

ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE DE POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

• VOLUME III

RENAN SALLAZAR FERREIRA PEREIRA
RENATA SOARES PASSINHO

Organização



DEPARTAMENTO
DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA



Castro 2011



**ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA
DE ENFERMAGEM**

Diretoria Nacional e Conselho Fiscal
Gestão 2022/2025

Jacinta de Fátima Senna da Silva

Presidente

Sônia Maria Alves

Vice Presidente

Rosalina Aratani Sudo

Secretária Geral

Aline Macêdo de Queiroz

Diretora do Centro Financeiro

Livia Angeli Silva

Diretora do Centro de Desenvolvimento da Prática
Profissional e do Trabalho de Enfermagem

Érica Rosalba Mallmann Duarte

Diretora do Centro de Publicações e Comunicação Social

Cassia Barbosa Reis

Diretor do Centro de Estudos e
Pesquisas em Enfermagem

Célia Alves Rozendo

Diretora de Educação em Enfermagem

CONSELHO FISCAL – TITULARES

Fidélia Vasconcelos de Lima

Maria do Amparo Oliveira

Keli Marini dos Santos Magno

CONSELHO FISCAL – SUPLENTES

Sandra Maria Cezar Leal

Lucília de Fátima Santana Jardim

PRODUÇÃO EDITORIAL

Paulo Roberto Pinto | Projeto gráfico e diagramação

Magdalena Avena | Assistente editorial

IMAGEM DA CAPA

João Carlos Corrêa | Artista Independente. São Paulo, SP, 2021.

E56 Enfermagem no cuidado à saúde de populações em
situação de vulnerabilidade: volume 3/ Organização:
Renan Sallazar Ferreira Pereira; Renata Soares Passinho;
il. , color. -- Brasília, DF : Editora ABEn, 2023.

154 p.

ISBN 78-65-89112-19-8

e-Book (PDF)

Textos de Autores Diversos.

1. Enfermagem. 2. Assistência à Saúde 3. Saúde
Pública. 4. Vulnerabilidade em Saúde 5. Populações
Vulneráveis I. Associação Brasileira de Enfermagem.
II. Renan Sallazar Ferreira Pereira (Org.). Renata Soares
Passinho (Org.).

CDU 613.9

CDD 613

Ficha catalográfica elaborada por Magdalena Avena CRB SP-009663/O

2023.v1.1

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c07>

TECNOLOGIAS LEVES NO CUIDADO DO ENFERMEIRO A MULHERES NO CONSULTÓRIO NA RUA

Nayara Gonçalves Barbosa^I

ORCID: 0000-0003-3646-4133

Lise Maria Carvalho Mendes^{II}

ORCID: 0000-0001-9325-8382

Juliana Branco Castro^I

ORCID: 0000-0002-3158-9669

Lucila Castanheira Nascimento^{II}

ORCID: 0000-0002-7900-7111

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz^{II}

ORCID: 0000-0003-1540-0659

^I Universidade Federal de Juiz de Fora,
Faculdade de Enfermagem.
Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.^{II} Universidade de São Paulo,
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.**Autora Correspondente:**

Nome: Nayara Gonçalves Barbosa

E-mail: nbarbosa@usp.br**Como citar:**

Barbosa NG, Mendes LMC, Castro JB, et al. Tecnologias leves no cuidado do enfermeiro a mulheres no Consultório na Rua. In: Pereira RSF, Passinho RS, (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 3. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 58-65 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c07>

Revisor: Renan Sallazar Ferreira Pereira
Universidade Federal de São João del-Rei.
Divinópolis, Minas Gerais, Brasil

INTRODUÇÃO

A população em situação de rua é definida como “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite ou como moradia provisória”⁽¹⁾. Embora a população em situação de rua seja composta predominantemente por homens⁽¹⁻²⁾, as mulheres apresentam condições de maior vulnerabilidade nas ruas, em um contexto complexo e estigmatizante, permeado por preconceitos, invisibilidade, violação da intimidade, violência física e sexual, exploração sexual, desigualdade de gênero e de direitos de saúde e sociais⁽³⁻⁶⁾.

Nas ruas, as mulheres apresentam piores condições de saúde física e mental, maior risco de morte prematura, de desenvolvimento de doenças crônicas, aquisição de infecções sexualmente transmissíveis, afecções ginecológicas e maior risco de gestações não intencionais, contribuindo para a perpetuação do ciclo da pobreza e da miséria, além de práticas de aborto inseguro^(3,4,6,7). Reconhecer a história, o contexto de vida, as subjetividades e as necessidades de saúde dessas mulheres tem o potencial de subsidiar estratégias de trabalho e promover o cuidado integral, fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na garantia dos direitos sociais⁽⁵⁾.

Nesse contexto, o Consultório na Rua (CnaR) foi instituído por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela Portaria nº 2.488, em 21 de outubro de 2011. Objetiva facilitar o acesso da população em situação de rua ao sistema de saúde, concebendo a porta de entrada aos serviços de saúde, em integração com as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e em articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde⁽⁸⁾.



A Equipe de Consultório na Rua (eCR) é responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território⁽⁹⁾, de modo a construir um *setting* terapêutico fundamentado no vínculo e no acolhimento das necessidades de saúde dessa população⁽⁸⁾. As atividades são realizadas de forma itinerante no território, ao encontro da população em situação de rua, mediante o desenvolvimento de ações *in loco*, em instalações específicas, na unidade móvel e nas Unidades Básicas de Saúde, em articulação e parceria com os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, além de ações intersetoriais para garantia dos direitos e acesso às tecnologias de saúde a essa população⁽⁹⁾.

As tecnologias que compõem o processo de trabalho e de produção do cuidado em saúde englobam aquelas inscritas nos instrumentos (tecnologias duras), o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e as tecnologias leves, que se referem às relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato⁽¹⁰⁾. As tecnologias leves possuem caráter relacional, inerentes à forma de agir no encontro entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos⁽¹⁰⁾. Envolvem escuta, diálogo, interesse, estabelecimento de relações de confiança, construção de vínculos, compromisso e responsabilização⁽¹⁰⁾.

Um modelo de produção do cuidado centrado no usuário e suas necessidades deve operar centralmente por meio das tecnologias leves e leve-duras⁽¹⁰⁾. A partir da escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores ao usuário, é possível garantir o acesso oportuno às tecnologias adequadas às suas necessidades e, assim, ampliar a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades mediante a avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco⁽¹¹⁾. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo conhecer o uso de tecnologias leves no cuidado do enfermeiro a mulheres em situação de rua no CnaR. Intenciona-se, com os resultados, fomentar reflexões acerca da relevância das tecnologias leves e relacionais no cuidado integral a mulheres em situação de rua na efetivação dos princípios do SUS.

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo⁽¹²⁾, cuja fundamentação baseia-se nos estudos teóricos da saúde coletiva, principalmente, de Emerson Elias Merhy⁽¹⁰⁾. O cenário do estudo foram os serviços de CnaR de modalidades II e III de dois municípios do estado do Pará que atendem a população em situação de rua, profissionais do sexo, indígenas *Warao* e outras populações em situação de vulnerabilidade no território. As equipes apresentavam composição variável com a atuação dos seguintes profissionais: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal e agentes sociais. Foram selecionados os enfermeiros que atuavam no CnaR há mais de seis meses. Os dados foram obtidos entre os meses de setembro e dezembro de 2022. O recrutamento das potenciais participantes se deu por meio de envio de e-mail com convite às secretarias estaduais e municipais de saúde do estado do Pará, a fim de obter o contato da coordenação do CnaR, que intermediou o acesso aos enfermeiros participantes do estudo. O convite para integrar a pesquisa foi enviado individualmente para cada enfermeiro.

Após a manifestação de interesse e concordância em participar do estudo, expressos mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado de forma digital, uma das pesquisadoras entrava em contato com o enfermeiro para o agendamento da entrevista semiestruturada, realizada remotamente e gravada no Google Meet®. As entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras enfermeiras, com títulos de Doutor e/ou Mestre em Ciências e experiência em pesquisa qualitativa, tiveram duração média de 60 minutos (mínimo de 40 minutos e máximo de 75 minutos) e foram realizadas uma única vez por participante.

O instrumento de coleta de dados seguiu um roteiro semiestruturado, composto por duas partes: a primeira, referente à caracterização das participantes, incluía idade, cor autorreferida, nível de formação (especialização, mestrado, doutorado) e tempo de atuação no CnaR; e a segunda, composta por questões abertas relacionadas ao cuidado do enfermeiro a mulheres em situação de rua.

Após a coleta dos dados, procedeu-se à transcrição das entrevistas. O conteúdo das entrevistas foi ordenado a partir da transcrição integral das gravações. Para garantia do sigilo e confidencialidade das participantes, as entrevistas foram identificadas com a letra “E”, Enfermeiro, seguida de um número ordinal correspondente à ordem de realização das entrevistas.



Os dados foram submetidos à análise temática indutiva⁽¹³⁾, conduzida em seis etapas: 1) Familiarização com os dados; 2) Geração de códigos iniciais; 3) Busca dos temas; 4) Revisão dos temas; 5) Definição e nomeação dos temas; e 6) Produção de relatório. Foram construídas duas categorias temáticas: i) A construção do vínculo com as mulheres em situação de rua: desafios para o enfermeiro; ii) Vínculo e acolhimento: instrumentos terapêuticos no cuidado à mulher em situação de rua.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o número CAAE 56604922.3.0000.5147 e número do parecer 5.390.304, de maio de 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

No desenvolvimento do estudo, participaram cinco enfermeiros: três do sexo feminino e dois do masculino. A média de idade entre os profissionais foi de 38,2 anos, variando de 31 a 53 anos, e o ano de formação foi entre 1996 e 2017. Quanto ao tempo de atuação no CnR, a média foi de três anos, sendo que metade desses profissionais iniciou sua atuação no CnR durante o período de pandemia por Covid-19, em 2020. Além disso, todos declararam possuir algum tipo de capacitação adquirida em serviço para atuar com a população em situação de rua.

A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO COM AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: DESAFIOS PARA O ENFERMEIRO

O encontro dos enfermeiros das eCR com as mulheres em situação de rua se dá em uma esfera desafiadora e sob forte tensionamento. Nas ruas, as mulheres vivenciam uma série de condições inóspitas que desafiam a sua sobrevivência, além da forma hostil com que são tratadas na sociedade, o que propicia um comportamento protetivo, por vezes agressivo, para manter o distanciamento das pessoas. Esse processo faz com que o enfermeiro encontre resistência na aproximação e no estabelecimento do contato com essas mulheres, por ocasião da oferta do cuidado.

Uma das mais difíceis (...), super brava, super turbulenta, agressiva, aquela que insulta todo mundo, que não respeita ninguém, que não tem medo de polícia, que apedrejou a nossa base [do Consultório na Rua]. (...) Então, assim, ela chega cheia de fúria, de ódio, de mágoa, né? Carregada de ódio por estar naquela situação que ela não consegue sair, e aí ela procura canalizar isso e direcionar pro mundo. (...) Ela está no momento dela, são pessoas adoecidas. E3

As pessoas não são acolhedoras com elas. Mas eu entendo a dificuldade de elas poderem chegar e serem atendidas, elas já passaram por muita coisa para poder estar ali. Não vêm de primeira. E1

A rua representa territórios existenciais em suas tensões constitutivas, um local onde as existências atuam e se perpetuam na produção de morte e vida, experiências de resistência, vivências que abrem passagem para a produção de diferentes formas de prosseguir na vida. A rua é marcada por códigos específicos e plurais, por uma rede viva de solidariedade, trocas, partilhas, assim como de disputas e desavenças. A rua comporta alegrias, dores, dissabores e desafios que interferem diretamente nas vivências e no processo saúde-doença das mulheres que ali vivem⁽¹⁴⁾.

O processo de construção do vínculo com as mulheres ocorre paulatinamente, ao longo do tempo, por meio do contato e presença constante do enfermeiro no território. O trabalho com a população do território permite o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população⁽⁹⁾. O acolhimento, a paciência, o estabelecimento de relações respeitosas e a cordialidade na abordagem à mulher são elementos fundamentais para a aproximação e criação de relações de confiança. O acolhimento possibilita a escuta e o oferecimento de uma resposta positiva que busque a resolução dos problemas de saúde⁽¹⁵⁾.



Nesse processo, tornam-se imprescindíveis, na atuação do enfermeiro, a reflexão contínua e a resignificação das ações para que o cuidado continuado se estabeleça no tempo do outro, a partir de pequenos passos⁽¹⁶⁾.

Na primeira abordagem, elas não gostam: "O que vocês querem com a gente?". Aí a gente deixa, volta no outro dia, já explica para elas. E2

Comigo tudo ocorre da forma mais cordial possível com ela. Com educação e acolhimento, porque, muitas vezes, ela até estranha isso. E1

Nem sempre é fácil, entendeu? Nem sempre é fácil. A gente chega de mansinho, uma tenta abordar uma vez, se ela recusar a gente vai num outro momento, num outro dia tentar abordá-la de novo. (...) E4

A construção do cuidado exige a atuação dos enfermeiros pautada na construção de vínculos que humanizem cada encontro. Faz-se necessário compreender sem julgar, além de respeitar e estabelecer limites⁽¹⁶⁾. A escuta qualificada tem em seus elementos presença e atenção, é livre de preconceitos e permite ao sujeito exprimir-se e abrir a porta ao reencontro da pessoa com ela mesma. A escuta atenta e livre permite a criação de um estado de confiança necessário que permitirá à pessoa ultrapassar seus medos⁽¹⁷⁾.

A gente vai criando esse vínculo, numa relação de fato de empatia, de simpatia, de amizade que a gente constrói junto com essas pessoas, com essas mulheres, e aí elas acabam depositando confiança na gente. A gente não está ali como um profissional rígido, como um profissional que faz julgamentos, e ter essa compreensão de que a gente tá ali de fato pra fazer o nosso trabalho e com a intenção de ajudar. E3

Uma conversa bastante informal, sempre sorrindo, fazendo brincadeira, e, às vezes, elas também fazem brincadeira. A gente entra ali naquela brincadeira, sempre sorrindo e não deixando ser assim aquele momento tenso como se fosse numa consulta, num consultório onde ficaria o paciente, o profissional atrás da mesa só fazendo pergunta. Eu gosto muito de falar com eles olhando no olho. Passando mesmo confiança. E5

A complexidade da abordagem a mulheres em situação de rua exige a implementação de estratégias de comunicação e escuta ativa pelo enfermeiro, compreensão de suas queixas e necessidades de saúde e respeito para que possam se expressar livremente. As tecnologias leves no cuidado possibilitam captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário; tais tecnologias contribuem significativamente para o enriquecimento e ampliação do raciocínio clínico dos trabalhadores de saúde e sua abertura para a existência do outro em sua singularidade⁽¹⁸⁾.

Quando ela direciona pra mim [o comportamento agressivo] e vê que não dá certo, eu falo: "Eu estou aqui pra te ajudar" (...). Aí, vamos lá: "O que você precisa?". "Ah, doutor, eu quero um remédio, quero um remédio pra dor". "Só queria falar mesmo". Então, está tudo certo. Entrou por aqui e saiu por aqui [a ofensa]. (...) Então, essa responsabilidade, essa confiança, funciona, mas funciona aos poucos, funciona no seu tempo. E3

Tem uns usuários que a gente nunca conseguiu abordar porque eles não deixam realmente. Mas têm uns que logo no começo não deixava, mas hoje em dia já são nossos camaradas. É tudo questão de conversa mesmo, de como tu aborda, de como tu chega com ele e pergunta, que fala, de como é a confiança que tu vai passar pra eles, entendeu? É desse jeito que a gente tenta conquistar. E4

Destaca-se, ainda, que o vínculo poderá ou não ser desenvolvido no contexto do trabalho em saúde, a depender do modo como são estabelecidas as relações entre os trabalhadores e as usuárias⁽¹⁹⁾. Assim, o vínculo é passível de ser construído, mas também pode ser desconstruído ao longo das relações entre os sujeitos, ou ainda, não ser alcançado. Dessa maneira, o vínculo precisa ser cuidado para a manutenção de



sua existência⁽¹⁹⁾. O vínculo somente se constrói a partir da permissão mútua, da reciprocidade, da postura ética de reconhecer o outro enquanto sujeito de pactuações, que tem necessidades, desejos, expectativas e uma diversidade de saberes que enriquecem a prática⁽¹⁹⁾.

Ao longo do tempo, e com a construção e fortalecimento dos vínculos, ocorre a aproximação das mulheres com os enfermeiros, com a expressão de seus sentimentos e subjetividades. Isso permite o estabelecimento de relações calorosas e horizontais no processo de cuidado, rompendo com as barreiras preexistentes. Assim, a produção de atos de saúde opera com altos graus de incerteza e com certo grau de autonomia dos trabalhadores, o que possibilita a criação de estratégias, construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção⁽¹⁸⁾. Esse processo se expressa na conformação da relação trabalhador-usuário, pautada em parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania⁽¹⁵⁾.

A gente cria um vínculo de amizade, na verdade, muito grande. Então, elas vão criando vínculo, né? Chegam, já gritam de longe, espalhafatosas, na maioria das vezes (...) têm umas que já vêm agarrando e até isso é engraçado porque tem muita gente que tem nojo de tocar nas pessoas e aí não! Eu vou e abraço e tal sabe? Então, muita gente tem preconceito por exemplo, muitas delas têm HIV por exemplo, já não gosta de tocar. E1

O mais importante, que eu acho, é criar vínculo com essas pessoas. Porque eles criam confiança na gente. E4

Eu tento, de todas as formas, conquistar. A palavra é essa: conquistar. Eu não sinto a resistência, mas eu sinto que eu devo conquistar aquela pessoa pra ela poder voltar. E5

VÍNCULO E ACOLHIMENTO: INSTRUMENTOS TERAPÊUTICOS NO CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA

Os enfermeiros valorizaram a criação de vínculos, o acolhimento, a escuta terapêutica e a humanização do cuidado, em busca da valorização do usuário enquanto cidadão de direitos e tratando-o de maneira equânime. Uma prática amparada pelos princípios do SUS, tais como equidade e universalidade, é um importante referencial para que a igualdade de direitos de cada cidadão se mostre presente no processo de cuidado a esses usuários. A universalidade parte do reconhecimento de que o acesso aos serviços de saúde é direito de todos, e é função do Estado subsidiá-lo, por meio de mecanismos institucionais ou políticas públicas, a fim de garantir acesso aos bens e serviços sem limitação ou impedimentos⁽²⁰⁾.

Com escuta humanizada, com afeto, com amorosidade, que eu não digo também nem homem e mulher e nem pessoas em situação de rua, é o atendimento que um ser humano precisa ter, né? Porque a gente trabalha com pessoas em situação de rua, mas, pra nós, não tem diferença se eles estão em situação de rua ou se ele é um cidadão que não está em situação de rua, que tem casa, que tem emprego. A gente atende eles como seres humanos, não faz essa diferenciação. Estamos num papel de profissional de saúde que ocupa também um espaço diferente, que poucos atuam nessa área. E3

É fundamental conhecer a história de cada usuária, como chegaram e (sobre)vivem nas ruas e chamá-las pelos seus nomes, nomes sociais ou apelidos de preferência. Essa conduta promove a valorização da identidade da mulher, o resgate de sua essência humana, dignidade e cidadania, uma vez que a vivência nas ruas favorece a invisibilidade do sujeito e a desconfiguração de sua identidade pessoal e social⁽⁵⁾. O reconhecimento das mulheres em situação de rua enquanto sujeitos portadores de vidas complexas e plurais, permeadas por subjetividades, saberes, desejos, alegrias e tristezas, é fundamental para a produção do cuidado de modo compartilhado, pois permite novas possibilidades de manejo dos problemas e sofrimentos⁽¹⁹⁾.

A gente acaba se familiarizando e chama elas pelo nome. A gente sabe o nome de cada uma, temos o prontuário, conhecemos a história delas, sabemos das queixas, das necessidades. Então, a gente acompanha com muito carinho cada caso; não tem diferenciação. E3



O estabelecimento de relações de confiança com o enfermeiro promove o reconhecimento das necessidades de saúde, a vinculação da mulher em situação de rua ao CnaR e, por conseguinte, o acesso aos diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde, visto que a fragilidade dos vínculos com a equipe pode comprometer a adesão das mulheres ao cuidado. Assim, o acolhimento e o vínculo são elementos imprescindíveis na produção da responsabilização clínica e sanitária, bem como de intervenções resolutivas que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença ⁽¹⁵⁾.

A gente tenta criar um vínculo, faz com que o usuário tenha confiança na gente pra poder dar essa continuidade ao trabalho. Porque se eles [pessoas em situação de rua] não tiverem confiança no profissional que está ali, não adianta, porque eles vão estar morrendo, mas eles não vão querer, não vão querer mesmo [receber assistência]. E, graças a Deus, a gente consegue ter essa confiança, essa ligação entre o profissional e o usuário. E4

O nível de carinho que elas têm pela equipe, abraçando, falando com a gente na rua, perguntando: "Quando é que eu tenho consulta?", "Quando é que vocês vão voltar?", "Quando é que eu posso voltar para passar lá na base?" [local em que são acondicionados os materiais do CnaR]". E3

O CnaR, em alinhamento com a PNAB, viabiliza a longitudinalidade do cuidado que pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente ⁽⁹⁾. Entretanto, devido ao perfil migratório, "nômade" da população em situação de rua, a continuidade do cuidado é fragilizada, dadas as constantes mudanças para outros territórios.

Eu sento, começo a perguntar um monte de coisa; é aí que elas, muitas vezes, vêm, mas como já estou há um tempo ali naquela área, já me conhecem. Então, muitas vezes, por mais que elas não me conheçam, já manjam que eu estou ali naquela área, aí já senta, já começam a se abrir de forma melhor. A gente tinha muita dificuldade no início. Hoje já está caindo um pouco essa barreira. E1

Geralmente, elas [pessoas em situação de rua] já conhecem o nosso trabalho solidário. (...) Muitas delas, a gente consegue dar continuidade, a gente aborda elas: "Olha, a gente vai fazer isso e isso". Mas aí, a gente depois não encontra mais essa usuária, ela sumiu. Você já vai encontrar essa usuária daqui há um mês, numa situação pior. Aí, a gente tenta acolher ela de novo. E4

O cuidado da enfermagem no consultório na rua implica autonomia do enfermeiro para agir e mobilizar recursos cabíveis na atenção às necessidades de saúde das mulheres. A construção de estratégias de cuidados individuais e coletivos implementadas na própria rua, ou em articulação com os serviços de Atenção Primária à Saúde de referência, ou nos demais equipamentos sociais e pontos da Redes de Atenção em Saúde ⁽¹⁶⁾, faz parte do rol de atividades do enfermeiro no CnaR. Destaca-se a importância da resolutividade no CnaR, a partir da articulação de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e implementar intervenções clínicas e sanitárias efetivas, centradas na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais ⁽⁹⁾.

A gente tem atendido às necessidades gerais (...) faço muita orientação em saúde com elas, faço essa educação em saúde para tentar sensibilizá-las. E3

A gente faz assistência lá desses que já estão, que a gente pode resolver ali, a enfermagem, oferecendo o que eu posso oferecer: um exame, verificação de sinais vitais, se estiver precisando de um curativo já é feito ali mesmo e o que ela precisar da questão de documento, auxílio, outro serviço, a gente faz os encaminhamentos pros outros setores que são parceiros da equipe, do programa. E2



O cuidado à mulher em situação de rua exige respeito, dignidade e garantia da privacidade. Nesse contexto, o enfermeiro busca alternativas para abordá-las e realizar ações e intervenções de cuidado em contextos de extrema precariedade e restrições das condições de atendimento. Deve-se garantir à mulher o direito a serviços de saúde com atendimento de qualidade, pautado nos princípios éticos, com o respeito à autonomia, privacidade, confidencialidade, sigilo e sem discriminação ⁽¹⁷⁾.

Fazer o exame dela é bem diferente do homem, né? Às vezes, o homem, se ele tiver que baixar a bermuda, o short, ele abaixa ali mesmo, muitos deles. A mulher é diferente, né? Apesar delas estarem na situação que elas estão, elas têm incômodo. Então, requer essa abordagem, esse cuidado diferenciado com ela. Chamamos, apesar do atendimento ser ali in lócus, na rua, a gente chama: "Ah, eu quero falar em particular, vamos para um local reservado, num quarto, numa sala que é perto". A gente improvisa, né? A gente trabalha com improvisação, porque o nosso carro é pequeno, não oferece ainda um consultório. E aí, a gente faz as improvisações no mercado, na feira, uma sala ali separada pra fazer esse atendimento com ela. Até separado mesmo da equipe, debaixo de uma mangueira, mas a gente faz. Se precisar fazer um exame físico mais reservado, a gente vai pra essa sala improvisada. E2

O acolhimento associa, na forma exata, o discurso da inclusão social, da defesa do SUS ⁽¹⁵⁾ e da defesa dos direitos humanos para população em situação de rua, propiciando o respeito à dignidade da pessoa humana e o atendimento humanizado e universalizado ⁽¹⁾.

A gente tem um compromisso muito grande com o trabalho e eu falo isso pra minha equipe, que não temos o compromisso só com o trabalho, temos um compromisso com as pessoas. A gente tem o compromisso com a vida dessas pessoas. (...) Esse compromisso de efetivar as ações, de procurar fazer com que essa política afirmativa, que é a política nacional para as pessoas em situação de rua, que elas sejam efetivadas de fato por cada equipe. E a gente costuma dizer que missão dada, é missão cumprida. Vai até o limite da honra. E3

O comprometimento com uma prática de saúde cada vez mais humanizada e equânime, que considere os diversos contextos e culturas, valorize a vida e a cidadania e respeite todas as condições e necessidades de cada sujeito ⁽¹⁾ é precursor de um cuidado horizontal, universalizado, e de direito de cada ser.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de cuidado do enfermeiro na equipe de CnaR a mulheres em situação de rua é desafiador. Os encontros são permeados por intensa tensão e desconfiança dessas mulheres. A presença constante do enfermeiro no território e a abordagem pautada no acolhimento, escuta e estabelecimento de relações horizontais e respeitadas são fundamentais para a construção do vínculo e das relações de confiança com essas mulheres, com benefícios diretos no processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Rua: Aprendendo a Contar[Internet]. Brasília, DF: MDSCF; 2009[cited 2022 Mar 25]. Available from: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
2. Nunes NRA, Rodriguez A, Cinacchi GB. Health and Social Care Inequalities: the impact of COVID-19 on people experiencing homelessness in Brazil. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(11):5545. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115545>
3. Cronley C, Hohn K, Nahar S. Reproductive health rights and survival: the voices of mothers experiencing homelessness. Women Health. 2018;58(suppl 3):320-333. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1296060>
4. Assegid DT, Abera L, Girma M, Hailu M, Tefera B. Pregnancy and sexual related problems among women living on the street in Dire Dawa City, Eastern Ethiopia, 2021: qualitative study. BMC Womens Health. 2022;22(suppl 1):429. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02006-3>



5. Barbosa NG, Hasimoto TM, Michelon TM, Mendes LMC, Santos GGD, Monteiro JCDS, et al. Atenção à saúde sexual e reprodutiva da mulher no consultório de rua. *Int J Environ Res Saúde Pública*. 2022;19(suppl 17):10885. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710885>
6. Barbosa NG, Hasimoto TM, Viana AL, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. O cuidado produzido às mulheres na Estratégia Consultório na Rua (eCR): uso de tecnologias leves. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). *Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade*: Brasília: Editora Aben; 2022. 14-24p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c03>
7. Guillén AI, Panadero S, Vázquez JJ. Disability, health, and quality of life among homeless women: A follow-up study. *Am J Orthopsychiatry*. 2021;91(suppl 4):569-577. <https://doi.org/10.1037/ort0000559>
8. Viegas SMDF, Nitschke RG, Bernardo LA, Tholl AD, Borrego MAR, Soto PJL, et al. Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. *Esc Anna Nery*. 2021;25(suppl 3):e20200222. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0222>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
10. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde Debate* [Internet]. 2003[cited 2022 Mar 25];27(65). Available from: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf
11. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
12. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
13. Braun V, Clarke V. One size fits all? what counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qual Res Psychol*. 2020;18(suppl 3):328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
14. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua, implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg Saude Debate*. 2014;52:153-64.
15. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 1999;15(suppl2):345-53.
16. Alecrim TFA, Protti-Zanatta ST, Palha PF, Ballesterio JGA. Advisory teams on the streets: a nurse's experience report. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220026. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0026en>
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
18. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p.59-72.
19. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, MerhyEE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e170627. <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>
20. Costa SL, Vida CPC, Gama IA, Locatelli NT, Karam BJ, Ping CT, et al. Gestantes em situação de rua na cidade de Santos, São Paulo, Brasil: Reflexões e desafios para as políticas públicas. *Saúde Soc*. 2015;24:1089-1102. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134769>