

Processo de trabalho no cuidado em saúde às mulheres em situação de rua

Work process in health care for women in street situation

DOI:10.34117/bjdv7n1-565

Recebimento dos originais: 01/01/2021

Aceitação para publicação: 21/01/2021

Amanda Pinheiro Magalhães Rocha

Enfermeira

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte - Feira de Santana - Ba

E-mail: apmagalhaes94@gmail.com

Maria Yaná Guimarães Silva Freitas

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte - Feira de Santana - Ba

E-mail: yana@uefs.br

Dailey Oliveira Carvalho

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte - Feira de Santana - Ba

E-mail: docarvalho@uefs.br

Vivian Ranyelle Soares de Almeida

Graduanda em Enfermagem

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte - Feira de Santana - Ba

E-mail: ranyalmeida98@hotmail.com

Diana Cardeal do Nascimento

Graduanda em Enfermagem

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte - Feira de Santana - Ba

E-mail: dianacardeal@hotmail.com

Jenny Caroline Vieira Moura

Graduanda em Enfermagem

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte - Feira de Santana - Ba

E-mail: jennycvmoura@gmail.com

Juliana Macêdo dos Santos Silva

Graduanda em Enfermagem

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte - Feira de Santana - Ba

E-mail: jully495.jm@gmail.com

Raquel Vieira Farias

Graduanda em Enfermagem

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte - Feira de Santana - Ba

E-mail: raquelvieirafariass@gmail.com

Denise Rios de Oliveira

Graduanda em Enfermagem

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte - Feira de Santana - Ba

E-mail: drios120115@gmail.com

Jamille Soares Dias

Graduanda em Enfermagem

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte - Feira de Santana - Ba

E-mail: jamille_sdias@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: descrever o processo de trabalho das equipes do Consultório na Rua no atendimento às mulheres em situação de rua. Metodologia: estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, realizado na base operacional da equipe do Consultório na Rua, de uma cidade do interior da Bahia. Participaram da pesquisa cinco profissionais de saúde. Os dados foram coletados no período de janeiro a fevereiro de 2020, por meio da entrevista semiestruturada e da observação passiva realizada nos espaços urbanos, e analisados através da técnica de Bardin. Resultados: Após a análise dos dados, emergiram as categorias temáticas trabalho em equipe e parceria com a rede de assistência; vínculo e acolhimento no processo de trabalho. Conclusão: o processo de trabalho permite planejamento e assistência mais qualificada através de diferentes perspectivas, nas quais cada profissional irá se atentar para uma questão específica de acordo com sua prática, definindo prioridades a partir da situação encontrada.

Palavras-chaves: População em situação de rua, Mulheres em situação de rua, Cuidado em Saúde, Consultório na rua.

ABSTRACT

Objective: to describe the work process of the Consultório na Rua teams in assisting homeless women. Methodology: a qualitative, descriptive and exploratory study, carried out on the operational basis of the Consultório na Rua team, in a city in the interior of Bahia. Five health professionals participated in the research. Data were collected from January to February 2020, through semi-structured interviews and passive observation conducted in urban spaces, and analyzed using the Bardin technique. Results: After analyzing the data, the thematic categories of teamwork and partnership with the assistance network emerged; bond and acceptance in the work process. Conclusion: the work process allows for more qualified planning and assistance through different perspectives, in which each professional will pay attention to a specific issue according to their practice, defining priorities based on the situation found.

Keywords: Homeless population, Homeless women, Caution in Health, Street office.

1 INTRODUÇÃO

O mundo das pessoas em situação de rua é constituído a partir das vivências e experiências tanto individuais, quanto coletivas. A rua é um local onde a luta para sobreviver é constante, sendo necessário criar estratégias para ganhar espaço e conseguir se adequar diariamente, driblando a fome, a violência, os estigmas da sociedade, as condições climáticas e também a falta de assistência. As batalhas enfrentadas por essa população são os obstáculos que precisam superar para satisfazer as necessidades básicas enquanto ser humano¹.

Nesse sentido, a maneira como se organizam os serviços de saúde, impacta diretamente na assistência prestada, tanto de forma positiva, como negativa. A forma positiva está representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que é universal e a negativa pela dificuldade de acesso e burocracia para que o atendimento seja efetivado. O Processo de Trabalho (PT) em saúde está relacionado à prática de seus profissionais e trabalhadores que atuam diariamente nesse ofício^{2,3}. Esse processo geralmente é repleto de dificuldades, portanto, reconhecê-las é fundamental, pois permite planejamento e a sistematização das ações e cuidados ofertados, além da definição das prioridades de acordo com a execução da assistência obtendo sucesso em suas tarefas^{4,5}. Assim, o PT das equipes do Consultório na Rua (CnR) tem grande valia, visto que a forma como se desenvolvem as atividades profissionais, como se realiza o trabalho, ou qualquer atividade que seja, contribui com o sucesso do alcance na execução das atividades a população em situação de rua.

O viver em situação de rua não é algo novo, é uma prática antiga, e dentro desse contexto encontram-se as mulheres⁶ que são expressamente marcadas por riscos e invisibilidade diante da sua singularidade, tornando-se necessário criar estratégias para promover uma assistência qualificada à esse grupo⁷. Desse modo, a importância de tornar visível essa população é gritante, ainda assim há omissão da sociedade que transmite e demonstra que a pessoa em situação de rua não se encaixa nos padrões socialmente estabelecidos; e do governo que trata esse grupo com desrespeito social, pois negligencia o executar de ações efetivas e trata a todos de forma homogênea, desconsiderando as particularidades de cada indivíduo⁸.

Na tentativa de estabelecer diretrizes e rumos que atendam a população em situação de rua, a sua rede social e a garantia dos seus direitos como cidadãos brasileiros, foi instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR)⁹. Partindo desse pressuposto, a estratégia do CnR, estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2011, possui o

objetivo de ampliar o acesso desses usuários à Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma integral¹⁰. Assim, as equipes do CnR formadas por: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, e técnico em saúde bucal, atuam em diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹¹.

O desejo de pesquisar sobre o tema surgiu durante academia após cursar os componentes curriculares de Enfermagem em Saúde Coletiva I, Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I e II e Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso I, no qual não era possível visualizar a presença das mulheres em situação de rua dentro dos espaços de prática, além do pressuposto de que o conhecimento da subjetividade inscrita na experiência de mulheres em situação de rua auxiliará os profissionais de saúde no atendimento. Com isso emergiu a seguinte questão norteadora: Como ocorre o processo de trabalho das equipes do CnR na atenção à saúde das mulheres em situação de rua? Para responder essa questão, o estudo teve como objetivo: Descrever o processo de trabalho das equipes do CnR no atendimento às mulheres em situação de rua.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com caráter descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa trabalha com os significados dos fenômenos, considerando a particularidade dos sujeitos estudados, obtendo respostas a aspectos que não podem ser quantificados, e seus objetos são fenômenos que ocorrem em um determinado tempo e local¹².

O método descritivo busca expor características de determinado fenômeno, experiências ou situações em uma população, já a abordagem exploratória aproxima-se do tema estudado de forma a torná-lo mais compreensível e a formular hipóteses, sendo importante para conhecer de forma mais ampla o fenômeno e a partir daí, delimitar os pontos a serem aprofundados¹³.

O estudo foi realizado na base operacional da equipe do CnR em uma cidade do interior da Bahia, local onde se encontram para planejamento das atividades, reuniões de equipe, dentre outros; e nos espaços urbanos onde as mulheres em situação de rua eram encontradas. Participaram do estudo cinco profissionais de saúde que atuavam na equipe do CnR e que prestaram assistência às mulheres em situação de rua. Os critérios de inclusão foram: ser integrante da equipe do CnR; ter prestado serviço à uma (s) mulher

(es) em situação de rua há pelo menos 30 dias, e os critérios de exclusão foram: profissionais de saúde em férias e de licença médica.

Os dados deste estudo foram coletados no período de janeiro a fevereiro de 2020, por meio de fonte primária através da entrevista semiestruturada efetuada na base operacional da equipe e da observação não participante ou passiva realizada nos espaços urbanos. A análise dos dados foi realizada com a técnica de análise de conteúdo, nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – inferência e interpretação¹⁴.

Este estudo respeitou os aspectos éticos da Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012 e n° 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil^{15,16}, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com parecer de número 3.747.208.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de 05 (cinco) profissionais de saúde que fazem parte da equipe do CnR. A faixa etária dos entrevistados diversificou de 32 a 53 anos, o nível de escolaridade mais presente foi o superior completo, já a carga horária de trabalho variou entre 30 e 40 horas semanais; e o tempo de formação diferiu de 6 a 25 anos de atividade, com atuação no programa CnR entre 4 a 5 anos.

4 TRABALHO EM EQUIPE E PARCERIA COM A REDE DE ASSISTÊNCIA

Sobre o PT em equipe, os profissionais relataram sobre a comunicação diante das demandas das pacientes, a importância da compreensão da necessidade da mulher e a articulação para dar o retorno daquela situação:

[...] ver o que precisando, o que não tá, quando um não tá o outro ver o que pode tá fazendo, sempre tá um comunicando com o outro, então é uma equipe que consegue utilizar, se ajudar bastante. (E1)

[...] a gente tem uma equipe muito afinada, de forma a entender cada demanda de cada paciente e trabalhar naquele problema. (E3)

A equipe deve compreender o PT acerca dos seus componentes (finalidade, objeto, instrumentos, força e trabalho) com o objetivo de alcançar os resultados. Neste caso, a assistência multidisciplinar foi considerada uma potencialidade do PT na equipe CnR, que

ao promover uma integração entre os profissionais e destes para os usuários, pode definir intervenções resolutivas em saúde¹⁷.

Em concordância com os atores supracitados, um estudo relata que a equipe trabalhando em conjunto e de forma articulada, permite a ampliação da capacidade de cuidado e de resolução de problemas de saúde, devido ao compartilhamento da responsabilidade pela melhoria da qualidade de assistência¹⁸. Esse achado ratifica o resultado da pesquisa, pela fala dos participantes que relatam a integração no trabalho como mecanismo de proporcionar resolutividades das demandas.

A equipe multiprofissional de saúde deve articular-se de modo que o conjunto de saberes, de conhecimentos e de experiências trazidos por cada um facilite o PT e contribua na resolução do problema, ou seja, um trabalho interprofissional e interdisciplinar¹⁹. Durante a observação no campo foi possível perceber a integração da equipe no planejamento do cuidado através da articulação entre si, para opinar e expor sua visão diante da situação de cada paciente.

Com relação às parcerias, os profissionais citaram que existe um apoio com a rede de assistência, que colaboram para a efetivação do cuidado às mulheres, no qual identificam as demandas das usuárias e, numa abordagem integral, articulam-se à rede básica de saúde e aos serviços intersetoriais:

[...] a gente tem muita facilidade do trabalho em rede, com serviços especializados, serviços intersetoriais de assistência de saúde, a gente tem essa porta aberta graças a Deus com todos os serviços. Nós somos a ponte de articulação. (E2)

Nós temos uma rede e cada vez mais... a gente observa que tá engajada no serviço, porque a gente precisa desse apoio e não existe serviço em sistema nenhum sem uma RAS [Rede de Atenção à Saúde] de qualidade, né? (E3)

A acessibilidade não significa somente a disponibilidade de artifícios para determinada demanda, a mesma refere-se às características dos trabalhos e dos recursos de saúde que limitam ou facilitam a entrada desse usuário ao serviço, só podendo ser compreendida na sua totalidade se o usuário tiver a oportunidade de utilizar a assistência^{18,20}. Nos resultados encontrados, os profissionais relataram a efetividade da RAS na oferta do cuidado aos pacientes e a colaboração dos serviços para prestar um apoio de qualidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS)²¹, a produção do cuidado da rede de assistência deve trazer consigo a proposta da humanização das ações e serviços de saúde. Portanto, visto que a equipe de CnR não tem o local fixo e o atendimento ocorre na rua, é

preciso ter articulação com a RAS, para que diante da impossibilidade da equipe em ofertar um procedimento, como realizar exames de laboratório e ultrassonografias; essa mulher seja encaminhada com agendamento garantido para os serviços intersetoriais: Programa de Saúde da Família (PSF), hospitais, laboratórios com atendimento do SUS, clínicas de imagem, entre outros.

5 VÍNCULO E ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO

Ao se tratar sobre o vínculo no PT, os profissionais descreveram a importância de garantir uma confiança por parte das pacientes, pois isso, além de gratificante, mostra o reconhecimento diante do trabalho realizado:

[...] pelo menos é fácil eu fazer o acolhimento né, o atendimento a eles, eles recebem a gente bem, conhece a gente, até quando a gente tá fora do trabalho [...] (E1)

[...] existe uma recompensa, porque é muito gratificante quando eles chegam na gente e agradecem, fala que somos as únicas pessoas que ouvem eles que chegam que aperta a mão que abraça, então eu digo que isso é uma facilidade. (E5)

As mulheres em situação de rua se reconhecem como invisíveis, diante de uma realidade que não conseguem superar, isso faz com que elas não se sintam merecedoras de atenção, já que possuem dificuldades sociais e problemas internos com a família, com o companheiro e com o uso de drogas. Sendo assim, as práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe do CnR devem ter como eixo fundamental a criação de vínculo, através de atividades pautadas no cuidar, utilização da empatia e reconhecimento da realidade desse público.

Diante desse vínculo, devem-se criar espaços onde essa mulher torne-se sujeito de seu próprio cuidado e não mero objeto de intervenção, buscando atender as diferentes demandas da mesma. Essa prática promove um envolvimento efetivo entre profissionais e usuários, na perspectiva de resolução de problemas²². Em uma pesquisa realizada pela equipe do CnR em um município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2010 e 2013, observou-se que nos primeiros encontros a população apresentava medo e constrangimento, a partir do momento que a equipe se aproximava e estabelecia uma relação, foi surgindo o desejo de ser cuidado²³.

Nos resultados deste estudo notou-se que o vínculo está presente na comunicação profissional-usuário, uma vez que é mais importante dar resolubilidade às demandas das mulheres, do que ficar preocupado com a produtividade diária, realizando escuta

qualificada para além do horário de trabalho, pensando no indivíduo como um ser que merece ser ouvido e reconhecido enquanto sujeito que tem escolhas.

Assim, os profissionais expuseram sobre a necessidade de se ter um olhar sensível diante do enfrentamento do cotidiano das mulheres, de modo que o acolhimento estivesse presente no trabalho diário, relatando sobre a resolutividade diante da demanda da paciente, independentemente do tempo que demore o atendimento prestado:

A gente não pode abordar o paciente e colocar deitada na rua [...] (E1)

[...] a gente trabalha com qualidade, não quantitativo, a gente trabalha muito no quali, que às vezes é um paciente em um dia, você fala assim: só vai atender um paciente no dia todo? Sim, mas foi um paciente que a gente atendeu e deu resolutividade aquele problema que ele tava. (E3)

[...] eu, hoje em dia, mesmo não estando com um horário no Consultório na rua, se for à noite, se eu vejo uma pessoa que tá em situação de rua, hoje em dia eu paro, converso, pergunto se está tudo bem. Eu falo: Oh, outro dia eu vou vir aqui. Então isso é uma facilidade, a gente pode atender qualquer hora [...] (E5)

O acolhimento perpassa por duas dimensões, sendo uma o posicionamento do profissional frente ao usuário e a outra se configura na organização da promoção do acesso e resolubilidade da atenção à saúde²⁴. Portanto, o profissional deve ser capaz de direcionar o olhar à mulher, através da escuta acolhedora, pensando nos aspectos biopsicossocioespiritual para trazer conforto e esperança de transformação, uma vez que esse público carrega dentro de si marcas da sobrevivência na rua²².

Assim, os resultados deste estudo permitiram identificar a existência do vínculo e acolhimento entre a equipe e a mulher. Diante do contexto, a escuta deve ser uma ferramenta do PT, visto que, é um meio de compreensão das trajetórias e das vivências na rua, não podendo desprezar o contexto social e as situações que levaram à mulher àquela realidade, na qual a equipe poderá interceder e resolver muitos dos problemas identificados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo, conclui-se que o processo de trabalho permite um planejamento e uma assistência mais qualificada através de diferentes perspectivas, nas quais cada profissional irá se atentar para uma questão específica de acordo com sua prática, definindo prioridades baseadas na situação encontrada, o que pode garantir uma resolubilidade mais completa das demandas das mulheres. Percebe-se que uma boa

relação entre profissional-usuário permite uma ampliação na possibilidade do cuidar e um melhor entendimento das necessidades da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Caravaca-Morera JA, Padilha MI. Entre Batalhas e Pedras: Histórias de vida de Moradores de Rua, Usuários De Crack. *Hacia promoc. Salud.* 2015; 20(1): 49-66.
2. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, educação e saúde.* 2003; 1(1).
3. Peduzzi M, schraiber LB. Processo de trabalho em saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde,* 2012.
4. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e auto avaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde Debate.* 2014; 38: 124-139.
5. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, Costa SM. Educação permanente e qualificação profissional para Atenção Básica. *Revista Saúde e Pesquisa.* 2017. 10 (1): 01-109.
6. Rosario GO. Análise das condições e modos de vida de mulheres em situação de rua em Porto Alegre - RS. Dissertação (Mestrado em Curso de Serviço Social) - Programa de Pós Graduação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.
7. Biscotto PR, Jesus MCP, Silva MH, Oliveira DM, Merighi MAB. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. *Rev Esc Enferm.* 2016; 50(5): 750-756.
8. Delfin L, Almeida LAM, Imbrizi JM. A rua como palco: Arte e (in)visibilidade social. *Psicol. Soc.* 2017; 29: e158583.
9. Ministério da Saúde. Governo Federal. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

11. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
12. Minayo MCS. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. 1. reimpressão. Petrópolis: Ed. Vozes, 2016.
13. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2019.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
15. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 de Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 10 de novembro de 2020.
16. Ministério da Saúde. Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe de normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <https://www.unaerp.br/documentos/3023-resolucao-510-2016-conep/file>. Acesso em 10 de novembro de 2020.
17. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Lowen IMV, Souza VMP, Goto DYN. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. Esc. Anna Nery. 2016; 20 (3):e20160069.
18. Previato GF, Baldissera VDA. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. Rev. Gaúcha Enferm. 2018; 39:1-9.
19. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery. 2018; 22(4).
20. Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(4):1165-1180.
21. 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 [internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 15 de novembro de 2020.

22. Duarte AHC. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. 2019; 18(2):1-14.
23. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. SAÚDE DEBATE. 2015; 39: 246-256.
24. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(6): 1839-1848.