulheres entrevistadas. Os melhores indicadores de consultas puerperais são provenientes de mulheres que realizaram pré-natal acompanhado por mais de sete consultas, que receberam visitas domiciliares e que foram acompanhadas pela mesma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) durante a gestação, entretanto, de forma geral, no Brasil a adesão da consulta puerperal ainda é baixa. Dessa forma, é reforçada a necessidade de se incrementar a longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) (BARATIERI *et al.*, 2022).

A baixa adesão geral de consultas puerperais é um desafio para atingir a longitudinalidade a nível de ESF que assiste a um quantitativo de famílias delimitado por um território fixo, essa problemática é potencializada pelas eCR e o cuidado a mulheres em situação de rua que não apresentam territorialização fixa. Também foi mencionado por parte dos profissionais entrevistados, a falta do fluxo existente e a área de abrangência da instituição.

A ausência da rede social da mulher ou um apoio social inadequado pode estar associado ao risco de depressão pós-parto (NAKAMURA *et al.*, 2020). A rede social primária das

mulheres do estudo foi representada pela mãe, irmã, vizinha e cuidadores da casa de acolhimento, que ofertaram o apoio presencial e instrumental. Enfatiza-se que ainda há carência da presença efetiva da rede social primária, sobretudo no apoio emocional.

Em relação ao aleitamento materno foi possível observar que para algumas mulheres houve o incentivo para dar de mamar ao filho e para outras a quantidade de informações foi considerada insatisfatória. É importante mencionar ainda que algumas mulheres do estudo não pôde amamentar imediatamente o bebê pelo uso de drogas, medicamentos ou por alguma síndrome congênita do filho.

O aleitamento materno é um direito da mulher e da criança, assim, cabe aos profissionais da saúde **implementar ações** para que esse direito seja garantido de maneira exclusiva até seis meses e de forma complementar até dois anos de idade. Os benefícios imediatos do aleitamento materno consistem na redução de sangramentos e infecções, amenorreia lactacional, diminuição do peso, da depressão pós-parto, estresse e ansiedade. A longo prazo, pode-se mencionar a redução de taxas de doenças sistêmicas e crônicas como o câncer, diabetes, osteoporose, doenças cardiovasculares, artrite, esclerose múltipla, Alzheimer e síndrome metabólica (CIAMPO; LOPES, 2018). A amamentação ainda é a via de fornecimento de nutrientes e anticorpos para a criança, fornece vínculo afetivo entre a mãe e o filho, estima-se que o aleitamento materno reduza em até 13% da mortalidade infantil por causas preveníveis (BRASIL, 2021).

Embora seja conhecidos os benefícios tanto para mulher, quanto para o bebê sobre o aleitamento materno, existem diversos desafios para que sua adesão seja efetiva. Observa-se algumas dificuldades na amamentação relacionadas a compreensão inadequada da mãe sobre a quantidade de produção de leite, vazamento de leite, posicionamento da criança, prega, sucção da criança de maneira correta e o ingurgitamento da mama (CARREIRO *et al.*, 2018).

Essa falta de compreensão das mulheres entrevistadas, pode estar diretamente relacionada a ausência da orientação sobre a amamentação desde a assistência pré-natal. Ainda existem lacunas na qualidade das orientações em saúde para mulheres atendidas pelo enfermeiro, sobretudo quanto as orientações no manejo da amamentação (MARQUES *et al.*, 2020). Essa problemática evidencia a necessidade do enfermeiro enquanto profissional e educador em saúde, incentivar ao aleitamento materno e orientar de maneira eficaz à mulher e sua rede social sobre as particularidades da amamentação (SOUZA, NESPOLI, ZEITOUNE, 2016).

As principais dificuldades das mulheres em situação de rua para amamentar estiveram relacionadas a abstinência da droga (que por sua vez gera sintomas de fraqueza, cansaço e depressão); impossibilidade de amamentar uma vez que o resíduo da droga pode ser perpassado para a criança; e a carência de apoio familiar para oferta de cuidados com a criança.

Algumas intervenções da enfermagem para o aleitamento materno devem ser desenvolvidas pelo profissional, como: promover contato entre a mãe e o bebê o mais precoce possível; estimular amamentação exclusiva por seis meses de vida do bebê e complementar, após este período, por dois anos ou mais; incentivar livre demanda; orientar sobre o manejo e o cuidado no aleitamento materno; monitorar prega e posicionamento da mãe e do filho adequados; ofertar o apoio social articulado às necessidades da mulher e de sua família; orientar sobre dieta equilibrada, entre outras ações em atendimento à mulher e sua rede social primária (BULECHEK, *et al.*, 2020).

Os suportes ofertados pela rede social as mulheres em situação de rua, para o sucesso da amamentação, destacaram as experiências anteriores e autoapoio. Entretanto, chama a atenção que os profissionais encorajem a rede social primária e aos cuidadores da casa de acolhimento a oferecer o suporte necessário à nutriz, afim de garantir a amamentação exclusiva por seis meses de vida da criança. As práticas de apoios realizadas durante a amamentação, favorecem sua manutenção por um período maior, o que recomenda-se a necessidade da ampliação do cuidado da mulher, da criança e da família (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

A rede social primária das mulheres em situação de rua era composta pela mãe, irmã, companheiro, vizinha, filhos mais velhos e a rede secundária, pelos profissionais da casa de acolhimento. Percebe-se nos depoimentos dessas mulheres que o autoapoio foi o suporte principal no enfrentamento às mudanças biopsicossociais do ciclo gravídico-puerperal. Arelado a isso os profissionais afirmaram que os vínculos familiares com as mulheres em situação de rua são fragilizados ou inexistentes. O impacto da rede social e o apoio ofertado promovem experiências de bem-estar, que podem transformar hábitos das pessoas que vivem em situação de rua já cronicizada (CUMMINGS *et al.*, 2022).

Entre os tipos de apoio recebido durante o ciclo gravídico-puerperal o apoio emocional foi ofertado pela rede primária e secundária, pela empatia, preocupação e encorajamento. Também foi mencionado o apoio instrumental, quando refere-se à ajuda com donativos e o cuidado com a criança, ofertados frequentemente pelos profissionais da casa de acolhimento. Ressalta-se também a presença do apoio informativo por parte dos profissionais da saúde, por

meio de orientações e direcionamento principalmente durante o parto. Por fim, o apoio presencial, caracterizado pela disponibilidade em passar um tempo com a pessoa, exercido pelos cuidadores da casa de acolhimento e a rede social primária (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI,2013; SANICOLA, 2015).

7 CONCLUSÃO

Nas informações contidas nos relatos dos profissionais da casa de acolhimento e das mulheres em situação de rua participantes do estudo, foi possível compreender e analisar as potencialidades e vulnerabilidades desse público no que diz respeito a assistência à saúde e acolhimento recebido pelas mulheres durante o gestar e parir, assim como no período puerperal e a amamentação, considerando sua vivência na rua.

As participantes do estudo, as mulheres em situação de rua, estão em extrema vulnerabilidade social, vivem em condições sub-humanas e frequentemente fazem uso de drogas e outras substâncias. Apesar de estarem em situação de rua, a gestação traz visibilidade e cuidado da rede social para essas mulheres. Porém, ainda se faz necessário estabelecer fluxos para atender as necessidades específicas delas, sobretudo no decorrer das vivências das etapas do ciclo gravídico-puerperal.

Este estudo evidencia uma realidade preocupante relacionada ao cuidado à essas mulheres. Essa fragilidade assistencial teve múltiplos agentes compartilhadores da responsabilidade, desde o déficit da educação em saúde e de busca ativa pelos profissionais, até o interesse e a corresponsabilidade de sua saúde por parte das mulheres.

A ausência de consulta pré-natal ou a precariedade dos serviços pré-natais devido ao número de consultas insuficiente e déficit de exames, foram mencionados pelas mulheres. Tais fatos podem estar atrelados ao uso excessivo de drogas que ocasiona o desligamento da realidade e de responsabilidades; a burocracia institucional da casa de acolhimento que dificulta a implementação de cuidado durante a gestação; a falta de profissionais na busca ativa dessas mulheres; e um fluxo que não propicia a entrada das mulheres em situação de rua no SUS.

A equipe da casa de acolhimento, na maioria das vezes, não consegue atendimento em saúde para as mulheres em situação de rua, devido ao fluxo de busca, inclusão e efetivação do cuidado que é mal definido e com barreiras que impedem a adesão. Como também, pela falta de cobertura pelas ESFs onde a casa de acolhimento está inserida. Entretanto, mesmo com os percalços que envolvem a fragilidade assistencial ao público estudado, essas mulheres tiveram em algum momento do ciclo uma assistência à saúde por elas considerados como “satisfatório” ou de “qualidade”, seja durante a gestação, no parto ou no puerpério.

Os relatos das participantes trazem o enfermeiro, ator social da rede secundária dessas mulheres, capaz de promover intervenções relacionadas ao cuidado no ciclo gravídico-puerperal, especialmente o que envolve as ações de educação em saúde, na gestação, parto,

puerpério e aleitamento materno. Portanto, desde a formação acadêmica, o enfermeiro deve adquirir conhecimento das particularidades da população em situação de rua.

A educação em saúde voltada para as mulheres em situação de rua deve ser implementada por meio de comunicação clara, objetiva e efetiva. As ações educativas, oferecidas durante o ciclo gravídico-puerperal, precisam ser acolhedoras, humanizadas e individuais, capazes de envolver a mulher e sua rede social no processo do cuidado.

A rede social primária da mulher em situação de rua foi identificada como fragilizada ou inexistente, assim, a casa de acolhimento, rede social secundária, torna-se a principal fonte de apoio social, por meio do desenvolvimento do cuidado assistencial, orientações e apoio emocional. Além disso, muitas vezes realiza o suporte dos atores da rede social primária. As instituições de saúde apesar de ofertarem cuidados à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, não foram citadas como fonte de apoio.

Diferentes aspectos associados ao cuidado à saúde de mulheres que vivem em situação de rua foram observados: As casas de acolhimento são pontes facilitadoras para o acesso à saúde; essas mulheres, apesar de suas vulnerabilidades e educação preliminar, têm consciência de suas negligências, e, por vezes, desenvolvem ações dificultadoras do cuidado; o fluxo de acesso dessas mulheres aos serviços de saúde no período gravídico-puerperal é permeado de burocracias, dificuldades de acesso e falta de cobertura pela ESF; os agravos e exposição aos riscos inerentes à rua acarretam em complicações gestacionais, como parto prematuro, doenças, IST's e rede social inadequada.

No que se refere as boas-práticas do cuidar às mulheres em situação de rua, ao longo do ciclo gravídico-puerperal, alguns aspectos podem ser pontuados: Pré-natal – o atendimento dos serviços de pré-natal é insatisfatório, seja por dificuldade de acesso, descontinuidade do cuidado ou pelos cuidados inadequados e pouco informativo, condutas rotineiras não voltadas para as especificações desse público-alvo, e por evasão da própria mulher; Parto e nascimento – os atendimentos foram respeitosos com acolhimento da equipe e cuidados desenvolvidos com frequência. Mas, foi observado violência obstétrica; Cuidado puerperal – o apoio da equipe de saúde foi pouco evidenciado, no entanto envolvia a rede social da mulher. Amamentação – as ações de educação em saúde e o apoio à amamentação foram frágeis e por vezes inadequados. A maioria das mulheres amamentou seus filhos devido as vivências anteriores com a amamentação.

As mulheres em situação de rua devem ter seus direitos à saúde garantidos e o cuidado deve ser facilitado visto às fragilidades sociais encontradas. Processos burocráticos complexos tornam ainda mais difíceis o acesso a uma assistência adequada. Enfatiza-se que é necessário a revisão das políticas existentes para um acesso igualitário e facilitado, assim como o desenvolvimento de estratégias e ações para o alcance desse público. Realça-se também a importância do aumento de investimento de recursos pessoais, alimentícios, materiais e de estrutura física para acolhimento dessas mulheres uma vez que diversos fatores contribuíram para que elas estejam em situação de rua.

Pesquisas sobre o ciclo gravídico-puerperal e as mulheres em situação de rua devem ser realizadas com vistas a melhoria das políticas públicas e adequação dos serviços de saúde para atender as particularidades dessas mulheres. Recomenda-se também que a temática sobre as pessoas em situação de rua seja contextualizada desde a formação acadêmica em função da necessidade de preparo dos profissionais em atender às demandas específicas e assistência à essas mulheres. Ademais, ressalta-se a necessidade de que o público em geral tenha conhecimento dos direitos das pessoas em situação de rua. Menciona-se como limitação do estudo que a pesquisa foi realizada durante a pandemia, e por isso, o uso de máscaras dificultou visualizar as expressões faciais dos entrevistados — mulheres em situação de rua e profissionais da casa acolhida — tão importantes nas pesquisas qualitativas.

REFERÊNCIAS

- ACOG Committee Opinion. n° 736: optimizing postpartum care. **Obstetrics and Gynecology** v. 131, n. 5, e140-150, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002633>. Acesso em: 14 set. 2020.
- ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho *et al.* Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 50, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006661>. Acesso em: 11 ago. 2020.
- ALVES, Francisca Liduina Cavalcante *et al.* Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, e20180023, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180023>. Acesso em: 07 ago. 2020.
- ARAÚJO, Amauri dos Santos *et al.* O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. **Revista Enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 10, p. 4103-4110, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231171/25139>. Acesso em: 27 jan. 2020.
- AZARMEHR, Heather *et al.* Nursing practice strategies for prenatal care of homeless pregnant women. **Nursing for Women's Health**, v. 22, n. 6, p. 489-498, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.09.005>. Acesso em: 07 ago. 2020.
- BARATIERI, Tatiane *et al.* Longitudinal care: factors associated with adherence to postpartum follow-up according to data from PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103221>. Acesso em: 07 jun. 2022.
- BARROS, Keila Cristina Costa *et al.* Fluxograma do cuidado da (o) enfermeira (o) à gestante em situação de rua. **Comunicação em Ciências da Saúde**, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/ccs.v31i02.596>. Acesso em: 29 ago. 2021.
- BARROS, Keila Cristina Costa *et al.* Healthcare experiences of homeless pregnant women. **Revista Rene**, v. 21, e43686, 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143686>. Acesso em: 08 ago. 2020
- BEDASO, Asres *et al.* The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Reproductive Health**, v. 18, n. 1, p. 1-23, 2021. Acesso em: 29 jun. 2022.
- BEGGS, Ashton E.; KARST, Allison C. Effectiveness of pharmacy student-led health education in adult sex experiencing homelessness. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 27, n. 3, p. 954-960, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0125>. Acesso em: 08 ago. 2020.
- BERTRAND, Kerri A *et al.* Marijuana use by breastfeeding mothers and cannabinoid concentrations in breastmilk. **Pediatrics**, v. 142, n. 3,

e20181076, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1076>. Acesso em: 08 jul. 2022.

BISCOTTO, Priscilla Ribeiro *et al.* Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 749-755, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600006>. Acesso em: 07 jul. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 16, 23 dez. 2009.

BRASIL. Lei nº 11.108 de 7 abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p.1, 7 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Economia. **Nota técnica**: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf. Acesso em: 04 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Temático da Biblioteca do Ministério da Saúde**: Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**: Material de Trabalho para II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. **Nota técnica conjunta sobre diretrizes, fluxo e fluxograma para a atenção integral às mulheres adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf. Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social. **Rua aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília, DF: MDS, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Perguntas e Respostas: **Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – CENTRO POP**. Brasília, DF: MDS, 2011. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf. Acesso em: 05 ago. 2020.

BRASIL. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.NacionalMorad.Rua.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. 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] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, nº 19, p. 46-47, 2012.

BULDUM, Aysu; EMÜL, Tuba Güner. The fear of childbirth and social support in adolescent pregnancy. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 34, n. 6, p. 839-

846, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpap.2021.06.005>. Acesso em: 06 jan. 2022.

BULECHEK, Bulechek *et al.* **NIC Classificação das intervenções de enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2020.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>. Acesso em: 07 ago. 2020.

CARREIRO, Juliana de Almeida *et al.* Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 430-438, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800060>. Acesso em: 06 jan. 2020.

CAVALCANTI, Letícia Miná de Britto; SOUSA, Milena Nunes Alves de. Educação em saúde na Atenção Primária no ciclo gravídico puerperal: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e18010514662-e18010514662, 2021.

CIAMPO, Luiz Antônio Del; CIAMPO, Ieda Regina Lopes Del. Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 6, p. 354-359, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>. Acesso em: 27 fev. 2021.

COSTA, Samira Lima da *et al.* Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134769>. Acesso em: 08 ago. 2020.

CUMMINGS, Camilla *et al.* Social support and networks among people experiencing chronic homelessness: a systematic review. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 92, n. 3, p. 349-363, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/ort0000616>. Acesso em: 14 abr. 2022.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/>. Acesso em: 10 ago. 2020.

ENGSTROM, Elyne Montenegro *et al.* A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 50-61, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>. Acesso em: 06 abr. 2022.

FERREIRA, Carlos Augusto Lima. Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação. **Revista Mosaico**, v. 8, n. 2, p. 173-182, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18224/mos.v8i2.4424>. Acesso em: 12 ago. 2020.

FIORATI, Regina Célia *et al.* As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. spe, e72861, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.72861>. Acesso em: 10 ago. 2020.

GEBREYESUS, Hailay *et al.*

Experiences of homeless women on maternity health service utilization and associated challenge in Aksum town, Northern Ethiopia. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 359, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4201-3>. Acesso em: 11 ago. 2020.

GOMES, Iris Elizabete Messa Gomes *et al.* Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. e61, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769234170>. Acesso em: 13 set. 2020.

GOMES, Romeu. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto sírio-libanês de Ensino e pesquisa, 2014.

GORDON, Anna *et al.* Influence of past trauma

and health interactions on homeless women's views of perinatal care: a qualitative study. **British Journal of General Practice**. [S.l.] v. 69, n. 688, p. e760-e767, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp19x705557>. Acesso em: 12 jul. 2020.

GROTON, Danielle; RADEY, Melissa. Social networks of

unaccompanied women experiencing homelessness. **Journal of Community Psychology**, v. 47, n. 1. p. 34-48, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jcop.22097>. Acesso em: 12 jul. 2020.

JESUS, Samuel José Amaral de. O papel da educação em saúde frente às implicações da atenção básica: do profissional à comunidade. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 1, p. 1-9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.16891/250>. Acesso em: 12 jul. 2020.

JUSTI, Daniel Luis Titton *et al.* Maconha e gravidez: síndrome da hiperêmese por

canabinoide - relato de caso. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, p. 59-62, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000185>. Acesso em: 27 jun. 2022.

LEAL, Sarah Yasmin Pinto *et al.* Percepção da enfermeira obstetra acerca da violência

obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52473>. Acesso em: 15 ago. 2020.

LIMA, Vanessa Kelly da Silva *et al.* Educação em saúde para gestantes: a busca pelo

empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 968-975, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975>. Acesso em: 06 nov. 2020.

LIRA, Cindy Damaris Gomes *et al.* O acesso da população em situação de rua é um direito

negado?. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-8, 2019. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190004>. Acesso em: 23 jul. 2020.

LOPES, Jemina de Souza Fortunato Queiroz; SANTOS, Rosângela da Silva. Atuação profissional no pré-natal de gestantes em situação de rua: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, e566974475, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4475>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MAFFEI, Bruna; MENEZES, Marina; CREPALDI, Maria Aparecida. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. **Revista da SBPH**, v. 22, n. 1, p. 216-237, 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 fev. 2021.

MARQUES, Bruna Leticia et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>. Acesso em: 03 jul. 2022.

MENDES, L. M. C. *et al.* Representações sociais de puérperas sobre a adesão ao pré-natal na fronteira franco-brasileira. **New Trends in Qualitative Research**, v. 8, p. 130–137, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.130-137>. Acesso em: 03 jan. 2022.

MESQUITA, Nayara de Sousa *et al.* Perceptions of puerperas about nursing care received in the immediate post-breastfeeding. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 1, p. 160–166, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.160-166>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Qualitative Research Journal**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 23 ago. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

NAKAMURA, Aurélie *et al.* Informal and formal social support during pregnancy and joint maternal and paternal postnatal depression: data from the French representative ELFE cohort study. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 66, n. 5, p. 431-441, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020764020911409>. Acesso em: 14 jul. 2021.

NASCIMENTO, José William Araújo do *et al.* Principais fatores associados ao tardamento do pré-natal: Uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6, p. 28273–28286, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-376>. Acesso em: 15 jul. 2021.

NETTO, Leônidas de Albuquerque *et al.* As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, e07120015, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017007120015>. Acesso em: 05 fev. 2021.

NIDEY, Nichole *et al.* Breastfeeding initiation and continuation among women with substance and tobacco use during pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system 2016–

2018. **Breastfeeding Medicine**, v. 17, n. 6, p. 544-549, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/bfm.2021.0337>. Acesso em: 08 jul. 2022.

OLIVEIRA, Leiliane Sabino *et al.* Uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto normal. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2850–2869, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-128>. Acesso em: 18 ago. 2021.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Maternidade segura: Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>. Acesso em: 15 out. 2020.

PEREIRA, Cynara Maria *et al.* Drug use during pregnancy and its consequences: a nested case control study on severe maternal morbidity. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 40, n. 9, p. 518–526, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667291>. Acesso em: 09 ago. 2020.

PEREIRA, Vanessa Duca Valença *et al.* A atuação do enfermeiro obstetra e sua efetividade na educação em saúde às gestantes. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 62890-62901, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-646>. Acesso em: 25 ago. 2021.

PERNAMBUCO. Secretaria de Desenvolvimento Social Criança e Juventude. Secretaria executiva de assistência social. **População em Situação de Rua**. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 2020. Disponível em: <https://www.sigas.pe.gov.br/files/02072019115120-populacao.em.situacao.de.rua.final.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2020.

POLIT Denise F; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PRADO, Michely Aline Rodrigues do *et al.* Homeless people: health aspects and experiences with health services. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, e20190200, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0200>. Acesso em: 27 set. 2020.

RECIFE. Prefeitura do Recife. **CENTRO POP para população em situação de rua**. Recife, PE: Prefeitura da Cidade do Recife, 2018. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/servico/creas-pop-para-populacao-em-situacao-de-rua?op=MTQx>. Acesso em: 05 jul. 2020.

REIS, Gabriela Maciel dos; MENEZES, Fabiana Ramos de; JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa. Efeitos do uso do crack e cocaína durante a gestação para o recém-nascido. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 6, p. 92-100, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3610>. Acesso em: 04 jul. 2022.

RIBEIRO, Yasmin Clara Fernandes *et al.* The impact of pre-natal care for pregnant women in street conditions. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 14, p. e62101421512, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21512>. Acesso em: 21 jul. 2022.

RIBEIRO, Bruna Farias; MARCOLAN, João Fernando. Ser mulher e estar na rua: o sofrimento psíquico de mulheres em situação de rua. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e38391110038-e38391110038, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10038>. Acesso em: 06 jul. 2021.

RIBEIRO, Silmara de Fátima Teixeira; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Nutrizes usuárias de drogas e o desfecho da amamentação: estudo de corte. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 17, n. 1, p. 32-38, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.156968>. Acesso em: 15 jul. 2022.

ROSA Anderson da Silva; BRETAS, Ana Cristina Passarella. Violence in the lives of homeless women in the city of São Paulo, Brazil. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 53, p. 275-285, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0221>. Acesso em: 27 jul. 2022.

SANCHOTENE, I. P.; DE 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. 146-160, 29 out. 2019.

SANICOLA, Lia. **As dinâmicas da rede social e o trabalho social**. 2º ed. São Paulo: Veras editora, 2015.

SANTOS, Gilney Costa; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; CONSTANTINO, Patrícia. “De quem é esse bebê?”: desafios para o direito à maternidade de mulheres em situação de rua. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00269320> Acesso em: 05 jun. 2022.

SHATIL, Ben; LANDAU, Ruth. Opioid use and misuse in pregnancy. **Clinics in Perinatology**, v. 47, n. 4, p. 769-777, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clp.2020.08.004>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SILVA, Felicialle Pereira da; FRAZÃO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 805-814, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100513>. Acesso em: 15 jul. 2020.

SILVA, Thayná Champe *et al.* Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, e1294, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1294>. Acesso em: 19 ago. 2020.

SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam da *et al.* Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, e000100017, 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100017>. Acesso em: 14 jul. 2022.

SILVA, Rosiéle Campos Brum da, *et al.* Violência obstétrica: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde a família. **ScireSalutis**, v. 11, n. 2, p. 75-82, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2021.002.0008>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SOUSA, Alder Mourão de; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, p. 127-134, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n2/127-134/pt>. Acesso em: 18 set. 2020.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento; NESPOLI, Antonella; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, e20160107, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160107>. Acesso em 03 ago. 2020.

TAMASHIRO, Eliza Maria; MILANEZ, Helaine Maria; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. “Por causa do bebê”: redução do uso de drogas por gestantes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 1, p. 319–323, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100017>. Acesso em: 16 abr. 2021.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, v. 3, n. 2, p. 20-27, 2009. Disponível em: <https://hermanoprojetos.com/2017/10/27/saturacao-em-pesquisa-qualitativa/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00195815, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>. Acesso em: 03 ago. 2020.

VALE, Aléxa Rodrigues do; VECCHIA, Marcelo Dalla. “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 & Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 222-234, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180601>. Acesso em: 04 ago. 2020.

VALE, Aléxa Rodrigues do; VECCHIA, Marcelo Dalla. Sobreviver nas ruas: percursos de resistência à negação do direito à saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 25, e45235, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.45235>. Acesso em: 07 nov. 2020.

VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall; FARAH, Beatriz Francisco; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 182-192, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>. Acesso em: 07 nov. 2020.

WHO. World Health Organization. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912eng.pdf;jsessionid=48FD7634450D4E880CAE9630C24294E0?sequence=1>. Acesso em: 06 set. 2020.

WHO. World Health Organization. **Quality, equity, dignity:** the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health: strategic objectives. Geneva: World Health Organization, 2018.

WHO. World Health Organization. **WHO recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization, 2018b. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215eng.pdf?ua=1> <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 05 ago. 2020.

XAVIER, Daiani Modene *et al.* Puérperas usuárias de crack: Dificuldades e facilidades enfrentadas no cuidado ao recém-nascido. **Aquichan**, v. 18, n. 1, p. 32–42, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.4>. Acesso em: 07 nov. 2020.

Instituição como fonte de apoio	•	•	•				•	•	4
Aproximação familiar após o nascimento	x				x				

x Elementos novos

• Elementos saturados

APÊNDICE B– Formulário de coleta de dados

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OBSTÉTRICA

(Destinado a mulher – com vivência de rua)

Questionário nº _____

Código de identificação da entrevistada: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Telefone celular: (____) _____

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Idade (anos)			
Estado civil	1. () Solteira	1. () Casada	1. () União estável 1. () Viúva
Idade do último filho (meses ou anos)			
Escolaridade	1. () Não sabe ler nem escrever 2. () Fundamental incompleto 3. () F. completo 4. () Médio incompleto 5. () M. completo 6. () Superior incompleto 7. () S. completo		
Anos de estudo			
Profissão/ocupação			
Vínculo empregatício	1. () SIM () Formal () Informal	2. () NÃO	
Renda familiar			
Recebe benefícios sociais	1. () SIM Quais? () Bolsa família () Auxílio emergencial () Aluguel social () BPC () Outros _____	2. () NÃO	
Quanto tempo você está na rua?			
Quanto tempo você frequenta a apoio/acolhimento?			
ASPECTOS OBSTÉTRICOS			
Nº de filhos			
Idade do último filho			
Já sofreu algum aborto?	1. () SIM	2. () NÃO	
Sua última gestação foi planejada?	1. () SIM	2. () NÃO	
Faz uso de algum método contraceptivo?	1. () SIM	2. () NÃO	

Na última gestação, você frequentou o pré-natal?	1. () SIM	2. () NÃO
Qual foi o tipo de parto do seu último filho? Se Cesária, você sabe o porquê?	1. () Normal	2. () Cesária
O seu último filho, você amamentou?	1. () SIM	2. () NÃO
Se sim, por quanto tempo (dias)?		

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista
(Destinado a mulher – com vivência de rua)

1	Categoria teórica: GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL
	<input type="checkbox"/> Cuidados Pré-natais vivenciados pela mulher-mãe em situação de rua durante o período gestacional.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Como você foi cuidada durante a gestação do seu filho? ● Para você como deveria ser esses cuidados durante a gestação do seu filho?
2	Categoria teórica: PARTO E NASCIMENTO
	<input type="checkbox"/> Cuidados vivenciados pela mulher-mãe em situação de rua durante o parto e nascimento.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Como você foi cuidada no parto e nascimento do seu filho? ● E no parto e nascimento do seu filho, como deveria ser esses cuidados para você?
3	Categoria teórica: PERÍODO PÓS-PARTO
	<input type="checkbox"/> Cuidados recebidos pela mulher-mãe em situação de rua durante o puerpério.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Diga-me como você foi cuidada no seu resguardo? <p style="margin-left: 40px;">E no resguardo, para você como deveria ser esses cuidados?</p>
4	Categoria teórica: ALEITAMENTO MATERNO
	<input type="checkbox"/> Cuidados vivenciados pela mulher-mãe em situação de rua durante o aleitamento materno.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Como você foi cuidada durante o processo de aleitamento materno? ● Para você como deveria ser esses cuidados durante o processo de aleitamento materno?
5	Categoria teórica: REDE SOCIAL
	<input type="checkbox"/> Apoio das redes sociais, primária e secundária pela mulher-mãe em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Como as pessoas se envolveram durante a sua gestação, parto, nascimento, resguardo e aleitamento materno do seu filho? ● E sobre o envolvimento das pessoas desde a gestação até o parto, nascimento, puerpério e aleitamento materno do seu filho, como deveria ser esses apoios/cuidados para você?

APÊNDICE D – Formulário de coleta de dados

(Destinado aos profissionais da casa de acolhimento)

Este questionário tem como objetivo analisar as vivências das mulheres em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal e suas interfaces com as boas práticas do cuidar, e assim, auxiliar a pesquisa de mestrado intitulada “**Mulheres em situação de rua: vivências no ciclo gravídico-puerperal e as interfaces com as boas práticas**”.

Nº do questionário _____

Data da entrevista: _____

DADOS PESSOAIS	
Sexo	(<input type="checkbox"/>) Masculino (<input type="checkbox"/>) Feminino
Idade (anos)	
Escolaridade	1. (<input type="checkbox"/>) Fund. completo 2. (<input type="checkbox"/>) Fund. incompleto 3. (<input type="checkbox"/>) Médio completo 4. (<input type="checkbox"/>) Médio incompleto 5. (<input type="checkbox"/>) Superior completo 6. (<input type="checkbox"/>) Superior incompleto 7. (<input type="checkbox"/>) Pós-graduação
Profissão/ocupação	
Função exercida	
Há quanto tempo trabalha na casa de acolhimento?	
QUESTÕES ABERTAS	
01	Fale-me sobre as condições socioeconômicas das mulheres acolhidas nessa casa?
02	Gostaria que você relatasse como percebe o atual sistema de saúde para atender as necessidades das mulheres em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal?
03	De que maneira os órgãos ou instituições dão suporte às mulheres em situação de rua, quando elas estão grávidas, no momento do parto/nascimento, pós-parto e aleitamento materno? Considere o local em que você atua.
04	Como você percebe a assistência dos profissionais da saúde diante da mulher em situação de rua, grávida, no processo de trabalho de parto, durante o pós-parto e no aleitamento materno?
05	Qual a sua opinião sobre o envolvimento das pessoas do convívio da mulher em situação de rua durante a vivência do ciclo gravídico-puerperal?

**APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Participantes da pesquisa)**

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 510/2016)

Convidamos a Sra. para participar como voluntária da pesquisa “**Mulheres em situação de rua: vivências no ciclo gravídico-puerperal e as interfaces com as boas práticas**”. que está sob a responsabilidade da aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Mikellayne Barbosa Honorato (residente na Rua Dona Cândida Maciel, Engenho Maranguape, Paulista-PE, CEP: 53423-550, fone:992372747 e e-mail: mikellaynebhorato@gmail.com) juntamente com as orientadoras desta pesquisa, Profa. Dra. Cleide Maria Pontes e Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal (Telefone: (81)2126-8566, e-mail ppgenfermagem.ufpe@gmail.com).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, após a leitura desse documento, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

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

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa intitulada, “Mulheres em situação de rua: vivências no ciclo gravídico-puerperal e as interfaces com as boas práticas”. Temo objetivo de analisar as vivências das mulheres em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal e suas interfaces com as boas práticas

do cuidar. A coleta de dados, agendada previamente na data e horário, ocorrerá em um local físico escolhido pela instituição e aprovado por você, será realizada por meio de uma entrevista com base nas suas memórias referente ao cuidado que você recebeu durante a sua gestação, parto, nascimento, período pós-parto e aleitamento materno. A entrevista terá um tempo médio de 20 a 30 minutos e será gravada em um gravador digital, após a leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que o seu consentimento será após a assinatura deste termo. No mesmo dia da entrevista, a mulher será convidada a escutar a gravação para a validação da fidedignidade do conteúdo que foi relatado por ela. Posteriormente, será apresentada a análise de todas as entrevistas, e juntos com as outras entrevistadas será construída o resultado final.

- **RISCOS:** A sua participação na pesquisa poderá trazer riscos para você, tendo em vista que poderão ocorrer constrangimentos diante de alguns questionamentos do formulário. Esses riscos poderão ser minimizados pela explicação do objetivo e da importância da pesquisa, como também diminuir as dúvidas da entrevistada quantas vezes sejam necessárias, como também você poderá optar por não responder à (s) pergunta (s).
- **BENEFÍCIOS:** Como benefício direto, as mulheres entrevistadas, destaca-se a compreensão de sua vivência experienciada coletivamente e o esclarecimento de dúvidas sobre a assistência e promoção do conhecimento sobre seus direitos no ciclo gravídico-puerperal. Em relação aos benefícios indiretos será promovido a caracterização do cuidado ofertado as mulheres em situação de rua que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal, identificando as particularidades e necessidades desse público.

Esclarecemos que as participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos profissionais, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em arquivo digital, sob a responsabilidade da Profa. orientadora, no endereço Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária, Recife-PE – CEP: 50670-901 – Departamento de Enfermagem, Fone: (81) 2126-3932, pelo período de mínimo cinco anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou

extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

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

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Mulheres em situação de rua: vivências no ciclo gravídico-puerperal e as interfaces com as boas práticas” como voluntário (a). Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Profissionais da casa de acolhimento)**

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr (a) para participar como voluntario pesquisa “Mulheres em situação de rua: vivências no ciclo gravídico-puerperal e as interfaces com as boas práticas”, que está sob a responsabilidade da aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Mikellayne Barbosa Honorato (residente na Rua Dona Cândida Maciel, Engenho Maranguape, Paulista-PE, CEP: 53423-550, fone:992372747 e e-mail: mikellaynebhonorato@gmail.com) juntamente com as orientadoras desta pesquisa, Profa. Dra. Cleide Maria Pontes e Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal (Telefone: (81)2126-8566, e-mail ppgenfermagem.ufpe@gmail.com).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, após a leitura desse documento, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

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

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa intitulada, “Mulheres em situação de rua: vivências no ciclo gravídico-puerperal e as interfaces com as boas práticas” tem o objetivo de analisar as vivências das mulheres em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal e suas interfaces com as boas práticas do cuidar. A coleta de dados, agendada previamente na data e horário, ocorrerá em um local

físico escolhido pela instituição e aprovado por você, será realizada por meio de uma entrevista com base nas suas vivências na casa de acolhimento diante das mulheres com histórico de rua e os cuidados que elas recebem durante a gestação, parto, nascimento, período pós-parto e aleitamento materno. A entrevista terá um tempo médio de 20 a 30 minutos e será gravada em um gravador digital, após a leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que o seu consentimento será após a assinatura deste termo.

- **RISCOS:** A sua participação na pesquisa poderá trazer riscos para você, tendo em vista que poderão ocorrer constrangimentos diante de alguns questionamentos do formulário. Esses riscos poderão ser minimizados pela explicação do objetivo e da importância da pesquisa, como também diminuir as dúvidas dos entrevistados quantas vezes sejam necessárias, como também você poderá optar por não responder à (s) pergunta (s).
- **BENEFÍCIOS:** Como benefício direto aos profissionais entrevistados destaca-se a compreensão de sua importância como funcionário da casa acolhida e o esclarecimento de dúvidas sobre a assistência e promoção do conhecimento sobre os direitos das mulheres com vivência de rua no ciclo gravídico-puerperal. Em relação aos benefícios indiretos será promovido a caracterização do cuidado ofertado as mulheres em situação de rua que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal, identificando as particularidades e necessidades desse público.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos profissionais, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em arquivo digital, sob a responsabilidade da Profa. orientadora, no endereço Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária, Recife-PE – CEP: 50670-901 – Departamento de Enfermagem, Fone: (81) 2126-3932, pelo período de mínimo cinco anos.

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

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

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Mulheres em situação de rua: vivências no ciclo gravídico-puerperal e as interfaces com as boas práticas”, como voluntário (a). Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

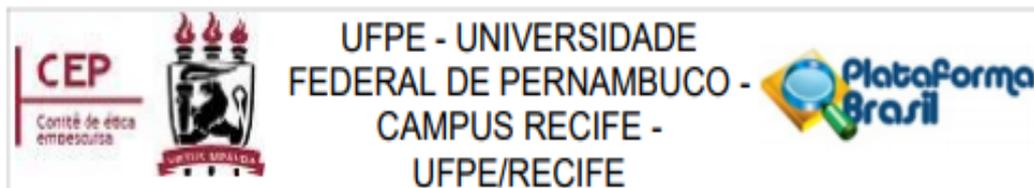
Assinatura do participante: _____

Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**ANEXO A- PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIÁLOGOS COM AS BOAS PRÁTICAS DO CUIDAR NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E A MULHER-MÃE EM SITUAÇÃO DE RUA

Pesquisador: MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42646821.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.604.760

Apresentação do Projeto:

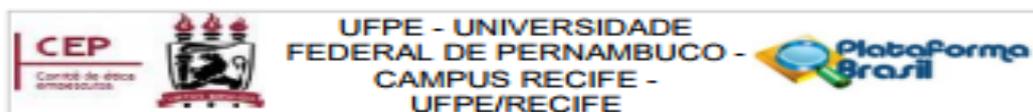
Trata-se da nova versão do projeto de dissertação de mestrado da enfermeira e mestranda MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO, que está sob orientação e coorientação das professoras e doutoras Cleide Maria Pontes e Luciana Pedrosa Leal, respectivamente.

Será uma pesquisa descritiva e qualitativa, a qual versará sobre as experiências de boas práticas de gestação, parto, amamentação e puerpério de mulheres-mães em situação de vulnerabilidade social, abrigadas temporariamente na casa de acolhida "O Recomeço" da prefeitura do Recife. Serão realizadas entrevistas presenciais semi-estruturadas com as mães participantes e também com os funcionários com mais de seis meses de atividade no referido local, após assinatura do termo de consentimento livre e informado (TCLE), em local privado/reservado e individual designado pela instituição, no corrente ano de

2021.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:



Continuação do Parecer: 4.894.766

Outros	DECLARACAO_DE_VINCULO.pdf	26/01/2021 18:32:20	MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	25/01/2021 17:22:00	MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO	Aceito
Outros	Lattes_Mikellayne.pdf	22/01/2021 19:49:18	MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO	Aceito
Outros	Lattes_Luciana_Leal.pdf	22/01/2021 19:49:02	MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO	Aceito
Outros	lattes_Cleide_Maria_Pontes.pdf	22/01/2021 19:48:46	MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	22/01/2021 19:34:04	MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFSSIONAIS.pdf	22/01/2021 19:31:53	MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MULHERES.pdf	22/01/2021 19:31:29	MIKELLAYNE BARBOSA HONORATO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 22 de Março de 2021

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

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, nº 5N - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 E-mail: cep@ufpe@gmail.com