

ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE DE POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

• VOLUME I

ESRON SOARES CARVALHO ROCHA
NOELI DAS NEVES TOLEDO
RIZIOLÉIA MARINA PINHEIRO PINA
RENAN SALLAZAR FERREIRA PEREIRA
EDUARDO SODRÉ DE SOUZA
Organização



DEPARTAMENTO
DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA

Castro - 2012/1

COMO CITAR

Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.).
Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 1.
Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. xx p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11>



**ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA
DE ENFERMAGEM**

Diretoria Nacional e Conselho Fiscal
Gestão 2020/2022

Sonia Acioli de Oliveira

Presidente

Marcia Regina Cubas

Vice Presidente

Lenilma Bento de Araújo Menezes

Secretária Geral

Sonia Maria Alves

Diretora do Centro Financeiro

Idenise Vieira Cavalcante Carvalho

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

Dulce Aparecida Barbosa

Diretora do Centro de Publicações e Comunicação Social

Esrn Soares Carvalho Rocha

Diretor do Centro de Estudos e
Pesquisas em Enfermagem

Edlamar Kátia Adamy

Diretora do Centro de Educação

CONSELHO FISCAL – TITULARES

Maria Goreti de Lima**Aline Macedo de Queiroz****Keli Marini Dos Santos Magno**

CONSELHO FISCAL – SUPLENTES

Claudia Capellari**Quesia Nayrane Ferreira****Maria do Amparo Oliveira**

PRODUÇÃO EDITORIAL

Paulo Roberto Pinto | Projeto gráfico e diagramação

Magdalena Avena | Assistente editorial

E56 Enfermagem no cuidado à saúde de populações em
situação de vulnerabilidade: volume 1/ Organização
Esrn Soares Carvalho Rocha; Noeli das Neves Toledo;
Rizioléia Marina Pinheiro Pina; Renan Sallazar Ferreira
Pereira; Eduardo Sodré de Souza
il., color. -- Brasília, DF : Editora ABEn, 2022.

128 p.
ISBN 978-65-89112-08-2
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. Esrn Soares
Carvalho Rocha (Org.); Noeli das Neves Toledo(Org.);
Rizioléia Marina Pinheiro Pina(Org.); Renan Sallazar
Ferreira Pereira(Org.); Eduardo Sodré de Souza(Org.)

CDU 613.9
CDD 613

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

2022.v1

APRESENTAÇÃO

O E-book Enfermagem no Cuidado à Saúde de Populações em Situação de Vulnerabilidade (volume 1) apresenta os desafios para atenção e cuidado em saúde a grupos heterogêneos, indivíduos, famílias e comunidades vivendo em situação de vulnerabilidade, com foco em pesquisa e/ou experiências enfrentadas na atenção a estes grupos.

A temática da obra proposta foi pensada pelos pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde com Populações em Situação de Vulnerabilidade na Amazônia (GEPsVAM), vinculado aos seus respectivos Programas de Pós Graduação de Mestrado em Enfermagem Acadêmico e Profissional, da Universidade Federal do Amazonas, em parceria com pesquisadores da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e da Escola de Ciências da Saúde e Bem Estar da Universidade Anhembi Murumbi (Cisbem- UAM)

Esta obra foi viabilizada pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), por meio das Diretorias de Comunicação e Publicações e Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da ABEn. A Editora ABEn, lançou o edital nacional de fluxo contínuo, como um ato de fortalecimento da “Ciência Enfermagem” e da comunicação científica brasileira.

A motivação para a construção desta obra surgiu das inquietações e dos diálogos entre pesquisadores/docentes, discentes e profissionais que atuam ou desenvolvem pesquisas neste campo do saber com as populações vivendo em situação de vulnerabilidade.

Esta obra reuniu manuscritos científicos, produzidos por acadêmicos, por professores e por pesquisadores vinculados às Instituições de Saúde e/ou Ensino do país.

Os capítulos contemplam informações que dão subsídios para o ensino e pesquisa em enfermagem, bem como o planejamento, implementação e avaliação das ações de saúde inclusivas e contextualizadas à realidade cultural de cada povo ou grupo vivendo em situação de vulnerabilidade social e em saúde.

Ademais, as informações possuem potencial para dar visibilidade e promover valorização do trabalho da enfermagem e de outras áreas da saúde nesse campo do saber.

Aos leitores informamos que a obra contextualiza teoria e prática, favorecendo uma leitura reflexiva e dinâmica sobre os diferentes olhares que possam possibilitar a articulação da tríade ensino-pesquisa-serviço como precursora da promoção de uma práxis profissional ancorada na ciência e fortalecida pelo respeito e inclusão das diferenças.

Agradecemos o envolvimento e colaboração dos autores na construção de uma obra que tem como foco apresentar a atuação e a condução das boas práticas de cuidado realizadas pela enfermagem, bem como o enfrentamento das diversas situações de vulnerabilidade, ainda presentes nos diferentes territórios do país.

Os organizadores!

PREFÁCIO

Na tela o E-book intitulado “Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade”. Reflexão extremamente oportuna para o momento, ainda que não seja nova, mas que vem ganhando progressivamente mais atenção, pelo crescimento acelerado das situações de vulnerabilidade, a despeito das políticas públicas idealizadas, construídas e reivindicadas pelos profissionais de saúde, pelos formuladores de políticas, pela sociedade, e pelos grupos diretamente atingidos.

Nesta obra estão presentes artigos cuja temática se articula com a vulnerabilidade, antecedida por “situação de”, sob o olhar e o cuidado de enfermagem. Eles encontram-se articulados com a população em situação de rua, com a população negra, com a população migrante, com a população LGBTQIA+ PCD, criança e do olhar da enfermagem sobre o fenômeno. Ainda que todas as situações de vulnerabilidade não estejam contempladas, tais abordagens permitem ampliar o olhar para outras questões, aqui, não referidas mas, que igualmente vivem em contexto de situação de vulnerabilidade carecendo também de nossa atenção.

Transitando desde as questões conceituais da vulnerabilidade, de suas tipologias, de sua interface com alguns grupos sociais, do preparo dos profissionais para seu enfrentamento, da contribuição da subjetividade nas práticas dos profissionais /enfermeiros, como ferramenta para humanização, dos processos de cuidar e das relações estabelecidas entre profissionais e a população, a obra busca, sob a perspectiva da enfermagem, respostas para os problemas identificados nesse campo.

Sempre acompanhados por renomados teóricos sobre o tema, os (as autores(as) debruçaram-se sobre o assunto, acompanhados por seu olhar atento e cuidadoso e de suas expertises. Nesse movimento de diálogo com a literatura, da ação-reflexão-ação, da aprendizagem acumulada ao longo da vida vão tecendo suas reflexões e suas estratégias de intervenção para mitigação dos danos.

Nessa perspectiva, a enfermagem reflete sobre seu cotidiano nos serviços de saúde e fora deles, espaços que lhe são tão conhecidos, nas populações que assiste, no seu próprio exercício profissional, na luta diária para preservar as conquistas até aqui alcançadas e identificar lacunas que precisam ser preenchidas focadas na construção de práticas que respondam as necessidades de saúde dos grupos sociais e, de suas próprias demandas.

Assim, a obra aborda a vulnerabilidade e a população em situação de rua como uma questão que merece especial atenção pela forma com a qual vem crescendo, gerada pelo desemprego, pelas desigualdades sociais, pela intolerância de toda a sorte e, potencializada pela Covid-19 e seus desmembramentos. Também presentes nesse e-book, a enfermagem no cuidado à saúde das populações negra; indígenas, LGBTQIA+, com deficiência/TAE, migrantes, crianças e ao dialogar com as linhas de cuidado, com a educação permanente em saúde, com as subjetividades e os processos de trabalho em enfermagem criam possibilidades para que o cuidado de enfermagem à saúde das populações em situação de vulnerabilidade seja qualificado. Essa é a intenção: Uma boa leitura.

Nair Chese da Silva

ORCID: 0000-0002-5880-4138

Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil

SUMÁRIO

SITUAÇÃO DE RUA

5 **CAPÍTULO 1**

**O RESPEITO COMO FERRAMENTA DE
PRODUÇÃO DO CUIDADO À POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA**

12 **CAPÍTULO 2**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA**

27 **CAPÍTULO 3**

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:
A COMPLEXIDADE DO CUIDADO E A BUSCA
PELA INTERSETORIALIDADE**

33 **CAPÍTULO 4**

**LINHA DE CUIDADOS ENFOCANDO A
VULNERABILIDADE: PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE RUA**

POPULAÇÃO NEGRA

40 **CAPÍTULO 5**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM À
POPULAÇÃO NEGRA**

55 **CAPÍTULO 6**

**PRÁTICA DO ENFERMEIRO E SUA INSERÇÃO
NA COMUNIDADE QUILOMBOLA: SOB A LUZ
DA ÉTICA FEMINISTA**

POPULAÇÃO MIGRANTE

62 **CAPÍTULO 7**

**SENSIBILIDADE, COMPETÊNCIA E HUMILDADE
CULTURAL NO CUIDADO EM SAÚDE**

72 **CAPÍTULO 8**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOAS
MIGRANTES: ENCONTROS INTERCULTURAIS
EM SAÚDE**

LGBTQIA+

84 **CAPÍTULO 9**

**(DES)CAMINHOS PARA O ACESSO INTEGRAL
DA POPULAÇÃO LGBTI+ À SAÚDE: UMA
ENFERMIDADE CHAMADA ESTIGMA**

90 **CAPÍTULO 10**

**VIOLÊNCIA E VULNERABILIDADE NA PERSPECTIVA
DA SEXUALIDADE DE PESSOAS LGBTQIA+
NA PANDEMIA DA COVID-19**

ENFERMAGEM E VULNERABILIDADE

98 **CAPÍTULO 11**

**PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM
E VULNERABILIDADE EM SAÚDE**

104 **CAPÍTULO 12**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO
ENFRENTAMENTO DAS VULNERABILIDADES**

PCD

116 **CAPÍTULO 13**

**CUIDADO E QUALIDADE DE VIDA EM
PESSOAS COM TEA**

CRIANÇA

121 **CAPÍTULO 14**

**MAPA DIÁRIO DA CRIANÇA: IDENTIFICANDO
VULNERABILIDADES E FORTALEZAS COTIDIA
NAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c01>

O RESPEITO COMO FERRAMENTA DE PRODUÇÃO DO CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Luma Costa Pereira Peixoto^I

ORCID: 0000-0002-6366-0212

Rafaela Dias Cajú^{II}

ORCID: 0000-0002-4431-1383

Sinara Lima de Souza^{II}

ORCID: 0000-0001-8003-2093

Rita da Cruz Amorim^{II}

ORCID: 0000-0001-8782-2151

Luana Machado Andrade^I

ORCID: 0000-0002-2917-6873

INTRODUÇÃO

O surgimento da População em Situação de Rua (PSR) deu-se com o início da Revolução Industrial, período que aumentou a urbanização, conseqüentemente, a desigualdade social, a pobreza e o desemprego⁽¹⁾. Esse grupo social marginalizado pela sociedade tem como habitação os logradouros ou albergues públicos ou filantrópicos. Além disso, expõe-se a situações de trabalho, condições de vida e inserções sociais precárias. A falta de moradia convencional não é o único problema incidente nesse grupo, que apresenta importante comprometimento de outros fatores socioeconômicos, como a identidade, a segurança, o bem-estar físico e emocional, o sentimento de pertencimento e as raízes⁽²⁾.

Os serviços que são ofertados, através do SUS, mostram-se inadequados às necessidades da PSR, mesmo quando são procurados espontaneamente ou por encaminhamento de outras redes de serviço, pois estas não contam com condições de acolhimento, oferecem um tratamento preconceituoso, em que se fazem exigências relacionadas às condições de higiene, ao uso de vestimentas sujas, à falta de documentação para identificação e/ou à necessidade de acompanhamento⁽³⁾.

Frente à necessidade de uma assistência voltada à PSR que faz uso de substâncias psicoativas, a partir de políticas que considerem a psicodinâmica da rua, a Equipe do Consultório na Rua (eCnaR) torna-se uma estratégia inovadora ao prestar um atendimento *in loco*, com uma abordagem ampliada, que garante o acesso à saúde humanizado como uma política de direito e não como caridade⁽⁴⁾.

O Consultório na Rua hoje representa o resultado de várias modalidades de atendimento à PSR e a experiência acumulada na estratégia de Redução de Danos (RD) a essa população. A transferência do Consultório de Rua, que estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012, para a Política Nacional de Atenção Básica representa

^IUniversidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
Jequié, Bahia, Brasil.

^{II}Universidade Estadual de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Autora Correspondente:

Luma Costa Pereira Peixoto
luma.costa@uesb.edu.br



Como citar:

Peixoto LCP, Cajú RD, Souza SL, Amorim RC, Andrade LM. O Respeito como ferramenta de Produção do Cuidado à População de Rua. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 5-11
<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c01>

Revisora: Daniela Sousa Oliveira.
Universidade Federal da Bahia.
Salvador, Bahia, Brasil.



mais que uma mudança de nomenclatura (Consultório “de” para Consultório “na” Rua), quando se entende que não é apenas a atenção em relação ao consumo e à dependência de crack, álcool e outras drogas da qual a população em situação de rua necessita. Devido a isso, o Consultório na Rua (CnaR) caracteriza-se por ser um serviço transversal, produzindo tanto uma atenção em relação à especialidade da saúde mental quanto práticas inerentes à Atenção Básica⁽⁵⁾.

Quando se desenvolve uma estratégia para atender de maneira especializada essa população, podemos pensar na produção do cuidado através de práticas assistenciais que garantam a integralidade, uma das principais diretrizes do SUS. Sendo a produção do cuidado uma organização dos serviços de saúde pautada no usuário como centro, que aposta nas tecnologias relacionais para assistência, o cuidado é considerado além de saberes e tecnologias, o qual consegue chegar num espaço de negociação a fim de garantir a inclusão dos conhecimentos e das necessidades do outro⁽⁶⁾.

Sendo a eCnaR uma nova tecnologia de produção do cuidado para um atendimento especializado à PSR, faz-se necessário investigar as práticas dos profissionais de saúde vinculados a esse serviço, como acontece o atendimento a esse público, pautado nas dimensões metodológicas do vínculo e do acolhimento. Frente a esse contexto, o estudo foi norteado pela seguinte questão de pesquisa: como se dá a produção do cuidado à população de rua pela Equipe do Consultório na Rua, a partir das dimensões do acolhimento e vínculo?

Para responder essa questão, o estudo tem o objetivo de analisar a produção do cuidado à população em situação de rua por uma Equipe do Consultório na Rua, a partir das dimensões do acolhimento e do vínculo. A pesquisa justifica-se tendo em vista a importância histórica e social, devido ao atendimento a uma população com maior vulnerabilidade social e distanciada da rede de serviços de saúde.

METODOLOGIA

Caracteriza-se como pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, que proporciona uma interpretação de cunho subjetivo das falas dos profissionais de saúde, através de expressões sobre suas práticas de cuidado. Trata-se de um recorte de trabalho de conclusão de curso intitulado “Produção do cuidado à População em Situação de Rua pela Equipe do Consultório na Rua”, realizado em um curso de graduação em Enfermagem de uma Universidade pública baiana.

O cenário da pesquisa deu-se na sede do Consultório na Rua de um município de grande porte localizado no interior da Bahia. Esse município tem somente uma eCnaR, pois contava, no momento da pesquisa, com apenas 409 pessoas em situação de rua cadastradas, sendo que o parâmetro nacional adotado é uma equipe para cada oitenta a mil pessoas em situação de rua. A escolha da sede do CnaR como referência deu-se em virtude de ser o ponto de encontro e reuniões dos profissionais que compõem essa equipe.

Participaram do estudo cinco profissionais de saúde que atuam no cuidado junto à PSR, sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino. A faixa etária variou entre 31 e 52 anos. O tempo de atuação na eCnaR ficou entre dois anos e meio e quatro anos. No que se refere à raça/cor autodeclarada, quatro deles se consideram de raça/cor parda e um preta. Quanto ao estado civil, eram três casados, um solteiro e um em união estável.

Os dados foram coletados no mês de outubro de 2018, mediante aproximação prévia da eCnaR, a fim de apresentar a pesquisa e fazer o convite para a participação, pela ausência de vínculo com a equipe.

Elegeu-se como técnica para coleta das informações a entrevista semiestruturada com questões norteadoras que abordaram sobre práticas de cuidado à PSR e processo para formação do vínculo e acolhimento, bem como as estratégias utilizadas para essa finalidade.

As entrevistas foram gravadas e transcritas de forma fidedigna. Para garantir o anonimato em todos os momentos da pesquisa, os participantes foram identificados pela letra “E” de entrevistado, seguida por números sequenciais, de acordo com a ordem em que as entrevistas ocorreram.

Para análise de dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo⁽⁷⁾ através de procedimentos metodológicos, diante da perspectiva da pesquisa qualitativa, que consiste em três polos cronológicos, a saber:



pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Essa técnica de análise utilizada visa revelar o que está subentendido nas mensagens emitidas pelos participantes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, com parecer 2.789.092 e CAAE 89707718.0.0000.0053. A coleta deu-se mediante a assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo fornecidas informações sobre objetivo da pesquisa, riscos, benefícios e direito à recusa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

São consideradas tecnologias leves em saúde as práticas que utilizam das relações de subjetividade, as quais versam nas dimensões do respeito, do diálogo, da escuta qualificada, do estabelecimento de um elo de confiança e de amizade entre ambos (trabalhadores de saúde e usuários), a fim de efetuar o cuidado em saúde criativo e integral⁽⁸⁾.

O debate, nesse sentido, “deve ser direcionado para garantia de direitos e qualidade de vida do morador de rua, mediante respeito às suas trajetórias de vida e escolhas, fortalecendo a capacidade de empoderamento e autonomia desses sujeitos”⁽⁹⁾.

O respeito se sobressaiu nas entrevistas no momento que os participantes foram indagados sobre o cuidado à PSR, como promover acolhimento e formar vínculo. Na maioria das respostas, o respeito estava presente como ferramenta utilizada para o cuidado e a aproximação:

A gente trabalha na perspectiva de sempre acolher, promovendo sempre a questão do respeito. A gente sempre trabalha isso com eles, que o respeito tem que ser mútuo. Eles precisam nos respeitar, porque a gente tá ali pra atender, pra acolher, que é direito deles, mas porque é um “direito meu” eu não posso banalizar, tenho que respeitar [...]. (E3)

[...] o respeito é fundamental. Acho que isso é básico para toda situação na vida de qualquer atendimento que a gente faz. (E4)

O respeito é essencial para produzir cuidado, pois se encontra vinculado às dimensões do acolhimento e do vínculo, pautado na relação dialógica e nos afetos que dão significado à relação trabalhador-usuário. Assim, juntos, produzem algo em comum, no mesmo processo, como mencionado por E3, acerca do estabelecimento do respeito mútuo, que através da comunicação pode se alcançar um bem comum.

Diante da importância do respeito como ferramenta imprescindível para estabelecer relações e fomentar o cuidado à PSR, destacam-se o respeito à territorialidade, o respeito ao tempo/momento da pessoa em situação de rua e o respeito às particularidades. Tratando sobre o território, é possível mencionar que este possui várias dimensões de condições de vida: como “território físico”, aquele que é material, visível e delimitado; o “território como espaço-processo”, ou seja, construído cultural e socialmente, de forma dinâmica; e o “território existencial”, que se refere às conexões produzidas pelos indivíduos e grupos na busca de sentidos para a vida⁽¹⁰⁾.

Nessa perspectiva, os profissionais das eCnaR buscam respeitar os indivíduos, a partir do seu contexto de vida e de uma avaliação da dinâmica do território citada pelos autores acima, uma vez que a PSR circula no território, possui condições de vulnerabilidade e violência, condições sanitárias e ambientais peculiares, além de cultura local e equipamentos existentes no território (governamentais e não governamentais). Assim, esses elementos são evidenciados na fala a seguir:

[...] a gente precisa respeitar a territorialidade desse paciente, porque tem pacientes que têm o território dele, não deambulam por todos os espaços da cidade. Tem gente que tem o ponto fixo dele. Ele não pode sair daquele ponto, por exemplo, e ir pra outra área. Então, a gente tem esse cuidado. Se tem que agendar uma consulta, alguma consulta odontológica no posto de saúde, alguma UBS, tem que perguntar antes se ele tem algum problema em visitar aquela territorialidade. Esse cuidado é um dos cuidados que a gente tem. (E1)



Nesse discurso, também fica evidente um cuidado específico para a PSR quanto ao respeito a sua psicodinâmica na rua e suas redes de apoio, de modo que existe uma preocupação do profissional ao encaminhar a pessoa para uma Unidade Básica de Saúde (UBS), levando em consideração sua condição de vulnerabilidade e violência, bem como suas rotas de circulação.

O território para a PSR torna-se um ambiente de resignação, ou seja, as pessoas constroem e reafirmam novos significados de vida e de vínculo com novas pessoas, formando e ali aliados e/ou uma “família de rua”. Assim, a todo momento, precisam se reconstruir, pois o contexto de vida na rua possui uma constante mutação. Dessa forma, podemos observar grupos formados pelas mesmas pessoas, com regras para garantir convivência, novos comportamentos, valores e uma adaptação psíquica para esta realidade.

Por isso, destaca-se a importância da cartografia como estratégia para o CnaR. É relevante estudar os territórios que podem identificar o perfil da população em cada região, fatores de risco à saúde, fatores de vulnerabilidade, redes de apoio e instituições que podem se tornar parceiras, tornando uma via fundamental para o acolhimento e para a construção de vínculos. Além desse diagnóstico, o profissional precisa compreender que sua presença não é simplesmente técnica, pois fazer um “consultório” a céu aberto trata-se de uma presença política na esfera dos direitos, da equidade e da justiça, mas também de intervenção política e cultural, respeitando os modos de vida, a promoção da saúde e a defesa da multiplicidade na cidadania⁽¹¹⁾.

A atividade itinerante da eCnaR estabelece uma relação de respeito ao território da PSR ao fugir do modelo tecnoassistencial, utilizando da escuta qualificada para perceber as necessidades dos indivíduos dentro do seu espaço na rua. A ferramenta respeito é essencial para o cuidado nesses locais, pois as ações precisam considerar o território como um espaço de vida e moradia sem ser domiciliar, diferente dos territórios de vida comuns, além de sua organização e funcionamento com características de aspectos visíveis e invisíveis⁽¹²⁾.

Na perspectiva de acolher e estabelecer relações de vínculo, a eCnaR precisa compreender o tempo/momento de cada indivíduo. Então, se no momento da oferta do atendimento a pessoa se nega, o profissional recua e retorna em outro momento para uma nova tentativa, conforme evidenciado nos depoimentos:

[...] A gente também tem o respeito ao tempo do paciente. A gente fala na criação de vínculo. Eu faço aquela abordagem inicial com o paciente, mas aquele momento ele não quer falar, aquele momento ele tá no momento dele. A gente respeita e, novamente, em outro momento, a gente aborda e faz essa tentativa de conhecer a história, conhecer a necessidade daquele paciente [...]. (E1)

[...] Vou deixando ele ter o tempo dele, quando ele achar que deve ser atendido, achar que deve conversar. A gente não impõe nada. A gente vai e oferece. Não quer, a gente espera. (E2)

Há uma crescente mudança no conceito de saúde que perpassa do modelo tecnoassistencial para uma visão holística e coletiva, considerando o sujeito dentro da sua condição de vida. O respeito torna-se ferramenta essencial nesse sentido, sendo definido como o reconhecimento do valor e da dignidade de algo. É derivado do latim *respectus*, cujo significado literal é “olhar para trás”, “olhar de volta”, “olhar novamente”, “considerar” (do latim *re* “de novo” e *spicere* “olhar”)⁽¹³⁾. É a capacidade de compreender o outro e entender que naquele momento ele não deseja o atendimento ou a abordagem por diversos fatores, que não cabem julgamentos ou distanciamento, pois é necessário utilizar da ética profissional.

O CnaR tem como característica a oferta dos serviços, porém, como é uma estratégia relativamente nova, a PSR muitas vezes desconhece suas atividades. Dessa maneira, a abordagem à pessoa em situação de rua requer persistência até encontrá-la em um momento que o humor, a condição psicológica, o sono, a fome, a violência e o uso de drogas não sejam motivos para a recusa do atendimento, o que reforça a necessidade do respeito ao momento da pessoa.

Contudo, esse respeito ao tempo/momento não pode se transformar em negligência do cuidado, quando o profissional se acomoda diante dos “nãos”, sem procurar estratégias para enfrentar as barreiras. A conduta de “não



quero”, então “não vou insistir”, não pode se tornar algo cômodo, já que esperar a vontade do usuário, sem uma mudança de conduta que favoreça a sua aceitação, pode acarretar consequências negativas nas práticas de saúde.

Após estabelecida a relação usuário-profissional, que se deu por um acolhimento adequado e início de uma construção de vínculo, ocorre a busca da PSR pelo atendimento. Conforme expressado na fala abaixo, notamos a mudança na conformação organizacional inicial do processo de trabalho do serviço de saúde:

[...] quando veem o carro plotado, já param, já gritam. Sabe que a gente tá ali pra ajudar. (E5)

Percebemos que o acolhimento nos serviços na rua vai ao encontro da garantia da universalidade e da integralidade das ações, incluindo o usuário no processo de cuidado. É necessário, para tanto, que haja o reconhecimento do protagonismo por parte do usuário e dos trabalhadores na produção da saúde⁽¹⁴⁾. Dessa forma, saber aguardar o tempo do outro é uma maneira não impositiva na oferta de cuidado, com pontos facilitadores, na tentativa de uma nova aproximação e formação de vínculo.

Práticas de cuidado voltadas para o interesse em conhecer a história e as necessidades da PSR facilitam a formação de vínculo. Ao se deparar com histórias de vida em seus diversos contextos e buscar compreendê-las, o profissional pode entender melhor as condições de vida, adequar o cuidado, ampliando a sensibilidade para com o sujeito, respeitando a sua cidadania.

Alguns autores propõem que os trabalhadores da saúde ampliem a visibilidade das inúmeras existências que o indivíduo dialoga, tenciona, olha, se afeta, cheira, brinca, canta, dança, equilibra, chora, ri, namora, reza, trabalha, para incluir no seu Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁽¹⁵⁾.

No contexto da produção do cuidado, observa-se o potencial da clínica ampliada e do PTS. A clínica ampliada propõe uma prática clínica mais complexa, a qual se projeta para além das doenças, levando em consideração as questões de saúde que envolvem a vida e a vulnerabilidade, o que configura uma prática baseada na negociação, no diálogo e no reconhecimento do desejo das pessoas⁽¹⁶⁾.

O PTS é uma estratégia de cuidado desenvolvida através de ações articuladas por uma equipe multidisciplinar e sua rede social, definido a partir da singularidade do indivíduo, sendo elaborado com base nas necessidades de saúde de cada pessoa. Assim, levam-se em consideração suas opiniões, seu projeto de vida, suas limitações, angústias, devendo proporcionar uma intervenção democrática e horizontal entre os envolvidos⁽¹⁷⁾.

É importante o atendimento de qualidade aos usuários, independentemente da diversidade da PSR, sem distinção de raça/cor, histórico, idade, orientação sexual e de gênero, ressaltando, enfim, o respeito às particularidades. Nas descrições abaixo, podemos perceber esse cuidado no planejamento das ações da eCnaR:

[...] Sempre com muito cuidado nas falas, até onde a gente vai? A gente vai até onde eles nos deixa ir, porque cada um tem sua particularidade e isso precisa ser respeitado. (E3)

[...] Eu me adapto a cada paciente. A maneira que eu vou conquistar você é uma maneira, a maneira que eu vou conquistar o outro/outra, de outra forma. (E4)

Cada indivíduo possui uma maneira de vivenciar e encarar sua realidade e aquilo que lhe é ofertado, havendo, por isso, a necessidade de adaptação da equipe no momento de acolher essa pessoa. Isso se resalta principalmente no contexto de uma população que, devido às experiências de vida, às manifestações de maus-tratos e aos preconceitos, se torna desconfiada de qualquer atendimento que fuja a esse padrão.

Além disso, a eCnaR enfrenta o desafio da imprevisibilidade, diante da dinâmica da PSR, lançando mão de estratégias experimentais, para o “sucesso” na abordagem, como práticas que não se repetem para que possam promover um encontro entre o profissional e a pessoa que está sendo cuidada. É nesse campo, de trabalho vivo em ato, que vão se constituindo as teias de cuidado e a aproximação pautada na valorização da dignidade humana.



Respeitar as singularidades diz muito sobre a conduta do profissional, a partir da sensibilidade, da empatia, da fuga de rótulos que enquadram a PSR num padrão e não consegue enxergar além do “mendigo”, identificando-o como cidadão/cidadã, dando-lhe vez e voz para se expressar.

Assim, “os trabalhadores pareceram sensíveis ao fato de que a orientação clínica do trabalho é algo a ser construída no encontro e no laço que se funda com o outro, não se tratando, portanto, de um processo em que se definem metas *a priori*”⁽⁵⁾.

Mesmo fazendo parte da Política Nacional de Atenção Básica desde 2011⁽¹⁸⁾, os profissionais do CnaR sentem-se solitários nessa caminhada, diante das manifestações de preconceito e da falta de apoio por parte de outras equipes de saúde, dificultando o trabalho intersetorial e multiprofissional. A valorização com ênfase na potência e na efetividade dos CnaR necessita ganhar ampla discussão nesse cenário para que possamos, de fato, promover a formação de vínculos, com base no respeito à autonomia, às particularidades e à disponibilidade a essa população⁽⁴⁾.

São tecnologias leves que requerem perspicácia e competência ao serem executadas, abarcando um poder de compreensão de diversos fatores subjetivos. Porém, ao mesmo tempo, são desafios enfrentados rotineiramente pelos profissionais que formam a eCnaR, o que serve como reflexão das suas próprias práticas, a partir dos resultados do experimento de cada ação que foge do previsto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dinâmica de trabalho do CnaR requer improviso e criatividade para o desenvolvimento das atividades, diante de uma população inserida num contexto de desigualdade, exposta a violência, tráfico, uso de drogas e de uma condição de invisibilidade do ser humano. Isso mobiliza uma postura profissional com habilidades de adaptação e criação de possibilidades, a fim de alcançar uma aproximação positiva entre profissional e usuário, a partir de uma abordagem que consiga acolher, formar vínculo e estimular o exercício da cidadania.

O estudo constata que a ferramenta mediadora na produção do cuidado, a qual estabelece fortalecimento e reciprocidade nas relações profissional-usuário, é o respeito. A partir do respeito aos significados de vida que a PSR carrega consigo, ao território, ao momento e às particularidades do indivíduo, consegue-se realizar um cuidado adequado.

Com os resultados obtidos, observa-se que a vivência e a experiência prática com a PSR tornam os profissionais acolhedores, os quais passam a ter uma visão humanizada da pessoa em situação de rua, diante de uma percepção sensível.

Portanto, a pesquisa torna-se relevante no campo da saúde por suas reflexões sobre as formas de abordagem e reinvenção do cuidado, diante de práticas que se adaptam à realidade, sobre as tecnologias relacionais que podem ser apropriadas para inclusão social e mediadora do cuidado. Além disso, revela os desafios que precisam ser analisados para ultrapassarmos e alcançarmos respostas satisfatórias tanto para equipe quanto para os usuários. Tais reflexões são de responsabilidade da gestão, dos profissionais e da sociedade como um todo.

Como contribuições para a enfermagem, o trabalho aborda uma perspectiva para o olhar biopsicossociocultural, humanizado, com uma postura respaldada em princípios éticos. Porém, ressaltamos a necessidade de aprimoramento científico para subsidiar o atendimento das demandas e as atribuições de cunho assistencial, educativo e gerencial, bem como a movimentação dos profissionais da saúde no cenário político e social. Afinal, toda abordagem à PSR perpassa por um suporte social e de saúde indissociáveis, cujas políticas, ainda que sejam criadas, se mostram ineficientes diante de entraves nesse contexto.

AGRADECIMENTOS

Nossos mais sinceros agradecimentos à professora Maria Geralda Gomes Aguiar (*in memoriam*), pelo início da construção desta pesquisa, por nos inspirar e por todas as suas contribuições deixadas.



REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. 39. p.
2. Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 1):684-92. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: revisão sistemática. *Psicol: Ciên Profis.* 2018;38(4):662-79. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>
5. Simões TRBA, Couto MCV, Miranda L, Delgado PGG. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. *Saúde Debate.* 2017;41(114):963-75. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711423>
6. Oliveira DM, Expedito AC, Aleixo MT, Carneiro NS, Jesus MCP, Merighi MAB. Needs, expectations and care production of people in street situation. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 6):2689-97. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2016.
8. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2018;23(3):861-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
9. Balieiro EO, Soares CPD, Vieira EA. Morador de rua: causas, entraves e serviços ofertados. *Temporalis.* 2018;17(34):333-53. <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2017v17n34p333-353>
10. Trino A, Rodrigues RB, Reis Júnior AG. A população em situação de rua e seus territórios. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
11. Santos CF, Ceccim RB. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. *Interface - Comun Saúde Educ.* 2018;22(67):1043-52. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0228>
12. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica* 2018;42:e170. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>
13. Cunha B. *Dicionário de cultura de paz.* 2 ed. Curitiba: Editora CRV; 2021.
14. Duarte AHC. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. *Textos Contextos (Porto Alegre)* [Internet]. 2019[cited 2021 Sep 08];18(2):e34306. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/34306>
15. 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. *Saúde Debate (Rio de Janeiro)* [Internet]. 2014[cited 2021 Sep 08];52:153-164. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774076>
16. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad Saúde Pública.* 2016;(32)8. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>
17. Lopes GVB. A escuta terapeutica como ferramenta na construcao de um projeto terapeutico singular com um drogadicto em um Centro de Atencao Psicossocial Alcool e Drogas. *Rev Enferm UERN.* 2018;6(1):9-16.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Gabinete do Ministro, 2011.

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c02>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Ariane Graças de Campos

ORCID: 0000-0003-3553-9228

Eduardo Sodré de Souza^I

ORCID: 0000-0002-9698-028X

Katia Muniz Amirati^{II}

ORCID: 0000-0002-5348-7145

Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim^{III}

ORCID: 0000-0002-5991-0135

Wilson de Castro Franco^{IV}

ORCID: 0000-0002-0743-6742

INTRODUÇÃO

VIVER NA RUA... SINA OU OPÇÃO?

Morar nas ruas certamente não é uma condição agradável. A exposição à violência e a dificuldade em acessar elementos básicos da vida, como alimentação, saneamento, higiene, roupas, calçados, moradia, saúde, vínculos familiares, trabalho, estudo, lazer, sono e repouso, refletem as privações que as pessoas ou população em situação de rua (PSR) experimentam. Sobre isso, há uma mentalidade construída socialmente que estar na rua é uma “escolha”, uma “preferência” ou um “gostar” de estar ali.

É possível escolher estar exposto às intempéries e adversidades do ambiente natural e social, como frio, chuva, violência e barulho de trânsito, dividindo espaços insalubres e desconfortáveis com transeuntes, desconhecidos e animais, como cachorros e roedores, pernoitando sobre um pedaço de papelão ou colchão molhado, dispondo apenas de cobertores ásperos e álcool para se proteger do frio. E se, neste mesmo dia frio e chuvoso, fosse ofertado dormir na segurança de sua casa em uma cama confortavelmente aquecida e na companhia de pessoas amadas?

Entendemos que estar em situação de rua não é apenas uma escolha, mas também a falta dela. A conveniência ou comodidade de se pensar sobre a escolha como única alternativa para a vida na rua pode nos isentar, enquanto sociedade, da corresponsabilidade por esta trágica realidade.

As iniquidades sociais, o preconceito e a discriminação são reflexos sociais que marcam as pessoas que se encontram em situação de rua. A indiferença, a exclusão e a ausência de acesso à direitos favorecem a permanência das pessoas nos logradouros públicos. Por isso, não deve ser relacionada à “força de vontade” individual, mas, sobretudo a uma “força de vontade” política e social: sair das ruas é um processo coletivo!

É com base nessa percepção sobre o nosso papel na transformação ou manutenção da realidade que este

^IUniversidade Anhembi Morumbi.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III}Universidade Federal de São Carlos.
São Carlos, São Paulo, Brasil.

^{IV}Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim
tatief@gmail.com

Como citar:

Campos AG, Souza ES, Alecrim TFA, Amirati KM, Franco WC. Cuidados de enfermagem à população em situação de rua. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 12-26 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c02>

Revisor: Prof. Dr. Anderson da Silva Rosa.
Universidade Federal de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.



capítulo tem como objetivos apresentar aspectos históricos, teóricos e práticos sobre o cuidado em saúde, mais especificamente o de enfermagem, para a população em situação de rua e oferecer recomendações para práticas de cuidado pautadas em preceitos técnicos, éticos e estéticos.

SOBRE QUEM ESTAMOS FALANDO?

A Política Nacional para a População em Situação de Rua define PSR 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 temporário ou como moradia provisória (Art. 1º, § único)⁽¹⁾.

Por suas características, perspectivas e dinâmicas diversas, as PSR encontraram nas ruas meios possíveis e alternativos para sobrevivência e convivência individual e coletiva.

Convivem e sobrevivem nas/das ruas pessoas que imigraram ou estão refugiadas dos seus países, desempregadas, que receberam alta judicial ou evadiram do sistema prisional, egressas dos sistemas psiquiátrico, que usam de forma prejudicial substâncias psicoativas, vítimas de extrema pobreza, condições de miséria, violência intrafamiliar, desprovidas de vínculos afetivos fortes, entre outras⁽²⁻³⁾.

No Brasil, segundo a única Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, foram identificadas 31.922 PSR. Essas tinham mais de 18 anos e estavam distribuídas em 71 municípios do Brasil, exceto as cidades de São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre⁽²⁾.

Esse número é quase o que se identificou somente no município de São Paulo, no censo sobre PSR de 2019. O total de 24.344 PSR teve um aumento de 82,7% em comparação ao resultado do mesmo censo realizado em 2000. Na comparação com crescimento da população em geral no período entre 2000 e 2009, esse aumento foi dez vezes maior⁽⁴⁾.

A pesquisa nacional revelou que 82% das PSR é masculina e 18%, feminina. Predominaram pessoas negras (67%), com idade entre 25 e 44 e em exercício de algum tipo de atividade laboral remunerada (70,9%), dentre as quais 58,6% relataram ter profissão. Entretanto, 19% não têm acesso a, pelo menos, uma refeição diária, mas metade das PSR tem contato com algum familiar na cidade⁽²⁾.

Prevaleram relatos de trabalhos informais, dentre eles catador de materiais recicláveis (27,5%), “flanelinha” (14,1%), construção civil (6,3%), entre outras, como ajudantes de carregamento⁽²⁾.

Os dados mais recentes do município de São Paulo indicam perfil semelhante no que se refere à identidade de gênero, idade e atividade laboral, entretanto sinalizou aumento das pessoas idosas e, pela primeira vez, indicou dados sobre a população LGBT+, cujas vulnerabilidades se acentuam nas ruas⁽⁴⁾.

O conjunto de dados sociodemográficos e científicos disponíveis sobre a saúde das PSR revela a necessidade de ações intersetoriais específicas para o cuidado em saúde, no qual a enfermagem exerce um papel de grande relevância.

A compreensão sobre dados sociodemográficos em articulação com aspectos históricos, que citaremos a seguir, podem contribuir para a formação profissional e planejamento de serviços, ações e estratégias de cuidado em saúde para esta população.

BREVE HISTÓRICO SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Fatos e acontecimentos de desigualdades sociais estão descritos na história, revelando que o viver na rua não é um evento recente. No Brasil, os ex-escravos “libertos” e seus descendentes foram os primeiros a vivenciar a rua como um espaço de moradia e garantia do sustento⁽⁵⁻⁶⁾.



A PSR tem características específicas, um estilo de vida próprio, em um espaço próprio, sobrevivendo em um tempo individual e coletivo que se difere do convencional, e por esta característica necessita suprir as suas necessidades básicas de vida de modo imediato⁽⁷⁾.

O contexto da pessoa em relação à rua é discutido por Escorel⁽⁸⁾ como consequência da exclusão social, na qual a mulher e o homem ficam impossibilitados de exercerem plenamente suas potencialidades de condição humana. Castell⁽⁹⁾ utiliza o termo “desfiliação” como a desagregação da comunidade ao qual estava vinculado, para descrever o processo pelo qual a rua é “adotada” pelas pessoas, ressaltando que a precariedade do trabalho, o desemprego e a fragilidade do vínculo familiar são atributos que tornam a rua um local ainda mais vulnerabilizante.

Neste percurso histórico de desfiliação social, as PSR, desprovidas do direito à saúde, contaram com lutas de movimentos sociais, academia e profissionais de saúde para a conquista da saúde como direito previsto na Lei. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do artigo 198 da Constituição de 1988⁽¹⁰⁾, ampliou a cobertura de saúde para todos os brasileiros, responsabilizando o Estado sobre o dever de garantir saúde a todas as pessoas com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade⁽¹¹⁾.

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado na década de 90, fortaleceu as estratégias para mudança do modelo biomédico e deu prioridade para as ações de Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, esse avanço não resultou no acesso imediato das PSR à saúde, cujo ingresso aos serviços se dava predominantemente pelos prontos-socorros. A manifestação de junho de 2003, comemorada anualmente e conhecida como Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua, inseriu-se neste cenário e naquela época tinha como reivindicação central o direito à saúde⁽¹¹⁾.

No município de São Paulo, essa reivindicação culminou na criação do Projeto A Gente na Rua, cujo objetivo foi promover o acesso das PSR aos serviços de saúde e garantir atenção integral às suas necessidades com foco na emancipação. Esse projeto era formado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), composto por enfermeiras(os), Agentes Comunitários de Saúde de rua, assistentes sociais e coordenação. Em 2008, essas equipes foram ampliadas para a Estratégia Saúde da Família sem Domicílio (PSF Especial), com composição de equipes semelhantes às do PSF tradicional: médico(a) (1), enfermeiro(a) (1), auxiliares de enfermagem (2) e Agentes Comunitários de Saúde (6). Essas equipes ofereciam cuidados nos ciclos de vida e programas prioritários, como tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão e outros⁽¹²⁻¹³⁾.

Estratégias específicas, como a de Redução de Danos (RD), foram incorporadas nos serviços de saúde, considerando-se a alta prevalência de uso prejudicial de álcool e outras drogas⁽¹⁴⁾. Sobre essa situação, o Consultório de Rua, concebido em 1997 pelo professor Antônio Nery Filho, teve importantes contribuições sobre a saúde das PSR, uma vez que realizava atendimentos às pessoas que faziam uso de substâncias psicoativas no próprio espaço da rua. Essa experiência, desenvolvida em Salvador entre 1999 e 2006, devido à sua relevância sanitária, foi incorporada, em 2009, como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) no SUS e, em 2010, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC)⁽¹⁵⁾.

O Consultório de Rua estava vinculado às políticas de saúde mental e atenção integral a usuários de drogas até janeiro de 2011⁽¹⁶⁾. A partir de então, com atenção à efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, por meio das Coordenações Nacionais de Saúde Mental e de Atenção Básica, o mesmo sofreu mudanças no seu modelo de atenção, passando o vínculo para a Coordenação Nacional de Atenção Básica.

Com o propósito de abordar as demandas das PSR tendo em vista a saúde integral, essa estratégia passa a ser denominada Consultório na Rua (CnaR) e sua característica multidisciplinar tem como proposta, até hoje, a ampliação do acesso à saúde da PSR. A oferta dos cuidados em saúde *in loco*, de forma itinerante ou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), integrando outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como



os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de urgência e emergência, entre outros, passaram a ser uma nova forma de atuar com as PSR⁽¹⁶⁾.

As equipes de CnaR são compostas por enfermeiras(os), auxiliares ou técnicas(os) de enfermagem, agentes de proteção social, Agentes Comunitários de Saúde, psicóloga(o), assistente social, terapeuta ocupacional, médica(o), cirurgiã(o) dentista, educador(a) física, profissional com formação em arte e educação^(1,17-18). Atualmente, o município de São Paulo tem implantadas vinte e cinco equipes de CnaR, todas de modalidade III, sendo compostas pelos seguintes profissionais: enfermeira(o), auxiliar de enfermagem, agente de proteção social, Agente Comunitário de Saúde, assistente social, psicóloga(o), médica(o), auxiliar administrativo, motorista e equipe de saúde bucal.

Esta perspectiva abrangente e multiprofissional do cuidado à saúde das PSR exige uma atuação, igualmente ampla, que contemple a complexidade e a heterogeneidade inerentes à situação, além de uma compreensão aprofundada sobre essas pessoas, suas realidades e necessidades em saúde. Sobre isso, é fundamental avançar para uma atuação que não se restrinja aos limites disciplinares de cada profissão, mas que seja capaz de integrar saberes populares, técnicos e científicos na elaboração de estratégias e ações, tal como prevê o cuidado cultural de enfermagem.

CUIDADO CULTURAL DE ENFERMAGEM

O cuidado biológico e tecnicista é insuficiente para abarcar o processo saúde-doença da PSR, sendo necessário o diálogo com as ciências sociais e humanas⁽¹⁹⁾.

Na introyecção de códigos culturais, segundo a antropologia simbólica/interpretativa, o indivíduo passa por dois momentos distintos: o primeiro, a socialização primária, é concebida como a internalização de elementos da cultura, iniciado na infância dentro da família; o segundo, a socialização secundária, na qual há a internalização das diversas subculturas, por meio da escola, profissão, trabalho, e outros espaços. Essas últimas entram em choque com a primeira, socialização primária, devendo se sobrepor às já existentes⁽²⁰⁾.

Utilizaremos nesta seção o referencial teórico de enfermagem de Madeleine Leininger⁽²¹⁾, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

A Teoria possui conceitos que dialogam com o cuidado ao morador de rua, que possui uma cultura própria das ruas, com códigos (cultura), valores, crenças e costumes, apreendidos e transmitidos e que precisam ser conhecidos e valorizados no momento de negociar o cuidado de enfermagem, relacionando a vulnerabilização a que estão expostos, bem como com a própria dinâmica da rua⁽²²⁾.

A dinâmica da rua é compreendida por diversos fatores, cujos modos de vida, ou seja, os meios para conseguir dinheiro, procurar locais para dormir, comer (boca de rango) e fazer higiene pessoal, podem ser potencializados pelo uso prejudicial de substâncias psicoativas e a falta de referência temporal, como dias e horários. Soma-se a esses fatores a necessidade de cuidar do “mocó” ou “maloca” lugar da via pública onde (con)vivem e/ou guardam seus pertences⁽²³⁾.

A comunicação é um elemento importante no que se refere ao trabalho em saúde com pessoas ou grupos com traços culturais específicos e diferentes. A enfermagem atua com elementos da comunicação verbal e não verbal e, por isso, no trabalho com PSR, deve estar atenta ao seus sinais e realizar uma assistência livre de julgamentos, buscando compreender como se organizar a vida dessas pessoas, sobretudo no que se refere ao tempo que, no caso da PSR, é o tempo “presente”, em função do modo de vida e dos desafios que tem que enfrentar⁽²⁴⁾.

Na prática, o que se observam são representações distorcidas sobre as PSR. A sociedade, incluindo pessoas, profissionais, instituições públicas e filantrópicas, tende a representar o morador de rua como alguém que não tem vontade, história, valores e costumes. Por isso, há imposição de valores próprios, desconsiderando a autonomia das mesmas e uma expectativa de que aceitem passivamente tudo o que lhes é oferecido⁽¹²⁾.



A PSR, ao experimentar esta situação, sofre mudanças estruturais, psíquicas, comportamentais e de introdução de novos códigos (cultura), que viabiliza a sobrevivência neste novo universo, no esforço de agregar a nova subcultura que, dito de outra forma, refere aos códigos oriundos das socializações secundárias que esta pessoa passa a vivenciar.

À enfermagem compete conhecer e se apropriar dessa nova ordem de vida, visão de mundo e cultura, na tentativa de se aproximar da realidade da pessoa a ser cuidada, tendo em vista que essa prática exigirá que essas(es) profissionais examinem e confrontem suas culturas (socializações primária e secundária) e o conhecimento técnico, a fim de ampliar a perspectiva e aproximação real com o contexto em que a PSR se insere ou foi inserida.

A escuta e a percepção atentas são elementos essenciais para a assistência de enfermagem que, invariavelmente, se defrontará com um universo interno de crenças e valores que precisaram ser questionados o tempo todo, principalmente quando for advogar (*advocacy*) sobre mudanças nos processos de trabalho dos serviços públicos.

O cuidado ampliado da enfermagem deve se vincular aos desejos, expectativas, necessidades, anseios e sonhos da PSR. Estabelecer uma relação horizontalizada, na qual se legitima uma humanidade compartilhada entre a PSR e profissionais de enfermagem, permite construção de um cuidado integral e longitudinal, a partir do qual o tempo é respeitado na satisfação das necessidades em saúde (imediatismo) e as demandas adaptadas, sendo necessário inverter a lógica de enquadramento dessas pessoas dentro de serviços de saúde e processos de trabalho engessados.

Lembrem-se que será sempre um esforço de aproximação, pois experienciar a rua, na condição de profissionais de enfermagem, nunca nos colocará em posição de total conhecimento sobre a PSR e seu modo de vida. A rua é um vasto universo, no qual somos meros aprendizes. Assumindo essa posição, cabe-nos buscar outras formas de entendimento, aproximação e de estratégias de cuidado conjunta e que façam sentido para a PSR. É fundamental respeitar alguns limites, pois as pessoas devem ter sua vontade respeitada, independente das nossas crenças e perspectivas.

AS ENFERMIDADES E O MORAR NA RUA

As formas como as PSR vivem e se relacionam na/com a rua, bem como o grau de vínculos sociais e o tempo de permanência nesta situação, são elementos que permitem diferenciá-la em três grupos distintos: pessoas que ficam circunstancialmente na rua; pessoas que recentemente estão em situação de rua; e pessoas que ficam permanentemente na rua.

Essa forma de classificar a população em situação de rua, ou seja, em ser, estar ou ficar na rua⁽²⁵⁾, por muito tempo, orientou a compreensão sobre os processos de adoecimentos específicos desta população, as vulnerabilidades impostas e as abordagens e interações possíveis para a superação dos riscos e doenças instaladas.

O fato de estarem abrigadas ou pernoitando nas ruas, o acesso à alimentação e a higiene também são fatores indicados como determinantes do processo saúde-doença-cuidado desta população⁽²⁶⁾. Sobre esses fatores, a enfermagem pode se valer de tais conhecimentos para propor estratégias e técnicas, criativas e contextualizadas de cuidado em saúde.

No que se refere aos processos de adoecimento desta população, é importante ressaltar que o significado do adoecer na rua pode não ser o mesmo, quando comparada à população em geral.

A complexidade e a heterogeneidade da vida na rua resultam em potenciais de desgastes em saúde ou na capacidade de “gastar a própria vida”⁽²⁷⁾, que, muitas vezes, diferem de outros grupos populacionais, pelas especificidades em relação à sua dinâmica, interpretações e possibilidades de superação de situações adversas.

A vida na rua impõe e propõe formas de viver e de se preservar para não adoecer. Nesse sentido, a rua se configura como um *locus* específico e contra hegemônico de produção de cuidado, considerando-se o caráter higienista, generalista ou universalizante das diretrizes e das políticas públicas de saúde.



A pluralidade que caracteriza a situação de rua, atrelada à forma como se originam as complexas relações das pessoas deste grupo consigo mesmas, com outras e com o meio (incluindo serviços de saúde), repercute, às vezes, de forma negativa em relação à saúde. Suas necessidades em saúde, interpretações dos sinais e sintomas e o acesso aos recursos para saúde são, muitas vezes, específicos e diferentes, podendo “camuflar” processos de adoecimentos (im)previstos pelas equipes dos serviços de saúde.

Por exemplo, sabe-se que a dor da PSR pode ter várias causas e nem sempre acomete o físico ou pode ser quantificada. Na maioria das vezes, as PSR sofrem de dores emocionais, cuja identificação e tratamento são subestimados. A experiência de dor para a PSR deve ser compreendida na relação com o tempo, dinâmica da rua, interpretação, emoções e reações⁽²⁸⁾.

O estigma, a solidão, desilusões amorosas e outras situações de ordem social, econômica, cultural e política podem interferir ativamente no processo saúde-doença-cuidado, bem como nas respostas dessas pessoas ao mesmo. Sobre isso, é importante sinalizar a necessidade do uso de métodos e técnicas não convencionais ou padronizados para identificação, recuperação, manutenção de saúde e prevenção de doenças.

Trata-se de buscar ou desenvolver uma abordagem específica relevante, pois os problemas de saúde que afetam a PSR impactam diretamente na sua dinâmica e pode ser responsável por perdas significativas representadas por comprometimentos em relação às suas capacidades funcionais, que limitam as forças que garantem a sua sobrevivência e podem resultar na sua morte⁽²⁶⁾.

Esses autores listaram os problemas de saúde mais comuns entre as pessoas em situação de rua:

- Abuso de substâncias psicoativas;
- Infecção pelo HIV/AIDS;
- Transtornos mentais;
- Problemas odontológicos;
- Afecções dermatológicas;
- Problemas gastrintestinais;
- Violências (física, sexual e institucional);
- Tuberculose.

Afirmam ainda que as diferentes formas de violência - física, sexual e institucional - são comuns e assumem uma posição de destaque na relação das doenças mais comuns entre a PSR. Tratam-se de ocorrências corriqueiras provocadas por pessoas na mesma situação ou não, bem como por parte de representantes de instituições que representam o Estado, como a polícia, frequentemente mencionada⁽²⁶⁾.

Esse problema de saúde, gerado por diferentes fatores isolados ou articulados, pode ser a causa de processos de adoecimentos e afastamentos dos serviços de saúde que geralmente já têm o acesso dificultado. Forma-se um ciclo de exclusão, violência e adoecimento, que parece retroalimentar e deteriorar gradativamente a saúde e expectativas de vida das pessoas em situação de rua.

A hanseníase e algumas neoplasias, que são doenças estigmatizantes, assim como a tuberculose e a infecção por HIV e, conseqüentemente, a AIDS, já citadas, mas também homicídios, traumatismos por atropelamentos, dores diversas, gripes, ferimentos, problemas uterinos e oftalmológicos, representam preocupações importantes em relação à saúde das PSR^(26, 29).

Com isso, advertimos para que possamos desenvolver um olhar mais atento para as potencialidades dessas pessoas e os (e)feitos das lógicas excludentes e opressoras que (re)produzem doenças e mortes mesmo a partir de práticas oriundas do campo da saúde.

Despertar para um novo olhar e atuar sobre as causas e efeitos das vulnerabilidades é condição sem a qual não se produzirá saúde para esta população, que tem o direito ao nosso engajamento ético e político em um movimento de produção de cuidado que, de fato, possa resultar em autonomia e liberdade, tal como é previsto nas teorias de enfermagem e em outros documentos sobre o cuidado em saúde.



É fundamental compreender a integralidade do ser e do cuidado, para que neste sejam contemplados os determinantes socioculturais do processo saúde-doença em relação ao que requer atenção sobre as formas como a PSR interpreta seu processo de adoecimento e reage na busca ou recuperação pela saúde, incluindo o itinerário terapêutico (redes formais e informais de cuidado) que percorre neste processo.

Neste contexto, as necessidades em saúde específicas, em sua maioria relacionadas com os determinantes sociais de saúde, e a posição que a enfermagem ocupa nos sistemas de saúde convocam para a compreensão e uso de novas ou diferentes abordagens de cuidado de enfermagem que, a partir das suas diferentes dimensões do processo de trabalho (assistencial, educativa, gerencial e pesquisa), possam subsidiar teorias, práticas e políticas públicas de saúde específicas, tendo em vista melhores desfechos na saúde dessa população.

ESTRATEGIAS DE CUIDADO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: O IMPORTANTE PAPEL DA(O) ENFERMEIRA(O) DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO CUIDADO

Conhecer as PSR nos permite ouvir histórias e identificar alguns olhares que elas recebem de transeuntes, que podem ser interpretados como medo, nojo, piedade, raiva e o não olhar⁽¹⁴⁾. Esses olhares, muitas vezes, influenciam suas dinâmicas de vida e, conseqüentemente, as buscas por cuidados nos serviços de saúde.

No atendimento às PSR, é comum depararmos com situações de alta vulnerabilidade como: violência (física, psicológica e sexual); negligência em saúde; insegurança alimentar no que se refere à regularidade de oferta, bem como a qualidade nutricional; ingestão de água não tratada; sono prejudicado; variações do clima (exposição ao vento, chuva, calor e frio); autocuidado precário; e usuários com histórico de múltiplas internações. As condições de vida e o contexto social neste território são produtores de agravos à saúde em seu sentido amplo^(14, 30-32).

É fundamental que a(o) enfermeira(o) com experiência ou com afinidade sobre o tema “situação de rua” possa (re)organizar os processos de trabalho no serviço que acolherá e atenderá essa população. A estruturação da agenda dos profissionais de saúde deve garantir horários de atendimento dentro e fora do serviço e protocolos de atendimentos, repensando cotidianamente a sua prática assistencial, a fim de singularizar os cuidados a esta população, qualificação da equipe e das informações nos formulários de atendimento, são exemplos que podem ser utilizados por enfermeiras(os).

No que se refere à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a realização da anamnese pode ser um grande desafio para as(os) profissionais de enfermagem. Ao ser perguntado há quanto tempo tem uma lesão de pele, uma PSR pode responder que não sabe, porque há muito tempo não se olha no espelho ou porque, como já mencionado, a referência de tempo pode ser outra. Além disso, podem haver confusões sobre as interpretações dos sinais e sintomas do corpo. A febre e calafrios podem ser relatados fazendo referência às baixas temperaturas do vento da noite. Pode ser, ainda, que a PSR aparente emagrecimento, porque suas roupas são doadas e acima do seu tamanho. É imprescindível que o profissional de saúde reconheça a necessidade da escuta qualificada para essa população e busque apoiar, sem imposições, a construção de uma história clínica, diagnóstico e projeto terapêutico adequados ao indivíduo⁽¹⁴⁾.

A dificuldade recorrente de acesso ao sistema de saúde, acrescida da luta diária pela sobrevivência, faz com que muitas pessoas em situação de rua, mesmo visivelmente adoecidas, neguem estar com qualquer problema de saúde. Tal fenômeno não costuma se dar por dissimulação, mas pelo silenciamento de sinais e sintomas que, pouco a pouco, foram se incorporando àquilo que o indivíduo passou a considerar como condição de normalidade para si. Caberá então como tarefa adicional às equipes de atenção à saúde dessa população apoiar o despertar do olhar do cidadão para si mesmo como alguém que pode encontrar uma nova “normalidade” de direito e de saúde mais compatível com a vida e a dignidade humana⁽¹⁴⁾. Carneiro Junior e Silveira⁽³³⁾ indicam que os agravos de saúde são valorizados pela PSR quando esses interferem na sua itinerância, como situações que tragam falta de ar ou dificuldade para deambulação.



A garantia ao acesso das PSR aos serviços de saúde atualmente está facilitada pela presença de equipes de CnaR em todo o país, sendo no nosso município um total de 25 equipes.

No município de São Paulo, temos equipes específicas para atendimento da população em situação de rua há muitos anos, porém uma pergunta se faz necessária: Até quando precisaremos de políticas afirmativas para atendimento da PSR para garantir esse acesso?

A equipe de enfermagem, sendo, prioritariamente, a equipe que acolhe a população nos serviços de saúde, é quem primeiro se deparará com diversas situações complexas nos cuidados da PSR, como algumas que trataremos ao longo do texto.

Como é possível garantir a coleta laboratorial de alguém em situação de rua no que confere ao horário de atendimento dos serviços? Para as PSR, que muitas vezes precisavam se manter acordadas a noite toda para evitar violências, como manter o horário das sete horas da manhã como o único horário possível de coleta? Qual é o papel da(o) profissional enfermeira(o) na adequação dos horários de coleta e pactuações laboratoriais?

Como garantir adequadas técnicas de realização de curativos para tratamentos de feridas agudas ou crônicas, garantindo regularidade do procedimento para alguém que se recusa (pelas mais diversas razões) a estar no serviço de saúde para o cuidado? Qual o papel da(o) enfermeira(o) de Atenção Básica nesta busca ativa dos casos em situação de rua?

Qual é o papel da(o) enfermeira(o) no acompanhamento das gestantes em situação de rua? A gestação constitui um momento/ciclo de vida que remete a diversas mudanças na vida da mulher, do casal, ou até mesmo da família. E na rua? Que outras situações a rua traz? Interromper o uso de drogas na gestação, sair das ruas para “viver” a gestação, lidar com uma gravidez indesejada ou até mesmo originada pela violência, retomar o contato familiar frágil, garantir abrigo possível no pós-parto, perder a guarda familiar são questões fundamentais a serem trabalhadas pelos profissionais que realizam o pré-natal de rua e na rua⁽³⁴⁾.

A família em situação de rua tem o direito do pré natal, e este poderá ocorrer nos mais diversos espaços de cuidado, como um consultório de UBS, uma praça pública qualquer ou ainda dentro de uma tubulação de esgoto das grandes Marginais de nossa cidade, sim! É lá que devemos procurá-las, fazer buscas ativas de atraso menstrual, sim! É lá que nós, enfermeira(os), podemos examiná-las, realizarmos a ausculta cardíaca de seu bebê, um grande momento de estabelecimento e fortalecimento entre o binômio.

Cabe também ao(à) profissional enfermeiro(a) apoiar esta mulher/família na garantia de seus direitos, como acesso a tratamento para dependência de drogas, se assim for seu desejo/necessidade, ajuda na obtenção de documentação, encaminhamento da mesma para a defensoria pública e serviços socioassistenciais, garantindo segurança nutricional e de higiene, além de apoio na busca de espaços de acolhimento/moradia, enquanto gestante e, posteriormente, enquanto puérpera.

Novamente, sinalizo o papel da(o) enfermeira(o) neste processo de cuidado, um papel enquanto questionador das práticas que se adequam às realidades das ruas, um papel de elaborador de projetos de cuidados flexíveis, individualizados e criativos, um(a) enfermeiro(a) que tensione com seus gestores e com seu conselho de classe a pensar em notas técnicas e resoluções que atendam às necessidades de cuidados de enfermagem para a PSR.

O processo de enfermagem prevê diversas técnicas e procedimentos que usualmente ocorrem dentro do serviço de saúde, em espaço protegido e de fácil acesso a insumos e apoio de outros/as profissionais. Cuidar da PSR, porém, significa muitas vezes ter a rua como espaço para o cuidado, trazendo assim novos desafios. Continuemos falando sobre a gestação e o pré natal nas ruas, apesar das reflexões servirem para todos os cuidados a serem desenvolvidos no território – rua. Um exemplo de situação que exige o repensar do trabalho cotidiano com a população em situação de rua são os casos de gestantes e/ou seus parceiros com resultados sorológicos positivos para sífilis. Sabemos que já existe o medo na aplicação de medicações injetáveis, a grande dificuldade de manter a regularidade da aplicação, segundo prescrição da penicilina



benzatina, que garanta o tratamento correto; somado a isso, para a situação de rua, está a discussão de fazer ou não a aplicação de penicilina fora do serviço de saúde.

Nosso aprendizado na relação com esta medicação está no potencial risco de efeitos colaterais graves em sua aplicação e necessidade de manejo da mesma dentro do serviço de saúde. No caso de mulheres que se recusam a este cuidado no espaço do serviço de saúde, mas aceitam em seu local de moradia/convivência/alimentação, o que faremos? Manteremos as orientações técnicas que recebemos em nossa formação e insistiremos para que esta família venha até o serviço para realizar este tratamento? Caso nossa capacidade de diálogo para que esta família vá até o serviço de saúde não seja suficiente para garantir tratamento em tempos adequados para ser considerado válido, o que podemos fazer? Responsabilizar individualmente aquela mulher por possíveis alterações congênitas de seu filho? Questionar protocolos de tratamento para sífilis para pessoas em situação de rua? Organizar material de suporte e atendimento para ser levados à rua, para atendimento de possível reação anafilática e parada cardiorrespiratória? As respostas para essas questões, de fato, estão longe de serem simples, como a situação de rua também não é.

Nosso posicionamento e enfrentamento técnico exigirão conhecimento, reflexões, responsabilidade ética, compromisso, empatia e dever profissional na garantia de acesso ao SUS.

É também responsabilidade da(o) enfermeira(o) e sua equipe, realizar o levantamento do número de pessoas em situação de rua que existem em seu território, conhecer seus itinerários terapêuticos por cuidados nas redes formais e informais, conhecer quais os espaços que oferecem banho, alimentação, acolhimento, lavagem de roupas, convivência em seu território de trabalho. É necessário conhecer e articular cuidados compartilhados com redes informais, como igrejas, que distribuem alimentos no território ou que oferecem o espaço religioso para que as PSR possam se higienizar, bem como visitar e conhecer organizações não governamentais que realizam trabalhos voluntários com a mesma. Ou seja, é importante que a equipe de saúde tenha a certeza que o cuidado com e para a PSR não se restrinja aos serviços de saúde e que a potência, a resolutividade e a eficiência do cuidado estarão diretamente relacionadas a essas articulações.

DIMENSÃO GERENCIAL DO CUIDADO

As variáveis que interferem no acesso aos cuidados de saúde da PSR são diversas, como a organização dos serviços de saúde, com filas, longo tempo de espera, bem como a dificuldade dos profissionais no atendimento. A condição de higiene com que buscam os serviços de saúde, por vezes precária, resulta em atitudes preconceituosas⁽³²⁾.

Enquanto gestores de políticas públicas, como podemos, por exemplo, garantir acesso da PSR aos serviços de saúde em caso de desprovimento de documentos de identificação pessoal? Acreditamos que a(o) enfermeira(o) que ocupa um lugar de gestão local, regional ou central precisa refletir e provocar os serviços para tal questão, problematizando o acesso universal ao SUS a todas(os) as(os) cidadãs(ãos). Essa questão deve ser pauta das reuniões de equipe dos serviços, de notas técnicas e informes aos serviços e conselho de classe.

A Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua, de 2008, revelou que 18,4% da PSR deles já foi impedida de receber atendimento na rede de saúde⁽²⁾. Assim, devemos ter especial atenção a ações de preconceito e negligência que possam ocorrer nos espaços de atenção à saúde onde estamos inseridos.

Aprendemos e apreendemos que a área da saúde sozinha não dá conta de cuidar de PSR. Esse cenário de cuidado é indubitavelmente interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, pois qualquer profissional, setor ou campo teórico que o enfrente de forma individual estará cometendo grandes erros⁽¹³⁾.

É na intersetorialidade que temos a possibilidade de abordar amplamente as questões e dificuldades sociais mais complexas, nas suas múltiplas dimensões. Nessa perspectiva, apresentam-se as vulnerabilidades sociais, que requerem intervenções em rede, contemplando os diversos representantes das políticas públicas – saúde, assistência social, educação, habitação, entre outros⁽³⁵⁾.



Assim, é fundamental que as(os) gestoras(es) dos serviços de saúde organizem os processos de trabalho das equipes multiprofissionais, de modo a contemplar agendas para discussões de caso com a rede interseccional, apoio matricial para cuidar da complexidade “da rua”, entre outros.

Ainda no que se refere ao papel de enfermeiras(os) gestores dos serviços de saúde, cabe trazer reflexões sobre situações cotidianas de cuidado à população em situação de rua. Quais são os espaços de cuidados para PSR com perda de autonomia e independência para as atividades de vida diária? Muitas dessas pessoas não possuem indicação para estarem em serviços hospitalares, por não mais se encontrarem em condições agudas para o cuidado e precisam de um espaço para que possam garantir sua reabilitação física e psicossocial. Quais seriam esses espaços de cuidados para pessoas que não possuem moradias?

Como garantir a tomada adequada de medicamentos para PSR, portadoras de transtornos mentais graves que não possuem rede de apoio? É possível pensar em tratamentos supervisionados em saúde mental dentro dos serviços de Atenção Básica para além dos serviços especializados, como os CAPS? Quando pensar em internações psiquiátricas para PSR? Quais os limites entre a negligência e o respeito à autonomia no cuidado de PSR com quadro psicótico sem tratamento medicamentoso que está em situação de extrema vulnerabilidade para violência, insegurança alimentar, hipotermia, entre outros?

Existe a necessidade de espaços híbridos de cuidados para PSR? Qual a composição desses espaços? Qual a viabilidade econômica/financeira desses espaços de cuidados? Como o gestor de políticas públicas pauta as demandas da PSR dentro da Secretaria de Saúde local e traz as reflexões e desafios deste cuidado para os conselhos gestores de saúde? Como dialogamos e pactuamos ações com os movimentos representativos do controle social das ruas, como Movimento Nacional e Estadual da PSR? Qual a nossa responsabilidade ao possibilitar e estimular que uma PSR faça parte do conselho gestor da unidade de saúde em que desenvolvo meu trabalho?

DIMENSÃO EDUCATIVA DO CUIDADO

Todas as reflexões trazidas por nós até aqui seriam menos complexas, ou, pelo menos, não inéditas, se pudéssemos fazê-las ainda durante nosso percurso formativo. Há de se pensar na formação curricular dos profissionais enfermeira(os), quer seja nas disciplinas curriculares ou extra curriculares, na extensão universitária ou nos projetos de iniciação científica.

Pouco se fala sobre o papel da(o) enfermeira(o) no cuidado às populações vulnerabilizadas, dentre elas a PSR. Apesar de esta população fazer parte dos cenários dos grandes centros urbanos e da maioria das cidades, ela não faz parte, na maioria das vezes, do cenário de formação das universidades e faculdades, assim podemos refletir sobre o papel desses centros formadores.

Brêtas e Rosa¹³ relataram uma experiência iniciada em 1995 de formação durante a graduação de enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem – Universidade Federal de São Paulo. As atividades de ensino eram realizadas em um centro de convivência para PSR. Segundo a autora:

Enquanto ensinávamos a assistência de Enfermagem, observávamos que parte significativa do conhecimento, habilidades e competências, que havíamos assimilado, tinha pouca aplicabilidade no cotidiano dos atendimentos junto a essa população. [...] Sabíamos promover a saúde, prevenir e tratar doenças de pessoas que tinham local de moradia, mesmo que precário. Utilizávamos modelos de atenção centrados em conceitos de família, território adscrito, distritos sanitários, entre tantos que trabalham com situações de vulnerabilidade e desigualdade social, contudo, pouco se valem da noção de pobreza absoluta que assolava os sem-teto urbanos que atendíamos. Quase tudo que ensinávamos tinha pouca aplicabilidade na rua, o que nos obrigava a constante (re)construção do conhecimento. (p. 7-8)⁽¹³⁾

Podemos refletir sobre a formação profissional de enfermeiras(os) nos dias de hoje. Estamos formando profissionais para cuidarem de qual população e para trabalharem em quais serviços? Quais conceitos são priorizados no percurso formativo da(o) enfermeira (o)?



Segundo Maffaccioli e Oliveira⁽³⁶⁾, os desafios ao cuidado de enfermagem a populações em situação de vulnerabilidade podem ser superados, ao ampliarmos nossas perspectivas sobre a existência humana, a partir de um posicionamento ético compatível com a defesa de liberdades, diversidades e não discriminação.

Acreditamos que essas discussões e conceitos devam fazer parte dos currículos de enfermagem, a fim de ampliar nossa clínica, reafirmando o papel de destaque e protagonismo dos(das) profissionais enfermeiros(as) como educadores de saúde nos mais variados espaços e serviços do SUS, na equipe e na comunidade na qual está inserido(a).

O preenchimento da lacuna de conhecimento sobre a saúde das PSR pode ser realizada simultaneamente com a inserção de temas em cursos, treinamentos e capacitações dos programas de educação permanente dos serviços de saúde, para que enfermeiras(os) em exercício da profissão possam adquirir conhecimentos para desenvolver habilidades competências e tomar atitudes que possam resultar em melhores quadros de saúde dessas pessoas.

A dimensão da pesquisa se filia a essa dimensão educativa do processo de trabalho de enfermeiras(os), considerando que, embora haja aumento de pesquisas sobre a saúde das PSR, ainda são necessários aprofundamentos sobre os caminhos a serem tomados pela enfermagem para assunção de um compromisso ético, técnico e estético sobre a saúde dessas pessoas.

É fundamental que enfermeiras(os) possam produzir conhecimento, realizando pesquisas sobre e com a PSR, reafirmando o compromisso social e científico de pesquisar, de forma a sistematizar conhecimentos que possam contribuir para avanços sobre o cuidado desta população.

RELATOS DE UM ENFERMEIRO DO CONSULTÓRIO NA RUA

Por: Wilson de Castro Franco

Faz-se urgente suscitar reflexões sobre o quão necessário é estar incluído em uma sociedade cada vez menos gregária, para que se possa alcançar qualidade de vida e estabelecer saúde.

Esse texto visa relatar a minha experiência enquanto PSR durante, aproximadamente, quinze anos, e como profissional do CnaR de São Paulo nos últimos sete anos, bem como pensar a prática do trabalho das RAS no cuidado à população em situação de rua, para alcançar uma política pública intersecretarial e intersetorial alinhada às necessidades específicas dessas pessoas, buscando acolher o indivíduo na sua integralidade⁽³⁷⁾.

Oriundo de uma família desestruturada com pai etilista e violento, optei, desde a infância, por passar a maior parte dos meus dias nas ruas; com o passar dos anos, os retornos para casa ficaram mais escassos, até não mais voltar. A família é um alicerce importante, e a falta dela, de uma forma precoce, fez-me confrontar com uma realidade que exigiu uma força e resiliência absurda, força necessária para não enlouquecer, para não se entregar, acreditar e não desistir.

Tornei-me um andarilho em alguns estados do país e supreei momentos de grandes dificuldades e outros de grandes conquistas também. Uma perspectiva mais positiva aconteceu em 2013, quando eu estava com trinta e um anos e morava em um abrigo público na Mooca; já sem tanta força, após um ano morando em São Paulo, surgiu a oportunidade de trabalhar como Agente Comunitário de Saúde para o programa CnaR^(16, 38).

A rua animaliza, o sofrimento embrutece e perde-se a familiaridade com as regras sociais. Meus primeiros meses como Agente Comunitário de Saúde foram desanimadores, pois minha capacidade de interação social, necessária para o bom desenvolvimento do trabalho, havia se perdido quase por completo; precisei aprender coisas simples, como me comunicar de uma forma adequada, por exemplo, mas trabalhei com pessoas que, com competência cultural,⁽³⁹⁾ foram capazes de me fornecer ferramentas que me proporcionaram trabalhar a consciência sobre minhas atitudes, aumentando minha capacidade de ação e interação com a sociedade⁽⁴⁰⁾



Até então, nunca havia experimentado o sentimento de me pertencer a algo e de exercer participação social com reconhecimento e dignidade⁽⁴¹⁾.

Após esse período de trabalho e aprendizado, consegui alugar um local mais apropriado para morar e sair das ruas, e também dei início à minha graduação em enfermagem. Mais uma vez me confrontei com inúmeras dificuldades, pois, para arcar com os custos da faculdade, foi necessário retornar a morar em abrigos públicos, locais sem os quais eu não teria conseguido alcançar meus objetivos. Mas um abrigo não é um lar e a convivência nesses ambientes adoce, pois colocam em um mesmo ambiente pessoas com dificuldades e perfis mais variados possíveis. Com uma promoção no trabalho, comecei a atuar como agente social, com inclusão no programa social do governo do Estado de São Paulo, Escola da Família. Consegui me formar e obter uma nova promoção, hoje trabalho como enfermeiro e posso retribuir o que foi proporcionado a mim.

Infelizmente, não foi possível compartilhar minhas conquistas com o meu pai, que faleceu jovem e não teve a oportunidade assim como eu de buscar aprendizado, explorar suas potencialidades e desempenhar um novo papel na sociedade, despertando um olhar transformador sobre si mesmo. Entendo que tanto eu quanto ele fazemos parte de uma população que, historicamente, é privada de seus direitos e suas necessidades mais básicas.

Como o ECA assegura, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos fundamentais das crianças referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Artigo 227)⁽¹⁰⁾.

Como essa parcela da sociedade pode neste sentido se estabelecer? É exatamente neste sentido que aprendi a trabalhar no CnaR, lutando para que a Política Nacional de Humanização e os princípios do SUS sejam respeitados e uma política de reparo social e garantias de direitos sejam preservadas e aceitas nos serviços dentro do que é preconizado, o que, infelizmente, muitas vezes não ocorre. Questões relacionadas ao acolhimento, que nem sempre é adequado, à não valorização do trabalho em saúde, à não formação de vínculo entre usuários e equipes, mudanças constantes nas gestões dos serviços que impedem a continuidade e acabam por fragmentar um trabalho anteriormente construído estão sempre presentes, fazendo-se necessário aumentar o grau de corresponsabilidade, ou seja, todas as pessoas envolvidas, sejam elas pacientes ou trabalhadoras(es), são responsáveis pelo que acontece no atendimento à saúde, para que assim haja um envolvimento pertinente para um atendimento eficaz.

UM CONVITE A REFLEXÃO: NA BUSCA PELA SOBREVIVÊNCIA FOI A RUA QUE “ACOLHEU”...

Por: Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim

Certa vez, ouvi de uma menina faminta, com dores, sem documentos, não alfabetizada, proveniente de uma comunidade periférica de São Paulo e que, há alguns meses, morava nas ruas do centro: *“prefiro ficar na rua, tia, na minha casa não tem comida, minha mãe me espanca e o namorado dela me estupra”*. Este lamentável e impactante depoimento, que me causou fisgada no estômago e desconcerto de alma, não pode ser interpretado como “preferência”, isso é falta de opção, é necessidade de sobrevivência, é ausência do Estado protetor e garantidor de direitos, é ausência da sociedade, é ausência minha e é ausência sua. Esse depoimento nos convoca à reflexão de que a palavra “preferência” tem sido usada em uma tentativa simplista de explicar o porquê as pessoas permanecem na rua, de responsabilizar exclusivamente a pessoa vulnerabilizada pelo que é de responsabilidade coletiva, de responsabilizar a vítima da violação de direitos promovida pelo Estado. Quanto à condição de estar na rua e em uma postura de empatia com esta criança,



faço o convite para que palavras, como “preferir” e “escolher”, sejam substituídas por outras expressões, como falta de acesso, ausência do Estado, violação de direitos, salto da esperança, fuga da fé.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso histórico sobre as PSR bem como a compreensão sobre os efeitos da pobreza e de outros determinantes sociais sobre o seu processo saúde e doença permitiram inserir a enfermagem em um cenário dinâmico e complexo de cuidado.

A enfermagem é uma categoria profissional de maior representatividade nos sistemas de saúde do mundo, e, por esta posição, bem como pela natureza do seu trabalho, tem uma incumbência importante na redução das iniquidades em saúde relacionadas às causas e efeitos da situação de rua. O caráter social, histórico e cultural da profissão anuncia a força motriz para transformações sociais e em saúde.

Aprimorar e desenvolver técnicas e tecnologias de cuidado, qualificar o quadro de profissionais de saúde, organizar processos e fluxos de trabalho nos serviços de saúde e desenvolver pesquisas sobre as PSR são possibilidades que podem ser exploradas pela enfermagem, para efetivar e reafirmar o compromisso ético da profissão no que se refere à defesa da vida.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Casa Civil. Decreto Presidencial 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 [Internet]. Diário Oficial da União. 2009 [cited 2021 Jul 23];246(1):16-17. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/12/2009&jornal=1&pagina=16&totalArquivos=312>
2. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2008 [cited 2020 Sep. 20]. 240 p. Available from: http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf
3. Fonseca Z, Teixeira M, organizadores. Saberes e Práticas na atenção à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Ed. Hucitec; 2015. 263 p.
4. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo – 2019 [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 23]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209_SMADS_SP.pdf
5. Bursztyn M, (Org.). No meio da rua: nômades, excluídos, viradores. Rio de Janeiro: Editora Garamond Ltda; 2000. 264p.
6. Preuss MRG. A abordagem biográfica: história de vida na pesquisa psicossociológica. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia-Eicos, UFRJ; 1997. Sér. Doc; 6(8):105-125
7. Alecrim TFA, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zanatta ST. Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5): 808-15. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600014>
8. Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. 276 p.
9. Castel R. As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. Salvador: Cadernos CRH. 1997;26/27:19-40. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v10i26.18664>
10. Presidência da República (BR). Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988 [Internet]. Diário Oficial da União. 1988 [cited 2021 Jul 29];191A(1):1-32. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil [Internet]. Ministério da Saúde. 2010 [cited 2021 Jul 29];(1):144. Available from: https://bvsm.sau.br/bvsm/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf



12. Souza ES, Silva SRV, Caricari AM. Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(nº esp.): 810-4. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000500012>
13. Rosa AS, Brêtas ACP. Enfermagem e Saúde: olhares sobre a situação de rua. Curitiba: CRV; 2013. 228 p.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 89 p.
15. Oliveira MGPN. Consultório de rua: relato de uma experiência [Dissertação] [Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia. 2009 [cited 2021 Jul. 25]. 151 p. Available from: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10405>
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [Internet]. Diário Oficial da União. 2011 [cited 2020 Sep 15];19(seção 1):46. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
17. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional da Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2020 Sep 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Atualiza a composição dos profissionais que podem integrar Equipes de Consultório na Rua [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2020 Jul 23]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1029_20_05_2014.html
19. Rosa AS, Secco MG, Brêtas ACP. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. Rev Bras Enferm. 2006; 59(3):331-36. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300015>
20. Berger PL, Luckman NT. A sociedade como realidade subjetiva. In: Berger PL, Luckman NT. A construção social da realidade. Petrópolis: Vozes; 1996. 173-97.
21. Leininger MM, McFarland. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Canadá: Jones and Bartlett's Publishers Inc; 2006.
22. Campos AG. Qual a dor do mora(dor) de rua? [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências em Saúde Albert Einstein; 2016. 142p.
23. Campos AG, Souza MPF. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população em situação de rua. BIS, Bol Inst Saúde [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 27];14(3): 344-51. Available from: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000400013&lng=pt
24. Giger JN, Davidhizar RE. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. J Transcult Nurs. 2002;13(3): 85-8. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>
25. Brêtas ACP, Rosa AS, Cavicchioli, GS. Cuidado de enfermagem ao adulto em situação de rua. In: Brêtas ACP, Gamba MA. Enfermagem e saúde do adulto. Barueri: Manole; 2006. p. 145-153.
26. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(1):115-24. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012>
27. Canguilhem G. O normal e o patológico. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009. 154 p.
28. Campos AGA, Silva V, Elivane B, Seeley MC, Leão ERD. Dor em brasileiros vivendo na rua, Relatórios PAIN. 2019;4(6):792. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000792>
29. Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. Rev Bras Enferm. 2018;71(supl. 1):684-92. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>
30. National Coalition for the Homeless (NCH). How many people experience homelessness? [Internet]. Washington: NCH; 2002[cited 2020 Sep 20]. Available from: <https://nationalhomeless.org/>
31. Fisher REJ, Garrett A, Harrison EK, Lwin KKT, Wheeler DW.. The nature and prevalence of chronic pain in homeless persons: an observational study. F1000Res. 2013; 1(2):164-74. <https://doi.org/10.12688/f1000research.2-164.v1>
32. Vannucchi AMC. A população em situação de rua no serviço de urgência psiquiátrica. In: Baldaçara L, Codeiro DC, organizadores. Emergências psiquiátricas. São Paulo: Roca; 2007. p. 215-26.
33. Carneiro Junior N, Silveira C. Organização das práticas de saúde equinames em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. Cad Saúde Pública. 2003;19(6):1827-35. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000300004>



34. Amirati KM, Santana CLA. Cuidados à pessoa em situação de rua. In: Lopes LE. Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua: caderno de atividades. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. P.200-259
35. Sampaio C. Território e Redes. In: Lopes LE, (Org.). Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua: caderno de atividades. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 23-68
36. Maffaccioli R, Oliveira DLLC. Desafios e perspectivas do cuidado em enfermagem a populações em situação de vulnerabilidade. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e20170189. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170189>
37. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2021 Jul 30]. 549 p. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de ações programáticas estratégicas de área técnica de saúde mental. Nota técnica conjunta/2012. Coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e atenção básica [Internet]. 2012 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/20120412004951716.pdf>
39. Gouveia EAH, Silva RDO, Soares Pessoa BH. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. Rev Bras Educ Med. 2019; 43(1):82-90. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>
40. Freire de Souza AA, Abou Jamra CC, Muniz Amirati KK, Carvalho L, Reno Freitas L, Baptista MA. Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social [Internet]. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte; 2016 [cited 2021 Jul 30]. 311 p. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_ua.pdf
41. Tavares RC. O sentimento de pertencimento social como um direito universal. Cad Pesqui Interdisc Cien Hum. 2014;15(106):179-201. <https://doi.org/10.5007/1984-8951.2014v15n106p179>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c03>

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: A COMPLEXIDADE DO CUIDADO E A BUSCA PELA INTERSETORIALIDADE

Giselle Lima de Freitas^I

ORCID: 0000-0002-8118-8054

Bárbara Ingrid de Souza Silva^I

ORCID: 0000-0002-7223-6675

Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim^{II}

ORCID:0000-0002-5991-0135

Larissa Barros de Souza^{III}

ORCID:0000-0002-8060-7974

Simone Teresinha Protti Zanatta^{III}

ORCID: 0000-0002-3891-0080

Regina Célia Fiorati^{III}

ORCID: 0000-0003-3666-9809

INTRODUÇÃO

Cerca de 222 mil pessoas vivem em situação de rua atualmente no Brasil⁽¹⁾. A história brasileira revela que essa população sempre esteve às margens das agendas governamentais, culminando na escassez de políticas públicas e no predomínio de ações repressivas, higienistas e de controle sobre esses sujeitos^(2,3). É sabido, também, que a população em situação de rua (PSR) recebe, além das políticas públicas oficiais e das entidades religiosas, o auxílio e o apoio de entidades não-governamentais, de projetos de extensão universitária e vinculados a partidos políticos que possuem trajetória de luta em prol do acesso à moradia e ao trabalho, os quais não medem esforços na busca dos direitos dessa população, principalmente pelo direito a uma vida com dignidade.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2005, a saúde passou a ser vista de forma ampla, sendo fomentada a criação de políticas voltadas para a promoção da saúde da população e incentivado o engajamento comunitário⁽⁴⁾. A compreensão dos determinantes e condicionantes sociais no processo saúde-doença, por sua vez, ampliou a perspectiva de ação para além do setor sanitário e fortaleceu a necessidade do trabalho intersetorial e interdisciplinar, a partir da visão e interface de diferentes profissionais.

No ano de 2009, a Política Nacional da População em Situação de Rua (PNPR) foi instituída no Brasil, fruto da articulação e luta por visibilidade e direitos desse público. A PNPR conceitua População em Situação de Rua como um grupo populacional heterogêneo, que tem em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, ausência de moradia convencional regular, e uso de logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia⁽⁵⁾.

Além de estimular a participação popular, a PNPR tem como princípios o respeito à dignidade humana e suas

^IUniversidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{II}Universidade Federal de São Carlos.
São Carlos, São Paulo, Brasil.

^{III}Universidade de São Paulo.
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Giselle Lima de Freitas
gisellelf@yahoo.com.br

Como citar:

Freitas GL, Silva BIS, Alecrim TFA, Souza LB, Zanatta STP, Fiorati RC. População em situação de rua: a complexidade do cuidado e a busca pela intersetorialidade. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 27-32 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c03>

Revisor: Pedro Fredemir Palha.
Universidade de São Paulo.
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.



diferenças; o direito à convivência familiar e comunitária; a valorização da vida e da cidadania e o atendimento humanizado. Em seus objetivos, o documento explicita a necessidade de integração das políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; além de estimular a criação de meios de articulação entre o SUAS e o SUS para qualificar a oferta de serviços⁽⁵⁾.

Considerando a necessidade de integração intersetorial entre as políticas de saúde e demais políticas públicas, visando melhorar a capacidade de resposta aos problemas, demandas e necessidades de saúde inerentes à PSR, a Portaria nº122 do Ministério da Saúde, de janeiro de 2011, define as diretrizes para a organização das equipes de consultório na rua (eCR). O Consultório na Rua (CnR), formado por equipe multiprofissional, é uma estratégia concebida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 para ampliar/possibilitar o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde e assistência social. No âmbito da Assistência Social, o Centro de Referência Especializado para a PSR (Centro POP) faz parte da rede de proteção social especial de média complexidade e oferta serviços especializados e de abordagem social para o público em questão⁽⁶⁾.

A estruturação das eCR contribui para a articulação intersetorial baseada na interação entre diferentes setores e órgãos e na construção de objetos de intervenção comuns, buscando enfrentar problemas sociais de alta complexidade^(7,8). Trata-se de ações e estratégias coletivas que visam o respeito às individualidades dos sujeitos assistidos e reverberam sobre os modos de ser e atuar de todos os envolvidos, desde usuários, a profissionais e organizações^(9,10). A intersetorialidade refere-se, portanto, a uma estratégia que permite encontros e escuta entre diferentes atores e permite desvelar interesses divergentes, buscando convergências possíveis⁽¹¹⁾.

As ações intersetoriais contribuem para a organização dos serviços, o atendimento integral e a articulação entre os setores, os quais possuem diferentes saberes e poderes no enfrentamento dos problemas e atendimento das demandas e necessidades de saúde. Compreende-se que por meio da atuação pautada na intersetorialidade, é possível criar uma dinâmica de trabalho voltada para o território e a população. É fundamental, portanto, o conhecimento e o comprometimento dos profissionais envolvidos acerca das práticas intersetoriais para que a integralidade do cuidado alcance objetivos comuns e compartilhados para atender à população, extrapolando as políticas públicas restritivas.

A PSR, por seu contexto de vida adverso e complexo, apresenta diferentes problemas, demandas e necessidades de saúde, destacando-se a alta taxa de mortalidade prematura, o envelhecimento precoce, a incidência de doenças infecciosas e transmissíveis, que representam um marcador social de iniquidade, a exposição a diferentes tipos de violência e a condições climáticas extremas, os problemas com o uso abusivo de substâncias e os transtornos mentais⁽¹²⁾. Compreendendo que a PSR apresenta demandas, problemas e necessidades que extrapolam as questões de saúde e assistência social, o presente capítulo objetiva refletir acerca da importância de ações intersetoriais para a promoção do cuidado integral à população em situação de rua.

POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA - REALIDADE E PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO INTEGRAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como Determinantes Sociais da Saúde (DSS) as condições sociais em que os indivíduos vivem e trabalham. De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS abrangem fatores sociais econômicos, étnicos/raciais, culturais, psicológicos e comportamentais que influenciam diretamente no processo saúde doença e seus fatores de risco, principalmente se tratando de uma população considerada vulnerável. Existem iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos que estão atreladas ao conceito de DSS. Para Margareth Whitehead, as iniquidades em saúde são desigualdades que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias⁽¹³⁾.

A saúde da PSR é marcada por indicadores negativos referentes aos DSS. Assim, as desigualdades enfrentadas por essa população são consideradas iniquidades evitáveis, injustas e desnecessárias e perpassam por precariedade de acesso a direitos básicos garantidos constitucionalmente. A PSR não tem acesso a moradia,



trabalho digno, saneamento básico e tampouco segurança alimentar. Para além desses direitos não concedidos, pode-se citar as vivências precárias e martirizadas da PSR, como violências institucionais, discriminações e exposição a estressores psicossociais; violências essas que se traduzem em piores condições de vida, risco aumentado de adoecimento e morte precoce⁽¹⁴⁾.

A especificidade e a complexidade presentes no contexto de estar em situação de rua exigem atuações de diversas áreas do conhecimento que garantam saberes e práticas articuladas, a fim de constituir redes de ações que se complementam. O enfrentamento dos diferentes problemas inerentes a essa população está além dos setores da saúde e da assistência social, sendo imprescindível o envolvimento dos setores da educação, moradia, segurança, cultura, lazer, esportes, trabalho, renda, direito, entre outros. A fragmentação das políticas públicas e a fragilidade nas articulações intersetoriais evidenciam a insuficiência de estratégias que contribuem para diminuir as desigualdades, a discriminação e exclusão social⁽¹⁵⁾.

A PNPR objetiva garantir o acesso fácil e seguro da PSR a serviços e programas que integram políticas públicas dos diversos setores. Busca-se garantir, dentre outros, o acesso a benefícios previdenciários e assistenciais, programas de transferência de renda, ações de segurança alimentar e nutricional que garantam acesso permanente a alimentação de qualidade, assim como a programas de qualificação profissional que possibilitem o acesso ao mercado de trabalho. Além disso, a PNPR tem como perspectiva reestruturar e ampliar a rede de acolhimento temporário, visando a melhor adesão por parte da PSR. Para tanto, é preciso considerar desde o limite de capacidade, regras, acessibilidade e salubridade dos locais, até a distribuição geográfica das unidades de acolhimento e o direito de permanência da PSR⁽⁵⁾.

Os serviços de saúde são acessados pela PSR, em sua maioria, para obter medicamentos ou atendimento emergencial em situações de exposição a danos e doenças. No entanto, seus problemas de saúde não se resumem a questões emergenciais, sendo frequentes os casos de tuberculose, infestações por parasitas, doenças sexualmente transmissíveis, problemas de saúde bucal, gravidez de alto risco, doenças crônicas, transtornos mentais graves e uso prejudicial de álcool e outras drogas⁽¹⁶⁾.

No caso dos cuidados à saúde da PSR, destaca-se a necessidade de desenvolver estratégias que interfiram sobre a vulnerabilidade social, reduzindo danos decorrentes da vida nas ruas, promovendo saúde e aperfeiçoando a abordagem aos sujeitos de forma a favorecer a adesão aos tratamentos de saúde. Estudo realizado junto à PSR identificou a falta de estratégias no setor saúde para busca ativa desse público, destacou a ausência da Estratégia Saúde da Família (ESF) e verificou que a busca ativa é uma ação restrita à Assistência Social, por meio do serviço de abordagem de rua⁽¹⁷⁾. Os autores reforçam que a estratégia de Abordagem de Rua tem sido a mais frequente forma de acesso da PSR aos serviços públicos em parte significativa dos municípios do país.

É importante frisar que a política de Consultório na Rua busca atuar em lógica inversa, desenvolvendo um modelo de atenção acolhedor, humanizado e integral. As eCR são multiprofissionais e percorrem os territórios dos sujeitos em situação de rua, desenvolvendo ações direcionadas às necessidades de saúde desta população e em articulação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, e os serviços de urgência e emergência. Ainda assim, alguns estudos evidenciam a falta de diálogo entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e outros serviços que prestam assistência à essa população, destacando-se a frágil e fragmentada atuação dessa intersectorialidade para com a PSR^(17,18).

A falta de interação entre os serviços de assistência social e saúde representa um fator de dificuldade no atendimento à PSR, com uma concentração das demandas no primeiro serviço e ênfase nos problemas decorrentes do uso de álcool e drogas⁽¹⁹⁾. Os serviços de assistência social tornam-se, portanto, a porta de entrada da PSR para os serviços de saúde, assumindo a responsabilidade de articular ações intersectoriais, facilitando o acesso desses indivíduos às políticas públicas e possibilitando a formulação de projetos de vida junto dessas pessoas.

Ainda que seja observada a fragmentação de processos entre a assistência social e a saúde, para abordar os determinantes mais amplos, são necessárias intervenções que necessitam de colaboração entre diferentes



setores e a descentralização das ações da assistência social. Ao se tratar de ações intersetoriais exitosas, devem ser levadas em consideração as estratégias cujo planejamento e execução se deem por meio de uma perspectiva territorial, identificando e propiciando participação ativa dos sujeitos diretamente interessados⁽²⁰⁾. Devem ser consideradas ainda, as ações e estratégias que viabilizem o engajamento comunitário e propiciem a construção da autonomia do sujeito, reconhecendo-o como ser de direito e protagonista de sua história.

Para tal, mudanças estruturais fazem-se necessárias, sem as quais a mera criação de leis e serviços não será capaz de suprir as necessidades da população em questão, que segue invisibilizada. É preciso que justificativas de senso comum, como a falta de adesão da PSR, sejam abandonadas e que estratégias conjuntas para resolução do problema sejam pensadas e executadas, a partir de políticas públicas, com rede de atenção, gestores e cidadãos⁽²¹⁾.

No contexto atual, tendo como foco o enfrentamento das desigualdades em saúde de populações em alta vulnerabilidade social, como a PSR, as agendas governamentais devem propiciar a construção de políticas intersetoriais desenvolvidas nos territórios, em articulação com a APS e outros setores da administração pública, como a assistência social, habitação, segurança pública, justiça, planejamento, meio ambiente, cultura, entre outros. Vale destacar a urgência do desenvolvimento e fomento de estratégias intersetoriais que contribuam para o acesso das pessoas em situação de rua a todos os setores da sociedade, visto que ações articuladas entre as demandas desse grupo e as políticas sociais ainda são tímidas e deixam de contemplar os determinantes sociais do processo saúde-doença.

É essencial contar com profissionais comprometidos na promoção de uma atenção integral e humanizada para a PSR, garantindo acesso e continuidade do cuidado, objetivos fundamentais da intersectorialidade. Deve-se ainda promover meios para que a população em situação de rua possa acessar e participar do controle social das políticas que dizem respeito às suas necessidades e, dessa forma, exercer sua cidadania e usufruir de uma vida com dignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde da PSR é um objeto complexo e envolve, além das condições adversas do viver na rua, a compreensão de uma história que precede a ida às ruas e deve ser levada em consideração no planejamento e desenvolvimento de estratégias de cuidado. Pela magnitude dos condicionantes de saúde atravessando a história de vida de pessoas em situação de rua, as ações devem integrar múltiplos agentes e ocorrer com base na construção, implementação e gestão de políticas públicas intersetoriais que vão enfrentar as iniquidades sociais vividas por essa população.

Ainda que seja reconhecida a importância de ações de caráter intersectorial para o atendimento das demandas da PSR, observa-se uma incipiente literatura acerca de experiências exitosas. Assim, considerando a experiência das autoras no trabalho com o público em questão, salienta-se a importância de projetos de extensão com a população em situação de rua como público-alvo, uma vez que a aproximação universidade-sociedade favorece uma formação profissional ampla e a construção do pensamento crítico. Destaca-se ainda ser pertinente o investimento em pesquisa de cunho social e de saúde com foco no público.

Para além do âmbito acadêmico e reconhecendo a distante articulação setorial, deve-se investir na capacitação continuada de profissionais que atuam direta ou indiretamente com a PSR. As demandas da PSR não se resumem a saúde e assistência social, e outros setores devem fazer parte da agenda de ações. Para tanto, é fundamental que a governança central dos municípios promova uma rede informacional e espaços de articulação. Finalmente, o engajamento comunitário é considerado uma ferramenta importante de luta e resistência de públicos vulneráveis, como a PSR, e a ampliação do debate sobre vulnerabilidade em diferentes cenários é crucial para seu fortalecimento e envolvimento da sociedade civil.



REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012[cited 2021 Apr 30];(1):114. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
2. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 30]. 36p. Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf
3. Barbosa JCG. Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados [Dissertação] [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA; 2018 [cited 2021 Apr 30]. Available from: https://www.ipea.gov.br/sites/imagens/mestrado/turma2/jose_carlos_gomes_barbosa.pdf
4. Yamamoto OH, Oliveira IF. Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicol: Teor Pesqui.* 2010;26(spe):9-24. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500002>
5. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7053. Decreto 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 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2021 Apr 30]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 122 de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/161272.html>
7. Salgado RRSP, Fuentes-Rojas M. A referência e a intersectorialidade como desafios no atendimento em saúde mental à população em situação de rua. *Rev Serv Soc Perspect*[Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 30];3(1):138-53. Available from: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/260>
8. Andrade LOM. A saúde e o dilema da intersectorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006. 173 p.
9. Nascimento S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serv Soc Societ.* 2010;(101):95-120. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000100006>
10. Macedo JP, Sousa AP, Carvalho AV. População em Situação de Rua: Trabalho em Equipe e Intersetorial. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2020[cited 2021 Apr 30];12(4):159-73. Available from: <https://pssauadb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/943/1186>
11. Akerman M, Sá RC, Moysés S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? Intersetorialidades! *Ciêns, Saúde Coletiva.* 2014;19(11):4291-300. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>
12. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2021 Apr 30]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf
13. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(9):2005-8 <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>
14. Trino AT, Machado MPM, Rodrigues RB. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: Teixeira M, Fonseca Z. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015. p.27-53.
15. Ferreira FPM. Crianças e adolescentes em situação de rua e seus macro determinantes. *Saúde Soc.* 2011;20(2):338-49. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200007>
16. Ministério da Saúde (BR). Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Apr 30]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
17. Borysov IC, Furtado JP. Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* 2013;23(1):33-50. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100003>
18. Vale AR, Vecchia MD. Sobreviver nas ruas: percursos de resistência à negação do direito à saúde. *Psicol Estudo.* 2020;25(45235). <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.45235>



19. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: Reflexões sobre a problemática. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2016; 21(8), 2595-2606. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>
20. Tumelero SM. Intersetorialidade nas políticas públicas. *Guaju* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 30];4(2):211-30. Available from: <https://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/62201/37266>
21. Batchelo P, Kingsland J. Improving the Health of the Homeless and How to Achieve It within the New NHS Architecture. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):4100. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114100>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c04>

LINHA DE CUIDADO ENFOCANDO A VULNERABILIDADE: PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Beatriz dos Santos Oranje¹

ORCID: 0000-0002-5239-1707

Evellyn Maria Pereira da Silva Oliveira¹

ORCID: 0000-0003-1538-8434

Dailon Ramos Rodrigues Júnior¹

ORCID: 0000-0001-8557-2873

Nair Chase da Silva¹

ORCID: 0000-0002-5880-4138

Valdenora Patrícia Rodrigues Macedo¹

ORCID: 0000-0002-8653-0883

Maria Jacirema Ferreira Gonçalves¹

ORCID: 0000-0002-8460-8501

Daniel Teixeira de Amorim¹

ORCID: 0000-0002-9033-5554

INTRODUÇÃO

O conceito de vulnerabilidade é amplo e diz respeito tanto às questões econômicas, por falta ou escassez de renda, quanto às dificuldades e fragilidades encontradas nos vínculos e relações humanas, bem como à desigualdade no acesso a bens, direitos e serviços públicos⁽¹⁾. No que se refere à saúde pública, a vulnerabilidade é descrita como a situação em que um sujeito, grupo ou comunidade tem sua estrutura social determinada por fatores históricos, circunstanciais ou temporais, em que tais fatores refletem as condições de vida e de saúde identificadas neste sujeito ou grupo⁽²⁾. Em relação à vulnerabilidade social, a Política Nacional de Assistência Social se refere a ela como uma fragilidade por conta da exposição a processos aflitivos em famílias e indivíduos que vivenciam exclusão social e vivem contextos de pobreza, privação ou precarização de serviços públicos, com possibilidades de fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social⁽³⁾.

De um modo geral, em maior ou menor grau, todas as pessoas enfrentam alguma situação de vulnerabilidade, quando se considera a amplitude do conceito acima exposto. Além disso, há o grupo das pessoas em situação de rua que precisa de atenção especial, pois experiencia a vulnerabilidade em todas as suas dimensões, devido à complexidade da situação, e, como tal, requer abordagens que englobam as multifacetadas de reconhecer e enfrentar as situações de vulnerabilidades desse grupo populacional. O uso do espaço das ruas como modalidade de habitação e a ausência de moradia fixa tradicional configuram um perfil de vulnerabilidade pertinente entre pessoas em situação de rua, tendo em vista que situações de saúde requerem demandas urgentes de atenção à saúde⁽⁴⁾.

Dessa maneira, quando se pensa no acesso ao serviço de saúde, o foco dos profissionais da saúde deve voltar para a abordagem qualificada aos problemas encontrados, como também quais instrumentos e métodos devem ser

¹Universidade Federal do Amazonas.
Manaus, Amazonas, Brasil.

Autora Correspondente:

 Nair Chase da Silva
nairchase@ufam.edu.br


Como citar:

Oranje BS, Oliveira EMPS, Rodrigues Jr DR, Silva NC, Macedo VPR, Gonçalves MJF, Amorim DT. Linha de cuidado enfocando a vulnerabilidade: pessoas em situação de rua. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 33-9 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c04>

Revisor: Abel Santiago Muri Gama.
Universidade Federal do Amazonas.
Manaus, Amazonas, Brasil.



utilizados, considerando-se as especificidades e contexto no qual a coletividade está inserida, especialmente quando se consideram as situações e necessidades ligadas às vulnerabilidades. Nesse sentido, assume-se o potencial que a abordagem, por meio da Linha de Cuidado, fornece tanto para organizar quanto para implementar o cuidado.

A Linha de Cuidado pode ser entendida como o padrão técnico e organizado para determinar a oferta de ações de saúde no sistema e que deve ser utilizada abrangendo a integralidade na assistência à saúde e no cuidado, unindo ações preventivas, curativas e de reabilitação, focando no paciente a partir de abordagens interdisciplinares⁽⁵⁾. A Linha de Cuidado integral pode ser definida como uma união pactuada entre aqueles que controlam o serviço e os recursos assistenciais, por meio de fluxos assistenciais eficientes, a fim de atender às necessidades do paciente, procurando garantir-lhe uma assistência integral e equânime dentro de uma rede de saúde, conforme suas necessidades⁽⁴⁾.

O Sistema Único de Saúde já oferece algumas Linhas de Cuidados em seus serviços, tais como as de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, demência, ansiedade e HIV/AIDS⁽⁵⁾. Entretanto, não há uma Linha de Cuidado direcionada ao acolhimento das pessoas em situação de rua, considerando suas situações de vulnerabilidade. Portanto, a abordagem aqui proposta, além de trazer à tona o conhecimento acerca de vulnerabilidade e suas dimensões, foca na Linha de Cuidado às pessoas em situação de rua, reconhecendo a necessidade de relação com as redes de apoio, a fim de viabilizar o cuidado, o encaminhamento e o acompanhamento adequado, tendo como objetivo refletir acerca da vulnerabilidade e suas dimensões, focando na Linha de Cuidado às pessoas em situação de rua.

VULNERABILIDADE E SUAS DIMENSÕES

O termo vulnerabilidade nasce na década de 1960, compondo com magnitude e transcendência o planejamento normativo, tendo em vista que, nesse contexto, seu uso está referido à intervenção na doença e não à doença nas pessoas. Com o advento do HIV/AIDS, o conceito retorna sob novas bases, ora se aproximando da noção de risco, ora se distanciando, chegando aos descritores utilizados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), ser conceituado como o grau de suscetibilidade ou risco ao qual uma população está exposta a sofrer danos^(6,7).

Vale ressaltar a diferença entre risco e vulnerabilidade; no primeiro caso, admite-se que o comportamento adotado por indivíduos com características em comum os coloca em situação de risco de exposição que ameaça à saúde, ou seja, remete à culpabilização dessas pessoas por estarem em tal situação; já o conceito de vulnerabilidade se contrapõe ao risco, considerando que há mais chance de danos à saúde nos grupos de pessoas em situação de vulnerabilidade, por se inserirem em aspectos não apenas individuais, mas coletivos e contextuais, relacionados ao grau de acesso aos recursos, assegurados pelos Direitos Humanos, de todas as ordens, para a sua proteção⁽⁸⁾.

Dessa forma, as análises de vulnerabilidade devem considerar três dimensões: 1) individual, que consiste no reconhecimento da pessoa como sujeito de direito inserido dinamicamente em sua realidade; 2) social, que consiste no comportamento do sujeito nas relações sociais e sua inserção na organização e cenário cultural, considerando o desenvolvimento de sua cidadania; e 3) programática, que consiste na análise do quanto e como os governos participam e respeitam os direitos à cidadania e suas ações de proteção, promoção e assistência à saúde⁽⁸⁾.

Dentre as vulnerabilidades observadas dentro da sociedade, destaca-se a desigualdade perante a lei e sujeição à violência, dificuldade de acesso à moradia, serviços de saúde, assistência social e emprego, que, conseqüentemente, condicionam um indivíduo ou grupo à vulnerabilidade socioeconômica, referindo à falta de proteção quanto à garantia de trabalho, saúde, educação e direitos sociais básicos⁽⁸⁾.

Diante dessa perspectiva, a vulnerabilidade individual está referida ao indivíduo, condicionada à informação que tiver sobre o problema e a sua capacidade em usar as informações que tem para modificar suas práticas, sendo também levado em conta suas crenças, interesses e atitudes. A vulnerabilidade social diz respeito aos



recursos disponibilizados pela sociedade, que permitam à coletividade mobilizá-los em seu favor. As atitudes e práticas adotadas pela sociedade são decorrentes e influenciadas pelo seu contexto. Assim, há que se considerar emprego, renda, escolaridade, acesso a bens e serviços, entre outros elementos, que influenciam na forma como as pessoas vivenciam vulnerabilidades coletivamente⁽⁹⁾.

A vulnerabilidade programática está na dependência do que as instituições estabelecem, no caso do setor de saúde, aquilo que disponibilizam por meio das políticas públicas e procedimentos, com potencial de influenciar positivamente ou não no processo de adoecimento, a exemplo do acesso e qualidade dos serviços de saúde⁽⁹⁾.

A vulnerabilidade também pode ser vista relacionada a grupos etários, condições socioeconômicas e à questão temporal, podendo-se destacar: a vulnerabilidade juvenil, caracterizada pela população entre 15 e 24 anos de idade, que representa cerca de 18% da população brasileira, e está exposta a maiores taxas de mortalidade por fatores externos, como mortes violentas, facilidade de acesso às drogas, violência e gravidez precoce, principalmente quando estão em situações econômicas desfavoráveis; e a vulnerabilidade em saúde, representada pelas pessoas que estão mais expostas a riscos e danos para a saúde, quando essas vivem em comunidades ou áreas que são propícias a sofrer ameaças de surtos de doenças ou risco de desastre⁽¹⁰⁾.

No que se refere à vulnerabilidade socioeconômica, observa-se que as pessoas estão propensas à maior carga de doenças agudas e crônicas, número aumentado de acidentes domésticos e urbanos, e, ainda, mais dificuldade de acesso ao serviço de saúde, além da marginalização e exclusão. Nesses grupos, estão pessoas que vivem em moradias precárias ou ainda em moradia alguma, possuindo baixo nível ou nenhuma renda ou educação, estando submetidas ao subemprego ou desemprego, enfrentando dificuldades, tais como a desorganização familiar e a falta de participação social⁽¹⁰⁾.

O fator tempo demonstra que a vulnerabilidade não se restringe apenas a variáveis, como a pobreza, embora essa seja considerada agravante da vulnerabilidade, mas, visto que pode ser considerada uma condição crônica ou temporária, não sendo padronizada em todas as famílias, faz-se necessário compreender e enfrentar tais aspectos da vulnerabilidade, pois, quando isso não acontece, é capaz de gerar ciclos de vulnerabilidade que podem se transformar em situações de risco pessoal e social, caso não forem tratadas⁽¹¹⁾.

Estratégias possíveis para intervir nesse contexto podem consistir na realização do diagnóstico situacional de cada indivíduo, família ou comunidade, a fim de mapear as capacidades dos lugares, a rede de acesso de serviços e, assim, construir instrumentos e planos individuais ou familiares de acompanhamento, além de implementar as Linhas de Cuidados direcionadas às pessoas em situação de vulnerabilidade⁽¹¹⁾.

Diante do exposto, o capítulo traz uma atenção especial às pessoas em situação de rua, considerando que este grupo se enquadra nas características de todas as situações de vulnerabilidade definidas, tendo em vista que o enfoque nesta população exige a compreensão de ações de saúde nas dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática.

VULNERABILIDADE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

A população em situação de rua pode ser definida como aquela cujo denominador comum é a “população em situação de pobreza extrema, que possui vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e cuja inexistência de moradia convencional regular propicia o uso de logradouros públicos, assim como áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, quer de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”⁽¹¹⁾.

No âmbito nacional, estima-se que houve um aumento de cerca de 140% da população em situação de rua, considerando-se o período de setembro de 2012 a março de 2020, em que tal estimativa já apontava um aumento exacerbado. As razões para tal cenário previstas em todo o país, ainda que mais intensas nos grandes municípios, justificam-se por fatores, como a crise econômica, que contribuiu para o aumento do desemprego e da pobreza, além da pandemia de COVID-19, que poderá ainda elevar esse percentual⁽¹²⁾.



Um estudo em Mangueiras, bairro da zona norte do Rio de Janeiro, no Brasil, demonstrou que, em tal área, ocupada por diversas pessoas em situação de rua, o perfil sociodemográfico era composto em mais de 82% por homens, com a faixa etária compreendida entre 24 e 44 anos, em sua maioria autodeclarados pardos, com 48,7% alegando ter completado o ensino médio, cujos principais motivos para estar vivendo e morando na rua eram problemas com o álcool ou drogas, devido ao desemprego e desavenças com a família⁽¹³⁾.

Dentre os principais problemas de saúde que são identificados e diagnosticados nas populações em situação de rua, destacam-se: doenças infecciosas e parasitárias, tais como a tuberculose e a hanseníase; infecções sexualmente transmissíveis (IST); doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes e hipertensão; condições de saúde e fatores de risco, como uso e abuso de álcool, cigarro e outras drogas, gravidez de alto risco e insegurança alimentar, além de problemas de saúde bucal e saúde mental. Tais processos podem ser agravados, devido à permanência dessas pessoas em situação de rua pela dificuldade de acesso à saúde e pela própria condição de não ter moradia e falta de acesso a todos os serviços que contribuem para assegurar a dignidade da vida humana⁽¹⁴⁾.

A Política Nacional para População em Situação de Rua foi criada pelo Decreto 7.053, de 23 de dezembro de 2009, tendo suas diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultórios de rua definidas pela Portaria 122, de 25 de janeiro de 2011, integrando no seu todo a Política Nacional de Atenção Básica, a qual foi publicada em 2011 estabelecendo o papel da equipe multiprofissional e interdisciplinar na atuação junto a essa população, especialmente com foco nos consultórios de rua^(15, 16, 17).

Portanto, a fim de que as práticas assistenciais em saúde para a população em situação de rua promovam ações que garantam o princípio da equidade no SUS, é necessário promover um acolhimento com escuta qualificada, especializada e direcionada, focando na redução de danos e no atendimento local, na rua mesmo. No entanto, é necessário que haja um serviço planejado, estruturado e inclusivo, com foco nas vulnerabilidades enfrentadas por essa população. Desse modo, o objetivo da atuação profissional, pautado nas Linhas de Cuidados, é capaz de atender às necessidades da população em situação de rua.

VULNERABILIDADE E LINHA DE CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A atenção às vulnerabilidades demanda a instituição da Linha de Cuidado que considere as especificidades da população e, assim, atenda às suas necessidades de saúde. Seu funcionamento está atrelado às redes de atenção que, de forma estruturalmente operacional e não hierárquica, buscam oferecer atendimento de forma integral e contínuo à determinada população, tendo como agente coordenador a Atenção Primária à Saúde (APS)⁽¹⁴⁾.

Compõem as redes de atenção à saúde a APS, como eixo comunicador que coordena o fluxo e contrafluxo em relação à equipe de Saúde da Família ou à própria unidade de APS, o atendimento especializado e os sistemas de apoio, que atuam tanto no âmbito diagnóstico quanto no terapêutico da atenção à saúde⁽¹⁴⁾. A abordagem de Linha de Cuidado, vertente da APS, é uma ferramenta essencial para lidar com as vulnerabilidades e, assim, buscar atender ao princípio da equidade, disposto no Sistema Único de Saúde. É uma abordagem desafiadora, pois requer que o funcionamento do sistema de saúde seja como uma espécie de engrenagem devidamente articulada, a fim de atender todas as necessidades de saúde da população⁽¹⁴⁾.

Uma ferramenta base da Linha de Cuidado é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que tem por objetivo a integração entre os profissionais de saúde e os usuários, promovendo participação ativa do sujeito no planejamento das ações para a manutenção de sua saúde, com atuação em diferentes âmbitos de sua vida e o envolvimento de pessoas direta ou indiretamente ligadas a ele. O PTS permite que cada caso possa ser avaliado levando em conta sua singularidade e especificidade, facilitando traçar as estratégias terapêuticas adequadas para cada indivíduo. Sendo um elemento necessários à Linha de Cuidado, o PTS deve estar incorporado tanto na atenção primária quanto na especializada, seguindo um fluxograma de apoio ao diagnóstico e tratamento⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, a partir de uma avaliação de risco e das necessidades em saúde do indivíduo avaliado, ocorre a construção do PTS, em que a integração das ações e o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional



funcionam como um reforço do vínculo com o paciente e sua responsabilização para com ele, buscando evitar que fluxos e protocolos se sobreponham a possibilidades de diálogo e de responsabilização das diferentes instâncias e equipe, em que o monitoramento da população e o tratamento de suas necessidades de saúde, assim como a avaliação e a reavaliação, também devem ser realizados⁽¹⁸⁾.

A implementação eficiente de uma Linha de Cuidado com o PTS no serviço de saúde, em especial a rede de APS, possibilita a permeabilidade nos outros níveis de assistência, de maneira a seguir um fluxo de atendimento. O uso de ações ativas de saúde, como o Programa Consultório de Rua, é uma ferramenta útil para acompanhar pacientes em situação de vulnerabilidade, a fim de garantir o acesso constitucional à saúde, assim como a todos os fluxos assistenciais, atendendo ao atributo essencial da APS, o de coordenação do cuidado⁽¹⁸⁾.

Além do PTS, outra estratégia para compor a Linha de Cuidado que pode ser usada para alcançar o público-alvo é a rede de apoio, que pode ser definida como uma relação de vínculo social entre grupos organizados, em que as pessoas que participam podem compartilhar entre si seus conhecimentos e vivências e, dessa forma, contribuir para a promoção de saúde das pessoas da rede, cujo exemplo são os grupos de Alcoólicos Anônimos, no qual os participantes trocam suas experiências para ajudar uns aos outros⁽¹⁹⁾. Em relação às redes de apoio às pessoas em situação de rua, um estudo realizado em uma cidade do interior de Minas Gerais demonstrou que tal troca de conhecimento entre os moradores de rua contribui para que eles percebam a saúde como algo que está ao seu alcance; dentre os relatos apresentados, eles compartilham seus conhecimentos de como cuidar da dor, de machucados e outros problemas que venham a surgir devido à vida em condições atípicas e precárias⁽¹⁹⁾.

Adicionalmente, na Linha de Cuidado, devem constar o Itinerário Terapêutico e o Protocolo de Ação, visto que tais ferramentas permitem a incorporação e a ampliação de significados presentes na trajetória das pessoas, quando buscam a solução de alguma questão relacionada à saúde. Tanto o Itinerário Terapêutico quanto o Protocolo de Ação devem ser irrestritos a um fluxo predeterminado e rígido, envolvendo não apenas as instituições de saúde, o diagnóstico e o tratamento de doenças, mas os médicos e suas prescrições, tendo em vista que os mesmos pressupõem a participação da população de forma ativa na tomada de decisão do cuidado em saúde e não apenas espectadora da assistência emanada pelos serviços de saúde⁽¹⁸⁾.

A elaboração de uma Linha de Cuidado para a população em situação de rua é um desafio, visto que a inserção dessa população nos serviços, de certa forma, é flutuante, já que requer dos serviços a devida estratégia para lidar com o sentimento frágil de pertencimento ao território e consciência de direitos de acesso aos mais diversos setores e serviços públicos, tendo em vista que a população em situação de rua chega ao serviço com vulnerabilidades peculiares que requerem novas tecnologias apropriadas para lidar com suas necessidades⁽¹⁸⁾.

Desse modo, a Linha de Cuidado à população em situação de rua deve ser iniciada por meio do acolhimento, que deve ser concebido como algo além de receber o usuário de forma acolhedora, devendo-se buscar compreender a sua demanda para além da queixa principal apresentada, percebê-lo no seu contexto social e inseri-lo em uma rede de atenção à saúde. Considerando que a APS é a ordenadora do cuidado, está sob sua responsabilidade a utilização de estratégias e mecanismos de atuação que facilitem o acesso da população em situação de rua ao sistema de saúde⁽¹⁸⁾.

Por conseguinte, no decorrer da abordagem ao usuário, a equipe deve priorizar uma observação e uma escuta qualificada que, necessariamente, passam pela valorização e respeito aos diversos saberes, visões de mundo e modos de viver dos indivíduos, possibilitando a construção de vínculos de confiança junto a essa população, que se reproduz em processos relacionais no cuidado integral à saúde⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

A compreensão da vulnerabilidade como fator norteador do fazer saúde, com toda a sua complexidade, é essencial aos profissionais de saúde e, somente assim, será possível construir um PTS que seja de fato singular,



além do devido itinerário terapêutico, construídos de forma compartilhada e dialógica, que atendam às necessidades de saúde e considerem as vulnerabilidades apresentadas por essa população.

A vulnerabilidade relacionada à população em situação de rua deve ser uma prioridade nas políticas públicas, considerando o seu crescimento na última década, assim como o advento da COVID-19, que, certamente, está modificando e agravando esse importante problema social e saúde em nossa sociedade. Ao mesmo tempo em que o país apresenta elevado crescimento de condições vulneráveis da população juvenil, ocorre o envelhecimento da população, que também vive em situação de rua.

Portanto, a Linha de Cuidado para a população em situação de rua deve envolver o acolhimento, a avaliação do risco da vulnerabilidade, a interação entre os sujeitos e o serviço de saúde, o mapeamento das redes de apoio e a atuação multiprofissional e intersetorial. A definição da oferta de cuidado deve ser feita com base nas necessidades de saúde, construindo-se um PTS e assegurando o Itinerário Terapêutico, criando, assim, condições para garantir a atenção integral à saúde à pessoa moradora de rua em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

1. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saude Publica*. 2018;34(3):e00101417. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>
2. Lorenzo C. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. *RBB*. 2006;2(3):299-312. <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7986>
3. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):16-29. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
4. Franco TB, Magalhães Jr HM. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, 2a. ed. São Paulo: HUCITEC; 2004. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200014>
5. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul; 2012[cited 2021 Oct 10]. Available from: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Linha-cuidado-integral.pdf>
6. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Do Val LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp 2):1326-30 <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>
7. Ayres JRCM, Franca Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. <https://doi.org/10.7476/9788575413531>
8. Ayres JR, Paiva Vera, França-Jr I. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde*. livro I, Curitiba: Juruá; 2012.
9. Ayres JR CM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Jr I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ; 2009.
10. Valle FAAL, Farah BFC, Carneiro N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde Debate*. 2020;44(124):182-92. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>
11. 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(spe):246-56. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>
12. Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA). Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia; Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. DIEST, DISOC NT 74: População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais[Internet]. 2020[cited 2021 Oct 10]. 26p. Available from: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10078/1/NT_74_Diest_Disoc_Populacao%20em%20Situacao%20de%20Rua%20em%20Tempos%20de%20Pandemia.pdf
13. 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(spe):246-56. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>
14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>



15. Presidência da República (BR). Decreto n.º 7.053, de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 23 dez 2009[cited 2021 Oct 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 25 jan. 2012 [cited 2021 Oct 10]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011[cited 2021 Oct 10]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
18. Silva NEK. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. Ciên Saúde Coletiva. 2016;21(3):843-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>
19. Vale AR, Vecchia MD. "UPA é nós aqui mesmo": as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. Saúde Soc. 2019;28(1):222-34. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180601>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c05>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO NEGRA

Beatriz de Souza Lima^I

ORCID: 0000-0003-1958-829X

Maria Augusta Raymundo Luis Antonio^{II}

ORCID: 0000-0002-8917-0051

Bruno Pereira da Silva^{III}

ORCID: 0000-0002-5825-7402

Eduardo Sodré de Souza^{IV}

ORCID: 0000-0002-9698-028X

^IInstituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Câmara Municipal de Araraquara.
Araraquara, São Paulo, Brasil.

^{III}Universidade Federal do Acre.
Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil.

^{IV}Universidade Anhembi Morumbi.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Beatriz de Souza Lima
biaslima3@gmail.com

Como citar:

 Lima BS, Antonio MARL, Silva BP, Souza ES. Cuidados de
Enfermagem à População Negra. In: Rocha ESC, Toledo
NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES, (Orgs). Enfermagem
no cuidado à saúde de populações em situação de
vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 40-54
<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c04>

 Revisora: Profa. Dra. Alva Helena de Almeida.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde adverte: o racismo faz mal à Saúde!⁽¹⁾. Essa exclamação presente no documento Painel de Indicadores do Sistema Único de Saúde (SUS) de 2016, cuja temática central era Saúde da população negra, reconhece os efeitos deletérios do racismo na saúde de pessoas negras.

Segundo o Estatuto da Igualdade Racial, a população negra corresponde ao “conjunto de pessoas que se autodeclararam **pretas e pardas**, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)” e que somam, no Brasil, mais de 56% da população brasileira⁽²⁻³⁾.

É fundamental compreender que o fato de pessoas pretas e pardas compartilharem semelhanças em relação aos impactos do racismo, quando comparadas às pessoas brancas, justifica a junção das pessoas pardas no grupo de pessoas negras⁽¹⁾.

Vale destacar ainda que a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2018⁽²⁾ indicou aumento dos percentuais de autodeclaração de pessoas negras nos últimos anos, com destaque para o grupo de pessoas pretas.

Tal cenário, embora indique mudanças, ainda exige uma radicalidade na compreensão da negritude, bem como no enfrentamento ao racismo, entendido como um sistema opressor organizado que atua em diferentes níveis perpassando “individualidades, vontades ou opiniões, fixando-se internamente aos mecanismos de sociabilidade e grupalização”, atualizando-se⁽⁴⁾.

Dito de outra forma, a estratégia de poder, presente nos diferentes espaços e relações sociais e que resulta no subjugo de algumas pessoas (negras) em detrimento de outras (não negras), deve ser compreendida em suas diversas manifestações, das mais sutis até as mais explícitas. Esse é um dos motivos do menor acesso da população negra aos serviços e recursos em saúde e, conseqüentemente, piores quadros, em comparação com a população branca, no que se refere aos índices de morbimortalidade.



Segundo Werneck⁽⁵⁾, o racismo tem efeitos deletérios sobre a saúde da população negra ao naturalizar a inferiorização pela diferença e impor uma assistência em saúde desigual. Além disso, por sua abrangência e seu potencial discriminatório, ele penetra diferentes níveis da vida humana, promovendo a destituição dos direitos civis dessa população.

Por isso, uma atuação profissional que não se apropria da compreensão desse sistema assenta sua prática em um campo político-ideológico que reproduz a desvalorização da vida.

Nesse sentido, dedicaremos algumas linhas para apresentar as dimensões do racismo propostas por Jones (2002) e citadas por Werneck⁽⁵⁾, cujo modelo nos ajuda a compreender os aspectos pessoais, interpessoais e institucionais do racismo (**Figura 1**).

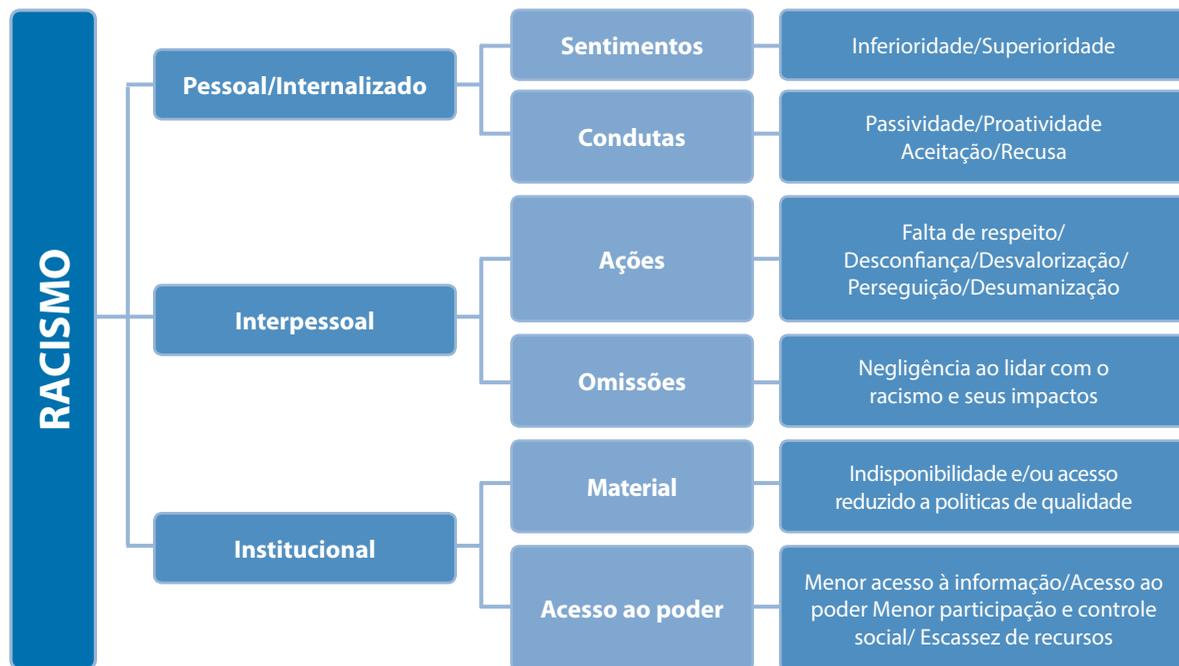


Figura 1: Modelo proposto por Jones, adaptado por Werneck⁽⁵⁾

Essas três dimensões do racismo, Werneck⁽⁵⁾ adverte, interagem entre si na produção dos efeitos individuais e coletivos, não exclusivos às vítimas do racismo, e participam de processos e políticas institucionais.

Conforme é apresentado na figura, a perspectiva pessoal ou internalizada do racismo corresponde a sentimentos e condutas introjetados, cuja postura de aceitação dos padrões racistas é incorporada e naturalizada pelas pessoas que sofrem seus efeitos⁽⁵⁾.

A dimensão interpessoal refere-se às ações ou omissões que traduzem preconceitos ou discriminação por meio de condutas intencionais ou não entre as pessoas⁽⁵⁾.

Por último, a dimensão institucional do racismo, ou racismo sistêmico, contempla aspectos materiais e de acesso ao poder, culminando em tratamento e resultado desiguais. É uma forma estrutural do racismo, cujas organizações, políticas, práticas e normas promovem uma espécie de “exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos”⁽⁵⁾.

Considerando que a população negra é a que mais acumula piores índices de saúde, educação, saneamento básico e acesso aos bens e serviços públicos para satisfação das suas necessidades⁽¹⁾, cabe à enfermagem o uso de suas atribuições para a redução das assimetrias em saúde com vistas à concretização do cuidado sob uma perspectiva ética.



O racismo é um fenômeno cuja dinâmica é atualizada ao longo do tempo nas estruturas da sociedade. Os significados que ele reproduz incidem sobre o tratamento dado aos grupos raciais, influenciando os acessos e as oportunidades. Dessa forma, o racismo cria e/ou potencializa as vulnerabilidades, impondo barreiras de acesso a direitos ou negligenciando necessidades⁽¹⁾.

O racismo, como um dos elementos constituintes da complexidade e dinamicidade que determinam o processo saúde e doença convoca profissionais de saúde a uma abordagem que transcenda as barreiras do paradigma biomédico e caminhe, de forma crítica e reflexiva, na direção de uma prática fundamentada em evidências científicas e contextuais sobre a saúde e vida da população negra.

Isso implica considerar que as diferentes vulnerabilidades que são impostas a essas pessoas são produções de um sistema excludente e opressor sobre o qual a enfermagem tem um papel relevante, sobretudo se atuar no planejamento de ações programáticas que respeitem as diferenças e contemplem a compreensão dos efeitos do racismo articulado às interseções entre classe, gênero, região, deficiências, religião, geração, entre outras categorias que são coparticipantes desse sistema de produção da vulnerabilidade programática.

Nesse sentido, para uma atuação resolutiva de enfermagem, defendemos que são necessários aprofundamentos sobre as dimensões do racismo e como ele se estrutura, manifesta e permeia as relações pessoais (corpos e subjetividades) e coletivas. Isso implica perceber práticas do racismo na execução e planejamento dos processos de trabalho, os quais não estão isentos desse fenômeno construído social e historicamente.

Sendo assim, este capítulo visa oferecer subsídios históricos, teóricos e práticos com algumas categorias operacionais para que a/o enfermeira/o possa ter recursos e instrumentos para uma atuação profissional que reduza as iniquidades em saúde da população negra.

PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

O processo de racialização dá-se nas relações intersubjetivas em que grupos sociais cujas experiências são entendidas como hegemônicas e, portanto, normalizadas, constroem a/o Outra/o. Com isso, as subjetividades racializadas, desumaniza e objetifica as pessoas negras, representando-as como não existências legítimas ou, ainda, àquelas não dignas de ser amadas. Tal fato resulta em tensionamentos, uma vez que essas pessoas são levadas a conviverem num constante apagamento de si⁽⁶⁻⁹⁾.

Esse apagamento de si denuncia uma situação de desqualificação da existência humana de pessoas pretas e pardas, representada pelo racismo, definido por Lopes⁽¹⁰⁾ como:

[...] um fenômeno complexo caracterizado por diferentes manifestações a cada tempo e lugar. Seu caráter ideológico atribui significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e imputa características negativas ao grupo com padrões “desviantes”, que justificam o tratamento desigual. O racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos. Uma vez programadas as pessoas reproduzem atitudes racistas, consciente ou inconscientemente atitudes que, em certos casos, são inteiramente opostas à sua opinião.

O contorno inexorável dessas relações, resultado dos três séculos de escravização negra africana, ainda está presente nas condições de cuidado em saúde da população negra, por isso a feitura deste texto é um compromisso em “contar a história que a história não conta”¹, pois sendo a linguagem um complexo sistema de apreensão de realidades a partir do qual se faz a leitura de si e do entorno para produção do discurso e, por conseguinte, do poder, é preciso apreender a advertência de Lélia Gonzalez: “Agora o lixo vai falar e numa boa”⁽¹¹⁾, pois urge nomear as/os silenciadas/os e dialogar com as ausências impingidas pelo racismo para romper com as interdições comuns à colonialidade^(9,12).

1 O verso mencionado no texto integra a composição do samba enredo da Estação Primeira de Mangueira, que se sagrou campeã de carnaval de 2018.



No percurso histórico da saúde da população negra no Brasil, temos o registro de trânsito Atlântico como uma referência da desterritorialização forçada de negras e negros. Em *O Dicionário da escravidão*, Soares⁽¹³⁾ menciona, de acordo com as estatísticas da época, que 10% dos escravos africanos levados por navios para o Rio de Janeiro morriam na travessia ou pouco após o desembarque (a maioria na segunda modalidade), revelando como era alta a taxa de mortalidade no local. No que hoje conhecemos por Pequena África², localizado no centro do município fluminense, tivemos entre os séculos XVII e XVIII um período de maior fluxo de chegada de milhares de pessoas escravizadas, fato que marca as primeiras impressões relacionadas ao cuidado em saúde desse contingente entendido como mercadoria.

Para Soares⁽¹³⁾, essas pessoas, quando mortas, eram enterradas no Cemitério dos Pretos Novos da Gamboa, ou cemitério do Valongo (hoje Instituto Pretos Novos). Na realidade, tal local não chegou a ser um cemitério, mas sim uma imensa vala, onde os corpos dos cativos eram jogados.

No limite, podemos apreender que a condição de saúde dessas pessoas escravizadas estava relacionada ao mercado colonial e os cuidados despendidos eram apenas para o sucesso na venda e compra de corpos-mercadorias.

Contudo, a ressignificação das sistemáticas opressões impingidas à população negra pode ser encontrada nas tecnologias de reexistência, ou seja, os quilombos e seu desdobramento cognitivo-afetivo, o que Abdias do Nascimento⁽¹⁴⁾ denominou quilombismo³. No campo da saúde e seus cuidados correlatos, o cotidiano das benzedeadas, bem como das comunidades de terreiro, são exemplos dessas tecnologias⁽¹⁵⁾. Outrossim, Ivair Santos⁽¹⁶⁾ reforça a importância de reconhecer nesse período que, mesmo na ausência forçada de uma comunidade negra organizada, existia um sentimento, ainda que difuso, de identidade negra. Esse sentimento acompanhou a expansão da cidadania da população negra.

Já no século XVIII, temos registros de organizações da comunidade negra muito diversificadas, o que Petrônio Domingues⁽¹⁷⁾ denomina Associativismo negro. Algumas dessas organizações sobreviveram à abolição, como é o caso das irmandades religiosas negras, com destaque para a Irmandade de Nossa Senhora do Rosário.

Vale destacar ainda os movimentos organizados do século XX, como a Frente Negra Brasileira, criada na década de 1920, e o Movimento Negro Unificado, cuja criação deu-se no período da ditadura militar no ano de 1978, num ato celebrado na praça da Sé, na cidade de São Paulo⁽¹⁸⁾.

Seguindo a estruturação temporal estabelecida pelas sociedades ocidentais, as teorias eugenistas que marcaram o século XIX pautaram as descobertas científicas no campo das Ciências naturais e biológicas, relacionando fenótipo a lugar social condicionante.

Seus efeitos ainda se mantiveram no século subsequente, podendo ser exemplificados pela não analgesia de mulheres negras no momento do parto, diagnóstico tardio de tumores benignos uterinos, culminando em exérese total e, conseqüentemente, infertilidade, além da ação nacional para esterilização forçada de mulheres negras na década de 1980⁽¹⁹⁾. Tais exemplos constataam que as Ciências da saúde não estão apartadas dos fenômenos sociais que perpetuam as desigualdades étnicas raciais.

Na sociedade brasileira, o fenômeno da racialização possui um verniz social em que o racismo é identificado como descolado dos seus múltiplos agentes promotores e perpetuadores; assim, sua sofisticação e atualização alcança todas as dimensões das relações intersubjetivas. O desafio na saúde se apresenta desde o acesso aos serviços até a formulação de políticas públicas, perpassando a revisão das práticas assistenciais direcionadas à população negra.

Para a intelectual Fernanda Lopes⁽²⁰⁾, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento produz na população negra condições de vulnerabilidade. Com isso:

2 Para conhecer mais sobre a Pequena África, assista ao documentário *Pequena África* (2002), dirigido por Zózimo Bulbul.

3 Sugerimos a leitura da obra *O Quilombismo: Documentos de uma militância pan-africanista*, escrita por Abdias do Nascimento e publicada pela Editora Perspectiva: São Paulo; Ipeafro: Rio de Janeiro, 3ª edição revista, 2019.



[...] a inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em constante estado defensivo. Essa necessidade infundável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual). (p.63)

Isso posto, atuar nas condições de nascimento, vida e morte da população negra⁽²⁰⁾ exige a ruptura com as estruturas racistas que condicionam o olhar e a formulação das políticas públicas e programas de saúde, ainda que estejamos sob a égide de um sistema universal, integral e equânime.

Pensando sobre a cidadania da população negra, o pensador negro Milton Santos⁽²¹⁾ constata:

O respeito ao indivíduo é a consagração da cidadania, pela qual uma lista de princípios gerais e abstratos se impõe como um corpo de direitos concretos individualizados. A cidadania é uma lei da sociedade que, sem distinção, atinge a todos e investe cada qual com a força de se ver respeitado contra a força, em qualquer circunstância. (p. 61)

A desconstrução sistêmica do racismo que atinge ironicamente todas as instituições sociais que compõem o Estado democrático de direito brasileiro, as relações e o constructo do Eu, no limite, a centralidade da racialização de subjetividades para entendermos o avesso da nossa história é a nossa aguda tarefa⁴.

A intelectual negra Sueli Carneiro, em *Escritos de uma vida*⁽¹⁹⁾, retoma que a violência racial brasileira tem uma caracterização mais sutil, mas não menos violenta, que consiste na sistemática criação e reprodução da desigualdade entre os grupos racializados, alcançando todos os aspectos da vida social.

A violência racial, tal como se manifesta no Brasil, não se restringe aos corpos de pessoas negras contados pelos institutos médico-legais; não se restringe à arbitrariedade e impunidade das agressões policiais contra pessoas negras tratadas *a priori* como suspeitas; não se restringe aos projetos de controle da natalidade da população negra. Essas ações expressam, na verdade, as formas-limites que o racismo e a discriminação atingem no Brasil⁽¹⁹⁾.

Por isso, na saúde este processo exige reconfigurar políticas públicas, serviços e educação profissional para um novo marco civilizatório, onde negras e negros sejam lidos e lidas como subjetividades consoantes à dignidade humana e ao cumprimento do Direito à vida. As primeiras inserções do tema nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal⁵, são da década de 80 e foram formuladas por ativistas do Movimento Negro e pesquisadores. Só, em 1995, o governo federal se ocupou do assunto, em resposta à Marcha Zumbi dos Palmares, cujas reivindicações resultaram na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para valorização da população negra/GTI e do subgrupo Saúde. Cabe destacar, nesse período, a introdução do quesito raça/cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; a elaboração da Resolução n. 196/96, que introduz, entre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos e a primeira iniciativa oficial do Ministério da Saúde na definição de uma área específica para a saúde da população negra, resultado dos trabalhos desenvolvidos durante a mesa redonda sobre Saúde da População Negra, realizada em abril de 1996, em parceria com o GTI, cuja principal recomendação foi a implantação de uma política nacional de anemia falciforme⁽²²⁾.

Compreender as formas-limites e seus desdobramentos conduzem ao atual movimento antirracista. Todavia, há disfarces para esse entendimento do avesso do mesmo lugar, o que nos leva a posição exusíaca⁶ frente aos protagonistas representados pelo capital e/ou pela branquitude. É necessário pausa, reorganização e expansão.

4 Conheça uma excelente iniciativa a qual concede centralidade à racialização no debate democrático, a Coalização Negra por Direitos. Acesse: < <https://coalizaonegrapordireitos.org.br/>>.

5 O/A autor/a se refere ao estado de São Paulo e à cidade de São Paulo-SP.

6 Para conhecer mais sobre esse conceito cunhado pela escritora Cidinha da Silva, leia *Um Exu em Nova York* (2018) e *Exuzilhar* (2019).



POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA E O QUESITO RAÇA/COR: INSTRUMENTOS INDISPENSÁVEIS PARA O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009 pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo: “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços de saúde”⁽²³⁾.

Nesse sentido, essa política reconhece o racismo, em suas dimensões pessoal, interpessoal e institucional, como constituinte da produção social de doenças da população negra, geradas e geradoras de desigualdades étnico-raciais e, conseqüentemente de maior vulnerabilidade em saúde.

Este processo de adoecimento desencadeado pelo racismo, a partir de uma perspectiva da Teoria da Produção Social do Processo Saúde e Doença, reconhece que no modo de produção e reprodução da vida em sociedade, ou seja, as formas de viver, se organizar, adoecer e morrer, estão diretamente atreladas ao contexto de desigualdades gerado pelo capitalismo⁽²⁴⁾.

A complexidade e dinamicidade deste fenômeno devem ser conhecidas e apreendidas por profissionais e gestores/as que ofertam o cuidado visando a promoção da equidade. Esses/as profissionais devem estar munidas/os de conhecimento técnico-científico, competência e sensibilidade cultural para a produção e entrega de um cuidado efetivo e significativo com respeito às singularidades ancestrais e necessidades específicas de saúde desse grupo populacional.

Nesse sentido é preciso tomar conhecimento dos objetivos e diretrizes da PNSIPN, que se insere na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, destacando-se: utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial.

Quanto ao quesito raça/cor, utilizado pelo IBGE⁽²⁾ – branca, preta, parda, amarela e indígena –, aventadas pelo MS, são utilizadas nos sistemas de informação em saúde como indicadores da assistência nos serviços e balizadores para o desenho de políticas públicas.

Do ponto de vista teórico, é esperado que o quesito raça/cor componha as informações elementares para o cuidado integral e equânime. Na prática, observa-se a supressão dessas informações, o que gera um retrato limitado e pouco representativo da realidade nos serviços de saúde.

Em que pese a criação do SUS, no final de década de 80, e o fortalecimento das políticas da OMS em Durban, 2001, somente em 2010 é publicada uma política pública em saúde em âmbito nacional que considera as singularidades de pessoas negras^(23,25).

Essa política é produto da ressignificação do ser negro/negra, conquistada através de muita luta dos movimentos negros ao longo da historiografia brasileira. É a luta antirracista dentro do estado brasileiro no enfrentamento direto ao racismo institucional⁽²⁶⁾.

Qual é a cor de quem cuida? É o que a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada em 2013 numa parceria Fiocruz e COFEN apresenta para nós⁽²⁷⁾: 57,9% (N=240.153) dos profissionais Enfermeiros/Enfermeiras, de um total de 414.712 mil, se autodeclararam de raça/cor branca. Pardos e pretos representam 31,3% (N=129.701) e 6% (N= 27.500), respectivamente, desses profissionais. Já entre os/as auxiliares e técnicos de enfermagem, essa porcentagem muda: de 1.389.823 milhões de profissionais de nível fundamental e médio, 44,5% (N= 619.042) e 12,9% (179.336) se autodeclararam pardos e pretos, respectivamente.

Nesse panorama, é urgente um olhar sobre a equipe de enfermagem para a compreensão dos impactos da racialização, haja vista que tal equipe é composta por profissionais de nível superior, médio e fundamental,



ou seja, os anos de estudos e nível de formação estão diretamente relacionados com a maior precarização de trabalho e os piores salários.

Esse mesmo contingente profissional, quando do exercício das suas funções, também racializa o corpo que recebe o cuidado, o que enseja a pergunta: qual corpo é digno de cuidado? Nesse sentido, o processo formativo deve incluir o letramento racial.

Recomenda-se fortemente a inclusão da PNSIPN na estrutura curricular dos cursos de graduação em enfermagem e cursos de técnicos e auxiliares, visando uma formação que reconheça a diferença, mas não promova a desigualdade⁽²⁸⁻²⁹⁾.

PANORAMA DAS DOENÇAS PREVALENTES NA POPULAÇÃO NEGRA

O perfil epidemiológico da população negra é marcado por traços específicos que transcendem a sua determinação biológica. A vulnerabilidade provocada à saúde dessa população é determinada por complexas e múltiplas interações de fatores micro (redes comunitárias, famílias), macrosociais (aspectos econômicos, culturais, políticos e ambientais) e também individuais (idade, condição biológica do sexo, traços genéticos/hereditários) que resultam em índices exorbitantes de morbimortalidade precoce por causas evitáveis.

Durante o processo do cuidado em saúde, espera-se da equipe de enfermagem uma postura analítica capaz de compreender essas interações e atuar sobre elas de forma a efetivar ações que resultem em diminuição das iniquidades em saúde, consideradas como situações de adoecimentos e mortes “injustas e desnecessárias”⁽³⁰⁾.

As manifestações do racismo nas instituições são verificadas por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios naturalizados no cotidiano de trabalho e resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer situação, o racismo institucional restringe o acesso das pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados aos benefícios gerados pelo Estado e pelas instituições/organizações que o representam (p.5)⁽⁴⁾.

O caráter político, social, histórico e cultural atribuído à enfermagem adverte para a assunção de papéis nos diferentes âmbitos do cuidado – assistência, educação, gestão e pesquisa – a fim de dar respostas satisfatórias às necessidades de saúde da população negra, fato que se consuma por meio da atuação sistemática sobre a complexidade da determinação social do processo saúde e doença. **os-DSS:**

O reconhecimento do racismo e discriminação como um dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS)⁽³¹⁾, pelas autoridades sanitárias nacionais e internacionais, embora resulte em importantes avanços, como a institucionalização de programas, políticas e outros documentos importantes na área da saúde da população negra, por sua limitação teórico, prática e epistemológica⁽²⁴⁾, ainda não foi capaz de dar respostas efetivas e sustentáveis no que se refere à negligência em saúde que resulta em altos índices de morbimortalidade nesse grupo.

Em outras palavras, o reconhecimento dos avanços e conquistas não anula a necessidade de investimentos em ações e estratégias em saúde que revertam significativamente o número de mortes precoces ou àquelas evitáveis entre à população negra, o que inclui a formação de recursos humanos em saúde com competência técnico, científica e sensibilidade cultural.

Os adoecimentos, cada vez mais justificados pelas interações entres determinantes individuais, coletivos e estruturais, permanecem em números altos na população negra. Cabe, portanto, uma análise em saúde que transcenda a mera correlação de variáveis isoladas com eventos de morbimortalidade, prevista no escopo teórico dos DSS e caminhe na direção de uma compreensão mais aprofundada sobre as possíveis mediações entre uma realidade fragmentada e a totalidade social, tal como prevê a perspectiva teórica da Produção Social da Saúde⁽²⁴⁾.

Sendo assim, no planejamento do cuidado, nas fases da Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), é fundamental a inclusão de informações sobre os aspectos étnico-raciais, como elemento central, constituinte da produção de processo de adoecimento da população negra. Só assim será possível buscar por melhores resultados em saúde da mesma.



Tais conhecimentos, em todas as dimensões do processo de trabalho da enfermagem - assistência, educação, gestão e pesquisa - permitem acessar informações elementares para a produção de um cuidado ético e comprometido com a vida, como por exemplo, o perfil de produção e reprodução social que é determinante do perfil epidemiológico da população negra, ou seja, os efeitos do racismo na determinação desse perfil.

Com base nesses conhecimentos, em especial sobre as especificidades e amplitude no que se refere à etiologia das doenças é possível desenvolver estratégias efetivas e com respostas satisfatórias às necessidades de saúde dessa população.

Tais especificidades exigirão das/os profissionais da enfermagem a articulação de competências técnicas, éticas e relacionais para o cuidado. A sensibilidade e competência cultural são diferenciais necessários para esse exercício profissional.

A seguir são apresentadas as doenças prevalentes na população negra (Quadro 1) com referência ao Sistema das Nações Unidas, 2001, disponíveis no artigo “Racismo institucional e saúde da população negra”, de autoria de Jurema Werneck⁽⁵⁾.

Quadro 1: Relação das doenças prevalentes na população negra conforme o Sistema das Nações Unidas

Grupo das doenças	Tipos
Geneticamente determinadas	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; ou dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas • Hipertensão arterial • Diabete melito.
Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrição • Mortes violentas • Mortalidade infantil elevada • Abortos sépticos • Anemia ferropriva • DST/AIDS • Doenças do trabalho • Transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo • Transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas - alcoolismo e a toxicomania.
De evolução agravada ou de tratamento dificultado	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial • Diabete melito • Coronariopatias • Insuficiência renal crônica • Câncer e mioma
Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento • Gravidez • Parto • Envelhecimento

Fonte: Sistema das Nações Unidas, 2001, adaptado de Werneck⁽⁵⁾.

O quadro acima é uma referência sobre o perfil de morbimortalidade da população negra, o que significa dizer que os determinantes biológicos, sociais, econômicos e culturais devem ser introduzidos nas ações em saúde de forma que a articulação entre eles e a compreensão dessa complexidade possam se desdobrar em ações efetivas de cuidado de enfermagem.

A manifestação do racismo em suas diferentes dimensões resulta em produção de processos de vulnerabilidades e adoecimento individuais e coletivos da população negra e marca as trajetórias de vida dessas pessoas que percebem suas subjetividades atingidas por esse sistema amplo, complexo e profundo de desqualificação e inferiorização.

A prevalência registrada das doenças apresentadas no quadro acima anuncia pontos de atenção para a



atuação da enfermagem em articulação com a equipe interprofissional. Entretanto, não devem se restringir a elas, uma vez que outros problemas de saúde, nos quais as questões étnicas e raciais são igualmente determinantes de condições de vida e saúde precárias, merecem igual atenção.

As doenças mentais, por exemplo, decorrentes de sentimentos de baixa autoestima, influenciadas por contextos de escassez e precariedade de recursos básicos para uma vida com dignidade, é uma marca importante da morbimortalidade desse grupo e que deve ganhar espaço de destaque nas agendas dos serviços e de profissionais de saúde, conforme sinaliza a PNSIPN⁽²³⁾.

Somam-se a isso dados de prevalência, incidência e mortalidade por alguns eventos epidemiológicos, os quais, ao atualizar os dados anteriores sobre as principais doenças que afetam a população negra, sinalizam itinerários possíveis para planejar e executar ações prioritárias para o cuidado em saúde e de enfermagem (**Quadro 2**).

Quadro 2: Situação de saúde da população negra

- Taxas de internações e mortalidade por problemas de saúde mental
- Aumento das taxas de mortalidade por diabetes e hipertensão arterial
- Aumento da taxa de mortalidade por doença falciforme
- Aumento da infecção por HIV, incluindo as gestantes
- Maior taxa de mortalidade por AIDS
- Maior incidência de sífilis na gestação e congênita
- Maior incidência de Hepatites A e D
- Altas taxas de incidência e mortalidade por tuberculose
- Maior mortalidade materna
- Maior taxa de partos em adolescentes
- Maior taxa de mortalidade infantil
- Maior índice de violências
- Maior mortalidade por causas externas (agressões, acidentes e suicídio)

Fonte: Painel SUS, 2016⁽¹⁾.

A partir dos elementos apresentados, é possível elaborar recomendações que resultem em contribuições e caminhos para as práticas de enfermagem no cuidado à saúde da população negra. A seção a seguir apresenta algumas dessas possibilidades e contribuições.

ATAÇÕES, ESTRATÉGIAS E PRÁTICAS EM SAÚDE E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A POPULAÇÃO NEGRA

A lei 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e outras providências. Em seu artigo 11, estão descritas as atividades de competência do enfermeiro/a, incluindo aquelas que tratam de sua atribuição na prevenção e no controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem e a educação visando à melhoria de saúde da população⁽³²⁾.

Nesse mesmo sentido, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem tem como prerrogativa a consideração da necessidade e do direito de assistência em enfermagem da população, os interesses da/o profissional e de sua organização. Tal assistência deve estar centrada na pessoa, família e coletividade. Ainda, esse documento pressupõe que as/os trabalhadoras/es de enfermagem sejam aliados das/dos usuárias/os na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população⁽³³⁾.

Ambos os documentos norteiam a atuação de profissionais de enfermagem e preconizam que a assistência deve ser feita com base em conhecimentos, habilidades e atitudes, tendo em vista seu caráter técnico, científico e ético. O objetivo é garantir os recursos necessários para a satisfação das necessidades em saúde de todas as pessoas, de forma indiscriminada, considerando o princípio da integralidade, preconizado pelo SUS⁽³²⁻³³⁾.



Dito isso, à enfermagem, que atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, compete o respeito e defesa pela vida, dignidade e direitos humanos em todas as suas dimensões. Isso implica que o trabalho da enfermagem deve considerar e atuar diretamente sobre as iniquidades em saúde que incidem sobre a população negra, bem como a outras populações em situação de vulnerabilidade.

A enfermagem, enquanto agente fundamental na mudança de perspectiva do cuidado da saúde das populações vulnerabilizadas, pode atuar conforme as diretrizes e recomendações em saúde. Entretanto, é fundamental um planejamento com base nos dados de morbimortalidade, que sinalizam maiores índices entre a população negra.

Todavia, há um déficit de conhecimento e interesse da enfermagem sobre essa população, consequência da ausência do tema nos currículos de cursos de graduação, pós-graduação ou programas de educação permanente dos serviços de saúde.

O desconhecimento e a desvalorização dos saberes e práticas de cuidado e cura derivados das culturas de povos e comunidades tradicionais, como povos africanos e indígenas, são comuns entre enfermeiras/os; esses fatos fragilizam os modos de produção do cuidado integral em saúde⁽³⁴⁾.

A descrença, invalidação e a não escuta de demandas consideradas não urgentes, bem como as estratégias alternativas de cuidado em saúde, distanciam a/o profissional da pessoa cuidada, gerando uma relação assimétrica e de insucesso terapêutico⁽³⁴⁾.

Para superar esse distanciamento e todos os efeitos que isso provoca, a PNSIPN, enquanto um documento norteador para a efetivação de um cuidado integral e universal, pautado pelo compromisso ético da enfermagem, sinaliza algumas estratégias. Em outras palavras, ela oferece pilares importantes para a prática, sobretudo no que se refere ao reconhecimento e atuação sobre os determinantes do adoecimento da população negra, dentre os quais o racismo, é um dos mais importantes.

Um exemplo do racismo na prática de enfermeiras/os foi demonstrado em um estudo brasileiro por meio do qual se constatou o mau humor dessas/es profissionais no atendimento às mulheres negras, atribuído ao fato relatado de que elas seriam viciadas em medicamentos. Nesse exemplo, a maioria das coisas verbalizadas por mulheres negras são minimizadas ou não são consideradas verdadeiras; instaura-se uma “lógica da invisibilidade do sofrimento” na qual predomina o silenciamento sobre o que é pronunciado⁽³⁵⁾.

As orientações da PNSIPN listadas a seguir⁽²³⁾ constituem estratégias importantes a serem implementadas nos serviços de saúde, nos quais a enfermagem, como força de trabalho predominante e, quantitativamente, representativa pode contribuir para a redução dos efeitos nocivos do racismo institucional:

- Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;
- Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;
- Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
- Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;
- Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo;
- Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

Entendemos que versar sobre as questões étnico-raciais, ou seja, o racismo pessoal, interpessoal e institucional⁽⁵⁾ deve fazer parte do processo formativo da/o enfermeira/o desde a graduação. A inserção do tema



da saúde da população negra e da PNSIPN no curso de enfermagem pode ser transversal aos componentes curriculares, de forma que seja possível desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como sensibilidade e competência cultural para atuação com essa prioridade em saúde.

Atividades que provoquem nas/nos estudantes e profissionais de enfermagem a compreensão histórico-social, bem como dos graves problemas de saúde que afetam os corpos de negros e negras deste país, resultantes das iniquidades em saúde, podem ser desenvolvidas nas aulas teóricas e práticas, mas também em programas de educação permanente ou educação colaborativa junto às equipes dos serviços de saúde.

Disciplinas que oportunizem a disputa de narrativas com a apresentação de referenciais teóricos, básico e complementar, de autores/as negros e negras, assim como estratégias de simulação prática com estudos de caso ou situações-problema que envolvam a saúde dessa população e outras metodologias de ensino, podem contribuir para o preenchimento da lacuna sobre conhecimento em relação a esse tema.

O desenvolvimento de situações que, na prática, aumentem a capacidade de autorreflexão de estudantes e enfermeiras/os contribui para a percepção de atitudes inadequadas com pessoas negras que evidenciam o racismo, incluindo o racismo institucional, que são praticados e que podem ser superados⁽³⁶⁾.

Embora o cuidado de enfermagem deva ser orientado e fiscalizado por diretrizes e normativas de órgãos de responsabilidade sanitária, incluindo o conselho de classe, é fundamental que, na prática, estudantes e profissionais atuem de forma reflexiva para que as nuances do racismo não fiquem camufladas entre as estratégias de cuidado, muitas vezes desenvolvidas com referência a “um ser genérico”, padronizado ou universalizado^(32,33,37).

Uma vez identificadas e compreendidas essas nuances, nos compete atuar para a sua superação, principalmente no que se refere à criação de novas estratégias de cuidado ou aprimoramento daquelas vigentes no sistema de saúde.

Estudos sobre as práticas de enfermagem específicas para a população negra ainda são escassos, o que justifica a importância de desenvolvimento e apropriação de conhecimento nesse campo do cuidado em saúde, visando o seu (re)conhecimento para a satisfação das necessidades em saúde específicas.

O envolvimento com a produção de conhecimentos sobre a saúde dessa população é uma das estratégias que a enfermagem pode utilizar para romper ou reduzir o racismo institucional.

Algumas tecnologias leves de cuidado, muito utilizadas em especialidades da enfermagem, como na saúde mental, podem ser incorporadas como instrumental do trabalho na prática diária de enfermeiras/os no atendimento de pessoas negras que buscam os serviços de saúde, principalmente os serviços públicos.

A comunicação, vivenciada a partir da interação humana, é um recurso valioso no processo de cuidado. Ao se comunicar, os seres humanos interagem com o compartilhamento de histórias, ideias e intencionalidades. O cuidar em enfermagem pressupõe relação entre seres humanos, o qual não existe sem a comunicação. Nesse sentido, a comunicação terapêutica pode ser entendida como a habilidade da/do profissional de enfermagem em utilizar o conhecimento sobre/como comunicação para oportunizar a descrição e o aprendizado da pessoa com a experiência⁽³⁸⁾.

Entre as estratégias de comunicação temos a escuta qualificada ou o ouvir reflexivamente, instrumento indispensável à relação terapêutica entre enfermeira/o e usuária/o, o qual pressupõe uma disponibilidade para a observação cuidadosa, sem pré-julgamentos, centrada nas expressões verbal, não verbal e paraverbal. É uma atitude positiva de interesse, respeito e comprometimento com a pessoa e seu uso é fundamental para identificar eventos complexos vivenciados pela pessoa que busca o cuidado, interpretá-los e propor caminhos de cuidado integral⁽³⁸⁾.

Em se tratando de pessoas negras, silenciadas nos mais diversos contextos de vida, a utilização da habilidade e instrumentos assinalados anteriormente oportunizam tanto à pessoa que recebe cuidados quanto à/ao profissional vislumbrar resultados positivos no cuidado em saúde. A comunicação, incluindo a escuta ou ouvir qualificado, são elementos terapêuticos que impactam diretamente o relacionamento interpessoal estabelecido entre as pessoas que participam do cuidado.



Entretanto, sobrecarga de trabalho, falha na comunicação, orientações inadequadas, necessidades básicas não atendidas, manejo incorreto da dor e o tratamento centrado na equipe de enfermagem, são fragilidades da equipe de enfermagem que resultam em prejuízos para as pessoas cuidadas, especialmente as negras, com o agravamento de seus quadros crônicos e reinternações evitáveis, por exemplo⁽³⁹⁾.

Nota-se que tanto a perspectiva educativa como a assistencial têm carências no que se refere aos subsídios teóricos e práticos para a atuação da enfermagem na redução das iniquidades e vulnerabilidades em saúde que recaem sobre a população negra, fato que evidencia uma lacuna importante a ser explorada.

Sobre isso, podemos utilizar as contribuições de um estudo internacional sobre a saúde de mulheres negras, cuja perspectiva interseccional propõe o ensino de oito competências essenciais para profissionais que atuam no atendimento clínico e educacional⁽⁴⁰⁾. Tais competências são:

1. Ouvir mulheres negras;
2. Reconhecer as experiências históricas e conhecimentos de mulheres negras e de suas famílias;
3. Prestar atendimento por meio de uma estrutura de justiça reprodutiva;
4. Separar as práticas de cuidado das crenças racistas na medicina moderna;
5. Substituir a supremacia branca e o patriarcado por um novo modelo de cuidado;
6. Capacitar todos os pacientes com alfabetização e autonomia em saúde;
7. Capacitar e investir em equipes de apoio à/ao profissional;
8. Reconhecer que acesso não é sinônimo de atendimento de qualidade.

Embora essas recomendações sejam de um contexto específico e para a população de mulheres negras, é possível adaptá-las para a realidade da enfermagem brasileira, considerando-se os aspectos técnicos e éticos da prestação desse tipo de cuidado.

Para as abordagens como escuta qualificada durante um acolhimento, execução de um procedimento técnico específico, orientação, visita domiciliar, consulta de enfermagem e acompanhamento durante uma internação ou cirurgia, por exemplo, é fundamental o desenvolvimento de habilidades que sejam capazes de identificar elementos específicos que dizem respeito à saúde das pessoas negras.

Assim como a população negra não é homogênea, as experiências e os efeitos do racismo sobre as pessoas que constituem esse grupo também são múltiplos e variados. A escuta e ouvir qualificado permitirá identificar elementos específicos que podem contribuir para o planejamento, execução e avaliação do cuidado de enfermagem.

A partir da aproximação com a realidade e necessidades em saúde específicas das pessoas negras, a enfermagem deve lançar mão de diretrizes, normas e outros recursos técnicos e científicos, como teorias, leis, políticas e estatísticas que fundamentem uma ação ou estratégia em saúde e, sistemática e intencionalmente, romper com lógicas de cuidado excludentes que se pautam em argumentos e práticas que reproduzem o racismo institucional.

Nesse sentido, é fundamental a autorreflexão e atualização de profissionais da enfermagem acerca do racismo, seus efeitos e sua inserção nos processos de trabalho em saúde. Isso implica compreender as relações e hierarquias de trabalho, os formatos e as bases de produção de cuidado, bem como as prioridades estabelecidas pelo serviço ou pela equipe, para, então, ampliar a visão e ganhar maior alcance com uma atuação sistêmica sobre o racismo.

Por exemplo, compreender os efeitos da divisão hierárquica do trabalho em saúde, mais especificamente o de enfermagem e as relações de poder que se instauram nesse processo coletivo que inclui enfermeiras/os, técnicas/os, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, administrativos, limpeza, segurança, entre outra/os, pode resultar em ações coerentes e sistematizadas de desmantelamento do racismo, na prática. Certamente, isso poderá contribuir para melhor e maior envolvimento da equipe na produção do cuidado em saúde e de enfermagem.



A formação sistemática, acessível e aplicável no contexto do trabalho, considerando-se a realidade sócio-histórica e epidemiológica, contribui para a desconstrução de modelos de cuidado pautados em lógicas opressoras e excludentes.

Entretanto, investimentos financeiros e planejamento no que se refere ao dimensionamento de pessoal para participação nesses processos formativos devem ser garantidos como parte integrante do orçamento do setor. À enfermagem, compete participar da gestão, garantindo os recursos necessários e, por meio da distribuição equitativa dos recursos em saúde disponíveis, possibilitar a formação de uma cultura de letramento nos serviços que permeiem as relações e modifiquem práticas, discursos e atitudes que são contrárias à defesa da vida, em sua mais ampla diversidade, sobretudo àquelas relacionadas ao racismo institucional.

Na assistência, a enfermagem pode identificar pontos frágeis na atuação com as pessoas negras, sistematizar suas necessidades, discutir limites e dificuldades com as equipes e demandar de profissionais da gestão medidas e ações estratégicas que alcancem diferentes níveis do cuidado para que ações de redução das iniquidades em saúde sejam efetivadas.

É importante ressaltar a importância da enfermagem na organização de ambientes acolhedores e ações resolutivas. Sobre isso, é fundamental efetivar uma comunicação institucional sobre a saúde, necessidades e posicionamentos antirracistas nos setores do trabalho, fazendo da ambiência uma prática cotidiana e estratégica no combate ao racismo institucional.

Além disso, garantir que as informações que alimentam os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) sejam coletadas com segurança, privacidade e nitidez é fundamental. Lembra-se que o quesito raça/cor não pode ser presumido ou ignorado pela equipe de enfermagem e de outra/os profissionais de saúde. Essa é uma informação central para a compreensão e dimensionamento da magnitude dos problemas em saúde que afetam a população negra e que deve ter como única fonte (exceto casos previstos em lei) a pessoa declarante.

O acesso à saúde prevê, além da oferta de serviços, a qualidade na interação com profissionais e entrega de formas resolutivas de cuidado em saúde. A enfermagem deve oportunizar a participação das pessoas negras do planejamento do cuidado para que o acesso seja construído por meio e com base na realidade, desejos e interesses dessas pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que o histórico de saúde e doença da pessoa, família e comunidade é uma das etapas da sistematização da assistência de enfermagem e, dada a sua importância no processo de enfermagem, é necessário tornar a sua execução singular. É nesse momento que a/o enfermeira/o conhecerá a história de vida da pessoa que recebe o cuidado.

Os elementos da prática privativa da/o enfermeira/o podem ser complementados a partir de uma abertura, individual e coletiva, para conhecer as subjetividades e reconhecer as singularidades da pessoa a quem se presta o cuidado.

Quando perguntamos a cor de quem cuida e quando assumimos que a espinha dorsal dos serviços de saúde é a enfermagem, estamos falando de uma categoria profissional capaz de avaliar para então assumir condutas para a diminuição das iniquidades em saúde, das violências vivenciadas por pessoas pretas e ser aliada na luta antirracista.

Este capítulo contribui com reflexões e convites a aprofundamentos acerca do percurso histórico que culmina na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, um instrumento que pode ser utilizado pela enfermagem para a eliminação do racismo institucional e estrutural que é, ainda, muito presente nos serviços e práticas de saúde.



AGRADECIMENTOS

Agradecemos à ancestralidade, aos movimentos negros, aquelas e aqueles que vieram antes de nós, que resistiram e sobreviveram às violências e ao racismo estrutural e institucional, que prepararam e abriram alguns caminhos para que hoje nós, coautoras/res, pudéssemos escrever em conjunto sobre os anseios e mudanças de paradigmas no cuidado em saúde das pessoas negras.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016[cited 2021 Jul 30]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD contínua: características gerais dos domicílios e dos moradores 2019 [Internet]. Brasília: MS; 2019[cited 2021 Jul 30]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-epobreza/17270-pnad-continua.html?=&t=o-que-e>
3. Presidência da República (BR). Casa Civil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial e altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003[Internet]. Diário Oficial da União. 2010 [cited 2021 Jul 29];138(seção 1):1. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=21/07/2010>
4. Presidência da República (BR). Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir/PR. Racismo como determinante social de saúde [Internet]. Brasília: Seppir/PR; 2011 [cited 2021 Jul 29]. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/racismo-como-determinante-social-de-saude>
5. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude Soc. 2016;25(3):535-49. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>
6. Sousa NS. Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Coleção Tendência. v. 4. Rio de janeiro: Edições Graal; 1983. 88 p.
7. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. Silveira R, tradutor. Salvador: EDUFBA; 2008.194 p.
8. Kilomba G. Memórias de plantação: episódios de racismo cotidiano. Oliveira J, tradutora. Rio de Janeiro: Editora Cobogó; 2019. 248 p.
9. Vergès F. Um feminismo decolonial. São Paulo: UBU Editora; 2020. 144 p.
10. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: FUNASA. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA; 2005. 9-45 p.
11. Ratts A, Rios F. Lélia Gonzalez: Retratos do Brasil Negro. São Paulo: Selo Negro; 2010. 173 p.
12. Costa JB, Maldonado-Torres N, Grosfoguel R. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2018. 365 p.
13. Soares CEL.Valongo. In: Schwarcz LM, Gomes F. Dicionário da escravidão e liberdade. São Paulo: Companhia das letras; 2018. 419-425 p.
14. Nascimento A. O quilombismo. Documentos de uma militância Pan-africanista. 3ª edição revista. São Paulo: Editora Perspectiva; Rio de Janeiro: IPEAFRO; 2019. 390 p.
15. Werneck J, Mendonça M, White EC. O livro da saúde das mulheres negras. Rio de Janeiro: Pallas Editora; Criola; 2000. 256 p.
16. Santos IAA. O movimento negro e o Estado: 1937-1987. São Paulo: Coordenadoria dos Assuntos da População Negra; 2001.183 p.
17. Domingues P. Associativismo Negro. In: Schwarcz LM, Gomes F. Dicionário da escravidão e liberdade. São Paulo: Companhia das letras; 2018. 113-119 p.
18. Brasil SA. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o E In: Batista Le, Werneck J, Lopes F. Saúde da população negra. Bomfim LA, tradutora. Petrópolis: ABPN; 2012. 328 p.
19. Carneiro S. Escritos de uma vida. Belo Horizonte: Letramento; 2018. 290 p.



20. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra. In: Batista LE, Kalckmann S. Seminário saúde da população negra. São Paulo: Imprensa Oficial; 2004. 53-101p.
21. Santos M. O espaço do cidadão. 7ª edição. São Paulo: EDUSP; 2002. 169 p.
22. Barbosa MIS, Fernandes VR. In: Batista LE, Kalckmann S. Seminário saúde da população negra. São Paulo: Imprensa Oficial; 2004. 232 p.
23. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2021 Jul 29]. 44 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
24. Rocha PR, David HMSL. Determination or determinants? a debate based on the Theory on the Social Production of Health. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(1):129-35. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>
25. Carneiro S. A batalha de Durban. In: Escritos de uma vida. São Paulo: Editora Jandaíra; 2020. 185-94 p.
26. Gomes NL. O movimento negro educador: saberes construídos nas lutas por emancipação. 3ª reimpr. Petrópolis: Vozes; 2017. 154 p.
27. Machado MH. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final [Internet]. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS – ENSP/Fiocruz; 2017 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>
28. Santos BS. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. 14ª ed. São Paulo: Cortez. 2013. 542 p.
29. Hooks b. Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade. Cipolla MB, tradutor. 2ª edição. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2017. 283 p.
30. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. Int J Health Serv. 1992;22(3):429-45. <http://10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
31. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis Rev Saúde Coletiva. 2007;17(1):77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
32. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília, 1986 [cited 2021 Jul 29]. Available from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
33. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017. Dispõe sobre o novo código de ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. Diário Oficial da União. 2017 [cited 2021 Apr 19];233(1):157. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-564-17.pdf>
34. Lima MRA, Nunes MLA, Klüppel BLP, Medeiros SM, Sá LD. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. Rev Bras Enferm. 2016;69(5):840-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>
35. Figueiro AVM, Ribeiro RLR. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. Saude Soc. 2017;26(1):88-99. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017160873>
36. Silverman ME, Hutchison MS. Reflective capacity: an antidote to structural racism cultivated through mental health consultation. Infant Ment Health J. 2019;40:742-56. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>
37. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN Nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem [Internet]. Brasília: 2009 [cited 2021 Apr 19]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
38. Stefanelli MC, Arantes EC, Fukuda IMK. Estratégias de comunicação terapêutica. In: Fukuda IMK, Stefanelli MC, Arantes EC. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistências. 2. ed. Barueri: Manole; 2017. 346-67 p.
39. Carthon JMB. "They're on the fast track": older blacks describe experiences of nursing care quality during hospitalization. Clin Nurs Res Act. 2017;26(5):557-75. <https://doi.org/10.1177/1054773816674478>
40. Black Mamas Matter Alliance. Black paper: setting the standard for holistic care of and for black women [Internet]. Atlanta, 2018 [cited 2021 Jan 20]. Available from: http://blackmamasmatter.org/wp-content/uploads/2018/04/BMMA_BlackPaper_April-2018.pdf

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c06>

PRÁTICA DO ENFERMEIRO E SUA INSERÇÃO NA COMUNIDADE QUILOMBOLA SOB A LUZ DA ÉTICA FEMINISTA

Lilian Cristina Rezende¹

ORCID: 0000-0003-0869-0205

Carolina da Silva Caram¹

ORCID: 0000-0001-6219-3301

Thallison Carlos Campos Santos¹

ORCID: 0000-0002-2390-3259

Luana Silva Rezende¹

ORCID: 0000-0003-1551-4082

Carolina Letícia dos Santos Cruz¹

ORCID: 0000-0002-7548-2425

Maria José Menezes Brito¹

ORCID: 0000-0001-9183-1982

CONTEXTUALIZAÇÃO

A história brasileira é alicerçada na desigualdade e a população negra, predominantemente, está situada entre as classes sociais mais pobres e em precárias condições de vida⁽¹⁾. Considerando as reconhecidas desigualdades que acometem a população negra, inclusive no campo da saúde, e suas repercussões em diversos contextos, o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A PNSIPN tem o objetivo de consolidar ações de promoção da equidade em saúde e seus termos estão embasados nos princípios constitucionais de cidadania, de dignidade da pessoa humana e de repúdio ao racismo e às desigualdades vivenciadas pela população negra e, nela incluída, as comunidades quilombolas⁽¹⁾.

A comunidade quilombola consiste em uma forma de organização sociopolítica ligada ao conceito de resistência, inserindo-a para além do contexto da escravidão e estendendo-a às dinâmicas de territorialização étnica, religiosa e cultural⁽²⁾. As ações de saúde para esse grupo devem se alicerçar nos pressupostos da equidade e da justiça social, sendo esta norteadora da garantia do acesso aos cuidados de saúde e do reconhecimento das diferenças e das desigualdades, dentre as quais se incluem a desigualdade racial. É imprescindível o desenvolvimento de ações que favoreçam o reconhecimento das particularidades da comunidade a fim de oferecer atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades e garantir a visibilidade da população, avançando para a emancipação do sujeito e a eliminação de barreiras que impedem a qualidade do acesso e da assistência, transformando a realidade social nos territórios⁽³⁾.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) emerge como importante dispositivo no território para a promoção do acesso equânime e o rompimento do preconceito e da discriminação. As práticas dos profissionais da equipe da

¹Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autora Correspondente:

Lilian Cristina Rezende
lilianc.enf@gmail.com



Como citar:

Rezende LC, Caram SC, Santos TCC, Rezende LS, Cruz CLS, Brito MJM. Prática do enfermeiro e sua inserção na comunidade quilombola: sob a luz da ética feminista. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.) Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 55-61
<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c06>

Revisora: Beatriz Santana Caçador
Universidade Federal de Viçosa.
Viçosa, Minas Gerais, Brasil.



ESF precisam estar pautadas no reconhecimento das singularidades da população, considerando suas experiências, aspectos socioeconômicos e históricos, valores, cultura e religião que compõe cada grupo, tanto em sua individualidade quanto em sua coletividade⁽³⁾. A meta da equipe da ESF consolida-se na ligação efetiva com a comunidade e o enfermeiro constitui-se como o agente fundamental para a organização da atenção à saúde, o acolhimento, o vínculo e a longitudinalidade do cuidado⁽¹⁾. O enfermeiro tem atuado efetivamente na ampliação e consolidação da equipe da ESF, contribuindo para a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil com vistas a garantir acesso e cuidado equânime e integral⁽⁴⁾.

É necessário, pois, refletir como enfermeiros desenvolvem sua prática de modo a considerar as situações de vulnerabilidade social que incidem na população negra, com vistas a transformar a realidade. Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo é identificar a prática do enfermeiro da ESF e sua inserção na comunidade quilombola.

REFERENCIAL TEÓRICO

A ÉTICA FEMINISTA COMO EPISTEMOLOGIA DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO DA ESF EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Esse tema representa um caminho para vencer os desafios existentes na concretude da prática do enfermeiro na ESF. A concretude da prática do enfermeiro em comunidades que vivenciam situações de vulnerabilidades, como as comunidades quilombolas, se dá ao reconhecer a história, valores e saberes e as situações sociais que impedem o crescimento e desenvolvimento de forma equânimes. Os quilombolas, considerados grupos especiais e tradicionais, tem o sentido de tradição como aquele passado entre gerações e um espaço físico que contempla a cultura, a religião, as representações sociais e os valores ancestrais nele contidos. Esse espaço físico determina o “contexto” social das comunidades, tanto no que se refere a um ambiente particular, como ao conjunto de circunstâncias que o determinam e o que é aceitável e faz sentido para o grupo⁽⁵⁾.

A dimensão que envolve a prática, na perspectiva da ética feminista, é permeada pela moralidade, a qual é emaranhada de conhecimento social e moral, articulada ao posicionamento político, moral e social de cada sujeito e envolve a compreensão do “contexto” em que a prática se concretiza⁽⁵⁾. Ao assumir o fazer saúde no contexto de comunidades quilombolas, deve-se questionar: que responsabilidade moral e social o profissional assume? Como as decisões são tomadas para atender essa população? Responder esses questionamentos leva à reflexão sobre o posicionamento crítico que o profissional precisa assumir para consolidar uma prática transformadora de modo a superar as fragilidades do sistema, bem como a alcançar a justiça social.

Nessa perspectiva, a prática incorpora o compartilhamento de responsabilidades entre os sujeitos envolvidos e o reconhecimento das diferenças e das posições que os sujeitos ocupam na comunidade⁽⁶⁾. Pressupõe, então, desfazer as hierarquias sociais existentes, as quais atribuem posições inferiores a algumas pessoas, valorizando, assim, as posições reais ocupadas pelas pessoas em seu contexto social. Desse modo, o entendimento da história, da cultura e os saberes do indivíduo e do grupo ao qual ele pertence norteiam seu posicionamento e afirmam que as relações sociais são interconectadas.

A responsabilidade moral e social pressupõe o entendimento do contexto de atuação para avançar, transformando o modo de fazer saúde, entrelaçado no comprometimento e nas relações construídas nesse meio. Portanto, para apreender o contexto social, político e cultural, o enfermeiro precisa mobilizar habilidades comunicacionais para adquirir a confiança do grupo e tornar sua prática transformadora⁽⁷⁾. Desse modo, faz-se necessário (re)construir a prática de modo corresponsável para que ela seja exercida de forma crítica.

Autores da ética feminista reconhecem que a prática acontece em meio às relações, na construção compartilhada de responsabilidade e compromisso social, reconhecendo as desigualdades e a diversidade cultural existente, abrangendo os saberes normativos, teóricos, políticos, éticos e morais^(6,8,9). Compreende-se, pois, a prática como atividade social baseada em princípios de cooperação entre sujeitos que assumem papéis



diferenciados na sociedade, estando a essa prática incorporados os saberes morais, os quais se consolidam de maneira colaborativa e orientam uma vida justa.

Portanto, os enfermeiros precisam considerar os valores daqueles a quem prestam o cuidado e pelos quais são responsáveis e, conseqüentemente, reconhecer a identidade moral, a qual está relacionada ao posicionamento sociopolítico da pessoa na sociedade⁽⁹⁾. Tal posicionamento tem potencial transformador da prática, isto porque o enfermeiro busca legitimar sua prática quando conduz as decisões estabelecidas nas relações, devendo levar em consideração o espaço, o saber e o modo de vida do sujeito sob seu cuidado⁽⁹⁾.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso único e integrado⁽¹⁰⁾, de abordagem qualitativa, fundamentado na perspectiva filosófica da ética feminista. Tal escolha possibilita a compreensão de aspectos subjetivos dos acontecimentos vividos no cotidiano com base em descobertas empíricas e a interpretação da visão de mundo e sua manifestação⁽¹¹⁾. A prática do enfermeiro, na perspectiva da ética feminista, é permeada por relações, julgamentos e responsabilidades, alicerçados na experiência social e moral dos sujeitos. Tal prática se associa às subjetividades do contexto social, pautando-se nos valores morais, culturais e históricos dos indivíduos.

O cenário deste estudo foram as ESF nas quais estão adscritas as comunidades quilombolas, certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), alocadas na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), Minas Gerais. A investigação abrangeu 10 comunidades quilombolas, três localizadas em Belo Horizonte, três no município de Brumadinho, duas em Jaboticatubas, uma em Pedro Leopoldo e uma em Contagem (FCP, 2018). Os participantes foram a totalidade de enfermeiros (sete) da equipe da ESF que atuavam nas comunidades e 59 moradores dos quilombos cadastrados na ESF, residentes em sete comunidades de Arturos (07), Marinhos (07), Ribeirão (08), Sapê (08), Açude (10), Mato do Tição (11) e Pimentel (08). Três comunidades não aceitaram participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a junho de 2018 mediante observação direta e informal, entrevista individual com os enfermeiros e entrevista coletiva com os quilombolas. Os depoimentos foram gravados, transcritos integralmente e submetidos à análise de conteúdo⁽¹²⁾ mediante a utilização do Software Atlas.ti. 8.0[®] como ferramenta operacional para a organização dos dados⁽¹³⁾. Emergiu uma categoria de análise: “O lugar da prática do enfermeiro da ESF em comunidades quilombolas à luz da ética feminista”.

O estudo respeitou as exigências éticas de pesquisa com seres humanos, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 71509317.0.0000.5149) e recebeu autorização, com Termo de Anuência, das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios em questão. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelos participantes após explanação dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e das fontes de coleta de dados. Para garantir o anonimato, os enfermeiros receberam a denominação de “ENF”, seguida do número aleatório de 1 a 7, e os grupos das entrevistas coletivas, a denominação “QUILOMBO”, seguido da numeração aleatória de 1 a 7.

O LUGAR DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO DA ESF EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS À LUZ DA ÉTICA FEMINISTA

A prática do enfermeiro tem potencial para transformação social. O grande desafio é o re(conhecimento) das particularidades e das desigualdades existentes no território. Os resultados revelaram que o enfermeiro busca na criação do vínculo com a comunidade a forma de possibilitar o acesso do usuário aos serviços.

No relato de ENF6, percebe-se a compreensão dos profissionais quanto às particularidades do indivíduo e da população e a busca pela criação de vínculo.

A gente sabe identificar, eu sei alguns problemas que tem dentro do quilombo, tenho adolescentes, gestantes, que ganharam bebê lá. Então, eu vi que no primeiro pré-natal ela mudou, tinha dificuldade de vir aqui para fazer o pré-natal.



Na segunda gravidez, como na primeira, ela não fez e veio trazer o neném na puericultura. Aí você vai começando a criar vínculo, ela ganha confiança no seu trabalho. Então, eu sempre busco esse vínculo, e quando o neném nasce, vem me procurar. (ENF6)

O reconhecimento do profissional acerca das particularidades e das reais necessidades da comunidade é um dos caminhos para se alcançar os princípios do SUS, o que requer imersão e reflexão sobre a prática dos profissionais nas comunidades. No contexto da ESF, faz-se necessária a instigação sobre seu aspecto processual, o qual requer reflexão ética, moral e humanista, haja vista sua natureza social. Esta exige mudanças reais mediante a adoção de posturas atitudinais e culturais dos profissionais de saúde, gestores e usuários⁽¹⁴⁾.

As relações na ESF são construídas através da comunicação baseada na escuta do usuário. ENF5 retrata a importância da escuta qualificada e da empatia para direcionar a assistência.

Eu penso para minha vida, eu acho que a gente tem sempre que colocar no lugar do outro, como daquela forma que você gostaria de ser tratado. Eu tenho muita paciência para escutar, e eu não fico bem quando não consigo resolver o problema do paciente, porque eu acho que sou a porta de entrada deles. Acho que está faltando diálogo mesmo entre as pessoas (ENF5)

A habilidade comunicacional, baseada na escuta, possibilita aproximação, conhecimento e gera confiança de modo a construir a prática direcionada para o contexto social, isto é, em suas especificidades, com vistas a propiciar transformações nas condições de saúde.

As desigualdades na organização de cada sociedade repercutem nas condições de saúde da população, assim como no acesso aos serviços. Para o enfrentamento das expressões da questão social encontra-se, engendrado na configuração do SUS, a construção de um projeto político civilizatório a ser reconhecido na relação entre a dimensão social e a esfera do cuidado como base para a compreensão dos processos saúde-doença com vistas ao alcance da saúde universal, integral e equânime⁽¹⁵⁾. Assumir a postura de escuta é se implicar e se posicionar politicamente na tomada de decisão e na busca pelo processo de articulação entre o social e as dimensões do cuidado em saúde, isto é, desenvolver a competência política⁽⁷⁾.

O desenvolvimento da competência política se dá no contexto social, tendo a potencialidade de compreensão e reflexão acerca da realidade social, gerando transformação. Os profissionais precisam desenvolver a capacidade de emitir juízo próprio e entender as várias necessidades da comunidade, assumindo a valorização do modo de ser e de viver dos indivíduos⁽⁷⁾.

ENF3 relata que a sua prática é capaz de modificar a realidade da população de modo positivo, impactando na qualidade da saúde dos usuários mediante a relação estabelecida.

A gente modifica muito a realidade da população. Você consegue traçar estratégias de atendimento, de execução e é muito diferenciado, o enfermeiro na ESF. É muito claro a dependência da população com relação ao enfermeiro, de todos os profissionais. É claro que cada um trabalha na sua complexidade, nos seus limites, com seu grau de atuação, mas traçar a execução do serviço bem feito é a gente que traça. (ENF3)

Contudo, a potencialidade da prática do enfermeiro depara-se com algumas limitações institucionais do sistema e de infraestrutura. Foram pontuadas nas entrevistas coletivas nos quilombos e pelos enfermeiros as barreiras existentes.

Para gente ter acesso é bem complicado. Tudo é mais longe e difícil. Marca exame e às vezes fica um ano esperando, aí o posto não dá retorno. Marca uma cirurgia e espera anos para fazer. É a questão do SUS, né? Que é para todo mundo, aí acaba tendo dificuldade para atingir as pessoas. (QUILOMBO7)

Tem muita coisa que demora muito, igual marcação de exame. [...] A médica já me encaminhou para ultrassom, tem um tempão que eu estou esperando, demora demais para marcar. Uma coisa que benigna no momento, pode, Deus livre e guarde, se transformar em maligno, se não cuidar, acho que demora muito. (QUILOMBO6)



A dificuldade mais é acesso, é longe uma comunidade da outra. (ENF2)

Lá na comunidade quilombola infelizmente não tem transporte. A gente vai lá assim, teve vacina, aí a gente foi e vacinou todos. Mas lá não tem carro, não tem ônibus para eles, então eles vêm de carona ou vêm a pé. (ENF 1)

Não conseguimos fazer os grupos. Eu queria fazer de hipertensos, de diabéticos. Por falta de espaço na unidade e não tem local, um espaço para estar fazendo esses grupos. (ENF6)

Eu acho que deixa a desejar por falta de espaço físico, porque a gente não tem espaço físico nenhum. A gente atende dentro de uma igreja. (ENF4)

Conforme as notas de observação, as comunidades rurais visitadas estão distantes do centro do município e seu o acesso aos bens e serviços é mais difícil, considerando que as estradas de acesso são muito ruins, principalmente no período de chuva. Essas características definem o acesso que a população terá aos serviços.

Muitos desafios precisam ser enfrentados, tais como as barreiras institucionais do sistema de saúde, fatores limitantes para o acesso e adesão aos serviços de saúde da população negra como problemas estruturais, fatores sociais e econômicos, atuação profissional, desrespeito à cultura e discriminação étnica e racial⁽¹⁶⁾. Nessa ótica, percebe-se que o grupo das comunidades quilombolas é negligenciado. Em sua maioria localizadas em áreas rurais, as comunidades resistem à margem dos benefícios sociais, preservando a dependência da terra para sua reprodução física, social, econômica e cultural⁽¹⁷⁾.

De modo a conseguir concretizar a prática, transformada à luz da ética feminista, retomamos a importância da formação profissional. Para promover uma prática efetivamente transformadora, faz-se necessária a integração teórico-prática na formação profissional, voltada para o desenvolvimento de competências essenciais no cuidado às populações vulneráveis, entre elas destaca-se a competência política e a cultural.

A competência política abrange a capacidade do profissional de se posicionar e emitir juízo próprio, compreendendo as necessidades reais da população, levando em conta o modo de ser e de viver dos sujeitos⁽⁶⁾. Já a competência cultural envolve o reconhecimento dos valores dos indivíduos mediante a construção do conhecimento sobre o outro, considerando as diferenças de acesso aos serviços e as iniquidades dos grupos minoritários⁽¹⁸⁾. Dessa forma, o cuidado fundamentado nessas competências, além de respeitar os saberes, valores e experiências dos indivíduos, potencializa o caráter criativo para uma prática transformadora⁽⁷⁾.

Contudo, o desenvolvimento dessas competências constitui-se um desafio atual na formação de enfermagem, haja vista o currículo tradicional adotado e acompanhado pelo modelo biologicista e hospitalocêntrico da medicina, levando à fragmentação das práticas, e pela desarticulação entre teoria e prática⁽¹⁹⁾. É crucial refletir sobre novos meios de estruturação dos currículos da graduação em enfermagem e do ensino que incorporem estratégias de integração efetiva dos conhecimentos teórico-práticos⁽²⁰⁾, priorizando a formação de profissionais com postura questionadora e atores de práticas transformadoras.

As oportunidades das práticas durante a formação devem transcender a lógica da experimentação estruturada na racionalidade técnica, sendo fundamental que proporcionem experiências que levem ao pensamento crítico e reflexivo do graduando⁽¹⁹⁾. É fundamental que os enfermeiros sejam formados para serem conscientes da complexidade dos contextos sociais, bem como acerca das suas possibilidades de condutas diante das desigualdades sociais existentes⁽²¹⁾. Ao estabelecer o vínculo com a comunidade, o enfermeiro ocupa um espaço privilegiado para a construção da participação social⁽²²⁾. Nessa lógica, ele tem a oportunidade de fomentar a participação da comunidade nos espaços formais e informais para o exercício do controle social, a fim de compartilhar saberes e experiências, estimulando o exercício da cidadania⁽²³⁾.

Salienta-se que, para os enfermeiros desenvolverem o seu potencial transformador da realidade da população, é primordial que não estabeleçam monólogos, nem tampouco se posicionem como controladores dos espaços, mas sim sejam promotores do diálogo e participação social^(22,23).



Nessa perspectiva, os currículos devem estar alicerçados em uma aprendizagem significativa, inserindo o aluno no campo prático como ferramenta inovadora do processo de ensino-aprendizagem, além de ser um motivador para os estudos, gerando confiança no atendimento e no desenvolvimento de competências relacionadas à humanização⁽²⁴⁾. As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) recomendam um processo de formação pautado na reflexão sobre a realidade cotidiana dos serviços de saúde e na comunidade⁽²⁵⁾. É, portanto, fundamental para o profissional essa vivência prévia da realidade cotidiana dos serviços de saúde e na comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo possibilitou identificar a prática do enfermeiro da ESF e sua inserção na comunidade quilombola. Percebeu-se que os enfermeiros compreendem a importância do vínculo com a comunidade para minimizar as dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de uma prática que vai além do que é prescrito e que considera as relações sociais e dinâmicas da comunidade. Nesse contexto, é necessário que o enfermeiro adote posicionamento político e crítico, considerando as situações de vulnerabilidades vivenciadas pela comunidade, relacionadas aos fatores sociais, raciais, econômicos e políticos que englobam a população.

Evidenciam-se limitações no contexto social devido às questões estruturais e sociais, entretanto, consideramos formação do profissional uma estratégia potencialmente transformadora do modo de saber e fazer saúde no contexto de desigualdades sociais. O desenvolvimento crítico e reflexivo desenvolve-se na busca de conhecimento e nos espaços de discussão, permitindo avançar a tradicional formação. Para tanto, é necessário sair do papel estático e partir para a proatividade e autonomia necessárias para uma postura moral e política na saúde. Acredita-se que a prática do enfermeiro tem potencial transformador da realidade em comunidades quilombolas, impactando na qualidade de vida dos usuários, desde que reconhecida e construída de modo colaborativo entre os envolvidos.

AGRADECIMENTOS OU FOMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES); ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais/Programa Pesquisa para o SUS (FAPEMIG/PPSUS).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2013 [cited 2021 Sep 18]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf
2. Moura C. Rebeliões na Senzala: a questão social no Brasil. 3ed. São Paulo: Ciências Humanas;1981. 142p.
3. Rezende LC, Caram CS, Rezende LS, Silva KL, Brito MJM. A prática de enfermeiros no contexto das comunidades quilombolas. Esc Anna Nery. 2021;25(1):e20200151. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0151>
4. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Being a nurse in the Family Health Strategy Programme: challenges and possibilities. Rev Min Enferm. 2015;19(3):612-9. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>
5. Walker MU. Moral Context. Lanham, MD: Rowman & Littlefield; 2003. 248 p.
6. Walker MU. Moral understandings: a feminist study in ethics. New York: Routledge; 2007. 306p.
7. Rezende LC, Caram, CS, Caçador BS, Brito MJM. Nurses' practice in quilombola communities: an interface between cultural and political competence. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190433. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0433>



8. Lindemann H. Feminist ethics of care and responsibility. In: An invitation to feminist Ethics. New York: McGraw-Hill; 2006. p.85-104.
9. Liaschenko J, Peter E. Feminist ethics: way of doing ethics. In: Davis AJ, Tschudin V, Raeve L.(Orgs) Essentials of Teaching and learning in Nursing Ethics: perspectives and methods. Toronto: Elsevier; 2006. p.181-90.
10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ed. Porto Alegre: Bookman; 2015. 290p
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2013. 408p.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 288p.
13. Brito MJM, Caram CS, Montenegro LC, Rezende LC, Rennó HMS, Ramos FRS. Potentialities of Atlas.ti for data analysis in qualitative research in nursing. In: Costa AP, Reis LPR, Sousa FN, Moreira A, Lamas D, (Orgs.). Computer supported qualitative research: studies in systems, decision and control. Switzerland: Springer; 2016. p. 75-84. https://doi.org/10.1007/978-3-319-43271-7_7
14. Machado EP, Haddad JGV, Zobol ELCP. Communication as light technology for humanizing nurse-patient relationship in Basic Assistance to Health. Rev Bioethikos [Internet]. 2010 [cited 2021 Sep 9]. 4(4):447-452. Available from: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_447-452_.pdf
15. Pitombeira DF, Oliveira LC. Poverty and social inequality: tensions between rights, austerity and its implications in primary attention. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2020;25(5):1699-708. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>
16. Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercedes NP, Oliveira MAF. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20180834. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>
17. Durand MK, Heideman ITS. Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03451 <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018007703451>
18. Leininger M. Caring for the culturally different necessitates transcultural nursing knowledge and competences. Cultura Cuidados. 1999;3(6).
19. Silva KLD, Barcelos BJ, França BD, Araújo FLD, Magalhães IT, Ledo MM. Between experiments and experiences: challenges for teaching competencies for health promotion in Nursing Education. Interface Comun Saúde Educ. 2018;22:1209-1220. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0467>
20. Perez CFA, Tourinho FSV, Carvalho Júnior PM. Competencies in the nurse education process to care for the aging: an integrative review. Texto Contexto Enferm. 2016;25(4):e0300015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000300015>
21. Mendes IAC, Ventura CAA, Fumincelli L, Souza-Junior VD, Godoy S. Nursing and Global Health: social determinants of health in the training of nurses. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 4):1700-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0631>
22. Ferreira AG, Carvalho DPC, Barlem ELD. Social Participation in Health and the Nursing Role: Using the Ecological Model. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2019;11(5):1360-7. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1360-1367>
23. Oliveira DM, Deus NCP, Caçador BS, Silva EA, Garcia PPC, Jesus MCP, et al. Nurses' knowledge and practice on social participation in health. Rev Bras Enferm. 2016;69(3):394-400. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690302i>
24. Palheta, MAS, Cecagno D, Marques VA, Biana CB, Braga LR, Cecagno S, et al. Formação do enfermeiro por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizado: influências no exercício profissional. Interface. 2020;24(e190368):1-16. <https://doi.org/10.1590/Interface.190368>
25. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem [Internet] . Brasília: Ministério da Educação. 2001 [cited 2021 Sep 9]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e07.c07>

SENSIBILIDADE, COMPETÊNCIA E HUMILDADE CULTURAL NO CUIDADO EM SAÚDE

Ana Elisa Bersani^I

ORCID: 0000-0003-1894-3093

Anneli Moraes Rabelo Nobre^{II}

ORCID: 0000-0003-0121-4468

Lucas Macedo Naufal^{III}

ORCID: 0000-0003-0270-133X

Luciana de Andrade Carvalho^{III}

ORCID: 0000-0001-5091-8379

^IUniversidade Estadual de Campinas.
Campinas, São Paulo, Brasil.

^{II}Organização Internacional para as Migrações.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III}Universidade de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

Luciana de Andrade Carvalho
lucarvalho03@gmail.com



Como citar:

Bersani AE, Nobre AMR, Naufal LM, Carvalho LA.
Sensibilidade, Competência e Humildade Cultural no
cuidado em saúde. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP,
Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado
à saúde de populações em situação de vulnerabilidade.
Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 62-71
<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c07>

Revisora: Carmem Lúcia de Albuquerque Santana.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

Pensar as práticas de saúde, a partir de uma compreensão ampla sobre as múltiplas vulnerabilidades a que as pessoas podem estar susceptíveis, impõe novas perspectivas sobre determinantes que vão muito além dos agentes biológicos específicos. Implica novos desafios, já que considera a chance de exposição ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais. Além disso, as próprias possibilidades de proteção e manutenção da saúde aparecem de forma indissociável da disponibilidade de recursos de distintas ordens a que se pode acessar.

Através do uso do termo “vulnerabilidade”, esse movimento dentro do campo da saúde privilegia, desde pelo menos os anos 90⁽¹⁾, proposições que defendem estratégias de prevenção e cuidado não restritas à redução individual de riscos, mas ampliadas àquelas de potencial alcance social e estrutural. O foco da análise/avaliação desloca-se da esfera do indivíduo e passa a abordar outros elementos de primordial importância: os recursos e constrangimentos de natureza cultural, econômica e política – todos distribuídos de forma desigual entre os segmentos sociais.

Neste capítulo, apresentamos três conceitos que surgiram nas últimas décadas e têm mobilizado as discussões sobre a importância da intersecção entre saúde e cultura: **sensibilidade cultural, competência cultural e humildade cultural**. Tais ferramentas conceituais valorizam a interdisciplinaridade e têm sido fundamentais para a ampliação do arsenal teórico e metodológico no ensino e na formação profissional na área da saúde. Além disso, orientam condutas e auxiliam no desenvolvimento de estratégias de cuidado que estariam mais de acordo com as visões de mundo das pessoas que recebem a assistência. O objetivo, portanto, é refletir sobre como se apresenta a problemática cultural na saúde, incorporando certas reflexões críticas desenvolvidas por esse campo.



CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL DA DOENÇA

Todo fenômeno humano é também social e cultural, como é o caso da dor, do sofrimento, do corpo, da saúde e da doença. Ao olhar para a saúde e a doença como um constructo social, as ciências humanas e, mais especificamente, a antropologia buscaram se situar em relação aos saberes biológicos. O precursor do debate sobre o caráter social dos sentimentos ou dos usos do corpo foi o clássico antropólogo Marcel Mauss^(2,3). De acordo com o autor, para se compreender a própria experiência fisiológica do corpo, precisamos nos referir às categorias sociais que lhe dão sentido. Um bom exemplo disso é a ideia de dor, já que a forma como cada pessoa vive a sua realidade corporal está sempre em relação à coletividade da qual faz parte. Assim, os sistemas classificatórios das doenças são construções simbólicas e estão necessariamente articulados ao universo social que o constrói e exprime.

Reconhecendo que a definição do que é doença (sua classificação e os sintomas arrolados) varia de cultura para cultura – não correspondendo necessariamente às categorias da biomedicina –, a etnomedicina tradicional já buscava identificar as categorias das doenças de acordo com os grupos estudados, criando uma espécie de inventário cultural¹. Os trabalhos nessa área foram importantes para a demonstração de que as classificações e os diagnósticos das doenças entre povos, considerados primitivos na época, eram também sofisticados, complexos e baseados na observação da realidade empírica. No entanto, a ideia de cultura, conceituada, de forma bastante instrumental, como um sistema fixo e homogêneo, compartilhado por todos de um mesmo grupo, já está ultrapassada⁽⁴⁾.

A cultura não é uma unidade estática e homogênea de valores, crenças e normas, mas uma expressão humana, “gramática cultural”, construção simbólica do mundo sempre em transformação⁽⁵⁾. Trata-se de um sistema fluido e aberto, pois é resultado da interação de atores heterogêneos que estão agindo juntos para entender os eventos e procurar soluções. A cultura é expressa, justamente, na interação social, em que os atores comunicam e negociam significados.

Nessa perspectiva, a doença não é apenas uma categoria diagnóstica, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica, por exemplo, uma negociação de significados na busca pela cura. Para compreendê-la, é necessário olhar para todo o seu processo: o seu itinerário terapêutico e os discursos dos atores envolvidos em cada passo da sequência de eventos desencadeados. Se aplicarmos essa lógica ao domínio da medicina, o próprio sistema de saúde oficial norteador por ela é também um sistema cultural, de significados ancorados em arranjos particulares de instituições, com padrões de interações interpessoais entre profissionais do campo e destes com os pacientes.

Ao longo das últimas décadas, acompanhando os debates sobre o próprio conceito de cultura nas ciências humanas, também a forma como é incorporado pelo campo da saúde passou por transformações significativas. A partir da década de 1970, vários antropólogos começaram a propor visões alternativas à apresentada pela biomedicina sobre o conceito de doença, formando as bases do que conhecemos hoje como antropologia da saúde ou médica⁽⁷⁻¹⁵⁾². Esses pesquisadores trabalharam na construção de paradigmas em que o biológico estaria articulado ao cultural³.

Na perspectiva antropológica, o corpo “não existe fora do registro simbólico, nem lhe antecede”⁽¹⁶⁾. Tal visão difere daquela de um discurso biomédico que pensa a existência corporal enquanto algo autônomo,

- 1 Um exemplo clássico desse tipo de trabalho pode ser encontrado no estudo feito por Frake (1961), sobre a classificação das doenças de pele entre os Subanum das Filipinas⁽⁶⁾.
- 2 Há controvérsias sobre os desenvolvimentos de duas vertentes acadêmicas distintas nesse campo: a “antropologia médica” e a “antropologia da saúde”. A primeira formada a partir da matriz antropológica norte-americana e anglo-saxônica e a segunda está vinculada a uma tradição francesa. Ambas reivindicam tônicas distintas de abordagem, como discute Sarti, 2010⁽¹⁶⁾. Para este artigo, de caráter introdutório, estamos considerando as contribuições do campo como um todo, já que suas relações complexas exigiriam um olhar mais detido. Sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde no Brasil, ver Canesqui, 1994⁽¹⁹⁾; Rabelo e Alves, 1998⁽²⁰⁾; e Minayo e Coimbra, 2005⁽²¹⁾.
- 3 Para uma reflexão complementar sobre os elementos conceituais e metodológicos da Antropologia médica ou da saúde, ver também Uchôa e Vidal, 1994⁽²²⁾.



constituído *a priori* (no registro da “natureza”), ao qual se agregam fatores psíquicos e culturais. Autores importantes, como Canguilhem⁽¹⁷⁾, abrem caminho para uma crítica contundente à objetividade da biologia a partir da experiência concreta do “ser vivo”, voltando seu olhar para o doente. Segundo o pesquisador, a experiência fundamental para o conhecimento sobre a doença é do doente. A subjetividade também ganha um lugar importante nesse cenário.

Como podemos ver, a construção sociocultural da doença como experiência vivida vai além da ideia de que, havendo categorias classificatórias diferentes para pessoas de grupos diferentes, identificar as categorias seria suficiente para se entender a visão de tais grupos sobre saúde. Levar a sério essa perspectiva implica olhar para a doença como um processo subjetivo, construído através de contextos socioculturais complexos, vivenciado de formas distintas pelos atores nele implicados^(11,18).

Assim, a doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais, observados numa realidade empírica, mas sim um processo subjetivo no qual a experiência corporal é sempre mediada pela cultura. Não é um momento único, nem uma categoria fixa, mas uma sequência de eventos que se encadeiam na tentativa de compreender o sofrimento, organizar a experiência vivida e aliviar o sofrimento.

A reflexão sobre a importância da cultura (sempre em articulação com os marcadores de diferença social, como classe, raça/etnia, gênero e geração) na constituição e expressão de processos de saúde e doença tem dado origem a um novo debate sobre as possibilidades de “alargamento da razão”, através da experiência da alteridade – do contato com o conhecimento de um universo cultural alheio. É nesse contexto que os conceitos apresentados aqui foram forjados, a partir de aproximações e afastamentos entre os saberes das ciências humanas e da biomedicina, em busca de fundamentos que permitam aos profissionais abordar os diferentes modos de ser, de viver e de sofrer nos cuidados ofertados.

SENSIBILIDADE CULTURAL

O termo Sensibilidade Cultural, vindo das áreas de Comunicação e Marketing Social, abre as discussões sobre como desenvolver estratégias e mecanismos de intervenção em contextos transculturais. A necessidade surge justificada predominantemente pelos seguintes fatores: maior incorporação das pautas sobre diversidade, incluindo debates sobre raça e etnia, nos espaços político-sociais nacionais e internacionais; e ondas migratórias que configuram fontes multiculturais de força de trabalho. Sendo assim, a multiplicidade de grupos e indivíduos e suas formas de compreensão dos significados de doença e saúde, cuidados e prevenção, sintomas e tratamentos traz para a atenção primária um primeiro questionamento: como desenvolver intervenções que possam dar conta das diferenças sem patologizá-las, sendo culturalmente sensíveis⁽²³⁾?

Os autores que trazem esse questionamento para os cuidados em saúde sentem, primeiramente, a necessidade de compreensão e definição de conceitos como cultura, raça, etnia, diversidade, multiculturalismo, os quais são amplamente debatidos dentro das Ciências Sociais. A partir disso, buscam compreender como esses aspectos determinam comportamentos individuais, coletivos e organizacionais, ou seja, os modelos de compreensão sobre o comportamento humano podem ser generalizados e aplicados em quaisquer contextos ou grupos sem que sua efetividade e validade sejam comprometidas⁽²⁴⁾?

Baseando-se nessa pergunta, as propostas de conceitualização e elaboração de modelos do que seria um profissional ou um serviço culturalmente sensível são exploradas a partir da mesclagem de metodologias quantitativas, por exemplo, observando a frequência da incidência de determinados termos na literatura⁽²⁵⁾, e qualitativas, por meio de grupos focais, entrevistas, aplicação de questionários⁽²⁴⁾, destacando-se o Modelo de Desenvolvimento de Sensibilidade Intercultural⁴, desenhado por Milton Bennet. Esse modelo qualitativo é baseado em teorias da comunicação, a partir de uma percepção construtivista que entende o processo de

4 *Developmental Model of Intercultural Sensitivity.*



elaboração da identidade como um produto de complexas categorias que se incorporam e conformam ao longo do desenvolvimento das capacidades de apreender, discriminar e categorizar fenômenos. Da mesma forma, a aquisição de sensibilidade cultural desenvolve-se por etapas, tendo por objetivo a ampliação do repertório comunicativo de indivíduos, comunidades e organizações, bem como a competência para mediar e solucionar conflitos em contextos multiculturais. O autor define que uma mente competente interculturalmente é aquela que incorpora as capacidades de comunicação, os pensamentos, as atitudes e as emoções (*intercultural mindset, intercultural skillset*) de uma forma culturalmente sensível⁽²⁶⁾.

Segundo Bennet, as etapas de desenvolvimento de sensibilidade cultural são divididas em 6 estágios, que vão do Etnocentrismo ao Etnorrelativismo, polo no qual profissional, organização ou equipamento já teceu categorias mais amplas e complexas de empatia e alteridade, ou seja, houve a incorporação de diversidade na construção das categorias de “outro”. Tal desenvolvimento pode ser alcançado por meio do contato com as comunidades público-alvo e treinamentos para as equipes dos serviços que se relacionam e buscam atender às demandas desses grupos. Em outros termos, para que uma intervenção seja culturalmente sensível, é fundamental unir conhecimento subjetivo, visão de mundo, e conhecimento estrutural. Além disso, o autor também sugere que o modelo aponta para caminhos assertivos de observação da aplicabilidade das competências adquiridas em comunicação intercultural na mediação de conflitos, através da incorporação das pautas de diversidade, de maneira transversal, dos processos organizativos e de formação de lideranças comunitárias, bem como na própria oferta dos serviços de saúde⁽²⁷⁾.

A divisão dos 6 estágios dentro da progressão do Etnocentrismo ao Etnorrelativismo é feita da seguinte forma: *Negação, Defesa e Minimização* seriam as 3 etapas de desenvolvimento ainda no polo denominado “etnocêntrico”, em que a cultura dominante é tida como única válida, em uma posição de poder em relação ao que é estrangeiro (*outsider*), refletida na posição dicotômica *nós x eles*. As relações etnocêntricas são usualmente projetivas, carregadas de estereótipos, sem relação dialética. Da mesma forma, a nível organizacional, nesse ponto não existem estruturas de coordenação ou políticas voltadas para o reconhecimento da diversidade cultural⁽²⁷⁾.

A superação da relação dualista e hierárquica conduz o caminho para as outras 3 etapas: *Aceitação, Adaptação e Integração*, as quais fazem parte do polo “etnorrelativista”, no sentido da compreensão de que as culturas são igualmente complexas, contudo, diferem em suas formas e manifestações, sem implicar necessariamente uma relação hierárquica ou de privilégio de uma cultura em detrimento de outra. Nesse polo, a identidade é vista como algo dinâmico, e existe sustentabilidade no processo de incorporação das diferenças, compondo e amplificando repertórios transculturais previamente elaborados. A nível comunitário e organizacional, nesse estágio, existem políticas, mecanismos e procedimentos de inclusão de contextos plurais implementados⁽²⁶⁾.

O Modelo de Desenvolvimento de Sensibilidade Intercultural tem o intuito de sistematizar a observação das posições iniciais de indivíduos, comunidades e organizações, identificadas mediante a aplicação de questões relativas a cada um dos estágios. A partir disso, é realizada a medição do desenvolvimento da percepção e elaboração de categorias de alteridade e aquisição de competências culturais⁽²⁷⁾.

Um dos resultados práticos é a maior gama de possibilidades de intervenção sob medida (*tailored*), culturalmente apropriadas para o público-alvo, que usufrui da entrega dos serviços, inclusive favorecendo o acesso a estes, assim como o desenho de abordagens específicas para treinamentos em diversidade e multiculturalismo, voltadas para as equipes que atuam nos serviços de atenção básica da saúde, fortalecendo capacidades individuais e institucionais, com vistas à etapa final de integração em todos níveis: individual, comunitário e estrutural⁽²⁶⁾.

COMPETÊNCIA CULTURAL

Como vimos, o conceito de competência cultural é mobilizado como um atributo essencial para o alcance do que se entende por sensibilidade cultural. O conceito de competência cultural na saúde tornou-se bastante popular na literatura de língua inglesa, havendo uma extensa literatura internacional sobre competência



cultural, principalmente dos Estados Unidos. Ganhou relevância por ter sido apresentado como uma forma de diminuir as desigualdades em saúde observadas no atendimento a populações chamadas “minoritárias”, que, segundo o *U.S. Office of Management and Budget*, seriam afro-americanos, hispânicos, asiáticos, povos do Pacífico, indígenas norte-americanos e do Alasca⁽²⁸⁾.

Em diversos textos, o estudo de Cross et al. (1989)⁽²⁹⁾ é apontado como o ponto de origem do conceito de competência cultural mais utilizado atualmente. Nesse estudo, a competência cultural é definida como

um conjunto congruente de comportamentos, atitudes e políticas que se juntam em um sistema, agência ou em profissionais para trabalharem de forma efetiva em situações interculturais⁵⁽²⁹⁾.

O estudo define “cultura” como um “padrão integrado de comportamentos humanos que inclui pensamentos, comunicação, ações, costumes, crenças, valores e instituições de um grupo racial, étnico, religioso ou social”⁶. A palavra “competência” foi escolhida porque implica que uma pessoa pode desenvolver a “capacidade de funcionar de forma efetiva”⁷. Um sistema de cuidado culturalmente competente reconhece e incorpora em todos os seus níveis: (1) a importância da cultura, (2) a avaliação de relações interculturais, (3) atenta-se à dinâmica que resulta de diferenças culturais, (4) expande seu conhecimento cultural e (5) adapta os serviços para atender as necessidades culturais específicas⁽²⁹⁾.

A competência cultural é apresentada como um objetivo em direção ao qual profissionais e agências podem se encaminhar. É descrito um *continuum* crescente da competência cultural, composto por destrutibilidade, incapacidade, cegueira cultural, pré-competência cultural, competência cultural e proficiência cultural, as quais podem ser caracterizadas, de maneira resumida, da seguinte forma: a destrutibilidade seria causar um mal de maneira intencional; a incapacidade seria causar o mal de forma não intencional; a cegueira cultural seria quando não se causa mal, mas se trata o paciente como qualquer outro (padronização do cuidado), ignorando as nuances próprias do atendimento transcultural; a pré-competência seria quando o profissional ou o sistema passam a se preocupar com resultados mais positivos à população culturalmente diversa em questão; a competência seria quando se buscam conhecimento e formas efetivas de melhorar o cuidado; e, finalmente, a proficiência seria quando já se tem um corpo de conhecimento e se reconhece a necessidade de atualização constante.

A proposta é, sobretudo, que seja um processo dinâmico, com aprendizado e transformação constantes⁽²⁹⁾. Assim, um profissional culturalmente competente tem conhecimento o mais atualizado possível e está sempre em busca de aprimoramento, valoriza uma boa relação com o paciente, conhece características relevantes da cultura do paciente e responde a elas com estratégias adequadas de comunicação, procura explorar as crenças do paciente sobre a doença, os seus comportamentos, as expectativas do tratamento e as reações da família⁽³⁰⁾. Um sistema culturalmente competente é aquele que valoriza a diversidade, está consciente das dinâmicas inerentes da interação cultural, divulga o conhecimento cultural na instituição, avalia-se constantemente e busca estratégias para se adaptar à diversidade⁽²⁸⁾.

Alguns modelos de Competência Cultural foram elaborados por profissionais da área da enfermagem. O mais famoso é o modelo desenvolvido por Madeleine Leininger, considerada a fundadora da Enfermagem Transcultural nos anos 50-60. Ela desenvolveu a teoria da “Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural”, cujo objetivo era prover um cuidado transcultural que pudesse contribuir para a saúde e bem-estar das pessoas, ou ajudá-las a lidar com deficiências e morte. As bases da teoria são: (1) cuidado como a essência do

5 A set of congruent behaviors, attitudes, and policies that come together in a system, agency, or amongst professionals and enables that system, agency, or those professionals to work effectively in cross-cultural situations.

6 Integrated pattern of human behavior that includes thoughts, communications, actions, customs, beliefs, values, and institutions of a racial, ethnic, religious, or social group.

7 Having the capacity to function effectively.



trabalho da enfermagem e (2) há diferenças e semelhanças entre culturas. A representação visual da teoria é na forma de um “sol nascente” (*Sunrise*), em que os raios de sol são sete fatores que influenciam um indivíduo e sua família em relação a saúde e doença: tecnológicos, religiosos e filosóficos, sociais e de parentesco, valores culturais, crenças e modos de viver, políticos e legais, econômicos e educacionais⁽³¹⁾.

O modelo de Campinha-Bacote é usado na área da saúde em geral, não se restringindo à Enfermagem⁽³²⁾. Iniciou-se com uma forma linear que continha quatro conceitos: consciência cultural, conhecimento cultural, habilidades culturais e encontros culturais⁸. Em 1998, a autora reviu o modelo e fez um diagrama de Venn com os conceitos, reconhecendo pontos em comum, incluindo também “desejo cultural”⁹ como o ponto de partida do processo⁽³³⁾.

Outro modelo popular é o Modelo de Competência Cultural de Purnell, que também tem a proposta de ser usado em qualquer área da saúde. Purnell estabelece quatro níveis que devem ser levados em conta na avaliação do paciente: sociedade global, comunidade, família e indivíduo. Dentre desses, existem doze domínios que podem ser usados para analisar as situações. Também descreve um *continuum* de competência em que o profissional poderia se encontrar em diferentes momentos e em diferentes situações de cuidado: inconscientemente incompetente, conscientemente incompetente, conscientemente competente, inconscientemente competente⁽³⁴⁾.

Outros modelos da área da enfermagem incluem o Modelo de competência cultural e confiança, de Jeffreys, o Modelo de avaliação transcultural, de Giger e Davidhizar, e o Modelo de herança e tradições, de Spector⁽³²⁾.

O conceito de competência cultural é usado como base para treinamentos e capacitações, porém, existem muitas críticas a estes e ao próprio conceito: pouca concordância entre definições e abordagens do conceito, problemas com conceito de cultura, poucas pesquisas sobre resultados e efetividade de treinamentos⁽³⁵⁾. De maneira geral, os treinamentos e as capacitações propõem que os profissionais conheçam e estudem características, valores e crenças de grupos culturais específicos, o que leva a generalizações, simplificações e criação de estereótipos⁽³⁶⁾. Assim, “cultura” é apresentada como estática e quase homogênea, o que limita a abertura dos profissionais a considerar variações individuais e sociedades mais complexas, com uma grande variedade de grupos culturais coexistindo⁽³⁷⁾.

HUMILDADE CULTURAL

A humildade cultural pode ser definida como um processo de estar ciente de como a cultura pode afetar comportamentos relacionados à saúde. Dessa forma, essa consciência pode ser revertida em abordagens mais sensíveis no tratamento de pacientes⁽³⁸⁾. A humildade cultural, diferentemente da competência cultural, não possui uma forma de avaliação quantitativa, o que favorece sua implementação no ensino das diversas áreas ligadas à saúde, além de representar um processo contínuo que requer autorreflexão e autocrítica⁽³⁹⁾. Um dos pilares da humildade cultural é o profissional de saúde estar ciente a qual cultura e a quais percepções culturais pertence. A falta dessa dita noção cultural pode ser um risco de imposição das crenças de quem fornece o atendimento durante a interação com o paciente. Inclusive, para facilitar essa habilidade, recomenda-se que o estudante se engaje em atividades culturais, leia livros, assista a filmes, emerja-se em referências que fortaleçam essa identidade cultural. O contrário, olhar para a própria cultura, também é incentivado. Explorar outra cultura nos faz refletir sobre nossas próprias reações ao nos depararmos com o diferente, indo além de apenas estudar sobre diversas práticas culturais⁽⁴⁰⁾.

Justamente pela dificuldade em quantificar a humildade cultural e até de defini-la, Foronda et al.⁽⁴¹⁾ realizaram uma análise conceitual para delinear uma definição para o termo, que foi utilizado em diversos contextos,

8 *Cultural awareness, cultural knowledge, cultural skills and cultural encounters.*

9 *Cultural desire.*



com indivíduos de diferentes etnias e raças, preferências sexuais, status socioeconômico e diferentes papéis interprofissionais nas relações de saúde-paciente. Foram levantados os seguintes atributos relacionados à humildade cultural, descrita como um processo vitalício: abertura, autoconsciência, privação do ego (traduzido livremente de *egoless*), interações de apoio, autorreflexão e crítica.

A abertura foi o primeiro atributo identificado. Aqui, o seu conceito vem da ideia de que o indivíduo precisa ter a cabeça aberta ou estar aberto a interações culturalmente diversas para que a humildade cultural se estabeleça, ou seja, a abertura corresponde à atitude de querer explorar novas ideias, sendo um dos passos iniciais no processo da humildade cultural.

A autoconsciência é o segundo atributo, definida como: compreender suas habilidades e limitações, possuir autoconhecimento, estar consciente de suas próprias forças, limitações, valores, crenças, comportamentos e aparência frente ao outro, quando se estiver trabalhando com pessoas de diferentes culturas.

A terceira atitude é a privação do ego (*egoless*). Alguns termos podem ajudar a construir a ideia da privação do ego, como humilde, modesto, ter neutralidade, aproximação com outros por igual, falta de superioridade. Privação do ego é definido como sendo humilde e vendo os valores dos outros em um plano horizontal. Dessa forma, achatar-se-ia qualquer hierarquia ou diferencial de poder.

O quarto atributo corresponde à interação de apoio. Esse termo foi escolhido por abarcar diferentes tipos de engajamentos e ações que ocorrem quando a humildade cultural está sendo implementada. As interações de apoio são definidas como cruzamentos entre as existências dos indivíduos, que resultam em trocas humanas positivas, devendo ocorrer como parte do processo.

O quinto e último atributo é a autorreflexão e crítica, definido como um processo crítico de reflexão sobre os próprios pensamentos, sentimentos e ações. É descrito como a jornada ou o processo interminável de contínua reflexão e aperfeiçoamento.

Uma vez que a humildade cultural se estabelece, as consequências esperadas são poder mútuo, parcerias, respeito, ótimo cuidado e ensinamento vitalício. Empregar a humildade cultural significa estar consciente dos desequilíbrios de poder e ser humilde em toda interação com qualquer indivíduo. Não é um processo imediato, pois requer tempo, educação, reflexão e esforço para que progressos aconteçam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há dúvida de que uma melhor compreensão de aspectos culturais e sociais tem implicação direta nas práticas, permitindo-nos desvendar estratégias particulares e modos de cuidar específicos, o que é imprescindível para uma atuação mais engajada com as desigualdades sociais que atravessam o cotidiano da saúde^(42,43). Lidar com a variabilidade cultural na saúde, como estimulam os conceitos em questão, implica desnaturalizar as relações sociais, problematizando o determinismo biológico e as condições de produção do conhecimento científico. Implica, conseqüentemente, a adoção de uma postura reflexiva e crítica sobre a própria práxis.

Os diferentes conceitos apresentados têm o mesmo objetivo: auxiliar profissionais a levarem em conta questões culturais em seus trabalhos, apresentando formas de analisar e compreender as situações e os conflitos que surgem do contato intercultural. Além disso, apresentam formas de aplicar na prática os princípios colocados.

De maneira geral, todos os conceitos buscam o estabelecimento de diálogo entre partes com visões de mundo divergentes, inclusive, o conceito de Sensibilidade Cultural tem um foco importante em comunicação e técnicas de comunicação⁽²⁶⁾. Dessa forma, todos os conceitos abordam a relação e os elementos que estão em jogo. Os conceitos de Sensibilidade e Competência Culturais dão relevância ao aprendizado de elementos que seriam específicos de determinadas culturas. Assim, trabalham com uma definição de cultura mais estática, de um conjunto de crenças e valores compartilhados por um grupo específico. Isso permite que se estructurem programas de treinamento mais objetivos e que se tornaram bastante populares. Na área da saúde, os treinamentos em Competência Cultural normalmente assumem esse formato e são muito numerosos⁽³⁷⁾.



Todos os conceitos também falam da importância de reconhecer que o desenvolvimento pessoal do profissional deve ser constante, pois nunca se estará completamente pronto para lidar com todo conflito que surgir de encontros interculturais. No entanto, o conceito de Humildade Cultural propõe-se a falar diretamente da relação, com destaque às questões de poder inerentes às relações de cuidado em saúde, um tema que aparece marginalmente nos outros conceitos. Sensibilidade Cultural propõe uma forma de autoanálise, enumerando etapas de um processo interno, sem necessariamente abordar as diferenças de poder de forma tão direta.

Um ponto importante para qualquer uma das abordagens é poder se perceber também como um indivíduo que se desenvolveu influenciado por culturas, que desenvolveu seus próprios padrões, expectativas, valores e visões de mundo a partir de repertórios específicos. Assim, é possível enxergar a “cultura do outro” com menos julgamentos.

Para profissionais da área da saúde, o questionamento sobre seus valores e repertórios também passa pelo conhecimento aprendido na formação profissional, que não são isentos de valores, história e política. Problematicar as epistemologias e formas de produção de conhecimento normalmente é o ponto mais desafiador para os profissionais, uma vez que constituem a base de sua prática profissional.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (Org.). Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. pp.117-38.
2. Mauss M. Sociologia e antropologia. 2ª. Ed. São Paulo: Edusp; 1974. pp. 209–33.
3. Mauss M. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: Oliveira RC (Org). Marcel Mauss. São Paulo: Ática; 1979. pp. 147–153.
4. Langdon EJ. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi RG, Junqueira C (Eds.). Parque indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem; 2005. pp. 115–33.
5. Geertz C. A interpretação das culturas. São Paulo: Zahar; 1978. p. 24
6. Frake C. The diagnosis of disease among the Subanum of Mindanao. *Am Anthropol.* 1961; 63:113–32. <https://doi.org/10.1525/aa.1961.63.1.02a00070>
7. Augé M. L'anthropologie de la maladie. *L'Homme*; 1986;97–98(26):81–90. <https://doi.org/10.3406/hom.1986.368675>
8. Augé M, Herzlich C. Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. *Arch Sci Soc Relig.* 1987[cited 2021 Dec 1];63(2):221–22. Available from: https://www.persee.fr/doc/assr_0335-5985_1987_num_63_2_2432_t1_0221_0000_2
9. Fabrega H. Disease and social behavior: an interdisciplinary perspective. Cambridge, MA: The MIT Press; 1974. 341p.
10. Good B. The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iran. *Cult, Med Psychiatr.* 1977;1:25–58. <https://doi.org/10.1007/BF00114809>
11. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. 448p.
12. Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes; 1991. 273p.
13. Scheper-Hughes N, Lock M. The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology. *Med Anthropol Quarterly.* 1987;1(1):6–41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
14. Young A. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *Am Anthropologist.* 1976;1(78):5–24. <https://doi.org/10.1525/aa.1976.78.1.02a00020>
15. Young A. The anthropologies of illness and sickness. *Ann Rev Anthropol.* 1982;2:257–285. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>
16. Sarti C. Corpo e Doença no trânsito de saberes. *Rev Bras Ciên Soc.* 2010;25(74):77–90. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092010000300005>
17. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 129p.



18. Good B. *Medicine, rationality and experience*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511811029>
19. Canesqui AM. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: Alves PC, Minayo MC (Eds.), *Saúde e Doença: um olhar antropológico*, 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994, pp. 13–32.
20. Rabelo MC, Alves PC. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. 248p. <https://doi.org/10.7476/9788575414040>
21. Minayo MC, Coimbra Jr CE. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 708p.
22. Uchôa E, Vidal JM. *Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença Medical*. *Cad. Saúde Públ.* 1994;10(104):497–504. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400010>
23. Resnicow K, Baranowski T, Ahluwalia JS, Braithwaite RL. Cultural Sensitivity in Public Health: defined and demystified. *Ethn Dis.* 1999 Winter;9(1):10-21.
24. Dumas JE, Rollock D, Prinz RJ, Hops H, Blechman EA. Cultural Sensitivity: problems and solutions in applied and preventive intervention. *App Prevent Psychol.* 1999; 8:175-96. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80076-9](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80076-9)
25. Whaley AL. Cultural Sensitivity and Cultural Competence: toward clarity of definitions in cross-cultural counselling and psychotherapy. *Counsel Psychol Quarterly.* 2008; 21(3):215-22. <https://doi.org/10.1080/09515070802334781>
26. Bennett M, Bennett J. Developing intercultural sensitivity: an integrative approach to global and domestic diversity. In: Landis D, Bennett J, Bennett M (Eds). *The handbook of intercultural training*. 3a. Ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2004. <https://doi.org/10.4135/9781452231129.N6>
27. Bennett M. Development model of intercultural sensitivity. In: Kim, Y (Ed). *International encyclopedia of intercultural communication*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2017. <https://doi.org/10.1002/9781118783665.ieicc0182>
28. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong II O. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Rep* 2003; 118(4): 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
29. Cross TL, Bazron BJ, Dennis KW, Isaacs MR. *Towards a culturally competent system of care*. Washington, DC; Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center; 1989.
30. Engebretson J, Mahoney J, Carlson ED. Cultural Competence in the era of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing.* 2008;24(3):172-178. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.10.012>
31. Leininger MM. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethn nursing method. In: Leininger MM, MR McFarland. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2a. Ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Learning; 2006. pp. 365-79
32. Sagar PL. *Nursing Education and Transcultural Nursing*. In: *Transcultural Nursing Education Strategies*. Nova York, NY: Springer Publishing Company, 2014.
33. Campinha-Bacote J. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *J Nurs Educ.* 1999; 05;38(5):203-207. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19990501-06>
34. Purnell, L. The Purnell Model for Cultural Competence. *J Transcult Nurs* 2002; 13(3):193-96. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>
35. Rhymes J, Brown DC. Summary report: cultural competence in primary care: perspectives, tools and resources. Logical Minds Consulting [Internet]. *Capital Health.* 2005[cited 2021 Dec 1]. Available from: <https://www.cdha.nshhealth.ca/>
36. Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-Cultural Primary Care: A Patient-Based Approach. *Ann Intern Med.* 1999;130(10). <https://doi.org/10.1016/0003-4819-130-10-199905180-00017>
37. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLOS Medicine.* 2006;3(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
38. Miller S. Cultural humility is the first step to becoming global care providers. *J Obst Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38:923. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00311.x>
39. Prasad SJ, Nair P, Gadhi K, Barai I, Danish HS, Philip AB. [Cultural humility: treating the patient, not the illness]. *Med Educ Online.* 2016;21. <https://doi.org/10.3402/meo.v21.30908>



40. Dasgupta S. How to catch the story but not fall down: reading our way to more culturally appropriate care. *Virtual Mentor*. 2006; 8:315-8.
41. Foronda C, Baptiste D, Reinholdt M, Ousman K. Cultural humility: a concept analysis. *J Transcult Nurs*. 2016; 27:210-17. <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
42. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 120p.
43. Barreira IAF. O ofício de ensinar para iniciantes: contribuições ao modo sociológico de pensar. *Revista de Ciências Sociais [Internet]*. 2014[cited 2021 Dec 1];45(1):63–85. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/revcienso/article/view/2419>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c08>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOAS MIGRANTES: ENCONTROS INTERCULTURAIS EM SAÚDE

Ariane Graças de Campos¹

ORCID: 0000-0003-3553-9228

Patrícia Maria Lino Pinheiro¹

ORCID: 0000-0002-5543-1348

Luciana de Andrade Carvalho¹

ORCID: 0000-0001-5091-8379

¹Universidade de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

Luciana de Andrade Carvalho
lucarvalho03@gmail.com



Como citar:

Campos AG, Pinheiro PML, Carvalho LA. Cuidados de Enfermagem a pessoas migrantes. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 72-83
<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c08>

Revisora: Veronica Quispe Yujra.
Casa de Saúde Santa Marcelina.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

O tema da migração tem se tornado cada vez mais relevante no contexto global. Nas décadas finais do século XX e início do século XXI, os movimentos migratórios mundiais foram intensamente influenciados pelo aumento da globalização, levando à queda de fronteiras e apresentando uma contradição básica: de um lado, a livre movimentação de capitais, produtos e informações; de outro, as restrições impostas à circulação humana. Ou seja, com a política econômica neoliberal, vemos que se estabeleceram regras e burocracias para determinar quais indivíduos são aceitos em cada país e/ou comunidade, ocasionando grande dificuldade de acesso a alguns países⁽¹⁾.

O termo “migração” refere-se a qualquer tipo de deslocamento humano entre fronteiras, independentemente das causas que levaram a isso, sejam políticas, econômicas, ambientais etc. É comum caracterizar a migração como voluntária ou involuntária para se referir aos motivos que levam as pessoas a migrarem. Essas definições falam do contexto em que ocorre o deslocamento, porém, existem definições legais que os determinam⁽²⁾. Neste capítulo, o termo “imigrante” é usado para designar pessoas que se estabelecem em local diferente de sua origem. É comum realizar a separação entre imigrantes e refugiados, pois estes compõem um grupo com diferentes implicações legais. Assim, ao longo do texto, utilizaremos o termo “migrantes” ou “migrantes internacionais” para designar imigrantes, refugiados e solicitantes de refúgio. O termo “refugiado” será utilizado tanto para se referir a solicitantes de refúgio, que ainda não possuem o reconhecimento dessa condição, quanto para refugiados, pessoas que tiveram seu processo de solicitação de refúgio deferido, portanto.

O refúgio é considerado um tipo de migração involuntária ou forçada, apesar de muitos refugiados migrarem voluntariamente. O refúgio apresenta uma definição legal específica, inicialmente estabelecida na Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados



de 1951. Uma pessoa refugiada é aquela que “receando com razão ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, se encontre fora do país de que tem a nacionalidade e não possa ou, em virtude daquele receio, não queira pedir a proteção daquele país”⁽²⁾. Uma vez estando em risco de continuar em seu país de origem, uma pessoa pede proteção a uma nova nação, tornando-se “requerente de asilo” ou “solicitante de refúgio”, sendo este último o termo utilizado no Brasil. Para que uma pessoa ser considerada refugiada, deve passar por um processo, que varia entre países. Após o julgamento do caso (que normalmente demora anos), a solicitação de refúgio pode ser deferida ou indeferida. Em caso de indeferimento, a pessoa deve abandonar o país, ou recorrer a outras categorias que justifiquem sua permanência, como se enquadrar em outra categoria migratória ou receber um visto humanitário, o que ocorreu para legalizar a situação migratória dos haitianos que migraram para o Brasil após o terremoto de 2010⁽³⁾.

Dentro do cenário mundial, o Brasil surge como um país de atração de migrantes internacionais, especialmente após 2007, quando houve a crise econômica internacional iniciada nos Estados Unidos, Europa e Japão. Desde então, observa-se relativo aumento dos deslocamentos migratórios entre países do Sul Global¹, chamadas de migrações sul-sul. Até então, a maioria das migrações internacionais ocorria de países do Sul Global em direção a países do Norte Global. No momento de crise econômica mundial, o Brasil despontou apresentando crescimento econômico e social, figurando entre as maiores economias mundiais, quando integrou o BRICS e o Mercosul com propostas de grande expansão comercial, além de ter sediado eventos internacionais como a Copa do Mundo de Futebol e as Olimpíadas⁽¹⁾. O fortalecimento da influência econômica e a ação da política do Brasil nas últimas décadas ampliaram o seu potencial atrativo para os migrantes internacionais. Essa influência é ainda mais forte entre os países da América Latina, o que confirma o destaque do Brasil como referência regional⁽⁴⁾.

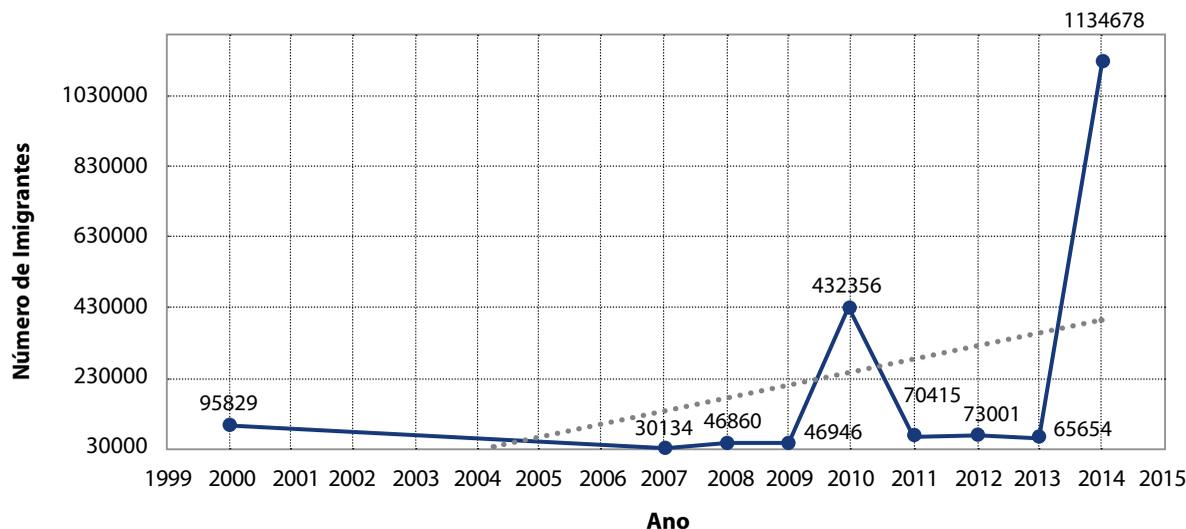
As nacionalidades dos imigrantes chegados ao Brasil na última década são bastante variadas: bolivianos, colombianos, venezuelanos, haitianos, senegaleses, congolezes, guineenses, bengalis, ganeses, paquistaneses, sírios, dentre outros. De 2011 a 2019, foram registrados no Brasil 1.085.673 migrantes, considerando todos os amparos legais. Desse total, destacam-se mais de 660 mil migrantes de longo termo (cujo tempo de residência é superior a um ano), em que a população é composta principalmente por pessoas oriundas da América Latina, com destaque para o crescimento de haitianos e venezuelanos⁽⁵⁾.

Em maio de 2017, a Comissão de Relações Exteriores do Senado Federal aprovou a Lei 13.445, que instituiu uma nova Lei de Migrações no Brasil. O texto final do Projeto de Lei traz, como princípios norteadores da política migratória brasileira, o repúdio à xenofobia, a não criminalização da imigração, a acolhida humanitária e a garantia de reunião familiar. Além disso, incorpora três princípios gerais dos direitos humanos como parte dos direitos humanos dos imigrantes: interdependência, universalidade e indivisibilidade. Prevê ainda um conjunto de direitos e garantias, como amplo acesso à justiça e às medidas que propiciem a integração social, garantias inexistentes no antigo Estatuto do Estrangeiro⁽⁶⁾.

Dados do Censo de 2010 mostram um aumento de 53% no número de imigrantes em relação a 2000⁽⁷⁾. Além disso, dados do Ministério da Justiça mostram um aumento de 168% no número de trabalhadores imigrantes com carteira assinada entre 2010 e 2019⁽⁵⁾. Dessa forma, imigrantes estão se tornando mais presentes no cenário nacional, necessitando de políticas e ações que contemplem a sua diversidade cultural, histórica e individual, o que traz um grande desafio atual para promover o acesso e a garantia de direitos.

O gráfico a seguir mostra o padrão de crescimento do número de imigrantes registrados na Polícia Federal entre 2000 e 2014:

1 O termo “Norte Global” refere-se a países de maior nível socioeconômico da Europa, América do Norte e Oceania. O termo “Sul Global” refere-se a países da América Latina, Ásia, África e Oceania, já chamados de “Terceiro Mundo” ou “subdesenvolvidos”. Nas Ciências Sociais, esses termos passaram a ser preferidos por expressarem menos juízos de valor e de hierarquia. Trata-se de uma forma de diferenciá-los, mas levando o foco a questões geopolíticas e poder, e não a questões culturais e de desenvolvimento econômico⁽¹⁾.



Fonte: IBGE, MET; in: Uebel, Rückert, 2015⁽⁸⁾.

Avaliando os deslocamentos realizados para o Brasil, é possível inferir que, independentemente da origem nacional e étnica dos imigrantes, seus objetivos, anseios e rotas levam a um ponto em comum: o seu bem-estar social, bem como de seus familiares, correlacionados com o desenvolvimento sociocultural e o crescimento econômico dos locais que lhes receberam e acolheram. As relações oriundas das migrações podem ser muito positivas e enriquecedoras para ambos os lados. No entanto, pode ser difícil para a população local reconhecer os benefícios de receber pessoas de diferentes lugares e culturas, sendo comum ocorrerem situações de xenofobia e racismo.

Um dos direitos fundamentais do ser humano é a saúde, e o acesso aos serviços de saúde constitui-se como um ponto importante de acolhimento para os migrantes no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, estabelece as diretrizes para a organização da estrutura de saúde para o atendimento das necessidades de todas as pessoas em território nacional. Portanto, o acesso de migrantes internacionais aos serviços de saúde no Brasil é garantido pela Constituição Brasileira, pela legislação do SUS e pelo Pacto Internacional de Direitos Humanos. Tais documentos regulamentam a igualdade entre todos os que estão estabelecidos no território brasileiro e a saúde como direito universal⁽⁹⁾.

O SUS tem na Atenção Primária a porta de entrada ao sistema de saúde que se articula com os outros níveis de atenção. A estratégia de Saúde da Família configura-se como uma importante ferramenta de garantia de acesso ao SUS, favorecendo a identificação de usuários migrantes, a partir da proposta de trabalho em equipe multidisciplinar que maneja um território adscrito⁽¹⁰⁾. Com isso, os profissionais podem realizar orientações fundamentais para que se estabeleça um vínculo de corresponsabilidade, confiança e cuidado. Porém, é necessário que os profissionais estejam preparados para esses atendimentos, precisando ser instrumentalizados para manejar o contato com a diversidade cultural, com adequação de suas ações e práticas de saúde, de modo a respeitar e acolher crenças e valores, assim podendo dialogar e negociar estratégias. Um conceito que norteia o desenvolvimento dessas práticas em saúde é a competência cultural, tornando possível realizar um cuidado que leve em conta as questões culturais não só da população migrante, mas de qualquer grupo minoritário presente no território nacional⁽¹¹⁾.



ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

Para prover um bom cuidado de enfermagem a populações de imigrantes e refugiados, em que a diferença cultural se caracteriza como um ponto central, existem algumas teorias e práticas que auxiliam os profissionais a orientar suas condutas e atitudes.

O processo de enfermagem é composto por cinco etapas: histórico, diagnóstico de enfermagem, prescrição, implementação e evolução, além da avaliação constante da assistência prestada⁽¹²⁾. O *feedback* da compreensão do paciente sobre as informações passadas pelo enfermeiro, bem como a compreensão sobre as demandas do paciente, é primordial para a relação de cuidado e o cuidado em si⁽¹³⁾. Dessa forma, no trabalho com migrantes internacionais, barreiras linguísticas e culturais são um desafio importante, prejudicando a própria sistematização de enfermagem, o que a torna enviesada. Além disso, a avaliação da(o) enfermeira(o) pode incorrer em falhas, seja no momento de entender a queixa de saúde, de passar as orientações de enfermagem, dos tratamentos medicamentosos e não-medicamentosos, podendo causar prejuízo.

As barreiras linguísticas estão presentes quando profissional e paciente não têm bom domínio sobre uma mesma língua, o que significa que dominar pouco uma língua também não é suficiente para se estabelecer uma comunicação eficaz. As barreiras culturais dizem respeito a diferentes compreensões sobre problemas, sintomas, hábitos de vida, tratamentos e relações. Profissional e paciente normalmente têm visões muito diferentes desses processos, porém, em muitos casos de atendimento de migrantes, essa diferença se torna mais marcante, levando a conflitos e dificuldades de conciliação e compreensão pelos atores envolvidos⁽¹⁴⁾. Essas barreiras influenciam na construção da confiança entre paciente e enfermeira(o), ponto importante para estabelecer uma boa relação de cuidado. A confiança está pautada na identificação e no respeito pelas diferenças no momento em que são compactuados os cuidados em saúde. Nas situações em que existem diferenças culturais, é aumentado o risco de mal-entendidos, o que pode resultar em cuidados de saúde inseguros, principalmente por más interpretações por parte do profissional⁽¹⁵⁾.

Para compreender as diferenças e barreiras culturais, antes de mais nada, é importante definir o conceito de “cultura” que está sendo utilizado. Na antropologia simbólica/interpretativa da década de 70, “cultura” é definida como um conjunto de significados e símbolos que se expressam nas interações sociais, com atores que dialogam e negociam significados⁽¹⁶⁾. Esse conjunto é transmitido entre pessoas próximas, a partir de relações nas quais existe confiança e troca de afetos, tendo grande valor para os indivíduos⁽¹⁷⁾. Assim, cultura exerce influência em muitos aspectos da vida, como alimentação, emoção e expressão emocional, linguagem, imagem corporal, conceitos de tempo e espaço, bem como referenciais de saúde e doença⁽¹⁸⁾. Os significados atribuídos a esses elementos podem ter diferentes elaborações entre distintos grupos sociais, mas possuem características próprias da condição humana, pois a perspectiva histórica e cultural é um aspecto universal da experiência humana⁽¹⁹⁾. Portanto, o fenômeno sociocultural não existe fora do social que o precede. O social constitui o corpo a partir dos significados que a coletividade lhe atribui. As experiências humanas são elaboradas histórico-socialmente, sendo transmitidas e atualizadas ao longo da vida, como nascer, crescer e morrer⁽²⁰⁾.

Assim, ao atender pessoas de culturas diversas da sua, é necessário que a(o) enfermeira(o) se interesse em conhecer e se aproximar da visão de mundo de seus pacientes, composta por essa rede de significados e símbolos do conhecimento popular e de experiências pessoais⁽²¹⁾. Quando isso não ocorre, por dificuldades de comunicação e interpretações inadequadas dos problemas, enfermeira(o)s podem exacerbar seus preconceitos em relação a determinados grupos sociais e culturais. Muitos preconceitos também existem previamente ao contato com aquele que é diferente de si. Dessa forma, é importante que se tenha consciência dos preconceitos prévios e dos novos que podem se estruturar a partir do contato com o outro. Inclusive, alguns preconceitos prévios só se tornam evidentes à pessoa quando ela se vê numa determinada situação ou experimenta um contato com uma cultura muito diversa da sua. Assim, o processo de atenção a si e o



reconhecimento de desconfortos e preconceitos devem ser algo dinâmico e constante para enfermeira(o)s, principalmente aquela(s) que trabalham com imigrantes e refugiados⁽²²⁾. Portanto, a(o) enfermeira(o) deve estar atenta(o) à sua comunicação verbal e não verbal e a julgamentos que acabará fazendo em determinadas situações⁽²³⁾. A valorização do momento do encontro entre enfermeira(o) e paciente, o convívio, a escuta e o respeito às diferenças precisam ser desenvolvidos como tecnologias de cuidado⁽²⁴⁾.

Além disso, é importante ressaltar que, diante de dificuldades de comunicação que dificultam a realização de um trabalho de enfermagem adequado, enfermeira(o)s podem experimentar sofrimentos diversos, como desconforto, ansiedade, angústia e estresse, causando adoecimento, além de alterar condições emocionais e físicas⁽²⁵⁾. Nessas situações, é comum o sentimento de impotência, fundamentada na autocobrança e preocupação de estar desenvolvendo suas atividades com qualidade inferior à que gostaria de oferecer⁽²⁶⁾. Esses sentimentos são potencializados pela redução da prática do profissional de saúde a prescrições comportamentais sobre o que se deve ou não fazer: não fume, tenha relações sexuais com preservativo, use cinto de segurança etc. Com isso, há pouco espaço para o diálogo e a escuta das experiências e questões pessoais dos pacientes, já que a função do profissional se torna apenas a de garantir que o paciente siga as regras. As práticas de saúde baseadas nessas prescrições fazem com que a liberdade dos indivíduos se torne cerceada por imperativos institucionais e culturais que visam manter a saúde⁽²⁷⁾.

Para prestar cuidados adequados a grupos culturalmente diversos, utilizaremos o referencial teórico de enfermagem de Madeleine Leininger, chamado de “teoria do cuidado cultural” ou “diversidade e universalidade do cuidado cultural”. Enquanto trabalhava em um hospital psiquiátrico, a teórica percebeu a necessidade de refletir sobre a inter-relação enfermagem (cuidado) e antropologia (cultura), pois notou que os fatores culturais influenciavam no comportamento dos indivíduos sob seus cuidados. Nesse período, desenvolveu o primeiro método de pesquisa genuinamente etnográfico de enfermagem. Viveu dois anos em uma aldeia indígena, desenvolvendo sua teoria cultural do cuidado. Ela percebeu marcantes diferenças na cultura ocidental e oriental quanto às práticas e aos cuidados em saúde⁽²⁸⁾.

Leininger define a Etnoenfermagem como “o estudo de crenças, valores e práticas de enfermagem como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura através de suas experiências diretas, crenças e sistema de valores”. Sob essa perspectiva, o ser humano é entendido como indivíduo, família e grupo cultural. Já o contexto ambiental é a situação de experiência, contexto no qual a pessoa e o grupo vivem, o que inclui características físicas, ecológicas, sociais e visão de mundo, influenciando os modos de vida. Para ela, estudar o indivíduo sem localizá-lo em seu meio e no contexto cultural limita a compreensão da própria existência humana⁽²⁸⁾.

Sob essa perspectiva, para Leininger, saúde é definida como um “estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado, praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos (grupo) possuem para realizarem suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos”. Na teoria, traz o conceito de sistemas de cuidado populares ou sistemas *folk*, que seriam os conhecimentos e habilidades populares que agem a favor da saúde ou para apoiar pessoas em situação de incapacidade e de enfrentamento da morte⁽²⁹⁾. Outros conceitos importantes são o de acomodação ou negociação do cuidado cultural (ações e decisões de cuidado que apoiam grupos culturais) e cuidados de enfermagem congruentes com a cultura⁽¹⁷⁾.

Leininger sistematizou uma forma de analisar os casos, levando em conta as questões culturais, representada visualmente por um “nascer do sol” (*sunrise*), permitindo que enfermeira(o)s percebam o contexto cultural do paciente, que envolve seus valores, expectativas de cuidado, crenças e práticas gerais de saúde. As ações e decisões sobre o cuidado devem ser feitas em parceria com o paciente, em harmonia com seus padrões culturais⁽¹⁷⁾. Assim, o modelo de Leininger apresenta um processo de solução de problemas que, assim como o processo de enfermagem, tem como foco a pessoa a ser assistida, defendendo a ideia de que conhecer, compreender e cuidar do outro a partir da sua realidade cultural é a essência de um cuidado culturalmente competente. Para isso, também é importante que a(o) enfermeira(o) realize uma aproximação



do paciente que busca, verdadeiramente, entender as crenças e os valores, sem fazer julgamentos⁽²⁹⁾. Assim, deve-se questionar até que ponto sua conduta pode trazer reais benefícios e quando é preciso afastar-se de normas pré-estabelecidas. A(O) enfermeira(o) precisa respeitar alguns limites, pois o indivíduo deve ter sua vontade respeitada⁽³⁰⁾.

Com isso, observa-se que esse modelo coloca a(o) enfermeira(o) em uma relação horizontal para com o indivíduo cuidado, rompendo com o velho paradigma de que o profissional de saúde é o detentor do saber e quem está sendo cuidado é alguém desprovido de qualquer conhecimento, dialogando também com a promoção dos direitos humanos e da autonomia dos sujeitos ratificada nos princípios orgânicos do SUS.

VIVÊNCIA NO CUIDADO DE IMIGRANTES E REFUGIADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A região central da cidade de São Paulo concentra uma população heterogênea e vulnerabilizada. É marcada pelo grande número de comércios e trabalhadores que têm relações distintas com o território, sendo uma área de populações flutuantes, com pouco vínculo nas relações estabelecidas com esse local. Existe uma parcela expressiva de imigrantes e refugiados morando e circulando por essa área, como africanos, chineses, sírios, bolivianos, paraguaios, peruanos, dentre outros. É comum que a população dessa região viva em condições precárias, morando em ocupações, centros de acolhida, cortiços e na rua. Uma marca desse território é, portanto, a diversidade étnica e linguística, onde se é possível ouvir várias línguas e dialetos e se deparar com diferentes modos de vida⁽³¹⁾. Além disso, na região central existe uma grande concentração de serviços públicos de assistência social e instituições de apoio a pessoas em grande vulnerabilidade social, fazendo com que muitos permaneçam nesse território para acessar tais recursos.

Dessa forma, os serviços de saúde da região central de São Paulo atendem imigrantes e refugiados que residem e frequentam seu território adscrito. O acesso dessa população aos serviços de saúde não é simples, devido a algumas barreiras. Uma delas é o desconhecimento sobre a possibilidade de acesso gratuito, já nem todos os países têm cobertura universal. Assim, muitos migrantes acham que é necessário pagar para serem atendidos. Além disso, existem imigrantes que estão com sua documentação irregular e, por isso, acham que não têm o direito de buscar os serviços de saúde, pois, caso o façam, podem ser reportados à Polícia Federal e expulsos do país⁽¹⁴⁾. Mesmo sem uma documentação regular, as pessoas têm o direito de acessar o SUS e, uma vez na unidade de saúde, podem receber encaminhamentos a diversas organizações não-governamentais (ONGs) que prestam o serviço de regularização da situação migratória. Existem também barreiras estruturais, já que, por vezes, não há recursos para pagar o transporte até a unidade de saúde e, caso estejam trabalhando, não querem ou não podem sair do serviço para comparecer em consulta, por receio de perder a sua principal fonte de sobrevivência⁽¹⁴⁾.

Uma vez transpostas essas primeiras barreiras e acessado o serviço de saúde, as limitações linguísticas e culturais se tornam o principal problema. Sem conhecer a língua local, podem ficar perdidos pela unidade e, uma vez em atendimento, não conseguem comunicar satisfatoriamente sua queixa ao profissional de saúde, podendo não entender a conduta proposta.

Serão apresentadas experiências de equipes de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região central de São Paulo, onde concentram-se muitos imigrantes, refugiados e outras populações em situações de alta vulnerabilidade social. As equipes de saúde tiveram que desenvolver estratégias para transpor as barreiras e conseguir prover cuidado à população migrante. É importante ressaltar que, na última década, as nacionalidades têm sido cada vez mais diversas: chineses, sírios, haitianos, congolese, nigerianos, bolivianos, peruanos, venezuelanos, entre outros.

Uma das ações para ampliar o acesso foram as campanhas aos sábados na UBS, quando eram oferecidas atualização da carteira vacinal, consultas, coleta de Papanicolau, orientações para planejamento familiar e testagem rápida de HIV, além da parceria com o serviço especializado de abordagem social (SEAS), que realizava orientações sobre documentação.



A equipe de Consultório na Rua (CnR) da UBS ganhou destaque no cuidado à população migrante, uma vez que acessava essa população em centros de acolhida e em outras situações de vulnerabilidade. Assim, desde 2009, implementou-se a prática da contratação de um agente comunitário de saúde (ACS) imigrante ou refugiado de mesma origem de grande parcela dos pacientes migrantes do território. A equipe de CnR é composta por duas enfermeiras, uma médica, uma assistente social, um psicólogo, uma auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (um deles imigrante) e dois agentes sociais. O ACS imigrante ou refugiado tem um papel fundamental no auxílio da equipe na comunicação e mediação cultural com pacientes migrantes. Com isso, é possível acessar informações importantes sobre histórico pregresso dos pacientes e seu universo cultural. Além disso, informa a equipe sobre questões culturais, bem como constitui e conhece as redes de apoio formais e informais (pelas quais o próprio ACS imigrante ou refugiado já circulou ou ainda circula) que se estruturaram na cidade para apoiar migrantes, podendo ajudar com orientações em relação a moradia, emprego, cursos e ONGs de assistência e orientação social e jurídica.

Com o auxílio do ACS, a(o) enfermeira(o) conseguia obter uma história mais completa, com compreensão da queixa atual, acessando história de vida, doenças pregressas, motivos de vinda ao Brasil, características de sua cultura de origem, além de explorar o contexto mais atual do paciente, que envolvia vulnerabilidades diversas. Com isso, era possível pensar na adequação das intervenções de enfermagem e negociá-las com o usuário, propondo um acompanhamento longitudinal. A possibilidade de comunicação, a demonstração de interesse pela cultura de origem, o reconhecimento das necessidades e demandas trazidas auxiliam no estabelecimento do vínculo e no desenvolvimento de uma relação de afeto, confiança e respeito, pontos importantes para que haja adesão do usuário aos cuidados propostos, propiciando melhora de sua saúde.

Atendimentos em que é necessária interpretação normalmente são mais demorados. A equipe de CnR tem mais tempo para realizar esses atendimentos do que a UBS, por acompanhar um número menor de pessoas. Além disso, como imigrantes e refugiados normalmente circulam por equipamento público e do terceiro setor, que lhes oferece suporte específico para suas questões, como documentação, acesso a cursos de português, busca por trabalho, a equipe de CnR tem mais mobilidade e é capaz de realizar articulações entre essas instituições e os serviços públicos, trabalho fundamental no auxílio de pessoas em situação de alta vulnerabilidade social.

Ter um profissional imigrante ou refugiado auxiliando na interpretação e comunicação é de grande auxílio e melhora à qualidade do trabalho, porém, apresenta alguns problemas éticos. A relação do intérprete com o paciente influencia no quanto este se sente confortável para se expressar. Se o intérprete frequenta os mesmos círculos sociais que o paciente, é comum que este não se sinta confortável em compartilhar certas informações. Além disso, caso o intérprete seja homem, algumas pacientes mulheres se sentem inibidas ou rejeitam a presença desse profissional. Por vezes, o profissional imigrante emite algumas opiniões fundamentadas na sua cultura, o que acaba interferindo no diálogo direto com o paciente, principalmente ao ter que conversar sobre assuntos mais delicados, como infecções sexualmente transmissíveis, orientação no uso de contraceptivos e uso de substâncias psicoativas. Em países da América do Norte e Europa, é comum o uso de intérpretes médicos para cumprir esse papel. Trata-se de uma categoria profissional reconhecida, com uma associação internacional e um código de ética próprio. A regulamentação dessa profissão, a elaboração de um código de ética, a oferta de cursos e treinamentos específicos surgiram a partir do reconhecimento dos entraves experimentados na prática por meio do uso de pessoas sem treinamento para auxiliar na comunicação com pacientes⁽³²⁾. No Brasil, ainda se fala pouco do intérprete comunitário, com alguns poucos cursos oferecidos, mas não há mercado para absorvê-los, pois sua importância ainda não é reconhecida. No contexto do SUS e do CnR, ter um profissional imigrante ou refugiado se caracterizou como uma ótima estratégia diante das demandas encontradas.

Na UBS, também havia demanda por atendimento a imigrantes e refugiados. Para contornar as barreiras linguísticas, normalmente os pacientes vinham acompanhados de algum familiar ou amigo que auxiliava na interpretação. Quando não havia ninguém que pudesse ajudar na comunicação, profissionais recorriam ao Google tradutor para conseguir um entendimento mínimo das questões. Nenhuma dessas situações é o ideal,



mas o interesse genuíno em estabelecer contato e compreender o problema fazia com o que uma relação de cuidado fosse possível, como pôde ser observado no caso do acompanhamento das gestantes chinesas.

O atendimento à comunidade chinesa no centro de São Paulo apresentou-se como um grande desafio para as equipes de saúde da família. Além da barreira linguística, o acesso aos domicílios era dificultado, seja por longas jornadas de trabalho e ausência prolongada do domicílio, seja por não quererem permitir acesso às mercadorias vendidas, que eram guardadas em casa. Porém, as mulheres buscavam a UBS para realizar o pré-natal. A própria comunidade chinesa se organizava para designar uma pessoa para ajudar na comunicação. Havia uma mulher que acompanhava a maioria das gestantes para realizar a interpretação, mas também pessoas de uma mesma família se revezavam nesse trabalho. Com a presença dessas pessoas, a enfermeira que realizava as consultas de pré-natal se sentia mais segura de que estava compreendendo as questões e que suas orientações estavam sendo passadas, garantindo a imunização adequada e a identificação das necessidades da paciente. Além disso, a consulta era mais fluída. Porém, outros elementos caracterizaram-se como de grande importância para o desenvolvimento de confiança, garantindo aderência, os quais se relacionam à possibilidade de construir um vínculo que não passa apenas pela comunicação verbal. Isso pôde ser observado num dia em que houve um atendimento de uma gestante chinesa no final do período e ela estava desacompanhada. Nesse momento, a equipe teve receio de que não conseguir realizar uma comunicação efetiva, porém, na consulta com a enfermeira foi possível alguma compreensão e comunicação, por meio de mímicas, Google tradutor e, principalmente, da comunicação não-verbal, expressa através do olhar, do toque, da gentileza, comunicando um interesse genuíno em ajudar e buscar a melhor forma de conseguir isso. Essa é uma linguagem que todos são capazes de entender. Paciente e enfermeira experimentaram um momento pleno de significado e de cuidado. Assim, independentemente das barreiras concretas ao cuidado, em primeiro lugar se deve estar disponível para o outro e aberto para as possibilidades do encontro. No contexto brasileiro, e com a diversidade de nacionalidades, dificilmente os atendimentos ocorrerão em cenários ideais. Os desafios irão se apresentar diariamente, e uma das formas de trabalharmos com eles é desenvolver e aprimorar outros sentidos, outra percepção, assumindo diferentes pontos de vista sobre o cuidado. Em um momento posterior, alguns alunos que estagiavam na UBS auxiliaram no desenvolvimento de cartões com frases em português e chinês para serem usados nas consultas de pré-natal, o que se mostrou muito útil em alguns casos.

Diante da abertura ao cuidado e da adaptação das consultas de pré-natal às necessidades das mulheres chinesas, a demanda por consultas de pré-natal na UBS aumentou muito, por indicações das próprias pacientes.

Outras ações que foram desenvolvidas pelos profissionais da UBS ligadas a educação em saúde, e também para promover inclusão, foram o desenvolvimento de materiais educativos em diferentes línguas, mas também de cartazes que ficavam expostos na UBS em espanhol, francês, inglês e lingala (língua falada por muitos congoleses no Brasil). Além disso, sempre que havia festas e festivais de alguma das comunidades migrantes, a UBS se organizava para ter uma “barraca da saúde” em que distribuía panfletos educativos em diferentes línguas e também realizava orientações, fazendo-se conhecer pela comunidade.

APRESENTAÇÃO DE CASO ATENDIDO PELA EQUIPE DE CNR

O caso apresentado foi muito marcante para a equipe de CnR, pois trouxe muitas discussões e conflitos, a partir de choques entre diferentes visões de mundo. Isso elucida a complexidade do cuidado quando diferentes profissionais, com suas próprias referências, crenças e saberes, se responsabilizam por uma pessoa refugiada.

A paciente em questão era proveniente da República Democrática do Congo (RDC), país da África Ocidental, com uma história complexa do período colonial, com um governo ditatorial e em guerra civil há anos². Uma

2 É de extrema importância compreender um pouco do contexto do país de origem das pessoas migrantes, para que se tenha uma visão mais complexa das situações relatadas pelos pacientes, o que evita generalizações, formação de estereótipos e banalização das experiências. Assim, para iniciar o contato com o contexto histórico e atual da RDC, recomendamos os artigos: Valenzola (2013)⁽³³⁾ e Gallo (2017)⁽³⁴⁾.



vez no Brasil, a paciente solicitou refúgio por questões políticas e foi abrigada em um centro de acolhida específico para migrantes na área de cobertura da equipe de CnR. Em visita ao centro da acolhida, o ACS, também proveniente da RDC, ofereceu à recém-chegada uma consulta de enfermagem para vinculá-la ao SUS e ter acompanhamento. Os profissionais do centro de acolhida já haviam avisado a equipe de CnR sobre a história prévia da paciente. A rotina da equipe de saúde era de que as primeiras consultas fossem realizadas pela enfermeira, porém, nesse caso, optou-se pela realização da consulta com a presença também da médica, da psicóloga e do ACS (para auxiliar na comunicação, pois a paciente falava francês e lingala, idiomas não dominados pelas profissionais de saúde).

A paciente fugira de seu país em um navio, após presenciar a morte brutal de sua família e ser espancada, como retaliação por ter exposto atos ilícitos de um político local. Após o ocorrido, foi colocada em um navio à própria sorte (fato recorrente nas histórias de refúgio), quando sofreu abuso sexual por dias pelos trabalhadores da embarcação. Um desses trabalhadores, acreditando que ela havia falecido, a desembarcou quando passavam pelo Brasil. No Brasil, foi socorrida e levada a um pronto-socorro, onde descobriu que estava grávida.

Na primeira consulta com a equipe de CnR, a paciente demonstrava grande sofrimento e expressou o desejo de interromper a gestação. A paciente foi orientada sobre a legislação brasileira, que permite o aborto em situações de violência sexual. Ela foi acolhida, sendo oferecido apoio em saúde mental que a acompanharia durante todo o processo.

Porém, esse primeiro atendimento não se deu de forma tão simples, principalmente pela posição do ACS intérprete, que era cristão e expressava opinião contrária ao aborto. Além disso, ele trouxe que, na RDC, a maternidade é vista como uma importante função social da mulher; sendo assim, tornar-se mãe deveria ser uma realização.

Apesar do respaldo legal, no Brasil o aborto é um assunto polêmico e ainda muito debatido, com grupos religiosos, principalmente cristãos, posicionando-se de forma contrária. Esses desacordos surgiram na discussão do caso com os demais profissionais da equipe de saúde, havendo alguns a favor e outros contra, estes principalmente por se alinharem também a valores cristãos. O ACS congelês demonstrava preocupação com o aborto, pois defendia que, em sua cultura de origem e pelo fato da paciente também ser cristã, o aborto traria novos problemas e sofrimento subjetivo, além de dificuldade de integração na comunidade congoleza. A posição do ACS também causava desconforto em outros profissionais, compreendendo a cultura congoleza como machista e opressora à mulher e à expressão de seus desejos individuais. A polêmica abriu um leque de debates sobre questões como gênero, violência e religiosidade. Porém, a principal discussão a ser feita era de que forma prover o cuidado mais adequado à paciente, como respeitar o desejo que foi expresso, considerando que, na opinião de algumas pessoas, talvez ela não estivesse levando em conta diversos outros fatores ao tomar essa decisão.

De fato, apesar de ter solicitado o aborto, a paciente expressava muitas dúvidas sobre isso e trazia conflitos pessoais, religiosos e culturais. Tinha receio de não ser aceita pela comunidade congoleza e cristã no Brasil e, portanto, não ter apoio, sem conseguir se estabelecer de forma efetiva, fato que se tornava mais relevante ainda, pois havia perdido todos os seus familiares mais próximos na RDC e ansiava por novos vínculos e redes de apoio.

A equipe de CnR realizava atendimentos multiprofissionais semanais e visitas domiciliares para monitorar a gestação, auxiliá-la nos conflitos pessoais e também nos aspectos ligados à sua subsistência e permanência no Brasil, como moradia, trabalho e documentação, que se somavam a outras preocupações.

Após o primeiro ultrassom gestacional, a paciente experimentou uma ambivalência importante sobre sua decisão prévia de abortar, começando a reconhecer de forma mais consistente a possibilidade de dar continuidade à gestação. O acompanhamento psicológico continuou e a equipe de saúde, com importante participação do ACS congolês, aproximou-se de pessoas da comunidade congoleza. Com isso, encontrou uma família que se mostrou aberta a acolher a moça, oferecendo moradia, apoio social e emocional, o que a



deixou mais confortável para manter sua gestação e dar continuidade ao pré-natal. Mesmo mudando-se do centro de acolhida e indo para um outro bairro, a equipe de CnR realizou o seguimento pré-natal, o que se mostrou muito adequado nesse caso. A mobilidade na cidade da população imigrante e refugiada é grande, pois aproveita as oportunidades que aparecem, já que os centros de acolhida têm restrição de tempo de permanência. Essa flexibilidade é considerada uma boa prática de cuidado, a fim de manter o seguimento com a equipe de saúde que vinha acompanhando o caso para garantir continuidade e qualidade de cuidado.

Ao final, a paciente teve seu bebê e acreditava ter tomado a melhor decisão, aceitando o exercício da maternidade em circunstâncias longe de seus ideais e do que ela vislumbrara para si. O apoio da equipe e a aceitação por pares trouxeram-lhe perspectivas de vida mesmo após viver grandes perdas e violências. Os maiores desafios a pessoas que passam por situações extremamente violentas e traumáticas, como a paciente do caso, são estabelecer novos vínculos, relações de confiança e poder projetar um futuro para si em que haja vida e desenvolvimento de si e suas relações.

Cada membro da equipe de saúde teve de se deparar com suas próprias questões, opiniões e visões de mundo, de que forma enxergam o papel da maternidade, das relações de gênero, da religião, da capacidade de decisão de uma pessoa em importante sofrimento psíquico e vulnerabilidade etc. O importante é que a equipe conseguiu mobilizar afetos, recursos e redes sociais, encontrando saídas que se mostraram de acordo ao que era realmente importante à paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com populações migrantes em alta vulnerabilidade social é bastante desafiador devido a uma série de barreiras que não se restringem apenas a acesso aos serviços de saúde, adoecimento, prevenção e promoção à saúde. É necessário se atentar a questões ligadas a documentação, moradia, emprego, educação, contato com o país de origem, rede de apoio e vínculos pessoais. Além disso, questões subjetivas devem ser levadas em consideração, como as condições em que o processo migratório se sucedeu, as perdas sofridas no processo migratório (de status social, família, condições e estilos de vida etc.), as violências vividas (situações que costumam ser mais prevalentes entre refugiados), os planos e expectativas futuras, o papel que o migrante passa a ocupar para sua família (ex.: quando migrante deve enviar dinheiro à família que ficou no país de origem) e a adaptação a uma nova realidade, com novos códigos sociais, hábitos, regras. Além disso, é necessário considerar que muitas vezes a língua é desconhecida, o que torna a adaptação mais difícil.

É importante ressaltar que migrantes, imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiados compõem um grupo extremamente heterogêneo, o que passa pelo momento em que ocorreu a migração (um recém-chegado terá questões diferentes de alguém que está há anos num país), idade ao migrar, razões para migrar, contexto local e global que determinaram o deslocamento, acesso a rede de apoio etc. Além disso, deve-se ter muito cuidado para não reduzir o indivíduo à sua cultura de origem. Independentemente de se conhecer muito sobre determinada cultura, cada um vive a relação com sua cultura e seu país de origem de forma distinta, podendo ter diferentes identificações, posicionamentos e vivências. Dessa forma, o diálogo com o indivíduo deve ser sempre a prioridade e a cultura de origem estar presente como pano de fundo.

Normalmente, um paciente migrante não espera que o profissional de saúde do país de acolhida saiba sobre sua cultura e seus costumes. Então, ele mesmo se dispõe a explicar o que é importante para si, abrindo espaço para a construção conjunta de estratégias de cuidado, conforme apresentado a partir da Teoria do cuidado cultural de Leininger.

Porém, nem sempre profissional e paciente entrarão completamente em acordo. Para essas situações, não há uma resposta pronta da melhor conduta a ser tomada. Porém, percebe-se pelas experiências relatadas que o interesse genuíno em cuidar, aprender, estar disponível a ajudar e, portanto, estar aberto a construir uma relação de fato com o paciente são as posturas que mais facilitam e permitem que o cuidado ocorra, independentemente das barreiras encontradas. Além disso, as teorias e a literatura sobre cuidado a esses grupos auxiliam o



profissional a se instrumentalizar para refletir criticamente sobre seu papel, o que realmente está em jogo na relação e como prover o melhor cuidado possível, que pode ser o suficiente, apesar de não ser ideal.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcanti L, Oliveira AT. A caminho da conclusão: meia década de novos fluxos migratórios no Brasil. In: Cavalcanti L, Oliveira T, Araujo D. A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. Relatório Anual 2016 [Internet]. Brasília, DF: OBMigra; 2016[cited 2021 Dec 12]. p. 142-46. Available from: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados_anuais/RelatorioCompleto_v8_0512_pagespelhada_comcapa.pdf
2. Organização Internacional para as Migrações (OIM). Glossário sobre Migração – no. 22[Internet]. Genebra: (OIM). 2009[cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml22.pdf>
3. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Refúgio em números[Internet]. 5ª Ed. Brasília, DF: OBMigra. 2020[cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros>
4. Patarra NL, Baeninger R. Migrações internacionais recentes: Mudanças no Saldo Migratório Internacional do Brasil. Caso do Brasil. In: Patarra NL (Coord.). Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: FNUAP, 1995.
5. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Dados Consolidados da Imigração no Brasil 2020[Internet]. DF: OBMigra; 2021[cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/>
6. Presidência da República (BR). Lei nº. 13.445, de 24 de maio de 2017. Lei de Migração [Internet]. Diário Oficial da União, seção 1, 25 de maio de 2017[cited 2021 Dec 12]; Seção 1. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/13445.htm
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: nupcialidade, fecundidade e migração: IBGE, 2012.
8. Uebel RRG, Rückert AA. Aspectos gerais da dinâmica imigratória no Brasil no século XXI. Confins. 2017;31. <https://doi.org/10.4000/confins.11905>
9. Senado Federal (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, 22 set 2017[cited 2021 Dec 12]. Seção 1. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
11. Gouveia EAH, Silva RO, Pessoa BHS. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. Rev Bras Educ Med. 2019[cited 2021 Dec 12];43(1 suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>
12. Herdman TH, Kamitsuru S (Eds). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação, 2015-2017. 10ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 1187p.
13. Berlo DK. O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 270p.
14. Santana CLA, Carvalho LA, Silva RT, Lotufo Neto F. Redes de serviço de saúde e apoio social aos refugiados e imigrantes. In: Mota A, Marinho MGS, Silveira C (Org.). Saúde e História de Migrantes e Imigrantes. Direitos. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora; 2014. 175-198.
15. Fenwick C. Assessing pain across the cultural gap: Central Australian Indigenous peoples pain assessment. Contemporary Nurse. 2006;22(2):218-27. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.22.2.218>
16. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1978.
17. Leininger MM. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York (NY): National League for Nursing Press; 1991.
18. Helman C. Culture, health and illness. 3a ed. Wellington: British Library Cataloguing in Publication Data; 1994.
19. Kleinman A, Good B. (Eds.). Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Berkeley: University of California Press, 1985. 500p.
20. Sarti CA. A dor, o individuo e a cultura. Saúde Soc. 2001;10(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000100002>
21. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2): 307-14. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000200014>



22. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):181-4. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
23. Giger JN, Davidhizar RE. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):185-8. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>
24. Budó MLD, Resta DG, Denardin JM, Ressel LB, Borges ZN. Práticas de cuidado em relação à dor- acultura e as alternativas populares. *Esc Anna Nery*. 2008;12(1):90-6. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100014>
25. Ramos N. Saúde, migração e interculturalidade. João Pessoa: EDUFPB, 2008. 311p.
26. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed., São Paulo: Cortez – Oboré; 2001.
27. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2004. 335p.
28. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
29. Leininger M, Farland MR. *Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practice*. 3ªed. Nova York:Mc Graw-Hill; 2002.
30. Andrade Filho, ACC. Dor: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca, 2001. 286p.
31. Campos AG. Qual a dor do mora(dor) de rua? [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências em Saúde Albert Einstein; 2016.
32. Queiroz M. Intepretação Médica no Brasil. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
33. Valenzola RH. O conflito na República Democrática do Congo e a ausência do estado na regulação das relações sociais. *Revista LEVS*. 2013;(12). <https://doi.org/10.36311/1983-2192.2013.v0n12.3477>
34. Gallo F. O silencioso drama da República Democrática do Congo: narrativas de refúgio em São Paulo. Hades-Unifesp [Internet]. 2017[cited 2021 Dec 12]. (1). Available from: https://files.comunidades.net/massacres-e-genocidios/07_GALLO_Fernanda_O_silencioso_drama_da_Republica_Democratica_do_Congo.pdf

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c09>

(DES)CAMINHOS PARA O ACESSO INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBTI+ À SAÚDE: UMA ENFERMIDADE CHAMADA ESTIGMA

Giselle Lima de Freitas^I

ORCID: 0000-0002-8118-8054

Tyane Mayara Ferreira de Oliveira^{II}

ORCID: 0000-0002-5453-7087

Lucivânia Sousa^{III}

ORCID: 0000-0002-7590-8086

Livia Cerf Quintero^I

ORCID: 0000-0002-3386-0838

Luana Leão Menezes^I

ORCID: 0000-0002-9137-2103

Ana Karina Bezerra Pinheiro^{II}

ORCID: 0000-0003-3837-4131

INTRODUÇÃO

O direito à saúde no Brasil é fruto de lutas, marcado especialmente pelo Movimento da Reforma Sanitária, que culminou com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 e representou um divisor de águas no contexto da assistência à saúde de cidadãos e cidadãos brasileiros⁽¹⁾. No entanto, a garantia dos princípios da integralidade, universalidade e equidade que regem o SUS na atenção às populações em situação de vulnerabilidade ainda é um desafio⁽²⁾.

Os investimentos para a sensibilização, capacitação continuada e formação dos profissionais de saúde no atendimento à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transgêneros e pessoas Intersexo (LGBTI), por exemplo, encontram-se distantes da necessidade social e prevalecem ações pautadas em modelos biologicistas e baseados na heteronormatividade⁽³⁾. A presente discussão pauta-se nas necessidades do público LGBTI+ e compreende o símbolo de adição na perspectiva de representação das diversas identidades de gênero e orientações sexuais.

A população LGBTI+ apresenta receio em revelar a sua orientação sexual nos serviços de saúde, por entender que essa informação pode acarretar redução da qualidade da assistência⁽³⁾. Ademais, estudo de revisão integrativa sobre assistência de Enfermagem à população trans e/ou com variabilidade de gênero evidenciou que apenas 13% dos enfermeiros sentem-se preparados para atender às necessidades do referido público⁽⁴⁾.

Existe ainda, dificuldade em quantificar essa população e suas necessidades, uma vez que o censo nacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística não inclui perguntas relativas à orientação sexual e identidade de gênero⁽⁵⁾. Nesse contexto, por vezes, a população LGBTI+ é definida como grupo minoritário⁽⁶⁾. Essa classificação não é sinônimo de numericamente menor, mas no sentido

^IUniversidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Ceará.
Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{III}Universidade Federal do ABC.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Giselle Lima de Freitas
gisellelf@yahoo.com.br

Como citar:

Freitas GL, Oliveira TMF, Sousa L, Quintero LC, Menezes LL, Pinheiro AKB. (Des)caminhos para o acesso integral da população LGBTI+ à saúde: uma enfermidade chamada estigma. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 84-9 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c09>

Revisora: Glauberto da Silva Quirino.
Universidade Regional do Cariri.
Crato, Ceará, Brasil.



qualitativo, representa aqueles que mais sofrem com a discriminação e intolerância, necessitando de maior atenção para as suas especificidades⁽⁷⁾.

Informações sobre a população LGBTI+, suas necessidades, realidades específicas de vida e saúde são essenciais para a formulação de políticas públicas, e seu desconhecimento expõe esse público a situações de vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade perpassa por um conjunto de aspectos relacionados ao indivíduo e à comunidade que podem levar ao adoecimento e a menores recursos de proteção social⁽⁸⁾. Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, definidos como Determinantes Sociais da Saúde (DSS), influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco, sendo necessárias medidas estruturais para garantir a proteção dos direitos básicos e cuidados em saúde⁽⁹⁾.

A atuação junto às pessoas LGBTI+ tem como desafio maior a superação de suas representações sociais estigmatizantes. A população LGBTI+ historicamente sofre processos de discriminação, exclusão, adoecimento e morte, que são considerados determinantes de sua saúde⁽¹⁰⁾ e fundamentais para as suas lutas por direitos.

No Brasil, o movimento de conquistas políticas da população LGBTI+ iniciou-se com o Programa Brasil sem Homofobia de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais e de Promoção da Cidadania Homossexual, lançado em 2004. No mesmo ano, o Ministério da Saúde constituiu o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, objetivando a construção de uma política específica no âmbito do SUS. Finalmente, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) legitimou-se como fruto de um amplo processo democrático e participativo⁽¹¹⁻¹²⁾.

Provocadas por observações e experiências pessoais e profissionais associadas a valorações de ordem moral que alimentam preconceito, indiferença e violência, nós, autoras, nos debruçamos neste texto. Contudo, não é uma tarefa simples, pois implica em mudança de olhar que confronta sistemas de valores sociais profundamente normatizados no agir cotidiano. Objetivamos refletir sobre a assistência à saúde à população LGBTI+ contemplando sua complexidade. Almejamos que a leitura do capítulo alcance professores e estudantes da área da saúde e a sociedade civil, de forma a promover integração, partilha de conhecimentos e estímulo ao pensamento crítico, pautando-se no respeito ao próximo, com toda a sua bagagem de vida e especificidades.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTI+: REFLEXÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

O acesso integral à saúde é um direito humano a ser garantido pelo Estado às pessoas LGBTI+, que o conquistaram após décadas de lutas dos movimentos sociais. No entanto, o preconceito, a discriminação e a exclusão dessa parcela da população do corpo social e dos serviços de saúde em razão da identidade de gênero, orientação sexual e do estigma ainda são notadamente marcadores sociais que produzem iniquidades e complexificam o acesso e a permanência desses sujeitos sociais nesses serviços.

A construção social das identidades de gênero se dá pelas relações sociais, identificações processuais, tecnologias e biotecnologias do tempo histórico. Nesse contexto, as transgeneridades e as travestilidades são caracterizadas pela não correspondência entre a identidade de gênero e o sexo biológico do indivíduo, e pelo sentimento de não pertencimento ao sexo anatômico⁽¹³⁾.

Apesar dos significativos avanços políticos, sociais, científicos e jurídicos da população LGBTI+, o julgamento profissional e valores de ordem moral no campo da saúde no que se refere à diversidade sexual e de gênero ainda são realidade. A concepção patologizante é derivada da estereotipação e estigmatização social, institucional e programática das pessoas LGBTI+, que são associadas à promiscuidade e às condutas não salutares. Tais fatores refletem na assistência à saúde prestada a essas pessoas, tendo sido descritas condutas violentas e discriminatórias por parte de profissionais, como a proferição direta de ofensas⁽¹⁴⁾.

Estudo acerca do conhecimento de estudantes de enfermagem sobre homossexualidade e bissexualidade evidenciou fragilidade sobre a temática, com superficialidade de discussão durante a formação⁽¹⁵⁾. Uma pesquisa que abordou as representações sociais que trabalhadores da atenção primária à saúde atribuem às



peças LGBT evidenciou a presença marcante do componente biologicista, o qual relaciona-se com fatores hormonais ou fisiológicos e acaba por potencializar concepções moralistas cis-heteronormativas e religiosas⁽¹⁶⁾.

No ano de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) retirou a homossexualidade da lista de doenças, entretanto, até o ano de 2018, a transexualidade permanecia como um transtorno de identidade de gênero, inscrita no capítulo de doenças mentais na Classificação Internacional de Doenças (CID). Hoje, a transexualidade é descrita como uma incongruência de gênero, contemplada no capítulo das condições relacionadas à saúde sexual, com destaque para o fato dela ainda permanecer na CID⁽¹⁷⁾. Por outro lado, a manutenção da patologização das identidades transexuais ainda é a forma de se garantir o acesso dessa população ao processo transexualizador no SUS.

O ranço histórico de uma ligação direta entre as pessoas LGBTI+ e infecções transmitidas sexualmente desencadeou nesta população uma sensação de não pertencimento aos serviços de saúde e fortaleceu o medo de serem vítimas de algum processo de violência. Por outro lado, parece permanecer entre os profissionais da saúde uma ideia preconcebida de que cuidar da saúde de pessoas LGBTI+ é tratar de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

O cuidado em saúde do público LGBTI+ deve garantir e extrapolar aspectos relacionados à saúde sexual, por vezes limitada a ações específicas sobre ISTs, e englobar, por meio de um cuidado integral, a saúde reprodutiva e mental desse público. Assim, as abordagens profissionais devem abranger ações que: 1. promovam o cuidado em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2. possibilitem o acesso à prevenção e tratamento de cânceres ginecológicos em lésbicas, mulheres bissexuais e homens trans; 3. previnam câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e seu tratamento; 4. discutam orientação sexual e identidade de gênero; 5. promovam sexo seguro entre vaginas e vulvas e a despatologização do sexo anal; 6. afirmem os direitos sexuais e reprodutivos; 7. protejam o processo transexualizador; 8. ofereçam serviços quanto ao uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; e 9. visem a diminuição do estigma e a proteção da saúde mental.

O formato heteronormativo das ações em saúde pode silenciar outros tipos de vivências e prejudicar a promoção da saúde integral. Para mudança desse cenário que vulnerabiliza a população LGBTI+, deve-se garantir informação e representatividade nas campanhas de prevenção e nas ações de promoção de saúde. Por exemplo, na realização de campanhas de prevenção do câncer de mama e de próstata que incluam homens e mulheres trans, respectivamente, bem como a realização do exame preventivo de colo de útero em mulheres lésbicas e homens trans. A falta da informação e do acompanhamento preventivo dificulta a detecção precoce de câncer e outras doenças, colocando ainda mais essa população na situação de vulnerabilidade dentro e fora dos serviços de saúde.

A garantia dos direitos sexuais é uma prioridade para a população LGBTI+, uma vez que sua violação e desconhecimento são importantes e consideradas determinantes sociais que colocam os modos de vida e as práticas sexuais desse público como desviantes. O medo de serem expostos e desmoralizados faz com que muitas dessas pessoas vivam esses afetos e prazeres de maneira furtiva. O exercício dos direitos sexuais ainda não é uma realidade para essa população, principalmente para casais homoafetivos e pessoas trans⁽¹⁸⁾.

Reforça-se a necessidade de despatologizar as orientações sexuais não heterossexuais e as identidades de gênero não cisgêneras. Também é importante superar uma saúde alicerçada em um sistema binarista e heterocisnormativo. É necessário construir linhas de cuidado individualizadas, com participação ativa de cada paciente, que jamais presuma sua orientação sexual e identidade de gênero e ouça suas particularidades, especificidades, subjetividades e principalmente, respeite a autodeterminação.

Nesse âmbito, é fundamental garantir os direitos reprodutivos, que vão além do poder de decisão do controle da fecundidade e dizem respeito à liberdade, autodeterminação individual, ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana sem discriminação, coerção ou violência. Para tanto, é essencial que os profissionais de saúde promovam informações, meios e recursos seguros acessíveis aos diferentes públicos⁽¹⁹⁾.



Quando uma pessoa trans consegue ultrapassar as diversas barreiras e efetivar seu direito reprodutivo, ainda encontra outras dificuldades no processo de gestação, desde o pré-natal até o momento do nascimento. As normas de gênero associam a gestação e o cuidado do bebê à figura da mãe cis e situam o pai ou o parceiro como coadjuvante nesse processo, o que vai de encontro à ideia de um homem trans grávido. Esse olhar de estranheza à imagem de um homem gestante gera desconforto para essa pessoa trans em todos os espaços, inclusive nas consultas de pré-natal, onde deveria haver acolhimento.

Um importante desafio encontrado para um cuidado integral em saúde da população LGBTI+ é o acesso ao processo transexualizador, que exige um diagnóstico médico psiquiátrico para a autorização do início do tratamento. As portarias 457 de 2008 e 2.803 de 2013 regulamentaram o Processo Transexualizador no âmbito SUS e definiram políticas inclusivas para diagnóstico terapêutico especializado e atendimento humanizado de pessoas transexuais que desejam realizar o tratamento hormonal e/ou as cirurgias de readequação sexual⁽²⁰⁾. No entanto, apenas 12 serviços estão habilitados/credenciados para o processo transexualizador no país⁽²¹⁾. Esse fato acarreta uma grande fila de espera, impedimento de novos cadastramentos e alta procura por serviços clandestinos.

A saúde mental também é demonstrada como importante prioridade para a assistência à população LGBTI+. Essa população sofre com depressão e problemas psicológicos advindos da dificuldade da autoaceitação e da discriminação da sociedade. Muitas vezes, ainda lidam com dificuldades sociais e econômicas, as quais já se configuram como fatores desencadeantes de condições como ansiedade e depressão, predisposições para a ideação suicida. O estigma, a marginalização, a violência, a rejeição familiar e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde são alguns dos fatores que potencializam as possíveis fragilidades de saúde mental dessas pessoas⁽²²⁾.

O consumo de drogas é um problema que também deve ser priorizado na atenção à saúde mental. Pesquisa britânica constatou que uma proporção maior de adultos LGBTI+ entre 18 e 64 anos relatou consumo excessivo de álcool no último ano (cinco ou mais bebidas em uma única ocasião) do que adultos heterossexuais. As pessoas LGBTQIA+ em tratamento para adição a drogas iniciaram o consumo de álcool mais cedo, quando comparadas com os participantes heterossexuais⁽²³⁾. No Brasil, estudo que examinou a associação entre orientação sexual, violência sofrida, uso de drogas e comportamentos de risco identificou alta prevalência de violência psicológica e verbal entre indivíduos homossexuais e bissexuais, o que acarretou maior demanda de uso de antidepressivos. Observou-se que o uso dessas drogas antidepressivas foi associado à dependência e comportamentos de risco à própria saúde e à saúde de outrem, estando associado ao suicídio na população homossexual⁽²⁴⁾.

Recentemente, com a instauração da pandemia da COVID-19 no Brasil, em março de 2020, a situação de saúde mental desses sujeitos foi agravada pelas novas diretrizes de convívio social que desencadearam o afastamento da rede de apoio e de afeto, a ausência de fonte de renda e o isolamento. De acordo com a pesquisa “Diagnóstico LGBT+ na pandemia”, a saúde mental foi apontada como a maior dificuldade enfrentada nesse período⁽²⁵⁾. Tratando-se da população LGBTI+, mesmo com a flexibilização das medidas de contenção do vírus e o fim da pandemia, os prejuízos à saúde mental podem permanecer com outras interfaces.

Existem dificuldades em se mapear as condições psicossociais enfrentadas, uma vez que há subnotificação de informações oficiais e *deficit* na catalogação de dados sobre a população LGBTI+, que se relacionam com as dificuldades de estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e usuários⁽²⁶⁾. Considera-se, portanto, a relevância dos investimentos em campanhas que convidem esses atores e atrizes sociais a irem aos postos de saúde de suas localidades, destacando-se aqui a importância da busca ativa, do conhecimento do território, da população e das demandas apresentadas.

A reflexão apresentada acerca do cuidado em saúde do público LGBTI+ aponta constrangimentos enfrentados pelo público e possibilidades para a formação em saúde que respeite a pluralidade humana e suas variedades de corpos, orientações sexuais e identidades de gênero. Destaca-se o não esgotamento do tema



e sugere-se como ferramenta para a virada de chave desse panorama, o investimento na capacitação de docentes de enfermagem, para que a geração de estudantes, futuros pesquisadores e trabalhadores, sintam-se preparada para assistir essa população de maneira integral, individual e distante de quaisquer comportamentos velados de conceitos pré-formados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso construir um sistema de saúde que extrapole as aparências, amplie os olhares para as possibilidades de ser e existir no mundo e não apenas veja as pessoas LGBTI+, mas as enxergue de fato. A edificação de linhas de cuidados deve estar pautada nos tratamentos equitativos, no estabelecimento de vínculos entre usuários/profissionais de saúde/serviços e no comprometimento com o autocuidado físico e mental, o respeito, a promoção da autoestima e a redução de situações de vulnerabilidades entre a população LGBTI+. A PNSILGBT deve ser reconhecida pelos profissionais como dispositivo de enfrentamento a HomoLesboTransfobia, e não reprodutor da LGBTfobia.

Recomenda-se que os profissionais abordem aspectos da sexualidade humana e procurem estabelecer um diálogo com base nas vivências individuais do usuário. O acolhimento por meio do diálogo aberto, da escuta ativa e do respeito às suas vivências vai permitir que o usuário se apresente da forma como se vê na sociedade. O acolhimento e a humanização do profissional são considerados elementos fundamentais para o estabelecimento do vínculo e a garantia da continuidade do cuidado. Por fim, ainda que apontamentos tenham sido realizados nesse artigo, as interseccionalidades em saúde das pessoas LGBTI+ negras, deficientes, idosas, gordas, em situação de rua, adictas, privadas de liberdade e vivendo com HIV/aids merecem atenção. A saúde está apenas começando a aprender sobre cuidar.

REFERÊNCIAS

1. Machado CV, De Lima S, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(sup-22). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>
2. Melo IR, Amorim TH, Garcia RB, Polejack L, Seidl EMF. O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Psicol Saúde*. 2020;63-78.doi: <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1047>
3. Santos LES, Fontes WS, Oliveira AKS, Lima LHO, Silva ARV, Machado ALG. Access to the Unified Health System in the perspective of male homosexuals. *Rev Bras Enferm*. 73(2) e20180688. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0688>
4. Rosa DF, Carvalho MDF, Pereira NR, Rocha NT, Neves VR, Rosa AS. Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(sup-1):299-306. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0644>
5. Deutsch M. Making it count: improving estimates of the size of transgender and gender nonconforming populations. *LGBT Health*. 2016;3(3):181-5. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0013>
6. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JJJ. Equity Promotion Policies in Health for vulnerable groups: the role of the Ministry of Health. *Ciê Saúde Coletiva*. 2017;22:1397-7 <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33552016>
7. Carmo CM. Minority groups, vulnerable groups and the problem of (in)tolerance: a linguistic-discursive and ideological relationship between disrespect and the manifestation of hatred in the Brazilian context. *Rev Instit Estud Brasil*. 2016;201-3. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-901X.v0i64p201-223>
8. Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresni D, Machado C. organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
9. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2007;17:77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
10. Prado EAJ, Sousa MF. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. *Tempus, Actas Saúde Colet*. 2017;11(1):69-80. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1895>



11. Ministério da Saúde (BR). Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais: Informes Técnicos Institucionais. Rev Saúde Pública. 2008;42(3):570-3. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000300027>
12. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais [Internet]. 2013[cited 2021 Nov 10]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
13. Joseth S, Lacerda T, Castillo CM, Garrafa V. The Transsexualization Process by the Brazilian Unified Health System-bioethical implications. Rev Bras Bioét. 2013;9:34-53. <https://doi.org/10.26512/rbb.v9i1-4.7755>
14. Guimaraes RCP, Lorenzo CFG, Mendonca AVM. Patologizacao e invisibilidade: reconhecimento das demandas e acolhimento da populacao LGBT na Atencao Basica. Tempus, Actas Saude Colet[Internet]. 2020[cited 2021 Nov 10];14(2). Available from: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/2721/2018/9953>
15. Nietzsche EA, Tassinari TT, Ramos TK, Beltrame G, Salbego C, Cassenote LG. Formação do enfermeiro para o cuidado à população homossexual e bissexual: percepção do discente. Rev Baiana Enferm. 2018;32. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25174>
16. Silva ALR, Finkle M, Moretti-Pires RO. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre as pessoas LGBT. Trab, Educ Saúde. v. 2019;17(2). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00197>
17. World Health Organization (WHO). CID-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2021[cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://icd.who.int/browse11>
18. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. Saúde Soc. 2008;17(2):11-21. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>
19. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres[Internet]. 2016[cited 2021 Nov 10]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
20. Angonese M, Lago MCS. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. Saúde Soc. 2017;26:256-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017157712>
21. Ciasca SV, Hercowitz A, Lopes Júnior A. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba: Manole; 2021. 569p.
22. Bordiano G, Liberal SP, Lovisi GM, Abelha L. COVID-19, vulnerabilidade social e saúde mental das populações LGBTQIA+. Cad Saúde Pública. 2021;37(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00287220>
23. Ward BW, Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS. Sexual orientation and health among U.S. adults: national health interview survey, 2013. Nat Center Health Stat Rep [Internet]. 2014[cited 2021 Nov 10];15(77):1-10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25025690/>
24. Albuquerque GA, Garcia CL, Belém JM, Figueiredo FWS, Paiva LS, Arraes TMSN. Suffered violence, drug consumption and risk behaviors in homosexual and bisexual individuals. Int Arch Med: Psychiatr Mental Health. 2015;8(52). <https://doi.org/10.3823/1651>
25. Coletivo VoteLGBT. Diagnóstico LGBT+ na pandemia [Internet]. 2021[cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://medium.com/@box1824/diagn%C3%B3stico-lgbt-na-pandemia-b71c41ca58c6>
26. Oliveira FAG, Carvalho HR, Jesus JG. LGBTI+ em tempos de Pandemia da Covid-19. Diversitates Rev Int. 2020;12(1):60-94. <https://doi.org/10.53357/CBOL2276>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c10>

VIOLÊNCIA E VULNERABILIDADE NA PERSPECTIVA DA SEXUALIDADE DE PESSOAS LGBTQIA+ NA PANDEMIA DA COVID-19

Evilene de Almeida do Carmo^I

ORCID: 0000-0002-7030-411X

Josilda dos Santos Lima Gomes^{II}

ORCID: 0000-0002-3333-5734

Mariuxa Portugal Moreira Conceição^{III}

ORCID: 0000-0002-4104-5569

Tamille Marins Santos Cerqueira^{IV}

ORCID: 0000-0003-3655-7794

Aisiane Cedraz Morais^V

ORCID: 0000-0001-9547-6914

INTRODUÇÃO

O mundo enfrenta a pandemia gerada pelo coronavírus, que já atingiu milhões de pessoas desde o ano de 2020⁽¹⁾. Pode-se dizer que nem todos os grupos sociais da população mundial estão igualmente expostos. Nesse sentido, as minorias sexuais e de gênero, como bissexuais, lésbicas, gays, transgêneros, queer ou intersexuais (LGBTQIA+), apresentam uma combinação de vulnerabilidade e infecção pelo coronavírus que contribui diretamente para o aumento de complicações e mortes nessa população⁽²⁾.

Na situação atual da pandemia do COVID-19, em que se descortina uma crise sanitária, econômica, política e social, tornam-se ainda mais evidentes as violações de direitos, violências e mortes entre a população LGBTQIA+, cuja maioria sofre com frequência diversas formas de preconceito, discriminação, estigmatização, intolerância, segregação, isolamento e abandono, além da probabilidade de exacerbar as crises social, econômica e trabalhista⁽³⁾.

Desde o início da pandemia, no começo de 2020, algumas disparidades de ordem econômica, racial, geográfica e de saúde foram associadas ao risco geral de contrair COVID-19. Embora essas desigualdades sejam relevantes, também é essencial reconhecer e compreender como a COVID-19 impactou de forma desproporcional a comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e queer⁽⁴⁾.

Ressalta-se que a discriminação estrutural, a exemplo de acesso a emprego, moradia e cuidados de saúde, e aquela de caráter interpessoal, como ataques transfóbicos violentos vivenciados pelos indivíduos de minorias sexuais e de gênero, compõem uma problemática que precede o contexto pandêmico. No entanto, as condições do contexto da pandemia aumentaram essas desigualdades, expondo, acentuando e produzindo disparidades de saúde⁽²⁾.

Os danos psicológicos indiretos da pandemia de COVID-19 são complexos e exacerbados aos pertencentes das

^IAssociação Saúde em Movimento Feira de Santana.
Feira de Santana Bahia, Brasil.

^{II}Hospital Universitário Professor Edgar Santos.
Salvador, Bahia, Brasil.

^{III}Secretaria Municipal de Saúde.
Camaçari, Bahia, Brasil.

^{IV}Instituição Federal de Educação Ciências Tecnologia.
Bahiano. Serrinha, Bahia, Brasil.

^VUniversidade Estadual de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Autora Correspondente:

Evilene de Almeida do Carmo
evilenealmeida@gmail.com



Como citar:

Carmo EA, Gomes JSL, Conceição MPM, Cerqueira TMS, Morais AC. Desafios na atenção à saúde de grupos em situação de vulnerabilidade. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 90-7 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c10>

Revisora: Dra. Sínara de Lima Souza
Universidade Estadual de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.



comunidades marginalizadas, além da exposição a fatores estressantes específicos de suas identidades sociais historicamente excluídas⁽⁵⁾. Dessa forma, esta publicação justifica-se pela importância de se compreender a dinâmica dos processos envolvidos nas situações de violência e vulnerabilidade das populações minoritárias, além de identificar novos caminhos para entender a normalidade biológica, a fim de vislumbrar o reconhecimento dos militantes dos movimentos sociais e de integrantes dos próprios grupos, com vistas a aprofundar a incorporação dos conceitos de vulnerabilidade. Espera-se que esta produção fomente discussões para a criação de estratégias que subsidiem políticas públicas voltadas para a especificidade dessa população⁽⁵⁾.

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, seguindo as seguintes etapas: busca nas bases de dados, organização e seleção do *corpus*, análise crítica dos dados e discussão dos resultados. Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca no período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os seguintes descritores e suas combinações: “pessoas LGBTQIA+”, COVID-19, vulnerabilidade e violência. Tais descritores foram extraídos dos Descritores em Saúde (DeCS), na língua portuguesa. Para a estratégia de busca, utilizou-se o operador booleano “and”. Com a inclusão concomitante de todos os descritores, não foi localizada nenhuma publicação, sendo encontrados seis artigos com a combinação violência, “pessoas LGBTQIA+” e COVID-19, além de 43 artigos com a combinação “pessoas LGBTQIA+” e COVID-19. Vale ressaltar que os seis artigos encontrados com a primeira combinação estão incluídos nos artigos encontrados com a segunda.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram os seguintes: artigos publicados em português, inglês e espanhol; e artigos disponibilizados como textos completos que retratassem a temática referente à violência e à vulnerabilidade na perspectiva da sexualidade LGBTQIA+ (no contexto da pandemia da COVID-19) no título ou no resumo da publicação. Comentários, correspondências e artigos que não apresentaram relevância com a proposta do estudo foram excluídos e publicações duplicadas foram consideradas apenas uma vez. Inicialmente, realizaram-se as primeiras etapas da busca de forma independente. Depois, as pesquisadoras leram cuidadosamente o título e o resumo dos artigos. Posteriormente, leram os artigos e avaliaram sua relevância para a proposta do estudo. Os artigos selecionados tiveram seus dados registrados em uma tabela desenvolvida pelas pesquisadoras, conforme recomendado na literatura.

Foram selecionados apenas seis artigos que continham em seu escopo o contexto de violência e vulnerabilidade diante da sexualidade de pessoas LGBTQIA+ na pandemia de COVID-19 para integrar o *corpus* desta revisão. Iniciou-se a seleção dos estudos por meio da leitura dos títulos e dos resumos, observando-se os critérios de inclusão. Em seguida, os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Ressalta-se que, dentre os artigos selecionados, apenas um é publicação nacional, o que demonstra a escassez de estudos com essa temática no Brasil, evidenciando, ao mesmo tempo, a importância de abordá-la para dar visibilidade a um grupo vulnerável.

Um quadro contendo os termos *Título*, *Tipo de estudo* e *Considerações* foi estruturado para apresentar os resultados e embasar os elementos para a discussão.

Quadro 1: Síntese dos Artigos selecionados

Título	Tipo de estudo	Considerações
Mitos, conceitos errôneos, outras respostas e respostas estigmatizantes para COVID-19 na África do Sul: uma avaliação qualitativa rápida	Desenho qualitativo descritivo exploratório.	As diretrizes terminológicas devem ser desenvolvidas com cientistas, representantes da sociedade civil e representantes de grupos específicos de pessoas ou etnias, a fim de diminuir a possibilidade de estigmatizar grupos específicos de pessoas e garantir que seja acessível aos formuladores de políticas e comunidades mais amplas de atores políticos locais e nacionais, no governo e na sociedade civil.

Continua



Continuação do Quadro 1

Título	Tipo de estudo	Considerações
Prática de chemsex entre homens que fazem sexo com homens (HSH) durante período de isolamento social por COVID-19: pesquisa online multicêntrica	Trata-se de resultado do projeto intitulado 40tena, derivado da coorte In_PrEPBrazil/Portugal.	A ocorrência de chemsex foi elevada, sobretudo no Brasil, onde o isolamento social proposto não sensibilizou os HSH à adesão, diante da opção pelo sexo casual. Parece evidente que a busca pelo prazer se mostrou mais relevante diante das medidas de proteção ao COVID-19 propostas, o que coloca os HSH mais expostos.
COVID-19 e as mudanças no comportamento sexual de homens que fazem sexo com homens: resultados de uma pesquisa online.	Os dados foram coletados por meio de questionários anônimos baseados na web em um aplicativo geoespacial popular usado por homens que fazem sexo com homens (HSH), entre março e abril de 2020, durante o período de distanciamento social.	Os sentimentos negativos de angústia devido ao distanciamento social devem ser considerados como uma barreira potencial à adesão de populações vulneráveis, como HSH. A resposta futura da saúde pública deve encontrar um equilíbrio entre as medidas de contenção e seus possíveis fardos mentais, sociais e financeiros.
Construções cognitivas, afetivas e comportamentais das crenças de saúde do COVID-19: uma comparação entre minorias sexuais e indivíduos heterossexuais em Taiwan	No total, 533 participantes de minorias sexuais e 1421 heterossexuais foram recrutados por meio de um anúncio no Facebook. Os construtos relativos a cognição, gravidade, conhecimento, afeto e comportamento em relação às crenças de saúde sobre COVID-19 foram comparados entre participantes de minorias sexuais e heterossexuais.	O estudo demonstrou que minorias sexuais tinham menor susceptibilidade percebida ao COVID-19, maior autoconfiança em lidar com COVID-19 e menor preocupação com COVID-19, sendo menos propensos a manter uma boa ventilação interna e desinfetar sua casa do que os heterossexuais. Além de levar em consideração o papel da orientação sexual ao desenvolver programas de prevenção para COVID-19, estudos adicionais são necessários para examinar as hipóteses subjacentes sobre as diferenças.
“Estou meio que preso em casa com pais que não me apoiam agora”: experiências de jovens LGBTQ com COVID-19 e a importância do suporte online	Dados de transcrição de 31 bate-papos síncronos baseados em texto coletados durante o início das ordenanças estaduais de “distanciamento social” na primavera de 2020 foram analisados.	A preocupação com a saúde mental foi destacada devido às restrições da pandemia. Alguns comentários provavelmente refletem as experiências do COVID-19 em geral (por exemplo, tédio), ao passo que sentir-se louco e isolado pode exacerbar os problemas de saúde mental de uma população vulnerável. As descobertas destacam a importância de plataformas online síncronas baseadas em texto para permitir que os jovens LGBTQ se sintam seguros para buscar apoio em casa. Dado o potencial de distanciamento físico de longo prazo, esforços combinados são necessários para fornecer os recursos e o apoio necessários para os jovens LGBTQ durante a pandemia COVID-19.
A pandemia oculta da violência familiar durante o COVID-19: aprendizagem não supervisionada dos tweets	O artigo inclui amostragem, coleta de dados, pré-processamento de dados brutos e análise de dados. Os dados foram coletados do Twitter, com uma seleção aleatória de mais de 1 milhão de tweets mencionando violência familiar e COVID-19, de 12 de abril a 16 de julho de 2020.	Esse estudo contribuiu para a compreensão da violência familiar durante a pandemia, fornecendo vigilância por meio de tweets. Isso é essencial para identificar programas de políticas potencialmente úteis que podem oferecer apoio direcionado às vítimas e aos sobreviventes enquanto nos preparamos para futuros surtos. Ressalta-se que a comunidade LGBT está apontada nesse estudo como uma das maiores vítimas de violência familiar.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

As publicações selecionadas para compor esta revisão integrativa reiteram a condição histórica de vulnerabilidade vivenciada pela comunidade LGBTQIA+ e o agravamento dessa condição pelo contexto pandêmico, como veremos a seguir nos eixos temáticos elaborados a partir da leitura dos estudos.

DEFICIÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Muitos países optam por ignorar a situação de exposição e saúde das populações de minorias sexuais e de gênero (SGM). Tal atitude leva à falta de dados reais sobre número de casos de infecção nos LGBTQIA+,



ocorrência, agravos e óbitos. Um fator que poderia sanar essa lacuna em relação aos dados é a inclusão das informações referentes à orientação sexual ou à identidade de gênero, cuja divulgação mais expressiva poderia aumentar o financiamento de programas voltados para esse público⁽²⁾.

Há uma necessidade de se reconhecer as implicações da COVID-19 nas comunidades LGBTQIA+, destacando-se o desafio de analisar a incidência da doença, uma vez que não existe um sistema uniforme de coleta de dados demográficos gerais. Além disso, na maioria das vezes, as perguntas sobre orientação sexual e identidade de gênero não são incluídas nos formulários⁽⁴⁾.

No caso da pandemia da COVID-19, como os dados necessários sobre orientação sexual ou identidade de gênero não são coletados regularmente nos formulários, não existe uma informação fidedigna sobre como o vírus afetará de forma desproporcional as comunidades LGBTQIA+. Essa é apenas uma pequena parte das desigualdades estruturais gerais em torno da coleta de dados LGBTQIA+. Assim, reforçamos a necessidade de inclusão dos itens de orientação sexual em todos os formulários de entrada relacionados à saúde e em pesquisas nacionais, a fim de minimizar as injustiças enfrentadas por um dos grupos mais marginalizados entre nós⁽⁴⁾.

Torna-se relevante, também, o desenvolvimento de estratégias de redução de danos e o incentivo à prevenção concomitante para infecções sexualmente transmissíveis e para a COVID-19, além da divulgação de informações sobre a prática de sexo seguro e o uso menos nocivo das drogas. Essas ações podem ser efetivas nesse momento, de forma a esclarecer e reforçar a importância do cuidado à saúde⁽⁶⁾.

Os jovens não se consideram em risco de contrair SARS-CoV-2. Diante disso, reiteramos que os materiais de comunicação desenvolvidos especificamente para jovens devem incorporar o uso de mídias e plataformas de redes sociais, permitindo o envolvimento e a mobilização de influenciadores locais no setor comunitário, para lidar com os equívocos e as respostas estigmatizantes à COVID-19⁽⁷⁾.

Assim, as diretrizes terminológicas referentes à COVID-19 devem ser desenvolvidas por cientistas e representantes da sociedade civil e de grupos específicos de pessoas ou etnias, a fim de minimizar a possibilidade de estigmatizar grupos específicos. Dessa forma, garantir-se-á que sejam acessíveis aos formuladores de políticas e comunidades mais amplas de atores políticos locais e nacionais, no governo e na sociedade civil⁽⁷⁾.

A pandemia provocou um abrupto rompimento na interação social das pessoas, interferindo nos fluxos cotidianos, nas práticas e nos encontros afetivos e sexuais. Como se sabe, tanto no Brasil quanto em Portugal, nenhuma medida educativa e/ou instrutiva governamental foi tomada para definir estratégias alternativas de enfrentamento às repercussões à saúde sexual e reprodutiva impostas pelo contexto de isolamento social⁽⁶⁾.

Os indivíduos que compõem as minorias sexuais e de gênero compreendem um grupo diversificado de comunidades em busca constante por equidade, cujas necessidades são frequentemente esquecidas no âmbito da pesquisa, política e infraestrutura. Destacamos os desafios e as vulnerabilidades particulares dessas pessoas, os quais podem contribuir para o aumento dos riscos de infecção, complicações e morte por COVID-19⁽²⁾. Tais achados apontam para a necessidade de implementação de ações educativas eficazes e de políticas públicas direcionadas às minorias sexuais e de gênero, com a participação de representações dessas categorias marginalizadas, além da criação de estratégias de comunicação eficazes direcionadas à atenção à saúde sexual, a fim de reduzir desconhecimentos e estereótipos em saúde com relação à transmissão da COVID-19 e sensibilizar tais grupos no que se refere ao cuidado, com ênfase na prevenção.

OS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS LGBTQIA+ NO CONTEXTO DE ISOLAMENTO SOCIAL

Além dos impactos diretos da própria COVID-19, as medidas de saúde pública preconizadas para proteger as populações vulneráveis também poderão ter consequências não intencionais e indiretas para a saúde das pessoas LGBTQIA+. No contexto de desigualdade social e estigmatização, sabemos que esses indivíduos já enfrentam crescentes disparidades de saúde⁽²⁾.

Claramente, o isolamento social é um grande desafio enfrentado pelas populações LGBTQIA+⁽⁵⁾, o qual, mesmo entendido como essencial para evitar a contaminação, contribui de forma significativa para o estresse⁽⁸⁾.



Com a redução na incidência de casos e mortes por COVID-19, torna-se imperioso agir na resposta ao impacto psicológico do trauma pandêmico, considerando que, apesar da vulnerabilidade a vários riscos sociais, de saúde e psicológicos, a população LGBTQIA+ recebeu atenção mínima durante esta pandemia.

Os riscos de danos a jovens LGBTQIA+ vulneráveis vão além da segurança física. Tais jovens correm um risco desproporcionalmente alto de depressão, ideação suicida, suicídio e comportamentos de automutilação, com taxas de tentativas de suicídio de duas a dez vezes maiores quando comparadas aos seus pares⁽⁹⁾. Esses dados mostram que as circunstâncias pandêmicas estão associadas ao comprometimento da saúde mental (a exemplo de depressão ou suicídio), com grande probabilidade de envolvimento em comportamentos de risco à saúde (uso de substâncias, automutilação)⁽⁸⁾.

As experiências durante a pandemia mostram que o isolamento pode exacerbar os problemas de saúde mental de uma população vulnerável. Os jovens relataram estresse, frustração, ansiedade, depressão, perda de rotina e dificuldades contínuas com o sono e os trabalhos escolares⁽⁸⁾. Os jovens LGBTQIA+ rejeitados pela família têm seis vezes mais probabilidade de sofrer depressão e oito vezes mais probabilidade de tentar o suicídio do que os que relatam baixos níveis de rejeição familiar⁽¹⁰⁾.

A COVID-19 provavelmente aumentou os riscos já elevados para a população LGBTQIA+ por causa de uma combinação complexa de interações familiares potencialmente negativas, incerteza econômica, estresse e ansiedade de sobreviver a uma pandemia com acesso mais limitado aos recursos de informação e saúde⁽⁹⁾.

O distanciamento social, devido à pandemia da COVID-19, alterou o comportamento sexual entre homens que fazem sexo com homens. A pesquisa aponta que fazer sexo casual, em desafio aos regulamentos que preconizam o distanciamento social, foi associado a sofrimento mental. Os participantes deste estudo que fizeram sexo casual durante a pandemia referiram reduzir o risco de contágio, limitando seu repertório sexual em relação aos seus comportamentos sexuais anteriores, a exemplo de minimizar o contato físico com seus parceiros, na tentativa de reduzir sua exposição ao vírus⁽¹¹⁾.

Vários jovens compartilharam a ideia de que ter tempo livre para “apenas pensar” os levava a refletir sobre sua sexualidade e/ou gênero, o que era considerado muito difícil para eles. No entanto, os jovens também identificaram aspectos positivos das oportunidades de pensar sobre sua identidade sem interferências externas⁽⁸⁾.

Sentimentos negativos de solidão devido ao isolamento social são considerados uma das consequências mais graves decorrentes da pandemia da COVID-19, especificamente entre as populações mais susceptíveis, os quais devem ser considerados como uma barreira potencial à adesão às regulamentações entre outras populações vulneráveis⁽¹¹⁾. Cuidar da saúde mental e do bem-estar de jovens LGBTQIA+ é especialmente importante, dado o potencial de danos psicológicos e físicos causados por estresse de minorias sexuais e de gênero, além de estresses já vivenciados historicamente e atualmente exacerbados nesse contexto pandêmico⁽⁵⁾.

Diante desse contexto, percebemos a necessidade da criação de estratégias para apoio psicológico dessa comunidade, através de intervenções baseadas em suas especificidades, seja de forma online, com o uso de aplicativos, ou presencial, uma vez que já sofrem historicamente com suas vidas permeadas por preconceitos, vulnerabilidades e marginalização, o que costuma gerar incalculáveis danos à saúde mental dessa população.

IMPACTOS DA SUSPENSÃO DAS ATIVIDADES ESCOLARES X CONFLITOS DOMICILIARES NO CONTEXTO PANDÊMICO

Desde o início da pandemia da COVID-19, órgãos governamentais em todo o mundo implementaram políticas que impactaram a vida de milhões de estudantes, como o fechamento de escolas, além de outras medidas protetivas, como o distanciamento físico e o isolamento social⁽¹²⁾. Essa condição de distanciamento potencializou o sentimento de solidão e tristeza, exacerbando as vulnerabilidades ao isolamento social e à exclusão⁽¹³⁾. Outro comportamento observado foi o retorno das pessoas das minorias sexuais e de gênero no contexto familiar, situação que intensificou o risco de agressão e violência intrafamiliar e repercutiu em sua saúde física e mental, aumentando os índices de ansiedade, depressão, tentativas de suicídio, automutilação e dependência de substância controlada⁽¹⁴⁾.



Atualmente, a violência contra pessoas LGBTQIA+ ocorre principalmente no ambiente doméstico, sendo praticada no núcleo familiar, cujos membros se tornam agentes intensificadores da vulnerabilidade, ao invés de servirem de rede de apoio social. Dentre as formas mais comuns de violência familiar enfrentada por pessoas LGBTQIA+, podem ser destacadas a violência psicológica, a moral, a física e a patrimonial. Tais práticas visam à coerção por meio de violência para induzir essas pessoas aos padrões heteronormativos⁽¹⁵⁾.

Dessa forma, o distanciamento físico pode resultar em confinamento a ambientes domésticos hostis e sem apoio, além de isolamento de conexões sociais importantes para o desenvolvimento e os recursos baseados na identidade sexual. Aqueles que só poderiam revelar sua identidade de gênero no meio escolar perderam o acesso a amigos e rede de apoio, resultando na ausência de local para expressão de sua identidade sexual⁽⁸⁾.

O acesso vital a apoio social não familiar para adolescentes de minorias sexuais, como grupos de pares de apoio e centros de saúde escolar, foi interrompido de forma abrupta em resposta à pandemia da COVID-19. Além disso, muitos estudantes desses grupos minoritários foram forçados a permanecer em casa com parentes que os rejeitam, ou mesmo são abertamente hostis a eles, por causa de sua identidade. É de fundamental importância reconhecer que as identidades sexuais e de gênero são relevantes e que os adolescentes LGBTQIA+ são mais vulneráveis, sofrendo impactos diferentes do que seus pares cisgêneros e heterossexuais⁽¹²⁾. A recomendação de ficar em casa reduz ainda mais o acesso a recursos de apoio social e comunitário nas escolas, como alianças de gênero e sexualidade, além de organizações estudantis afirmativas, ou seja, todos aqueles que servem como suporte e que protegem os jovens LGBTQIA+ contra a carga de saúde mental devido ao isolamento social e ao trauma psicológico⁽⁵⁾.

Populações vulneráveis (incluindo jovens LGBTQIA+) merecem consideração especial nesse contexto da pandemia da COVID-19. É previsto que as ordens de ficar em casa, associadas ao aumento da instabilidade econômica e às pressões familiares, potencializam os riscos de danos, sendo que, em alguns casos, podem tornar insustentável e perigosa a convivência no local do domicílio. Simultaneamente, as redes de segurança e proteção aos jovens têm menos funcionários disponíveis ou são inacessíveis por causa da crise da COVID-19⁽⁹⁾.

É de suma importância que os profissionais de saúde pública promovam estratégias que fortaleçam a notificação e a identificação de abuso e violência doméstica durante a pandemia da COVID-19, criando, dessa forma, métodos para intervenções que venham a inibir essa violência de forma efetiva⁽⁵⁾.

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR AS DESIGUALDADES ENFRENTADAS PELA COMUNIDADE LGBTQIA+

Há muito tempo, é necessário mais empenho para melhorar dados, recursos e políticas públicas sobre a saúde física e mental da comunidade LGBTQIA+. Contudo, o contexto pandêmico tornou essa necessidade mais evidente. Enquanto governos em todo o mundo enfrentam a pandemia da COVID-19, governos locais, pesquisadores, profissionais de saúde pública e professores têm uma oportunidade ímpar de minimizar as desigualdades socioestruturais, defendendo e atendendo às necessidades distintas dessa comunidade⁽¹²⁾.

As consequências socioeconômicas de gênero da COVID-19 terão impactos de longo alcance e duração. Faz-se necessário que esses grupos estejam envolvidos de forma significativa na formulação e execução de políticas e programas, incluindo planos de vigilância para a COVID-19 imediatos. Os programas devem abordar as desigualdades estruturais que as populações deslocadas enfrentam e esforçar-se para ampliar equitativamente as oportunidades de emprego e proteção, incluindo pessoas de gêneros diversos⁽¹⁶⁾.

Com os desafios que a COVID-19 traz para a saúde e segurança de jovens vulneráveis, há uma necessidade imediata de mitigar esses impactos. Os prestadores de serviços de saúde, em particular, têm um papel fundamental a desempenhar, tanto em chamar a atenção para as necessidades de populações especiais afetadas de forma desproporcional pela COVID-19 quanto no estabelecimento de cuidados alternativos⁽⁹⁾.

Agências no âmbito governamental, escolar, acadêmicas e comunitárias que são responsáveis pelas necessidades pandêmicas de saúde mental requerem urgentemente o apoio das partes interessadas da saúde



pública no fornecimento de acesso equitativo a seus recursos entre as populações LGBTQIA+. Caso contrário, esses grupos altamente marginalizados possivelmente não se beneficiarão de serviços de saúde mental⁽⁵⁾.

Aumentar a educação e a conscientização sobre isso será um passo importante no fortalecimento dos sistemas de apoio já existentes. Os jovens nessa condição de vulnerabilidade não podem esperar o fim da pandemia da COVID-19 para ter suas demandas específicas atendidas e suas necessidades de segurança física e emocional satisfeitas. Devemos estar todos prontos para ajudá-los⁽⁹⁾. É preciso oferecer serviços online visando reduzir os impactos na saúde mental oriundos do isolamento social⁽⁵⁾. Nesse cenário, as plataformas online podem ser particularmente úteis para esse grupo no contexto da pandemia, uma vez que são populares entre os jovens⁽⁸⁾. Vale ressaltar que, embora haja incentivo ao uso de recursos digitais, jovens LGBTQIA+ interseccionalmente vulneráveis, como aqueles que vivem em moradias instáveis ou na pobreza, imigrantes com barreiras linguísticas, moradores de áreas rurais ou portadores de deficiências físicas e/ou mentais, podem ser incapazes de se beneficiar desses serviços⁽⁵⁾.

Até que a vacinação e os tratamentos eficazes para a COVID-19 estejam disponíveis, os esforços e as mensagens de saúde pública dependerão das respostas comportamentais para reduzir a transmissão, particularmente em populações vulneráveis. A eficácia dessas medidas está atrelada ao cumprimento das recomendações de saúde pública em nível individual e comunitário⁽²⁾.

É importante ressaltar também que, no desenvolvimento de materiais de comunicação e mensagens para o público em geral durante o surto de doenças, grupos e comunidades afetados e vulneráveis devem ser incluídos na disseminação e no desenvolvimento de mensagens simplificadas e direcionadas⁽⁷⁾. Assim, a inclusão ativa e o engajamento com as pessoas de grupos minoritários sexuais e de gênero, bem como suas experiências, podem nos permitir identificar novos caminhos para entender a normalidade biológica. Esse compromisso fortalecerá nossa capacidade de compreender e apreciar a variação humana, ao invés de patologizar a vida e a biologia das pessoas⁽²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do contexto da pandemia da COVID-19, a comunidade LGBTQIA+ evidenciou sua vulnerabilidade frente ao contexto político e social. Tal situação vem reafirmando a necessidade de novas políticas públicas de fortalecimento das estratégias de enfrentamento dos preconceitos desse grupo minoritário, a fim de alcançar avanços nos serviços essenciais à sua saúde e fazer valer seus direitos como cidadãos.

Sugere-se que futuros estudos enfoquem o desenvolvimento de intervenções para minimizar a vulnerabilidade dessa população, levando em consideração os aspectos específicos que os permeiam em seu contexto biopsicossocial, além de estratégias interativas que forneçam instruções estruturadas e individualizadas. Assim, efetivamente, será possível apoiar e conferir segurança a uma população que ainda é alvo de acentuada discriminação social.

Compreendendo a dinâmica dos processos envolvidos nesse diálogo, deve-se vislumbrar o reconhecimento dos militantes dos movimentos sociais e integrantes dos próprios grupos, com vistas a aprofundar a incorporação dos conceitos de vulnerabilidade, o que entendemos ser promissor para o enfrentamento da pandemia. Espera-se que esta pesquisa fomente discussões para a criação de protocolos e estratégias que subsidiem políticas públicas voltadas para a especificidade dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Pandemia de COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus [Internet]. 2020[cited 2020 Sep 13]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19>
2. Gibb JK, DuBois LZ, Williams S, McKerracher L, Juster RP, Fields J. Sexual and gender minority health vulnerabilities during the COVID-19 health crisis. <https://doi.org/10.1002/ajhb.23499>



3. Butler J. *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2015. 266 p.
4. Krause KD. Implications of the COVID-19 Pandemic on LGBTQ Communities. *Rev Gestão Prát Saúde Pública*. 2021;27(1):69-71. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001273>
5. Salerno JP, Devadas J, Pease M, Nketia B, Fish JN. Sexual and gender minority stress amid the COVID-19 pandemic: implications for LGBTQ young persons' mental health and well-being. *Public Health Rep*. 2020;35(6):721-7. <https://doi.org/10.1177/0033354920954511>
6. Sousa AFL, Queiroz AAFLN, Lima SVMA, Almeida PD, Oliveira LB, Chone JS, et al. Prática de chemsex entre homens que fazem sexo com homens (HSH) durante período de isolamento social por COVID-19: pesquisa online multicêntrica. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(12):e00202420. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00202420>
7. Schmidt T, Cloete A, David A, Lehlogonolo M, Nokubonga Z, Monalisa J. Myths misconceptions, othering and stigmatizing responses to Covid-19 in South Africa: a rapid qualitative assessment. *PLoS ONE*. 2020;15(12):0244420. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244420>
8. Fish JN, McInroy LB, Pacey MS, Williams ND, Henderson S, Levine DS, et al. "I'm Kinda Stuck at Home With Unsupportive Parents Right Now": LGBTQ Youths' Experiences With COVID-19 and the Importance of Online Support. *J Adolesc Health*. 2020;67(3):450-2. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.002>
9. Cohen R, Bosk EA. Vulnerable Youth and the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*, 2020;146(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1306>
10. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Rejeição da família como um preditor de resultados negativos para a saúde em jovens adultos lésbicas, gays e bissexuais brancos e latinos. *Pediatrics*. 2009;123(1):346-52. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
11. Shilo G, Mor PHDZ. COVID-19 and the changes in the sexual behavior of men who have sex with men: results of an online survey. 2020;17(10):1827-34. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.085>
12. Demulder J, Kraus-Perrotta C, Zaidi H. Adolescentes de minorias sexuais e de gênero devem ser priorizados durante a resposta global de saúde pública COVID-19. *Quest Saúde Sex Reprod*, 2020;28(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1804717>
13. Gonzales G, Henning-Smith C. Health disparities by sexual orientation: results and implications from the behavioral risk factor surveillance system. *J Community Health*. 2017;42(6):1163-72. <https://doi.org/10.1007/s10900-017-0366-z>
14. Bockting WO, Miner MH, Swinburne RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013;103(5). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
15. Brito THS, Arruda MS. Uma análise sobre as formas de violência familiar contra pessoas LGBTQIA+ [Internet]. 2020[cited 2020 Sep 13]. Available from: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/1448>
16. Jacobson L, Regan A, Shirin Heidari S, Onyango MA. Transactional sex in the wake of COVID-19: sexual and reproductive health and rights of the forcibly displaced. 2020. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1822493>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c11>

PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM E VULNERABILIDADE EM SAÚDE

Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo¹

ORCID: 0000-0003-1005-5980

Thereza Maria Magalhães Moreira¹

ORCID: 0000-0003-1424-0649

Raquel Sampaio Florêncio¹

ORCID: 0000-0003-3119-7187

Maria Adelane Monteiro da Silva^{II}

ORCID: 0000-0001-7579-2645

Virna Ribeiro Feitosa Cestari¹

ORCID: 0000-0002-7955-0894

INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade em saúde (VS) tem se configurado como campo de promoção da saúde na área da saúde coletiva. Isso ocorre porque dá oportunidade de melhorar o processo saúde-doença-cuidado de sujeitos que sofrem impactos de iniquidades sociais, como insuficiência do acesso à saúde, problemas relacionados à precarização da infraestrutura dos serviços ou processos de trabalho com altas demandas de assistência.

O conceito de VS sempre gerou discussões quanto à sua polissemia, tendo diversos sentidos, a exemplo de risco, precariedade, deficiência, dentre outros. Recentemente, esse conceito foi clarificado para entender operacionalmente sua definição no campo da saúde. Para Florêncio e Moreira⁽¹⁾, VS é uma condição humana produzida na interação mediada por relação de poder dinâmica e múltipla do sujeito-social, que se movimenta em direção à precariedade, quando o agenciamento não é vivenciado no contexto da saúde.

A partir disso, na relação entre elementos essenciais do sujeito e do social, tem-se a situação programática, caracterizada pela infraestrutura e pelo processo de trabalho. Desse modo, o processo de trabalho é definido como articulação entre diferentes atores sociais em cena nos serviços, com relação estabelecida entre objeto de trabalho, no qual incide a ação do trabalhador, no caso enfermeiros, e cuidado em saúde, representado por práticas diretas de cuidado, além de organização e gestão dos serviços de saúde.

Nesse contexto, o processo de trabalho de enfermeiros tem sido alvo de estudos científicos atuais porque é trabalho dinâmico, sempre essencial, mas que ganhou visibilidade midiática e social por ocupar a linha de frente na crise sanitária global surgida em 2020. O processo de trabalho permite aos enfermeiros mostrarem de forma científica o cuidar, manter e recuperar a saúde de sujeitos, além de evidenciarem também sua estrutura de trabalho e o fato

¹Universidade Estadual do Ceará.
Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{II}Universidade Estadual Vale do Acaraú.
Sobral, Ceará, Brasil.

Autor Correspondente:

Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo
samirueva@gmail.com



Como citar:

Azevedo SGV, Moreira TMM, Florêncio RS, Silva MAM, Cestari VRF. Processo de trabalho na enfermagem e vulnerabilidade em saúde. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 98-103
<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c11>

Revisora: Dafne Lopes Salles
Universidade Estadual do Ceará.
Fortaleza, Ceará, Brasil.



de ocuparem diferentes cenários, potencializando a amplitude da sua atuação⁽²⁾. No entanto, esse processo de trabalho, por vezes, pode se caracterizar como fator que coloca o sujeito em situação de VS, quando as práticas de cuidado, gestão ou organização do serviço ficam desestruturadas e sem planejamento, o que torna um desafio à redução da vulnerabilidade no atendimento de sujeitos nos serviços de saúde.

O estudo do processo de trabalho da enfermagem, enquanto elemento da vulnerabilidade, apresenta lacunas na prática clínica porque a operacionalização dessas situações é pouco conhecida da equipe de enfermagem. Assim, identificá-las pode trazer discussões quanto ao avanço da promoção da saúde quando aspectos desse processo de trabalho são agenciados.

OBJETIVO

Este estudo objetiva refletir sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem na perspectiva da vulnerabilidade em saúde.

MÉTODO

Trata-se de estudo teórico-reflexivo, baseado em dados da literatura e apoiado em referencial teórico, com propósito de identificar situações de VS produzidas durante o processo de trabalho em enfermagem.

PRÁTICAS DO CUIDADO NA ENFERMAGEM E VULNERABILIDADE EM SAÚDE

Enfermeiros têm conseguido espaços relevantes nas formulações de políticas públicas, nos serviços de saúde e no meio social. Esse avanço permite que a equipe de enfermagem tenha posicionamentos substanciais quanto à tomada de decisões no cuidado de sujeitos que dependem, principalmente, do Sistema Único de Saúde (SUS). É por isso que, na produção do cuidado, o processo de trabalho é meio único de criar uma relação positiva para acompanhamento das condições de saúde.

Na enfermagem, o trabalho não é cíclico, mas um processo de “vai e volta”, que exige *expertise* dos profissionais e flexibilidade para resolução dos problemas das pessoas. Porém, durante esse processo, certas situações podem fragilizar o cuidado e colocar sujeitos em situações de vulnerabilidade, por condições inerentes à sua situação física e social.

Fatores que podem comprometer a qualidade do cuidado pela equipe de enfermagem são diversos⁽³⁾ e não raros de acontecer, porque estar inserido em um campo de trabalho durante jornadas de seis, 12 ou até 24 horas possibilita abertura para desenvolver sequência de erros consideráveis para piora de sujeitos que dependem, quase que exclusivamente, do cuidado oferecido por profissionais da enfermagem. Nesse âmbito, a VS, por meio das práticas de cuidado, dá-se na mecanização de procedimentos ou na insuficiência da consulta de enfermagem. Entendendo que alguns de nós não têm hábito de discutir, conversar ou refletir sobre nossas ações, mesmo quando certas, quando a VS surge nos espaços de prática de cuidado, é relevante considerar o contexto multidimensional⁽⁴⁾.

Envolvimento excessivo, falta de interesse profissional em demandas específicas, cuidados não centrados nas pessoas, ausência de busca ativa de casos de doenças, bem como de sua notificação ou insuficiência de visitas domiciliares⁽¹⁾, são exemplos de práticas de cuidado em enfermagem em que a VS pode ser produzida, levando a más condições de atendimento nos serviços de saúde.

Para superar a VS nas práticas do cuidado, o profissional da enfermagem deve singularizar o cuidado aos sujeitos. O trabalho que enfermeiros produzem deve ser criativo, com preparo tecnocientífico e, principalmente, focado na valorização do pensamento individual, porque, assim, os posicionamentos assumem postura crítico-reflexiva e, certamente, agregarão à discussão sobre práticas no cuidado em saúde que colocam sujeitos em situação de VS.



Existem múltiplas disparidades em saúde, agravadas por falta de acesso a serviços apropriados e de confiança nos profissionais dos serviços, o que torna a vulnerabilidade um *continuum* de experiências negativas por sujeitos ou grupos⁽⁵⁾. Quando essas desigualdades são vividas por indivíduos, as práticas de cuidado em enfermagem devem objetivar reverter a vulnerabilidade, por meio do agenciamento, para diminuí-la no contexto do acesso à saúde.

Destaca-se que o acesso à saúde não integra o processo de trabalho quanto à VS, segundo o referencial adotado⁽¹⁾, mas tem impacto profundo nas práticas de cuidado alinhadas à facilitação da entrada de sujeitos nos serviços de saúde, sendo meio potente de manejar situações de vulnerabilidade presentes nos territórios e serviços de saúde. Nesse sentido, as necessidades de saúde que os enfermeiros devem considerar acontecem em ambientes dinâmicos e diferenciados, que exigem formas de organização com planejamento e instrumentos de trabalho na assistência à saúde, para facilitar o acesso e melhorar o processo de trabalho. As necessidades de saúde não se restringem aos aspectos biológicos dos sujeitos, mas tem relação com o alcance das vulnerabilidades dos indivíduos⁽⁶⁾.

Outra questão relacionada ao processo de trabalho na enfermagem que pode gerar VS é a insatisfação com a equipe. A satisfação ocorre quando se tem o resultado esperado para aquilo que é feito, ou seja, ganhar o que se espera em algumas dimensões, como valorização, salário, segurança e ambiente harmonioso⁽⁷⁾.

No entanto, quando isso não acontece, uma série de fatores negativos passam a envolver a relação sujeito-profissão, o que acarreta falta de crescimento profissional, aumento do absenteísmo, da rotatividade de profissionais e desgaste físico e profissional da equipe⁽⁸⁾, tornando um desafio no cuidado a sujeitos em situação de vulnerabilidade individual ou social.

As implicações desses aspectos da VS para a enfermagem trazem em seu bojo a sobrecarga física e mental⁽⁹⁾, expondo profissionais e sujeitos que utilizam os serviços a situações desagradáveis, que influenciam na qualidade do atendimento da equipe de enfermagem e no funcionamento dos serviços, fragilizando o processo de trabalho.

GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ENFERMAGEM E VULNERABILIDADE EM SAÚDE

Outro ponto que pode colocar o sujeito em situação de VS é a gestão e organização dos serviços de saúde. Isso se deve à forma com que essa dimensão pode não estar organizada e planejada para suprir demandas de saúde, interferindo diretamente nas práticas de cuidado. A equipe de enfermagem tem responsabilidade nesses processos.

Os enfermeiros têm uma profissão que permeia o gerenciamento do processo de cuidar. Por isso, necessitam estar em todos ambientes de saúde e em permanente avaliação. Na prática gerencial, assegurada por legislações da profissão, é relevante que se cumpram práticas privativas, pois dão base para a autonomia profissional⁽¹⁰⁾.

Apesar da gestão e organização dos serviços dos enfermeiros terem melhorado substancialmente com os anos, alguns membros da equipe de enfermagem podem ter reflexões inadequadas de que, por exercerem atividade de planejamento, deixam de produzir, não desenvolvendo atividade assistencial específica⁽¹¹⁾. Contudo, ressalta-se que planejar é parte do trabalho para iniciar o cuidado, pois, sem essa etapa, é provável que se gerem situações de VS na assistência.

Desse modo, entende-se que o processo de trabalho dos enfermeiros se torna diferente das demais categorias profissionais, pois há singularidade do lugar que tem ocupado nos espaços de cuidado à saúde, ao ser o único que coordena, gerencia e organiza processos de trabalho simples e complexos de planejamento, ao mesmo tempo em que direciona esforços para executar atividades assistenciais⁽¹²⁾. Isso permite à enfermagem se destacar nas unidades de saúde.

Todavia, é necessária cautela porque pode haver fragilidades organizacionais que abrem espaços para o desenvolvimento da VS, limitando o cuidado dos sujeitos. Por exemplo, estudo com relatórios de enfermagem



oriundos de sistema de informações mostrou discrepância entre número de intervenções registradas e realizadas nas unidades de saúde: na quantidade de consultas de enfermagem, aferição dos sinais vitais e medidas antropométricas, esperavam-se números altos, enquanto que eram esperados números baixos nos procedimentos ambulatoriais, visitas domiciliares e atividades de promoção da saúde; porém, essas expectativas não condizem com os dados encontrados⁽¹³⁾.

Essas falhas na organização e gestão dos serviços tornam frágil o cuidado. Por mais que a enfermagem realize diversas atividades, quando estas não são documentadas, leva-se à precarização da organização e gestão do cuidado, pois se pode inferir a não ocorrência da assistência, gerando reflexões sobre as demandas sociais trazidas por quem utiliza os serviços e se elas estão sendo atendidas.

Quando os enfermeiros pensam sobre gestão e organização dos serviços, logo se remetem a trabalhos burocráticos. No entanto, a prática de gestão do cuidado está inserida nos consultórios de enfermagem ao organizar, por exemplo, a agenda de consultas semanais para os grupos de pessoas agendadas e estar sempre em contato com os agentes comunitários de saúde (ACS) para saber como andam os sujeitos com condições crônicas ou outras demandas que requerem acompanhamento longitudinal.

Em relação à agenda de consultas, existem modelos tradicionais de abordagem das demandas que atendem entre urgência e não urgência, como o *carve out*, que prevê certa demanda de urgência e tempo para atendimentos, e modelos com o de acesso avançado⁽¹⁴⁾, que atende todas pessoas no mesmo dia, sem necessidades de agendamento.

Esses modelos foram baseados em estudos e evidenciam melhoria de fluxos de atendimento nos serviços de saúde, com o processo de trabalho e agendamento de consultas refletindo em avanço do atendimento à população, na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos⁽¹⁵⁾. No entanto, quando a equipe de enfermagem não se organiza, nem tem processos de gestão como esses ou outros modelos, a VS pode ocorrer.

Outras questões como tempo médio de realização e resultados de exames, insuficiência na assistência e falta de reconhecimento dos direitos humanos colocam o sujeito em situação de VS via processo de trabalho. A contribuição desses fatores na produção da vulnerabilidade reflete na necessidade de olhar criticamente sobre quais situações os profissionais da equipe de enfermagem podem produzir momentos de VS e, mais importante, como essas situações podem e devem ser agenciadas.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Devido à grande quantidade de características inerentes ao processo de trabalho, não foi possível relatar todas faces dessa dimensão que, em momentos, podem gerar situações de VS.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA

Espera-se que, ao identificar algumas características do processo de trabalho que caracterizam algumas situações de VS, os profissionais da equipe de enfermagem possam ter um olhar crítico sobre como reduzir a vulnerabilidade e utilizar esse conceito para elaborar estratégias de promoção da saúde, visando melhorar as práticas de cuidado e a organização e gestão dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta reflexão não foi dizer que o processo de trabalho é um fator que sempre prediz a VS, mas apontar que, quando as práticas do cuidado e a gestão e organização dos serviços estão fragilizadas, a VS pode ocorrer em sujeitos, porque a falta de planejamento e o acesso à saúde são relevantes indicadores de assistência resolutiva, oportuna e integral.



Existem diversas perspectivas sobre processo de trabalho em enfermagem. Assim, para realizar uma discussão direcionada, adotou-se o uso do referencial teórico de Florêncio e Moreira⁽¹⁾ para caracterizar a VS via subconceito processo de trabalho, que define a situação programática da vulnerabilidade.

Certamente, as abordagens sobre processos de trabalho na enfermagem que podem levar a situações de vulnerabilidade são amplas e devem ser discutidas para planejar e realizar ações que visem melhorar a assistência, reduzindo iniquidades em saúde aos sujeitos dependentes do cuidado de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Ademais, esta reflexão oportunizou indicar algumas situações em que a equipe de enfermagem durante o cuidado em saúde pode se deparar com situações que levam à VS. Além disso, é necessário entender que, apesar do termo sugerir indicação negativa, a VS tem potencial para ser trabalhada no campo da promoção da saúde, quando estudos produzidos superam abordagens que vão além do risco, da insuficiência, da precariedade ou da deficiência.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual do Ceará (UECE), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES - bolsa mestrado) e ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC).

REFERÊNCIAS

1. Florêncio RS, Moreira TMM. Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE00353. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00353>
2. Kalinowski CE, Cunha ICKO. Reflections on the working process in nurse participation in political activities. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(suppl 6):e20190627. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0627>
3. Forte ECN, Pires DEP, Martins MMFPS, Padilha MICS, Schneider DG, Trindade LL. Work process: a basis for understanding nursing errors. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03489. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018001803489>
4. Dalcin CB, Serpa R, Santos EKA, Tourinho FSV, Rocha PK. Ética no fazer profissional da enfermagem: reflexões à luz do pensamento de Hannah Arendt. *Rev Baiana Enferm.* 2019;33:e29654 <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.29654>
5. East L, Heaslip V, Jackson D. The symbiotic relationship of vulnerability and resilience in nursing. *Contemporary Nurse.* 2019;1–9. <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1670709>
6. Cardoso AC, Santos DS, Mishima SM, Anjos DSC, Jorge JS, Santana HP. Challenges and potentialities of nursing work in street medical offices. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2018;26:e3045. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2323.3045>
7. Bordignon M, Monteiro MI, Mai S, Martins MFSV, Rech CRA, Trindade LL. Satisfação e Insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(4): 925-33. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500004650014>
8. Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Eletr Enf.* 2010;12(2):252-7. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.7006>
9. Ferri LP, Paula CR, Alves HPS, Alves JBG. Satisfação e insatisfação no processo de trabalho de enfermeiros que atuam na atenção primária. *Itinerarius reflections.* 2018;4(4):1-15. <https://doi.org/10.5216/rii.v14i4.54990>
10. Andrade SR, Schmitt MD, Schittler ML, Ferreira A, Ruoff AB, Picolli T. Configuração da gestão do cuidado de enfermagem no Brasil: uma análise documental. *Enferm Foco [Internet].* 2019 [cited 2021 Jun 5];10(1):127-33. <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Configura%C3%A7%C3%A3o-da-gest%C3%A3o-do-cuidado-de-Enfermagem-no-Brasil-uma-an%C3%A1lise-documental.pdf>
11. Treviso P, Peres SC, Silva AD, Santos AA. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Rev Adm Saúde.* 2017;17(69):1-15. <http://doi.org/10.23973/ras.69.59>
12. Leal JAL, Melo CMM. The nurses' work process in different countries: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):413-23. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>



13. Santos LC, Andrade J, Spiri WC. Dimensioning of nursing professionals: implications for the work process in the family health strategy. *Esc Anna Nery*. 2019;23(3):e20180348. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0348>
14. Murray M, Berwick D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* 2003;289(8):1035-40. <https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>
15. Canuto LE, Pinheiro LSP, Canuto Júnior JCA, Santos NLP. Estudo da demanda de uma equipe da ESF. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2021;16(43):1-14. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2378](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2378)

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c12>

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DAS VULNERABILIDADES

Fernanda Mota Rocha¹

ORCID: 0000-0002-3820-6691

Débora de Souza Santos¹

ORCID: 0000-0001-5332-3477

Maria Filomena de Gouveia Vilela¹

ORCID: 0000-0002-5894-3365

Giulia Romano Bombonatti¹

ORCID: 0000-0002-4224-0024

Eliete Maria Silva¹

ORCID: 0000-0001-7549-2677

¹Universidade Estadual de Campinas.
Campinas, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

Fernanda Mota Rocha
f228274@dac.unicamp.br



Como citar:

Rocha FM, Silva EM, Bombonatti GR, Santos DS. Educação Permanente em Saúde no enfrentamento das vulnerabilidades. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 1. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 104-15 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c12>

Revisora: Valéria Marli Leonello.
Universidade de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil

INTRODUÇÃO

Este capítulo aborda os conceitos de vulnerabilidade e Educação Permanente em Saúde (EPS), iniciando pela definição e contextualização de ambos, para, em seguida, relacioná-los entre si e com a prática da enfermagem.

O desenvolvimento de práticas de EPS, seguindo os seus preceitos, é condição indispensável para consolidação de políticas de equidade em saúde e combate às vulnerabilidades. Dessa forma, este capítulo busca refletir sobre esta temática e fornecer ferramentas para uma prática libertadora, viva e transformadora.

VULNERABILIDADE: UM OLHAR CONTEXTUAL PARA ALÉM DO RISCO INDIVIDUAL

A palavra vulnerabilidade deriva do verbo *vulnerare*, do latim, que significa provocar dano, injúria. Na saúde, o termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidade das pessoas ou grupos a problemas, riscos ou danos à saúde⁽¹⁾.

O uso de teorias com alicerce na vulnerabilidade possibilita compreender os determinantes sociais de saúde e suas possibilidades efetivas de controle ou enfrentamento. Enquanto a epidemiologia aponta quando, onde e quem está exposto a situações de risco, este saber mediador busca compreender o porquê e traçar alternativas para intervir no processo⁽²⁾.

Ao mesmo tempo que se complementam, a análise de risco e a análise da vulnerabilidade são antagônicas. Na primeira, os fenômenos são fragmentados, isolados e discriminados, pautados em uma racionalidade analítica. A vulnerabilidade considera uma racionalidade sintética, que constrói significados e agrega diferentes elementos para compreender fenômenos em sua totalidade dinâmica e complexa⁽³⁾.

Vulnerabilidade retoma à condição de humanidade, coloca-nos frente à nossa finitude e carrega a percepção



de que a vida é preciosamente precária⁽⁴⁾. Esse conceito envolve ética, solidariedade e sensibilidade frente ao sofrimento humano e reconhecimento de direitos e justiça entre os diferentes. Está relacionado ao fato de que populações politicamente fragilizadas, na perspectiva dos direitos humanos, devem ter garantida a sua cidadania⁽³⁾.

A epidemia de AIDS expôs a fragilidade do conceito de risco, analisado de forma analítica, exigindo avanço nas discussões sobre vulnerabilidade. Constatou-se que a exposição ao vírus não é homogênea na população e que as mudanças de hábitos dependem de contextos e individualidades; daí a necessidade de direcionar as ações para as suscetibilidades identificadas⁽¹⁾. A análise da vulnerabilidade esclarece que a chance de exposição ao HIV e à AIDS não depende de características somente individuais, mas também contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, além de maior ou menor disponibilidade de recursos protetivos⁽²⁾.

Para mudança de comportamento, não basta acesso à informação e vontade individual. Ela é condicionada por coerções e disponibilidades de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e policial, desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias. Sob esta análise, os sujeitos devem ser considerados agentes da esfera pública da vida social. Sendo assim, as ações de prevenção e cuidado devem extrapolar a individualidade e considerar aspectos estruturais, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação jurídica e defesa dos direitos humanos⁽²⁾.

As análises de vulnerabilidade propõem a interpretação segundo três dimensões: individual, programática e social. São três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos que tornam as pessoas, grupos ou nações mais ou menos susceptíveis^(1, 2).

A dimensão individual compreende que todos os indivíduos são suscetíveis. Observam-se aspectos referentes ao modo de viver, que poderiam contribuir para exposição ou proteção ao problema. O grau e a qualidade da informação estão articulados à capacidade de elaboração desta informação, para transformá-la em uma preocupação cotidiana, com implementação de ações preventivas efetivas⁽²⁾.

A dimensão social direciona o olhar aos fatores do contexto que definem ou constroem a vulnerabilidade individual. São aspectos materiais, culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade. Para compreender os comportamentos que expõem ou protegem os indivíduos, deve-se ampliar a visão para a estrutura jurídico-política e diretrizes governamentais, relações de gênero, raça, sexualidade, crença religiosa, pobreza e outras questões sociais relevantes⁽²⁾.

A disponibilidade dos recursos sociais, de forma efetiva e democrática, para proteção aos riscos, depende de esforços programáticos. As instituições sociais são o objeto de análise na dimensão programática da vulnerabilidade, na medida em que possuem capacidade para reproduzir ou aprofundar as condições sociais. Os serviços de saúde, educação, cultura e bem-estar social podem colaborar para a transformação de contextos desfavoráveis, quando contribuem para identificação, superação e emancipação. Por isso, sua qualidade e intenção devem ser avaliados para compreensão real da vulnerabilidade e elaboração de propostas de intervenções efetivas⁽²⁾.

As desigualdades sociais, que culminam em situações de vulnerabilidade, são reproduzidas de forma processual e cumulativa ao longo da trajetória dos indivíduos e da história dos coletivos, limitando as possibilidades de futuro, na medida em que reforçam e mantêm a posição marginal e inferior de sujeitos, individuais ou coletivos, considerando suas características, sobretudo raciais⁽⁵⁾.

Não é raro que as análises de vulnerabilidade ou de problemas a ela relacionados sejam reduzidas à dimensão individual, com tentativas de culpabilização, como uma falha pessoal⁽⁵⁾. Para além de características individuais, o debate sobre vulnerabilidade apresenta demandas direcionadas a grupos específicos como: populações negras, quilombolas e ciganas; população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais - LGBT; população em situação de rua; povos do campo, das águas e das florestas⁽⁶⁾.

A fragilidade da prevenção e das práticas de cuidado em saúde, expostas durante a epidemia da AIDS, voltam a ser discutidas na pandemia da COVID-19. Para além da identificação de situações de riscos, é possível



compreender o impacto das vulnerabilidades neste contexto, denominando a situação causada ou agravada pelo vírus SARS-CoV-2 de síndrome.

Considerar que as doenças ocorrem em cenários e indivíduos (ou coletivos) em condições históricas, sociais e políticas e que essas interagem sinergicamente deve produzir análises e respostas que considerem as vulnerabilidades. Cabe ao sistema identificar as iniquidades em saúde e criar estratégias efetivas, a fim de superá-las.

Iniquidade em saúde é entendida como desigualdade que, além de sistemática e relevante, é também evitável, injusta e desnecessária. Tida como um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil, esse termo possui dimensão ética e social⁽⁷⁾. Os avanços nas condições de saúde não garantem redução de iniquidades, e, dentre as contradições evidenciadas neste sistema universal, está o fato de que grupos populacionais seguem desassistidos e com dificuldades de acesso⁽⁸⁾.

Com vistas a garantir o direito universal à saúde e proteger pessoas em condições de vulnerabilidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) adota duas estratégias complementares. A primeira estratégia é voltada à organização de uma rede geral de acesso universal, integral e igualitário. A segunda estratégia busca inserir, dentro desta rede, atenção especial a grupos populacionais específicos, conforme condições biológicas, sociais, econômicas, ou culturais⁽⁵⁾.

Com o objetivo de orientar as ações em saúde para grupos em condição de vulnerabilidade, o SUS criou políticas que se dividem em: políticas de saúde voltadas a grupos em vulnerabilidade socioeconômico-cultural; políticas de atenção à saúde indígena; e políticas de atenção por fases dos ciclos de vida⁽⁶⁾. O foco deste livro está na primeira estratégia e se relaciona com equidade da atenção e superação de preconceitos.

A RESPOSTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA AS INIQUIDADES EM SAÚDE

Desde a formulação do SUS, as políticas de saúde direcionadas à população com vulnerabilidades biológicas são mais estruturadas e numerosas, quando comparadas às políticas voltadas para as demais vulnerabilidades. Este fato tem relação, reforçando as desigualdades históricas no Brasil⁽⁶⁾.

A priorização de ações e políticas que busquem minimizar as injustiças e diferenças evitáveis no estado de saúde e nos serviços, entre os grupos com diferentes níveis de privilégio social, corresponde à equidade, um dos princípios estruturantes do SUS. Este é um tema complexo e expõe a responsabilidade coletiva para fazer valer a justiça social⁽⁹⁾.

Vista como um princípio de justiça social, a equidade não pode ser puramente formal. Ao operar discriminações e inseri-las em uma política de inclusão social em um movimento de discriminação positiva, ela relembra que a saúde é um bem que deve promover justiça⁽⁹⁾.

No entanto, a atenção à saúde dos grupos populacionais em condição de vulnerabilidade está muito aquém do desejado. Considerando que os serviços de saúde direcionados a esses grupos são prestados no âmbito da rede de serviço geral do SUS, para que as políticas sejam efetivas, é necessário um sistema adequadamente estruturado, com ações condizentes com os princípios de universalidade e integralidade⁽⁹⁾.

Como uma resposta a esta situação, em 2013, durante o governo Lula, o Ministério da Saúde (MS) agrupou as diferentes políticas de saúde desenhadas para cada um dos grupos vulneráveis, nas então denominadas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, coordenadas pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Foram definidos três eixos estruturantes, sendo eles: a transversalidade das ações; a formação/capacitação como elementos fundamentais para o sucesso da política; e a gestão participativa⁽⁹⁾.

Um dos objetivos da Política Nacional de Saúde e Atenção Integral à População Negra (PNSIPN) é a inclusão da temática sobre combate às discriminações de gênero e orientação sexual, com destaque para as intersecções com a saúde da população negra nos processos de formação e EPS dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social. Dentre as ações para a ampliação do acesso e utilização das políticas públicas de saúde para mulheres negras, está o treinamento de equipes para abordagem singularizada e para



enfrentamento do racismo⁽¹⁰⁾.

Modelo que descreve as barreiras e os mediadores da atenção em saúde para equidade racial e étnica destaca o fator humano como mediador, considerando que podem favorecer ou limitar o acesso aos diferentes recursos. Esta análise inclui habilidade técnica e pessoal, como a capacidade de aceitação e respeito à diversidade racial e cultural. Indica necessidade de analisar atuação dos gestores e profissionais da saúde quanto à capacidade de comunicação, de reconhecer e dialogar com as diferenças culturais e comportamentos, e à reprodução de preconceitos e reforço de estereótipos⁽¹¹⁾.

O Quadro 1 busca relacionar as políticas públicas às práticas de saúde, que podem favorecer a equidade ou reforçar as iniquidades existentes. A diferença na condução das situações está relacionada com a forma como o serviço está estruturado para atender esta demanda, a formação e conscientização da equipe sobre estes aspectos, as características, capacidades e valores individuais dos profissionais e também a participação social da comunidade no serviço, de forma a contribuir com a garantia de direitos e qualidade do cuidado.

Quadro 1 - Associação entre políticas nacionais de saúde voltadas às populações vulnerabilizadas e exemplos de práticas de equidade e iniquidade. Campinas, 2021

Políticas Públicas para Equidade	Exemplos de práticas que favorecem a EQUIDADE	Exemplos de práticas reforçam a INIQUIDADE
Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Construir plano terapêutico junto com a equipe multiprofissional para proporcionar cuidado integral à pessoa e familiares. - Contribuir para a autoestima e independência dos sujeitos, contribuindo para seu protagonismo, por meio da educação em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não solicitar reformas de acessibilidade na estrutura física da unidade de saúde.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)	<ul style="list-style-type: none"> - Construir grupos de mulheres na comunidade para discutir as diversas formas de violência que a mulher sofre. - Construir grupos de homens para discutir o impacto da masculinidade tóxica na forma como lidam com os sentimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não investigar e notificar casos com suspeita de violência. - Não ofertar possibilidades de métodos contraceptivos. - Não realizar busca ativa de mulheres para a coleta de citopatologia oncológica e mamografia para detecção precoce.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar e incentivar as manifestações culturais. - Desenvolver ações de educação em saúde em conjunto com a comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Julgar seu modo de vida e cultura.
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os profissionais de saúde para as particularidades do processo saúde/doença da população negra, como solicitar exame de eletroforese de hemoglobina para detecção precoce de anemia falciforme, doença de hemoglobina C e diferenciar as talassemias - Incentivar o sistema de cotas para os processos seletivos na unidade de saúde. - Contribuir para a criação/fortalecimento de espaços para a representatividade preta e cultura afro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não preencher o campo raça/cor ou preencher sem perguntar ao sujeito sua autodeclaração. - Não considerar que o racismo é um determinante de saúde. - Não acolher a pessoa com escuta qualificada e sensibilidade.
Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar matriciamento com serviços sociais para o cuidado integral. - Acolher e escutar a pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Negar o registro na unidade de saúde na ausência de comprovantes de residência ou documentos. - Não tocar a pessoa por causa da sujidade aparente.



Políticas Públicas para Equidade	Exemplos de práticas que favorecem a EQUIDADE	Exemplos de práticas reforçam a INIQUIDADE
Política Nacional de Saúde LGBT (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Perguntar qual é o pronome que gostaria de ser chamado(a) e utilizá-lo corretamente. - Chamar a pessoa pelo nome social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não fazer coleta de citopatologia oncológica em mulheres lésbicas. - Não considerar que a saúde da pessoa vai além das questões sexuais.
Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver ações de prevenção e promoção contra doenças associadas às exposições solares por meio da educação em saúde. - Proporcionar encaminhamentos para reabilitação de lesões por esforço repetitivo relacionados ao trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não notificar casos de intoxicação por agrotóxicos e acidentes de trabalho. - Não planejar e desenvolver ações nas comunidades, por estarem muito distantes dos serviços.

A EPS aliada à participação social, sendo ferramenta necessária para que as políticas públicas se tornem realidade no cotidiano das práticas de cuidado. A EPS é uma estratégia educacional, gerencial e política, com potencial para transformar as práticas de saúde a partir do processo de reflexão-ação dos profissionais acerca de suas atitudes e da organização do sistema e do modelo de atenção à saúde. Considera ser na realidade local e na singularidade dos atores possível construir processos significativos, efetivamente apropriados pelos trabalhadores em seu cotidiano⁽¹²⁾.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL

O termo EPS, difundido a partir de 1980, foi utilizado como referência para a reestruturação dos serviços, envolvendo a transformação de conceitos e valores, com a colocação dos profissionais no centro do processo ensino-aprendizagem⁽¹²⁾.

As questões referentes à educação passaram a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema de saúde com a Constituição de 1988, que, no artigo 200, inciso III, atribuiu ao SUS a competência de ordenar a formação na área da saúde. A proposta de EPS foi lançada como política nacional em 2003, constituindo papel importante na concepção do SUS democrático, equitativo e eficiente⁽¹²⁾.

A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, define que devem ser consideradas as especificidades regionais, a superação de suas desigualdades, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação. Esta mesma portaria estabelece as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias para a negociação dos processos de EPS, considerando a defesa de aprendizagens significativas e gestões democráticas como fundamentais e articuladas nas estratégias de implementação⁽¹²⁾.

Há evidência de múltiplas formulações e arranjos para efetivar a EPS no SUS. Os desafios estão relacionados à construção de propostas centralizadas na gestão, o que impacta no envolvimento dos trabalhadores, dos movimentos sociais e das instituições de ensino⁽¹²⁾. As dificuldades encontradas estão relacionadas ao fato de que uma definição ministerial não transforma a EPS em uma prática hegemônica, reforçando a ideia de que as políticas públicas são condições iniciais e o seu resultado está em aberto, a depender das contradições e dos interesses que prevalecem no campo macro e micropolítico do trabalho.

A constituição da EPS deriva de três vertentes teóricas: a mudança na formação; o pressuposto que a concretização da educação ocorre com a reformulação do processo produtivo e estrutural; e a Educação Popular de Paulo Freire⁽¹³⁾.

A mudança na formação inclui uma perspectiva de construção coletiva dos saberes, que emanem de problemas emergentes da prática em saúde. Isso significa superar as tradicionais capacitações ou aulas de educação continuada, que acontecem descontextualizadas da realidade prática⁽¹³⁾.



Para se produzir mudança nas práticas, sobretudo naquelas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prévio nas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática. Neste contexto, a aprendizagem deve ser significativa, entendida como a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”⁽¹²⁾.

Neste cotidiano, os problemas surgem a partir da interpretação dos usuários e trabalhadores. As diferentes formas de trabalho interprofissional, como o trabalho em equipe, prática colaborativa e colaboração, são fundamentais para a superação dos desafios, além da utilização das tecnologias leves ou relacionais, que se referem às relações como produção de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como uma forma de governar processos de trabalho⁽¹⁴⁾.

O uso das tecnologias leves está relacionado ao trabalho vivo, pois é aí que o poder criativo do trabalhador supera a utilização de maquinários e protocolos (trabalho morto) e avança de forma dinâmica e transformadora nos processos de cuidar e em suas relações político-sociais⁽¹⁴⁾.

A EPS aposta no trabalho vivo e na construção de pactos ético-políticos focados nos usuários e na organização do trabalho em saúde, a partir da reflexão e autoanálise do seu processo de trabalho^(12,13).

A metodologia utilizada tanto na EPS quanto na Educação Popular em saúde é pautada nos ensinamentos de Paulo Freire⁽¹³⁾, que sugere relação horizontal entre educador e sujeito de aprendizagem, gerando um movimento de ação-reflexão-ação. Neste contexto, “problematizar” é recriar, refletir, relacionar, interagir e planejar⁽¹⁵⁾.

Para que haja possibilidade de transformação, devemos nos reconhecer como seres inacabados. Essa condição nos afasta da ideologia fatalista imobilizante, aliada ao neoliberalismo. Se não há naturalidade nos eventos políticos, sociais e culturais, a reflexão crítica é ferramenta para que, no trabalho vivo, a mudança aconteça⁽¹⁵⁾.

A vulnerabilidade não é conceito especialmente trabalhado por Freire, embora seus sentidos e representação na saúde coletiva permitam associá-lo à autonomia e dependência no contexto das relações de opressão social⁽⁴⁾.

A luta pela garantia dos direitos às populações vulnerabilizadas, como o direito à saúde, é uma luta pela garantia dos direitos humanos. Para que haja conquistas neste campo, é fundamental que a equipe de trabalhadoras da enfermagem conheça, reconheça e aplique no cotidiano decisões que corroborem a garantia dos direitos humanos nos serviços de saúde.

VULNERABILIDADE E O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

A atuação sobre as necessidades de cuidado, que são necessidades humanas, caracterizam a enfermagem como prática social, e, como tal, expõe as contradições de diferentes concepções, modelos de atenção e cuidados de saúde em determinada conjuntura. As características históricas e sociais da enfermagem estão conectadas às determinações políticas e econômicas.

Os reflexos políticos sociais na prática de enfermagem são visíveis em diversos contextos, a exemplo da divisão técnica e social do trabalho da enfermagem, que reflete a hierarquização entre classes sociais e a divisão do saber técnico e científico⁽¹⁶⁾.

Esse exemplo elucida o emaranhado de processos sociais, políticos, econômicos e culturais que envolvem a prática social e a transformam em uma rede conectada que influencia e é influenciada pela vida em sociedade. Na dimensão do trabalho, é possível apreender, de forma efetiva, a prática social.

O processo de trabalho da enfermagem está explícito e historicamente relacionado à dimensão assistencial e gerencial. No Brasil, o cuidado é majoritariamente prestado pelas profissionais de nível médio, e as atividades gerenciais ficam sob responsabilidade das enfermeiras⁽¹⁶⁾. A literatura integra outras duas dimensões à prática da enfermagem: a investigativa, que está relacionada à enfermagem enquanto disciplina e a construção de um saber científico; e a educacional, que faz referência à formação do profissional com práticas de EPS e à educação em saúde, direcionada aos usuários, famílias e coletividades⁽¹⁷⁾.



Cabe ressaltar a indissociabilidade das dimensões para compor uma prática de enfermagem que reconheça as necessidades de saúde e busque ações integrais para atingir sua finalidade, que é um cuidado significativo e eficiente. A baixos estão descritas, de forma sucintas, as dimensões, aliadas a exemplos práticos.

Para complementar a discussão teórico-prática e promover uma aprendizagem significativa sobre as temáticas abordadas neste capítulo, serão utilizados relatos do diário de campo de um estudo realizado com a equipe do Consultório na Rua em cidade do interior de São Paulo. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2020, com enfermeiros e técnicos de enfermagem, a fim de compreender o trabalho da equipe de enfermagem neste contexto⁽¹⁸⁾.

DIMENSÃO ASSISTENCIAL

O cuidado é aspecto central na formação da enfermagem e também importante campo de prática. Considerando o processo de trabalho da enfermagem, sob a perspectiva da dimensão assistencial, é possível identificar os elementos deste processo. O objeto é a necessidade de cuidado da enfermagem. Os instrumentos podem ser exemplificados por equipamentos, processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem, então, a finalidade é busca pela atenção integral à saúde⁽¹⁶⁾.

Há dados que demonstram que a população negra sofre impacto do racismo no cuidado à saúde. Alguns exemplos são o tratamento diferenciado como em não tocar, olhar, orientar corretamente ou seguir protocolos, o tempo maior de espera e menor número de consultas, o menor número de solicitação de exames diagnósticos e o fato de mulheres negras terem maior risco de receberem pré-natal inadequado, ausência de acompanhante e menos anestesia local para episiotomia durante o trabalho de parto, contribuindo para o maior número de desfecho negativo em comparação às mulheres brancas⁽¹⁹⁾.

Abaixo está relatada a observação do trabalho da enfermeira e das técnicas de enfermagem, atuando em equipe interprofissional. Destaca-se o acolhimento, por meio de tecnologias leves e o cuidado direcionado às demandas do usuário, de modo a produzir saúde junto à população vulnerabilizada e excluída da sociedade e dos serviços de saúde.

Durante a atividade do serviço na rua, a equipe se transportava com uma van até um local comum onde pessoas realizavam o uso intenso e onde o CnaR encontrava algumas pessoas em situação de rua. O redutor de danos explicou que a equipe precisava de cautela para abordar a população, se inserindo aos poucos, percebendo o clima, percebendo se as pessoas querem ou não a abordagem do serviço e respeitando se não quiserem, sendo uma forma de não quebrar o vínculo. Parando o veículo perto do local, havia um grupo de cerca de 6 ou 8 pessoas nas sombras das árvores da praça (o sol estava intenso), com seus papelões e seus pertences, e um cachorro zanzando por ali. A equipe desceu aos poucos da van, mas quem estava à frente foi o redutor de danos, com uma sacola com água e doce de paçoca, ele se aproxima dizendo 'e aí gente? tudo bem? querem água? estão precisando de alguma coisa? como vocês estão? querem bater um papo? a van está ali se quiserem algo'.

Enquanto o redutor continua circulando entre o grupo e conversando com alguns, o restante da equipe sai do veículo e inicia os atendimentos: uma das técnicas começou a realizar um curativo na perna de um jovem; a enfermeira, junto com a médica, abordam uma gestante e realizam uma avaliação obstétrica (ferraram os assentos do transporte com lençol de papel e fecharam a porta para maior privacidade); outra técnica realiza injeção de Benzetacil em uma pessoa, usando uma das portas dianteiras da van e um lençol como 'biombo' para privacidade. Enquanto os atendimentos iam ocorrendo, outras pessoas iam se aproximando da van, querendo conversar. Assim, a equipe oferecia água, camisinhas, materiais de higiene (sabonete, pasta e escova de dente, Gillette, desodorante), informava sobre os outros locais onde o serviço iria na semana, conversava e brincava de forma descontraída com a população⁽¹⁸⁾.



DIMENSÃO ADMINISTRATIVA - GERENCIAL

As ações gerenciais estão presentes na rotina do trabalho da enfermagem, desde a constituição da enfermagem moderna, que teve sua origem vinculada ao cuidado do paciente e ao cuidado da instituição, que envolve atividades administrativas com o ambiente e gerenciais com as pessoas envolvidas no trabalho. Essa prática, tida como atividade meio, é fundamental para a efetivação de políticas públicas, sobretudo na área da saúde⁽¹⁶⁾.

Os componentes do processo de trabalho, sob o aspecto gerencial, incluem a organização do trabalho e dos trabalhadores da enfermagem, como objeto; o planejamento, dimensionamento, recrutamento e seleção, avaliação e saberes relacionados à gerência e administração são exemplos de instrumentos. A finalidade pode ser considerada a criação ou manutenção de condições adequadas de trabalho e assistência⁽¹⁶⁾.

É esperado que o enfermeiro construa uma gestão participativa e democrática, envolvendo a equipe, a comunidade e outros serviços, a fim de construir uma rede de cuidado integral⁽²⁰⁾. Enquanto prática da dimensão gerencial, pode-se citar a vivência durante pesquisa no Consultório na Rua.

Em diversos momentos durante a pesquisa, foi perceptível que a enfermagem possuía pouco espaço de fala na equipe multiprofissional, apesar da verbalização da relação entre os profissionais ser de apoio mútuo, parceria, atuação de forma integrada e união em prol dos pacientes.

Em intervalo da reunião de equipe, ao iniciar conversa com enfermeira para tirar algumas dúvidas sobre o processo de trabalho da equipe multiprofissional e a sua inserção nela (pois percebia uma posição de silêncio da equipe de enfermagem), ela começou a chamar as demais pessoas da enfermagem para participar da discussão dizendo 'olha a pergunta que interessante' e 'vem aqui conversar com a gente'. Ao longo da discussão, percebo que, à medida que faço perguntas, comentários e questionamentos, dou abertura e um espaço para que a equipe de enfermagem possa ter voz para falar sobre questões específicas da enfermagem. Então, percebi que, a partir de algumas perguntas, a enfermeira sentiu necessidade de falar sobre e chamar a equipe de enfermagem como um todo para participar da discussão.

No início das observações, percebi um certo distanciamento (as profissionais referiram estar cansadas de ser da enfermagem, que tinha muito processo desnecessário que a enfermagem precisava fazer, que ficam sobrecarregadas) e que, quando houve o espaço para a discussão, percebi uma união dentro da categoria (inclusive uma união que a enfermeira queria para dentro da enfermagem, pois o movimento foi dela, que apesar de falar mais, também buscou conhecer e dar espaço para as técnicas de enfermagem falarem suas impressões).

Após este episódio, percebo que a equipe de enfermagem começa a levantar e se posicionar sobre as situações que lhe incomodam e apresentar suas necessidades nas reuniões de equipe. Além disso, a enfermeira traz em outros momentos a respeito das reflexões provocadas e de seu desejo de mudança, e, a partir disso, começou a conquistar maior espaço dentro das reuniões da equipe multiprofissional⁽¹⁸⁾.

Durante a entrevista com a equipe de enfermagem, uma fala da enfermeira importante veio à toa:

Só quando vem um olhar externo, que fala para a gente 'olha, avalia isso', 'olha e isso?', 'mas e aí, como é que fica?', aí a gente para pra pensar, porque a gente está fazendo as coisas tão no automático⁽¹⁸⁾.

Esses apontamentos nos remetem à relevância da gestão participativa, para que os processos de mudanças sejam efetivos nas práticas de enfermagem. Além disso, cabe destacar que o questionamento realizado pela enfermagem em relação à automatização do trabalho e a prática pouco reflexiva conferem barreiras importantes para a categoria no quesito da autovalorização e autonomia diante da equipe multiprofissional, pois a falta de empoderamento lhe confere posição de submissão. Esses questionamentos são essenciais dentro da enfermagem, para que as tensões existentes nas relações profissionais de saúde, determinadas social e



historicamente, sejam superadas, esculpindo melhores práticas no processo de trabalho, união da categoria e realização profissional e pessoal. Essas reflexões estão presentes, conseqüentemente, nas demais dimensões.

DIMENSÃO INVESTIGATIVA

A dimensão investigativa do processo de trabalho tem como finalidade, a partir das lacunas existentes do saber em enfermagem, destrinchar e encontrar novas práticas para a melhoria das dimensões - assistir, administrar, ensinar e pesquisar. Os novos conhecimentos desenvolvidos modificam, dessa forma, o processo de trabalho, demandando novas pesquisas para preencher as lacunas que surgem⁽¹⁷⁾.

Apesar de esta dimensão ser predominantemente menos ou então não praticada em detrimento das demais dimensões, é importante destacar a sua relevância na práxis do enfermeiro, principalmente quando associada à Educação Permanente, pois ela permite que os problemas do cotidiano sejam explorados e se busquem a transformação dos mesmos⁽¹⁷⁾.

A prática investigativa, enquanto alternativa para a mudança, pôde ser experimentada durante a pesquisa com o Consultório na Rua, pois, tanto no processo da observação participante quanto na devolução dos resultados à equipe, foi possível apontar questões a serem melhor desenvolvidas por meio da Educação Permanente como alternativa de um cuidado que esteja mais atento às especificidades da população. Como resultado desta prática, a enfermeira da equipe demonstrou necessidade de novas pesquisas voltadas para a enfermagem no Consultório na Rua, e manifestou interesse em realizar mestrado profissional para colaborar com a prática do serviço, sendo, desta forma, convidada a participar do grupo de pesquisas da faculdade⁽¹⁸⁾.

Os benefícios da pesquisa na prática da enfermagem incluem a possibilidade de transformar a realidade local a partir da identificação de um problema. Por meio de um raciocínio crítico e uma busca metódica e sistematizada por respostas, é possível intervir de maneira eficaz e emancipatória. Utilizar estratégias da pesquisa científica para solucionar problemas cotidianos, e aperfeiçoar os processos é outro exemplo prático dessa dimensão.

A pesquisa e o ensino são práticas que não podem estar separadas, segundo Freire⁽¹⁵⁾:

Ensino, porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquisa para constatar, constatando, intervenção, intervindo educo e me educo. Pesquisa para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.

DIMENSÃO EDUCATIVA

A dimensão educativa retoma o discutido sobre EPS e Educação Popular. Pautada em uma prática dialógica, a educação para enfermagem envolve a formação profissional, que deve ser contínua e garantir uma prática baseada em evidências, e a educação dos usuários, família e comunidade. Segundo Freire⁽¹⁵⁾, a educação deve respeitar o senso comum em seu processo de “superação” e estimular a capacidade criativa do outro, tendo compromisso com o desenvolvimento de uma consciência crítica.

Baseado nos ensinamentos de Freire, pode-se dizer que a formação profissional ocorre juntamente com a formação cidadã, sendo este um processo, que inclui o reconhecimento do sujeito como inacabado e autor da sua história no mundo, vivendo nele e sendo capaz de nele intervir⁽¹⁵⁾.

O relato a seguir evidencia a necessidade da Educação Permanente para a construção da equidade e respeito aos direitos das pessoas.

Foi identificado em alguns atendimentos de pessoas transgêneros que havia, por parte da equipe de enfermagem, divergências na escrita do nome social e registro do gênero nos papéis de solicitação de exames e na chamada pelo nome de registro e pelo pronome não correspondente a da identidade de gênero da pessoa em determinada situação. O serviço atendia grande quantidade de pessoas trans e travestis em situação de rua, além da equipe ser composta por uma pessoa trans.



Ao conversar sobre a situação com a pessoa trans da equipe, que, inclusive, era coordenadora de uma instituição que acolhe pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, queer, intersexo e assexuais (LGBTQIA+), que são expulsas de casa, ela trouxe uma questão importante na comunicação com a equipe, pois, apesar de apoiarem a causa, não se mobilizavam em relação à questão trans, transferindo a responsabilidade para ela por ser a única referência. Sempre era ela quem levantava a pauta, muitas vezes não era escutada e a equipe não discutia sobre a temática. Ela aborda também a dificuldade de ter serviços de referência dentro do município, existindo poucos que atendem à hormonioterapia e auxiliam no processo de transição de gênero. Traz a problemática de haver poucos locais de referência a quem a população pudesse recorrer, em consequência, muitas mulheres trans acabavam fazendo injeções para modificações corporais de forma insegura e com risco à saúde delas. Discutimos também sobre o processo de inserir o nome social no cartão SUS (é algo simples, realizado pelo site e podendo ser feito no computador do CnaR) e como isso facilitaria para a ficha de solicitação de exame, mas como é difícil mobilizar a equipe para fazer isso.

Ao conversar com outra profissional do serviço, a questão foi reforçada, sendo relatado que há sobrecarga da pessoa trans na equipe, pois ela é referência para o atendimento de todas as pessoas trans que o serviço atende, a equipe acaba “jogando” essa responsabilidade para ela⁽¹⁸⁾.

Quadro 2: Dimensões do processo de trabalho da enfermagem e exemplos práticos de cuidado às populações vulnerabilizadas. Campinas, 2021

Dimensões do processo de trabalho	Exemplos práticos de cuidado às populações vulnerabilizadas
Assistir	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer e aplicar as políticas nacionais voltadas às populações vulneráveis, atuando de acordo com suas especificidades para garantir os princípios do SUS. - Utilizar o trabalho vivo como ferramenta para transformação da prática e garantia dos direitos de saúde das populações. - Utilizar tecnologias leves para aproximação, acolhimento, criação de vínculo e cuidado integral.
Administrar-gerenciar	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer redes de saúde e intersetorial fortalecidas e com fluxos bem estabelecidos para enfrentamento das vulnerabilidades. - Promover uma gestão democrática, com espaços de discussão e debate, a fim de ofertar uma prática reflexiva dentro da equipe, evitando a mecanicidade do cuidado à saúde. - Acompanhar/gerir o cuidado a populações vulnerabilizadas em seu serviço/território. - Fortalecer as ações de participação social, para que haja representação no planejamento e nas tomadas de decisões.
Educar	<ul style="list-style-type: none"> - Consumir e difundir o conhecimento científico da área da saúde e da enfermagem para a equipe e população. - Realizar práticas de Educação Permanente dialógicas, com o objetivo de aprimorar os cuidados, garantir a segurança do paciente, valorizar o uso de tecnologias leves e considerar as vulnerabilidades e determinantes sociais de saúde. - Utilizar os conhecimentos da Educação Popular para as práticas com o usuário no momento, valorizando sua história, contexto, individualidade e saber prévio, de modo a educar para liberdade e emancipação. - Promover o olhar crítico sobre o sistema e modelo de saúde, o processo de trabalho, a prática diária e a sociedade.
Investigar	<ul style="list-style-type: none"> - Promover uma prática baseada em evidência. - Utilizar a metodologia e sistematização científica para solucionar problemas do dia a dia. - Utilizar momentos de Educação Permanente e popular para dialogar sobre problemas, meios e resultados. - Inserir os envolvidos no “problema” na busca por soluções, por meio da participação social e conselho local de saúde. É fundamental ouvir as reais necessidades e reconhecer as estratégias que de fato fazem sentido para eles. - Ser local/sujeito de pesquisa. - Realizar parcerias com universidades.

É fundamental realçar que não há ação livre de posicionamento político. Todas as práticas descritas buscam, além da garantia de direitos humanos, a concretização e sustentação do SUS segundo seus princípios e diretrizes, sendo que este é o objetivo macro das práticas educativas direcionadas para a atuação dos profissionais de enfermagem frente às populações vulnerabilizadas.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo refletiu sobre o processo de trabalho da enfermagem e o papel da EPS no cuidado a populações vulnerabilizadas, a fim de que sejam vistas em seus contextos, necessidades e individualidades. Há necessidades de avanço no campo da produção de conhecimento e no campo do trabalho, e essa produção contribui, ao citar exemplos de boas práticas e direcionar o olhar para a interseccionalidade e busca pela equidade.

O cuidado à saúde dos indivíduos vulnerabilizados exige prática reflexiva e transformadora. Neste sentido, a EPS é ferramenta revolucionária, ao contextualizar a prática educativa e valorizar a micropolítica, portanto, os trabalhadores.

Esses trabalhadores que cuidam, também compõem parcela da população oprimida historicamente, já que são seres históricos no mundo, construindo o mundo. Desta forma, a construção coletiva de conhecimento, com reconhecimento de saberes individuais, é mais do que uma opção, é uma necessidade para aprendizagem significativa.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIQ) - CNPq, da CAPES e do Fundo de Apoio ao Ensino, à Pesquisa e à Extensão - FAEPEX, da Pró-Reitoria de Pesquisa da UNICAMP.

REFERÊNCIAS

1. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16:923-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>
2. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec e FioCruz; 2009. 391-403p.
3. Feito L. Vulnerabilidad. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2007 [cited 2021 Sep 16];30:07-22. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original1.pdf>
4. Sevalho G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface Comun, Saúde, Educ*. 2018;22:177-88. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>
5. Pires RRC. Implementando Desigualdades: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas [Internet]. IPEA; 2019 [cited 2021 Sep 16] 53-78p. Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190612_implementando_desigualdades.pdf
6. Aith F, Scalco N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. *Rev USP*. 2015;(107):43-54. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p43-54>
7. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
8. Medina MG, Paim JS. Knowledge production, political action and equity: observatory of political analysis in health (OAPS) contributions. *An Inst Hig Med Trop* [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 16];16(2):21-30. Available from: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/noticias/producao-de-conhecimentos-acao-politica-e-equidade-contribuicoes-do-observatorio-de-analise-politica-em-saude/>
9. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JIJ. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(5):1397-406. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33552016>
10. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. 2016;25(3):535-49. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>
11. Organização Mundial de Saúde (OMS). Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CDSS). Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde: ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. 2005.



12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
13. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(16):161-77. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>
14. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Onoko R, Merhy EE. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 71-112 p.
15. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: PAZ e Terra; 2011. 30-60p.
16. Peduzzi M, Silva A, Lima M. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. In: Soares CB, Campos CMS. *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole; 2013. 217-243 p.
17. Bertoncini JH, Pires DEP, Ramos FRS. Dimensions of nursing work in multiple institutional scenarios. *Tempus Actas Saúde Coletiva [Internet]*. 2011 [cited 2021 Sep 16];5(1):123-33. Available from: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/922>
18. Bombonatti GR. *Processo de trabalho da enfermagem no Consultório na Rua e seus enfrentamentos [Dissertação]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem; 2020.
19. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(suppl 1):1-17. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
20. Rodríguez AMMM, Mishima SM, Lettiere-Viana A, Matumoto S, Fortuna CM, Santos DS. Nurses' work at Family Health Strategy: possibilities to operate health needs. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 6):1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0704>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c13>

CUIDADO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM TEA

Andréa Carmen Guimarães^I

ORCID: 0000-0002-7423-733x

Carlos Eduardo Lima Monteiro^{II}

ORCID: 0000-0003-0406-1882

Darlan Tavares dos Santos^{III}

ORCID: 0000-0002-8055-6898

Brisa D'Louar Costa Maia^I

ORCID: 0000-0002-4986-5502

Estélio Henrique Martins Dantas^{III}

ORCID: 0000-0003-0981-8020

^IUniversidade Federal de São João del Rei.
São Joao del Rei, Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III}Universidade Tiradentes.
Aracajú, Sergipe, Brasil.

Autora Correspondente:

Andréa Carmen Guimarães
andreaaguimaraes@ufsj.edu.br



Como citar:

Guimarães AC, Monteiro CEL, Santos DT, Maia BDLC, Dantas EHM. Cuidado e Qualidade de Vida em Pessoas com TEA. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 1. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 116-20 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c13>

Revisor: Carlos Roberto Lyra da Silva.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO COM JUSTIFICATIVA

O transtorno do espectro autista (TEA) com início na infância é considerado um transtorno do neurodesenvolvimento e tem como principais características a presença de dificuldades na linguagem/comunicação, interação social e comportamento⁽¹⁾. Tem sido um tema bastante discutido na comunidade científica bem como na sociedade⁽²⁾. A primeira aparição do termo “autismo” ocorreu em 1908, em uma análise realizada por Eugene Bleuer, que investigou indivíduos com quadros de esquizofrenia e os comparou com comportamentos similares àqueles apresentados por autistas. Contudo, seu estudo apareceu na comunidade em 1911, quando traz esse relato fundamentado sobre a psicopatologia em maiores escalas em comparação com a esquizofrenia⁽³⁻⁴⁾.

Desde então, iniciaram os estudos voltados para a população com autismo. Um dos primeiros ensaios experimentais realizados com esses indivíduos foi conduzido por Leo Kanner, em 1943, conhecido como um clássico na literatura científica acerca do tema e precursor na linha de pesquisa voltada para a área da saúde mental⁽⁵⁾. Teve como principal base de investigação um grupo de crianças com características comportamentais que destoava das demais na mesma faixa etária: disfunção na comunicação, isolamento social, existência de uma boa capacidade cognitiva e baixo padrão de comportamento nas rotinas diárias⁽⁵⁾. Outro estudo bastante referendado ocorreu no ano de 1944, pelo austríaco Hans Asperger, considerado pioneiro nas pesquisas sobre pessoas com TEA. Ele retratou características homogêneas em crianças com autismo, tais como problemas com a interação social, baixo desempenho motor e comunicação instável para um diálogo⁽⁶⁾.

Para uma fundamentação sobre o diagnóstico do TEA, deve-se atentar às orientações do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais” (DSM)⁽⁷⁾, que tem como



intuito orientar os profissionais da saúde sobre sua prática clínica ao realizarem as classificações dos diagnósticos em pacientes. Ressalta-se que, no ano de 1952, foi lançado o primeiro manual para a sociedade médica. Neste, podemos averiguar a influência dos estudos mencionados em que o autismo foi retratado como subgrupo da esquizofrenia infantil ⁽⁴⁾. Ao longo dos anos e a cada nova edição, mudanças ocorreram, e notou-se que o autismo veio ganhando certa atenção ⁽⁴⁾.

No ano de 2013, foi lançada a quinta e atual edição, com nova organização para o diagnóstico do TEA, em que o autismo deixou de estar relacionado ao “transtorno global do desenvolvimento”, incluindo uma nova nomenclatura denominada “transtorno do espectro autista”. Esta culminou na inclusão dos termos “autismo”, “síndrome de Asperger”, “transtorno desintegrativo da infância” e “transtorno global do desenvolvimento”, sem outros termos específicos dentro desse novo conceito ⁽⁴⁾.

Consequentemente, o TEA é conceituado como um transtorno do neurodesenvolvimento, cujos sintomas aparecem nos indivíduos quando na primeira infância. Considerando que cada pessoa com TEA possui uma característica individual, pode-se dizer que não existe uma pessoa autista igual a outra ⁽¹⁾. Além disso, as características são apresentadas pelas irregularidades na linguagem, comportamentos inadequados para o ambiente e situações rotineiras, o que prejudica substancialmente as atividades de vida diária, bem como o rendimento profissional e escolar ⁽¹⁾.

São três os níveis de gravidade do TEA: leve, moderado e intenso. Sua classificação se dá em função do comprometimento nos aspectos da comunicação e presença de comportamento repetitivo e/ou estereotipado; ou seja, tal classificação depende do apoio demandado nessas duas áreas ⁽¹⁾. Dessa forma, o nível leve exigirá pouco apoio; já no nível moderado, existe a necessidade de um apoio substancial; e no nível intenso, é preciso um apoio muito substancial, com a necessidade de mais atividades terapêuticas da comunicação e do comportamento ⁽¹⁾. Isto posto, entende-se que a população com transtorno do espectro autista necessita de cuidados e atendimento direcionados ao comportamento para uma melhoria nas atividades diárias ⁽¹⁾.

Alguns dados epidemiológicos vêm chamando atenção da comunidade científica pelo número de casos apresentados desde 2000, chegando a um aumento de 178% até o ano de 2018. Ainda, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos da América do Norte, informa que, no ano de 2020, a cada 54 crianças nascidas, 1 está dentro do TEA ⁽⁸⁾. Ao tratar desses dados em âmbito global, a Organização Mundial da Saúde ⁹ indica que, aproximadamente, 1 a cada 160 pessoas que nascem no mundo apresenta autismo.

No Brasil, ainda é impossível prever tamanho aumento de maneira fidedigna uma vez que os dados fornecidos não estão dentro de um padrão estabelecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Porém, pesquisas estimam que 1 a cada 360 pessoas nascidas no Brasil, no ano de 2011, tem autismo, o que se considera um dado discutível por se tratar de taxa inferior à mundial ⁽¹⁰⁾. Porém, um dado relevante sobre tratamentos realizados no Brasil refere-se a um maior número de pessoas sendo atendidas na Região Sudeste do país, principalmente no estado de São Paulo ⁽¹⁰⁾.

O aumento de diagnósticos apresentados tem uma relação proximal com as mudanças do DSM no decorrer das atualizações das edições, entre a terceira e quinta edição. Nesse sentido, as informações e estudos voltados para essa população vêm trazendo maiores esclarecimentos sobre o TEA ⁽¹¹⁾.

Sabe-se que existe uma causa genética para o autismo, porém o gene responsável pelo transtorno ainda não foi identificado, no entanto o fator “ambiente” também segue sendo considerado, inclusive como aquele que contribui com os sintomas mais exacerbados nos indivíduos ⁽¹²⁻¹³⁾. Os critérios estabelecidos para os diagnósticos são realizados pela área médica; apesar disso, profissionais da área da saúde e da educação que atuam diretamente com o público infantil devem se atentar às demandas desses indivíduos em razão do aumento expressivo de pessoas com TEA ⁽¹⁴⁾.

Esse aumento no número de pessoas com transtorno do espectro autista é um alerta para a saúde pública, apontando a necessidade de cuidados para com essa patologia. Além dos gastos com tratamentos, que são relativamente altos, há uma demanda de suporte aos familiares de pessoas com TEA, bem como ao próprio



indivíduo acometido pelo transtorno, para favorecer melhores condições de tratamento e, por sua vez, uma vida ativa e saudável com mais autonomia e qualidade ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

O interesse pelo estudo do conceito de qualidade de vida tem atraído a atenção de muitos pesquisadores, em especial dos que trabalham com saúde e, particularmente, daqueles que cuidam de pessoas com algum tipo de transtorno envolvendo a saúde mental ⁽¹⁷⁾. A qualidade de vida é um fenômeno multidimensional, abrangendo diversos domínios do bem-estar, seja físico, seja emocional, material, interpessoal, financeiro, espiritual. Estes são diretamente influenciados pelo ambiente, pela sociedade, pelo capital cultural do indivíduo, pela sua condição financeira, bem como pela presença ou não de algum tipo de deficiência ⁽¹⁸⁾. Pesquisadores com estudos relacionados à qualidade de vida acabam por desenvolver diversos parâmetros de avaliação que auxiliam nas avaliações e indicadores. É possível verificar/medir a qualidade de vida em populações específicas, objetivando desenvolver estratégias de intervenções que resultem na promoção do bem-estar individual e coletivo dessas populações ⁽¹⁹⁻¹⁸⁾.

O TEA apresenta diversos sintomas centrais, com características próprias do quadro clínico, que afetam diretamente o bem-estar desses indivíduos ⁽⁴⁾. Algumas características como dificuldades na linguagem/comunicação, interação social e comportamento são apresentadas por indivíduos com TEA, principalmente crianças e adolescentes, implicando o atraso do desenvolvimento motor e das habilidades motoras, além do nível limitado de atividade física ⁽²⁰⁻²¹⁾.

Não obstante, tais achados influenciam diretamente a saúde dessa população, pois, quando comparada à de indivíduos com desenvolvimento típico, verifica-se que há uma maior incidência de sobrepeso e obesidade na população com TEA ⁽²¹⁾. A obesidade, além de trazer diversos riscos para a saúde, tem um impacto negativo adicional na motivação de se relacionar socialmente, sobretudo em atividades que envolvam aspectos físico-motores, como jogos e brincadeiras, causando ainda mais isolamento social desses indivíduos e, conseqüentemente, maior impacto negativo na qualidade de vida ⁽²⁰⁻²¹⁾.

Vale ressaltar que a família de indivíduos com TEA, quando comparada com famílias de indivíduos neurotípicos, apresenta um funcionamento prejudicado, incluindo problemas relacionados à saúde mental dos pais, qualidade de vida e muitas dificuldades parentais ⁽²²⁾. Pode-se verificar também que tais famílias passam por diversas fases durante o processo diagnóstico, o qual, por sua vez, gera uma aflição, em especial nas mães; porém, após esse período inicial, há um direcionamento da família em busca do cuidado/atenção/estímulo à criança autista ⁽²³⁾.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a intervenção realizada com indivíduos com TEA deve ser orientada para diminuir os sintomas causados e valorizar as potencialidades dessas pessoas, ou seja, o tratamento do TEA visa a uma melhora da qualidade de vida ⁽⁴⁾. Para tanto, o exercício físico é uma intervenção de extrema relevância, estimulando as potencialidades. Isso pode ser observado nos estudos ⁽²⁴⁻²⁵⁾ que demonstraram uma melhora significativa no domínio motor, social e nos comportamentos repetitivos e estereotipados. Em um estudo de 48 semanas de intervenção utilizando um programa de exercícios físicos com indivíduos com TEA ⁽²⁰⁾, demonstrou-se que há uma forte associação entre a redução dos sintomas primários e gerais do TEA e a aplicação desse programa, confirmando, assim, a influência positiva do exercício físico como uma intervenção eficaz para produzir ganhos na saúde e na qualidade de vida de indivíduos com TEA ^(20,26).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados epidemiológicos apresentados demonstraram um crescimento acentuado do número de diagnósticos em crianças com TEA ⁽⁸⁻⁹⁾. Isso tem intrigado os pesquisadores e veio a fomentar o número de pesquisas relacionadas a essa população considerada vulnerável. Com base no panorama apresentado, faz-se necessário aumentar o suporte técnico-científico para poder suprir a carência de conhecimentos e informações da sociedade acerca do transtorno do espectro autista. Isso inclui informar sobre as características,



implicações, direitos bem como possibilidades de experiências que promovam a percepção do potencial de pessoas com TEA. A otimização do diagnóstico pode permitir o tratamento precoce e o processo de aceitação e sensibilização da família a respeito da condição crônica e das informações de acesso ao tratamento multidisciplinar, o que pode melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com TEA. A finalidade é minimizar os gastos com a saúde, possibilitar melhor condição de bem-estar e propiciar experiências e vivências promovendo tanto autonomia na realização das atividades do cotidiano quanto convívio e socialização. Além disso, objetiva-se promover estratégias de cuidado para com a família e sociedade, visando a uma melhor qualidade de vida geral.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (Org.). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. Araújo JB. O Autismo no Brasil: no processo histórico, inclusivo e terapêutico. In: Jorge Rs (Org.). Educação em foco: desafios e possibilidades. 2021. pp. 29-40. <https://doi.org/10.46420/9786588319574>
3. Gadia CA, Tuchman R, Rotta NT. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. J Pediatría. 2004;80(2):83–94.
4. Liberalasso P, Lacerda L. Autismo: compreensão e práticas baseadas em evidências. Curitiba. PR. 2020.
5. Viana ACV, Martins AAE, Tensol IK, Barbosa KI, Pimenta NMR, Souza Lima, BS. Autismo: uma revisão integrativa. Rev Saúde Dinâmica [Internet]. 2020[cited 2021 Nov 10];2(3):1-18. Available from: <http://www.revista.faculdadedinamica.com.br/index.php/sausedinamica/article/view/40>
6. Pontes AN. Triagem do Transtorno do Espectro do Autismo em escolares: uso da inteligência artificial. Memnon Edições Científicas; 2020. 51 p.
7. Sena T. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. INTERthesis: Rev Int Interdisc. 2014;11(2):96-117.
8. Center of diseases control and prevention (CDC). Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network [Internet]. 2020[cited 2021 Jun 17]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/addm.html>
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). Autism Spectrum Disorders [Internet]. 2019[cited 2021 Jun 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
10. Portolese J, Bordini D, Lowenthal R., Zachi EC, Paula CSD. Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. Cad Pós-Grad Distúrb Desenvol [Internet]. 2017[cited 2021 Jun 17];17(2):79-91. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpdd/v17n2/v17n2a08.pdf>
11. Araújo AC, Neto FL. A nova classificação americana para os transtornos mentais—o DSM-5. Rev Bras Ter Comport Cogn [Internet]. 2014[cited 2021 Jun 17];16(1):67-82. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>
12. Fischbach GD, Lord C. The Simons Simplex Collection: a resource for identification of autism genetic risk factors. Neuron. 2010;68(2):192–5. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.10.006>
13. Schmidt C. Autism spectrum disorders: where we are and where we are going. Psicol Estud [Internet]. 2017[cited 2021 Jun 17];22(2):221–30. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102296#fulltext_urls_biblio-1102296
14. Teixeira G. Manual do autismo. Editora Best Seller, 2016.
15. Fávero MAB, SANTOS MA. Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. Psicol: Reflex Crít. 2005;18(3):358-69.
16. Gomes P, Lima LH, Bueno MK, Araújo LA, Souza NM. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. J Pediatr. 2015;91:111-21.
17. Lodhi FS, Montazeri A, Nedjat S, Mahmoodi M, Farooq U, Yaseri M, Kasaeian A, et al. Assessing the quality of life among Pakistani general population and their associated factors by using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF): a population based cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2019;17(1):9. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1065-x>



18. AriasVB, Gómez LE, Morán ML, Alcedo MÁ, Monsalve A, Fontanil Y. A qualidade de vida difere para crianças com transtorno do espectro do autismo e deficiência intelectual em comparação com seus pares sem autismo?. *J Autism Developm Disorders*. 2018;48(1):123-36.
19. Schalock RL, Verdugo MA, Gómez LE. Evidence based practices in the field of intellectual and developmental disabilities: an international consensus approach. *Eval Program Plann*. 2011;34:273-82. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2010.10.004>
20. Toscano C, Carvalho HM, Ferreira JP. Exercise effects for children with autism spectrum disorder: metabolic health, autistic traits, and quality of life. *Percept Mot Skills*, 2018;125(1):126-46. <https://doi.org/10.1177/0031512517743823>
21. Ruggeri A, Dancel A, Johnson R, Sargent, B. The effect of motor and physical activity intervention on motor outcomes of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Autism: Int J Res Pract*. 2020;24(3):544-68. <https://doi.org/10.1177/1362361319885215>
22. Green JL, Rinehart N, Anderson V, Efron D, Nicholson JM, Jongeling B, et al. Association between autism symptoms and family functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a community-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(12):1307-18. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0861-2>
23. Mapelli LD, Barbieri MC, Castro GVDZB, Bonelli MA, Wernet M, Dupas G. Criança com transtorno do espectro autista: cuidado na perspectiva familiar. *Esc Anna Nery*. 2018 ;22(4):e20180116. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0116>
24. Sowa M, Meulenbroek R. Effects of physical exercise on Autism Spectrum Disorders: A meta-analysis. *Res Autism Spectrum Disorders* [Internet]. 2012[cited 2021 Jun 17];6(1):46-57. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946711001516>
25. Tilford JM, Payakachat N, Kovacs E, Pyne JM, Brouwer W, Nick T, et al. Preference-based health-related quality-of-life outcomes in children with autism spectrum disorders. *Pharmacoeconomics*. 2012;30(8):661-79. <https://doi.org/10.2165/11597200-000000000-00000>
26. Bremer E, Crozier M, Lloyd M. A systematic review of the behavioral outcomes following exercise interventions for children and youth with autism spectrum disorder. *J Autism*. 2016;20(8):89. <https://doi.org/10.1177/1362361315616002>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c14>

MAPA DIÁRIO DA CRIANÇA: IDENTIFICANDO VULNERABILIDADES E FORTALEZAS COTIDIANAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Débora Falleiros de Mello¹

ORCID: 0000-0001-5359-9780

Maria de La Ó Ramallo Veríssimo^{II}

ORCID: 0000-0002-5474-0245

Aurea Tamami Minagawa Toriyama^{III}

ORCID: 0000-0003-0288-5714

Jeniffer Stephanie Marques Hilário^I

ORCID: 0000-0001-5541-6546

Ana Paula Garbuio Cavalheiro^{II}

ORCID: 0000-0002-0978-5217

¹Universidade de São Paulo.
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^{II}Universidade de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Débora Falleiros de Mello
defmello@eerp.usp.br

Como citar:

Mello DF, Veríssimo MLÓR, Toriyama ATM, Hilário JSM, Cavalheiro APG. Mapa Diário da Criança: identificando vulnerabilidades e fortalezas cotidianas na primeira infância. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 121-8 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c14>

 Revisor: Prof. Dr. Renan Sallazar Ferreira Pereira.
Universidade Federal do Tocantins.
Palmas, Tocantins, Brasil.

INTRODUÇÃO

A primeira infância engloba os seis primeiros anos de vida, etapa em que o desenvolvimento saudável constitui uma base sólida para a saúde integral. Evidências científicas crescentes demonstram que o ambiente em que a criança vive afeta seu desenvolvimento, e é necessário ter atenção às circunstâncias de estresse ou instabilidade e às repercussões de longo alcance na saúde, aprendizagem, comportamento e longevidade⁽¹⁻³⁾.

Assim, o cuidado da criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento é de extrema importância para a saúde, sendo fundamental conhecer e intervir nas situações vulneráveis, com vistas à prevenção de agravos e à promoção da saúde e do desenvolvimento na infância.

No contexto da promoção da saúde e do desenvolvimento, na primeira infância, o presente capítulo tem os seguintes objetivos: caracterizar a vulnerabilidade em saúde no campo da primeira infância; descrever os domínios que compõem a abordagem do *Nurturing Care*; propor os elementos de um mapa diário para identificação de situações cotidianas vulneráveis, no ambiente de cuidado da criança, na primeira infância; sintetizar as implicações para a prática de enfermagem na promoção da saúde e do desenvolvimento, na primeira infância, no âmbito da atenção primária à saúde.

VULNERABILIDADE EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

O conceito de vulnerabilidade no campo da saúde é de grande importância e oferece muitos elementos para entender o processo de crescimento e desenvolvimento e suas repercussões no ambiente de cuidado de crianças.

A criança tem peculiaridades inerentes ao processo de desenvolvimento humano, nos primeiros anos de vida,



que podem compor aspectos de vulnerabilidade, denominada na Figura 1. A condição de vulnerabilidade está relacionada às possibilidades de sofrer prejuízos ou atrasos no desenvolvimento, caso ela viva em um contexto de situações adversas que impactam o seu desenvolvimento⁽⁴⁾.

Vulnerabilidade: em sua definição há enfoque na chance de exposição das pessoas ao adoecimento, que expressa um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais. Esse conjunto de aspectos está implicado com a maior suscetibilidade ao adoecimento e à disponibilidade ou não dos recursos de proteção.

Figura 1: Aspectos referentes à vulnerabilidade em saúde⁽⁵⁾

A vulnerabilidade em saúde envolve três grandes eixos: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade institucional⁽⁵⁾ e também pode ser vista desse modo para as crianças⁽⁶⁾.

No contexto da vulnerabilidade individual envolvendo a criança, estão relacionados aspectos da estrutura familiar, laços afetivos, redes de apoio, proteção física e segurança e experiências adequadas ao desenvolvimento da criança⁽⁶⁾. A ausência de um ambiente seguro compreende uma rede familiar fragilizada, tanto estruturalmente quanto afetivamente, as lacunas nos cuidados à saúde e na prevenção de agravos, um padrão alimentar inadequado, a exposição a agentes ou situações danosas, entre outros, que podem prejudicar o desenvolvimento pleno da criança⁽⁶⁾. Ainda, cabe ressaltar que as fragilidades no pré-natal, parto e nascimento e em situações clínicas da criança também são importantes para caracterizar a vulnerabilidade, na primeira infância, e para averiguar quais condições são evitáveis e apresentam potenciais de intervenção em saúde⁽⁶⁾.

O componente da vulnerabilidade social envolve o nível de escolaridade dos cuidadores, renda familiar, acesso ao mercado de trabalho, saúde, habitação, saneamento básico e educação⁽⁶⁾. Esses elementos podem diminuir ou aumentar as vulnerabilidades para as crianças e suas famílias, visto que estão imbricados com a insuficiência de recursos sociais e as iniquidades na inserção social das famílias, bem como pelo acesso aos direitos à proteção e promoção social⁽⁶⁾.

O componente da vulnerabilidade institucional está vinculado às lacunas e aos descumprimentos de ações e de estratégias político-programáticas, expressando as fragilidades de políticas públicas na sociedade e para atender às necessidades das famílias e suas crianças⁽⁶⁾. O cenário político-programático é caracterizado pelo compromisso político, sustentabilidade institucional das políticas, recursos humanos e materiais, definição de políticas específicas ao desenvolvimento infantil, atividades intersetoriais, responsabilidade social e jurídica dos serviços, controle social do planejamento e execução das políticas envolvendo a infância⁽⁶⁾.

No campo da vulnerabilidade em saúde da criança, também já foram delimitados os marcadores de vulnerabilidade, apresentados na Figura 2, que são importantes para configurar as disfunções no desenvolvimento socioemocional de lactentes⁽⁷⁾.

MARCADORES DE VULNERABILIDADE SOCIOEMOCIONAL NA INFÂNCIA⁽⁷⁾

Vulnerabilidade Individual

- Dificuldade dos pais/cuidadores em se relacionar com a criança
- Fragilidade dos pais/cuidadores na proteção física e segurança da criança
- Situação de adoecimento dos pais/cuidadores
- Presença de instabilidade nas relações familiares e no apoio social
- Situação de violência e/ou dependência química dos pais/cuidadores

Vulnerabilidade Social

- Dificuldade de autonomia dos pais/cuidadores devido à condição sociocultural
- Precariedade nas condições socioeconômicas dos pais/cuidadores

Vulnerabilidade Institucional

- Indisponibilidade de programas para atender à criança e sua família

Figura 2: Lista de marcadores de vulnerabilidade socioemocional na infância⁽⁷⁾



OS DOMÍNIOS DO NURTURING CARE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Na primeira infância, o potencial de desenvolvimento está ligado à aquisição de habilidades. As dimensões relacionadas à aquisição de habilidades saudáveis referem-se à saúde, à nutrição, à segurança e proteção, aos cuidados responsivos e à aprendizagem oportuna⁽³⁾.

Essas dimensões constituem os domínios da proposta denominada *Nurturing Care*^(3,8) que é uma diretriz para integrar ações indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento na primeira infância, fundamentada em evidências científicas reunidas e lançadas em 2018, na Assembleia Mundial da Saúde.

A abordagem do *Nurturing Care* enfatiza o ambiente de cuidado sensível às necessidades de saúde e nutricionais das crianças, bem como o envolvimento responsivo, emocionalmente favorável e estimulante do desenvolvimento apropriado, protegido contra adversidades e com oportunidades para brincar e explorar^(3,8). A Figura 3 mostra os domínios da atenção integral às crianças propostos nesta abordagem.



Figura 3: Domínios do *Nurturing Care*⁽³⁾.

Intervenções voltadas ao desenvolvimento, na primeira infância, focadas na parentalidade responsiva, aprendizagem precoce e educação nutricional, apresentaram melhorias efetivas no desenvolvimento infantil de curto prazo, em vários contextos de países de baixa e média renda⁽²⁻³⁾. Evidências crescentes vêm enfatizando que a intervenção oportuna e precoce pode mudar o curso de vida das crianças, particularmente as menos favorecidas, sendo essencial a promoção do desenvolvimento humano desde a primeira infância, com atuações multissetoriais que incluem ações de saúde, nutrição, acesso a serviços, ambiente seguro e afetivo, defesa de direitos, proteção e oportunidades de aprendizagem^(3,9).

As evidências científicas indicam que as crianças acompanhadas em visita domiciliar (VD) atingiram mais facilmente dimensões cognitiva, comportamental, socioemocional e no crescimento físico⁽¹⁰⁻¹¹⁾. A VD tem sido estabelecida como uma importante estratégia de saúde pública para apoiar a saúde e o bem-estar social de famílias vulneráveis, com o objetivo de fortalecer o relacionamento entre cuidadores parentais e filhos



pequenos, melhorar a saúde e o desenvolvimento infantil e conectar as famílias aos serviços de saúde, evitando negligências⁽¹²⁾. Políticas públicas com foco na primeira infância, a partir de visita domiciliar, centrada nos cuidadores parentais, permitem intervir no ambiente familiar, conhecendo e potencializando efeitos positivos ao desenvolvimento infantil.

Nos últimos anos, o perfil da morbidade infantil apresentou diversas mudanças, mudando para maiores exposições à violência, pais usuários de drogas, sedentarismo, aumento da obesidade, além de importantes iniquidades em saúde, decorrentes das desigualdades econômicas, raciais e étnicas vivenciadas⁽¹³⁾. Desse modo, as crianças que vivem em países de renda baixa e média são mais vulneráveis às desigualdades e aos danos ao desenvolvimento, acumulando resultados negativos no funcionamento cognitivo e socioemocional, bem como em sua educação e renda futura, contribuindo assim para a continuidade das desigualdades⁽¹³⁾.

Assim, os contextos sociais e familiares necessitam de entendimento amplo e de apreensão de singularidades que busquem oferecer suporte e intervenções oportunas. Nessa perspectiva, o mapa diário é um recurso que pode adensar a etapa de coleta de informações para a avaliação das situações envolvendo a criança pelo enfermeiro, durante as consultas no serviço de saúde ou em visita domiciliar. Embora a análise da situação de saúde inclua outras etapas e procedimentos, como a avaliação clínica da criança, os dados relativos aos cuidados cotidianos são essenciais para a compreensão das vulnerabilidades e dos fatores de proteção a que cada criança está submetida.

MAPA DIÁRIO DA CRIANÇA: CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA PRIMEIRA INFÂNCIA

A enfermagem em saúde da criança vem desenvolvendo ações no campo da atenção primária à saúde com enfoque na vigilância em saúde, para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; incentivo, apoio e manejo do aleitamento materno; orientação da alimentação saudável; vacinação completa; prevenção de acidentes e atenção às doenças prevalentes na infância⁽¹⁴⁾. Essas práticas de saúde buscam proporcionar boas condições de saúde na infância, uma vez que os cuidados dispensados, interações positivas, estímulos apropriados e alimentação saudável são fundamentais ao processo de crescimento e desenvolvimento das crianças.

Na abordagem do *Nurturing Care*, envolvendo saúde, nutrição, segurança e proteção, aprendizagem precoce e cuidados responsivos, o mapa diário pode permear os cinco componentes no cotidiano da criança. As preocupações e os desafios são com o ambiente de cuidado cotidiano das crianças pequenas, para ofertar mais atenção e captar mais as situações vulneráveis. A captação de tais situações, no âmbito individual, visa a conhecer aspectos da experiência da criança no âmbito doméstico e demanda utilização de estratégias eficazes de levantamento e análise de dados. Tais estratégias devem possibilitar formar um relacionamento de trabalho e de confiança com a família.

Nesse caminho, um **mapa diário da criança**, para descrever e identificar os elementos do cotidiano, apresentado no Quadro 1, pode conter as singularidades do ambiente de cuidado, na primeira infância. Parte-se do pressuposto de que um mapa diário é desencadeado por perguntas-chave pelos/as profissionais enfermeiros/as que analisam o caminho da rotina da criança e das práticas a ela ofertadas em 24 horas. Simultaneamente, podem ser captadas informações e fornecidas orientações aos cuidadores parentais.

As perguntas-chave envolvem temas a serem abordados, no diálogo com a família. Também possibilitam um entendimento da dinâmica e das potencialidades, para melhorar o cuidado das crianças e famílias, permitindo conhecer as condições socioeconômicas, culturais e emocionais, incrementar soluções e elogiar as condutas pertinentes e protetoras. Adicionalmente, as informações entrelaçadas oferecem um elenco de possíveis aspectos vulneráveis, bem como podem favorecer reforços de fortalezas e resolução de incertezas. As perguntas-chave consideram aspectos que não podem deixar de ser detectados, que delimitam e que objetivam um levantamento de dados significativos para o cotidiano da criança^(4,8,14).



Quadro 1: Mapa Diário da Criança com perguntas-chave aos cuidadores parentais

- A que horas <nome da criança> costuma acordar?
- O que você faz com <nome da criança> nesse momento?
- O que você faz durante a manhã?
- Na parte da manhã <nome da criança> costuma fazer cochilo?
- O que você oferece depois que acorda do cochilo?
- <Nome da criança> come algo no meio da manhã?
- A que horas <nome da criança> tem o almoço?
- Quem organiza/elabora o almoço?
- O que <nome da criança> come no almoço?
- Como é o momento do almoço?
- O que <nome da criança> faz depois do almoço?
- Na parte da tarde <nome da criança> costuma fazer cochilo?
- O que você oferece depois que acorda do cochilo?
- <Nome da criança> come algo no meio da tarde?
- O que você faz com <nome da criança> durante a tarde?
- A que horas <nome da criança> tem o jantar?
- O que <nome da criança> come no jantar?
- Como é o momento do jantar?
- O que <nome da criança> faz depois do jantar?
- A que horas <nome da criança> costuma dormir?
- Como você faz para auxiliar <nome da criança> a dormir?
- Onde <nome da criança> dorme?
- Durante a noite <nome da criança> desperta? Quantas vezes? O que você faz quando desperta à noite?
- Você tem pessoa(s) de confiança para ajudar no cuidado de <nome da criança>?
- Quais são suas principais preocupações ou dificuldades em relação ao cuidado de <nome da criança>?
- Qual foi a última coisa que você lembra de <nome da criança> ter aprendido? Como foi?
- Como você percebe que <nome da criança> está doente?
- O que você faz quando <nome da criança> está doente?
- Você costuma ler a Caderneta da Criança de <nome da criança>?
- <Nome da criança> gosta de brincar de que? Quem brinca com <nome da criança>?
- Vocês frequentam alguma atividade em grupos ou associações?
- Vocês conhecem/frequentam o Centro de Assistência Social? Creches? Escolas? Outras instituições?

No processo de identificar situações vulneráveis e fortalecedoras, o diálogo é fundamental para a compreensão dos cuidados encadeados, em cada momento rotineiro da criança. Assim, é possível analisar como estão sendo os principais momentos relacionados a:

- **Sono:** número de horas noturnas e diurnas, número de despertares noturnos, local em que a criança dorme, manejo do sono e conforto da criança, rotina e estratégias para o sono, como banho, amamentação ou mamadeira, ler e contar histórias; dificuldades para dormir;
- **Brincar:** momentos e tipos de brincadeiras, tipos de brinquedos, uso de telas, uso de livros, participação de outros membros da família, chances de acidentes, presença de irmãos e convivência com outras crianças, no cotidiano da família;
- **Aleitamento e alimentação:** frequência de mamadas, número de refeições, quantidade, qualidade e modo do preparo dos alimentos, interação durante momentos da dieta, momentos de brincadeiras durante as refeições, dificuldades;
- **Higiene:** frequência, horário, momentos de brincadeiras no banho, participação de outros membros da família, quais as expectativas da família na fase de “desfralde” (ou controle esfíncteriano), incentivo para a criança praticar o autocuidado;
- **Eliminações:** frequência, aspecto, quantidade, dificuldades;
- **Choro:** momentos mais frequentes, intensidade, relações do choro com circunstâncias da vivência da criança, tipo do choro; como e quando a família conforta/consola;



- **Inter-relações sociais:** como são as interações com as pessoas da família, demonstrações de afeto, contato visual, linguagem, expressões corporais, sorriso social, toque e interações físicas, apelidos;
- **Cognição e aprendizagem:** como a criança aprende melhor, como reproduz o que aprende, como a família valoriza/comemora o que a criança demonstra ter aprendido, como a família impõe limites na exploração do ambiente, como a família incentiva a independência da criança;
- **Doença e acesso a serviços de saúde:** vacinação, medicamentos e vitaminas/minerais: a família sabe como acessar e recorrer aos serviços de saúde, reconhece e valoriza os sinais de doença (queixas e manifestações);
- **Rede de apoio e equipamentos sociais:** a quem a família recorre em caso de necessidade (família estendida, comunidade, serviços de saúde, educação e desenvolvimento social, igreja, grupos e associações);
- **Busca de informações:** leitura e uso da Caderneta da Criança, telefonemas para unidade de saúde/creche, uso de mídias sociais, dificuldades socioeconômicas, culturais e emocionais, participação de outros membros da família e comunidade, conhecimento sobre direitos da criança e da família.

A partir do diálogo e do relato para conformação do mapa diário, tanto em visita domiciliar quanto em consulta de enfermagem, é possível analisar hábitos que podem ser negligentes, punitivos e geradores de estresse, refletindo parentalidade mais negativa e insegura que demanda maior atenção e apoio da equipe de saúde. Também é possível identificar cuidadores que se envolvem com mais frequência em interações, cuidados afetuosos e brincadeiras com a criança. Tais comportamentos relacionam-se à parentalidade mais reflexiva, afetiva e responsiva e podem ser elogiados e reforçados, igualmente na perspectiva de apoio aos cuidadores.

A identificação e a análise das diferentes situações permitem organizar um plano de cuidados, desde orientações simultâneas durante a apreensão do mapa diário quanto após a sua obtenção, para dar seguimento com visita domiciliar e consulta de enfermagem subsequentes. Nesse diálogo, o enfermeiro oferece atenção e pode reforçar as ações, esforços e capacidades da família, tornando-a mais confiante e apoiando-a nas situações que demandam mudanças. A análise das informações obtidas visa a identificar situações cotidianas vulneráveis, elencadas no Quadro 2.

Quadro 2: Lista de situações cotidianas vulneráveis identificadas por meio do Mapa Diário da Criança

- Dificuldades para interagir com a criança
 - Ausência de acolhimento às necessidades da criança
 - Relação conflituosa com a criança
- Incertezas e dúvidas nos cuidados cotidianos que impactam a proteção e segurança da criança:
 - Alimentação inadequada
 - Excesso ou fragilidades na estimulação da criança
 - Lacunas na higiene da criança e do ambiente
 - Insegurança e desproteção na rotina da criança
 - Equívocos no estabelecimento de limites
- Sobrecarga e estresse dos cuidadores parentais
- Fragilidades dos cuidadores parentais na proteção física e segurança da criança
- Situações de adoecimento dos cuidadores parentais
- Presença de instabilidade nas relações familiares e no apoio social
- Situações de violência e/ou dependência química dos cuidadores parentais e familiares
- Dificuldades financeiras para aquisição/acesso aos diferentes recursos

A compreensão dessas situações de vulnerabilidade é de extrema importância para o planejamento das práticas de promoção da saúde, na primeira infância⁽⁴⁾. Considerando que, nesse período, a criança não pode assumir a tomada de decisões a respeito de sua saúde, a dependência de um adulto cuidador de referência torna-se essencial para sua sobrevivência e desenvolvimento, bem como ganha relevância o uso de instrumentos analíticos para o reconhecimento de suas condições de vulnerabilidade⁽⁶⁾.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo trouxe elementos de um mapa diário que proporciona a identificação de vulnerabilidades e de fortalezas, explorando situações cotidianas por meio de perguntas-chave e suas repercussões à saúde e ao desenvolvimento, na primeira infância. A propositura do mapa diário da criança pode contribuir para expandir o levantamento/coleta de dados e o agrupamento de informações, no processo de enfermagem.

O processo de enfermagem pode ser aplicado tanto em visita domiciliar quanto em consulta de enfermagem, no campo da atenção primária à saúde da criança. Após o levantamento de dados, o enfermeiro deve prosseguir com as etapas de diagnósticos de enfermagem, planejamento do cuidado de enfermagem, implementação ou prescrição de enfermagem e avaliação das intervenções de enfermagem⁽¹⁵⁾ que possibilitam um cuidado sistematizado e individualizado.

Assim, a aplicação de um mapa diário possibilita a obtenção das informações com mais exatidão e faz emergir um encadeamento das práticas parentais ofertadas, ao longo do dia. No processo de cuidar das crianças, é importante iluminar mais as situações cotidianas para identificar com mais nitidez as vulnerabilidades e contribuir para reduzi-las, com intervenções oportunas, criativas e promotoras de saúde e desenvolvimento individual e coletivo.

Na atuação dos/as profissionais enfermeiros/as, aliar-se às famílias para um cuidado integral da criança proporciona o apoio necessário à construção de corresponsabilidades e contribui para o fortalecimento do desenvolvimento pleno.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo fomento à pesquisa e produção científica-CNPq Proc 309762/2019-7.

REFERÊNCIAS

1. Shonkoff JP, Fisher, PA. Rethinking evidence-based practice and two-generation programs to create the future of early childhood policy. *Dev Psychopathol.* 2013;25(4):1635-53. <https://doi.org/10.1017/s0954579413000813>
2. Britto PA, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet.* 2017;389(10064):91-102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
3. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet.* 2017;389(10064):77-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
4. Veríssimo MLÓR. Necessidades essenciais das crianças para o desenvolvimento: referencial para o cuidado em saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03283. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017017403283>
5. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas C.M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-39.
6. Silva DI, Chiesa AM, Veríssimo MLÓR, Mazza VA. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(6):1397-402. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600021>
7. Silva DI, Mello DF, Takahashi RF, Hollist CS, Mazza VA, Veríssimo MLÓR. Validation of vulnerability markers of dysfunctions in the socioemotional development of infants. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018;26:e3087. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2736.3087>
8. WHO. Improving early childhood development: WHO guideline. Geneva: World Health Organization; 2020. 67 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>
9. Luoto JA, Garcia IL, Aboud FE, Singla DR, Fernald LCH, Pitchik HO, et al. Group-based parenting interventions to promote child development in rural Kenya: a multi-arm, cluster-randomised community effectiveness trial. *Lancet.* 2021;9(3):309-319. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30469-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30469-1)



10. Orri M, Côté SM, Tremblay RE, Doyle O. Impact of an early childhood intervention on the home environment, and subsequent effects on child cognitive and emotional development: a secondary analysis. *PLOS One*. 2019;14(7):e0219133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219133>
11. Andrew A, Attanasio O, Augsburg B, Day M, Grantham-McGregor S, Meghir C, et al. Effects of a scalable home visiting intervention on child development in slums of urban India: evidence from a randomised controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019; 61(6):644-52. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13171>
12. Grace R, Baird K, Elcombe E, Webster V, Barnes J, Kemp L. Effectiveness of the volunteer Family Connect Program in reducing isolation of vulnerable families and supporting their parenting: randomized controlled trial with intention-to-treat analysis of primary outcome variables. *JMIR Pediatr Parent*. 2019;21(2):e13023. <https://doi.org/10.2196/13023>
13. Delgado DA, Michelon RC, Gerzson LR, Almeida CS, Alexandre MG. Avaliação do desenvolvimento motor infantil e sua associação com a vulnerabilidade social. *Fisioter Pesqui*. 2020;27(1):48-56. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18047027012020>
14. Yakuwa MS, Neill S, Mello DF. Nursing strategies for child health surveillance. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3007. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2434.3007>
15. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: DOU; 2009. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html