

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c03>

# O CUIDADO PRODUZIDO ÀS MULHERES NA ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA (ECR): USO DE TECNOLOGIAS LEVES

**Nayara Gonçalves Barbosa<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3646-4133

**Thais Massita Hasimoto<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3003-4231

**Angelina Lettiere Viana<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4913-0370

**Juliana Cristina dos Santos Monteiro<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6470-673X

**Flávia Azevedo Gomes-Sponholz<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-1540-0659

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída em 23 de dezembro de 2009 pelo Decreto nº 7.053, a visa promoção e proteção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais da população em situação de rua (PSR)<sup>(1)</sup>. A PNPSR representa um marco na defesa do direito à saúde e do SUS e possui como princípios: a universalidade, a igualdade, a equidade, a humanização, o respeito à dignidade da pessoa humana e cidadania, o direito à convivência social (familiar e comunitária) e o reconhecimento da singularidade social<sup>(1)</sup>. A relevância dessa política refere-se sobretudo pela persistência de barreiras no acesso e cuidado em saúde, sobretudo para segmentos populacionais em situação de extrema vulnerabilidade, como a PSR, promovendo a manutenção de sua invisibilidade<sup>(2)</sup>.

O atendimento humanizado constitui um dos pilares da PNPSR e se relaciona diretamente com a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta atua por meio da articulação e comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores, pautada na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, inovando os modos de gerir e cuidar. A PNH fundamenta-se no reconhecimento das singularidades das necessidades de saúde dos usuários, autonomia e no protagonismo dos sujeitos sociais, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários, confiança e a participação coletiva nas práticas de saúde, propiciando a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) nas práticas dos serviços de saúde<sup>(3)</sup>.

O número significativo e crescente de pessoas em situação de rua no cenário brasileiro acarreta desafios estruturais para garantir a cidadania e a visibilidade dessa população no âmbito das políticas públicas<sup>(4)</sup>. O Brasil não realiza contagem oficial da PSR no território nacional, entretanto, observa-se aceleração recente desse crescimento populacional, sobretudo diante do contexto da pandemia

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo.  
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

**Autora Correspondente:**

 Nayara Gonçalves Barbosa  
nbarbosa@usp.br


### Como citar:

Barbosa NG, Hasimoto TM, Viana AL, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. O cuidado produzido às mulheres na Estratégia Consultório na Rua (eCR): uso de tecnologias leves. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 14-24 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c03>

 Revisora: Simone Protti-Zanatta.  
Universidade Federal de São Carlos.  
São Paulo, São Paulo, Brasil.



de COVID-19<sup>(5)</sup>. Em março de 2020, o número estimado de PSR no Brasil era de 221.869, enquanto em 2012 era estimado em 96.560<sup>(5)</sup>. Observa-se maior concentração da PSR em municípios de grande porte, com a detecção de aumento expressivo da PSR no Brasil em relação à década anterior<sup>(5)</sup>.

Embora a PSR seja constituída predominantemente por homens<sup>(6)</sup>, as mulheres representam uma das subpopulações com maiores condições de vulnerabilidade à violência, exploração financeira, marginalização, invisibilidade<sup>(7)</sup>, preconceitos, desigualdade de gênero e de direitos sociais<sup>(8)</sup>. Nas ruas, as mulheres vivenciam inúmeras dificuldades e intempéries, incluindo a impossibilidade de higienização e repouso, vulnerabilidade à violência física, sexual e o convívio com as drogas. Relata-se, também, o estado de solidão e sentimento de culpa por estarem longe dos filhos e familiares<sup>(8)</sup>. De fato, a vida nas ruas exige que as mulheres perpassem por uma diversidade de situações que envolvem diretamente a relação com o seu corpo, sexualidade e, finalmente, o cuidado com os filhos<sup>(8)</sup>.

A estratégia do consultório na rua, foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.488, em 21 de outubro de 2011, para facilitar o acesso ao sistema de saúde, concebendo a porta de entrada aos serviços de saúde, além de garantir a integralidade e longitudinalidade do cuidado à PSR, a partir da realização de ações *in loco* e em articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde<sup>(4)</sup>. O consultório na rua insere-se no território vivo da população em situação de rua, construindo seu *setting* terapêutico fundamentado no vínculo e acolhimento. O conhecimento das especificidades e das necessidades de saúde dessa população, bem como as características de seu território e seu contexto são fundamentais para atuação da equipe de consultório na rua (eCR)<sup>(9)</sup>.

A complexidade das vivências das mulheres em situação de rua requer o direcionamento de olhares e práticas na atenção às necessidades de saúde dessa população<sup>(8)</sup> e ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença-cuidado, considerando as questões sensíveis ao gênero.

No processo produtivo do cuidado, compreende-se que o trabalho em saúde é intencional e relacional, ou seja, decorre da interação entre o trabalhador e o usuário. Nesta interação se instaura o reconhecimento da centralidade do trabalho vivo. Isso significa que os produtos da saúde se realizam em ato. Portanto, essa dimensão relacional, comporta um tipo de tecnologia orientada. As tecnologias relacionais que compõem o processo de trabalho são conhecidas como “tecnologias leves”, às quais se associam às tecnologias “duras” e “leve-duras” no processo de produção do cuidado<sup>(10,11)</sup>.

As tecnologias leves constituem em uma dimensão do trabalho em saúde e situam-se no âmbito da micropolítica do processo de trabalho. Envolvem as relações no encontro entre sujeitos trabalhadores e usuários, a partir da escuta, diálogo, interesse, estabelecimento de relações de confiança, construção de vínculos, compromisso e responsabilização<sup>(10,12)</sup>.

Nessa direção, o presente estudo teve como objetivo compreender o uso das tecnologias leves e a construção de vínculos durante as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas com as mulheres em situação de rua pela eCR. Intenciona-se com os resultados deste estudo fomentar reflexões acerca da centralidade das tecnologias leves no cuidado às populações em condições de extrema vulnerabilidade e desigualdade de gênero. Ademais, despertar a discussão sobre as produções terapêuticas, com o uso das tecnologias leves, em uma perspectiva de integralidade do cuidado. Finalmente, demarcar a importância do cuidado à mulher em situação de rua para os trabalhadores e gestores do sistema de saúde, garantindo a efetivação dos princípios do SUS.

O presente capítulo apresenta resultados do estudo “*O cuidado integral à saúde das mulheres em situação de rua: o papel da equipe de consultório na rua (eCR) na efetivação de políticas públicas*”, cujo objetivo foi analisar como os profissionais da eCR desenvolvem suas práticas de cuidado, com mulheres em situação de rua, considerando o princípio da integralidade em saúde. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 29873518.5.0000.5393). Ressalta-se que o desenvolvimento deste estudo seguiu os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva,



desenvolvido no Consultório na Rua, modalidade II, de um município de médio porte do interior de São Paulo, no período de dezembro de 2020 a abril de 2021. Utilizou-se como fundamentação teórica para a discussão do processo de trabalho os estudos teóricos da saúde coletiva, principalmente, de Emerson Elias Merhy<sup>(10-13)</sup>.

No desenvolvimento do estudo, participaram profissionais que atuavam no serviço sendo, dois psicólogos, três enfermeiros, um técnico de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. A média de idade dos participantes foi de 52 anos (DP: 7,33), variando de 33 a 63 anos, predominantemente do sexo feminino 6 (66,67%). O tempo de atuação dos profissionais variou de um mês até 11 anos.

A produção de dados se deu por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, agendadas previamente com os participantes, com duração média de 45 minutos e realizadas em um local privativo no serviço de saúde.

Para a realização das entrevistas utilizou-se um roteiro estruturado em duas partes. A primeira parte era composta por perguntas referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes, tais como idade, sexo e escolaridade. Na segunda parte, as questões abertas estavam relacionadas às práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais da eCR junto às mulheres em situação de rua, bem como, as ações referentes à criação de vínculos com essa população e como os profissionais se sentiam após realizar a assistência à mulher em situação de rua.

Para garantia do sigilo e confidencialidade dos participantes da pesquisa, bem como compreender a perspectiva do profissional da eCR no cuidado à mulher em situação de rua, de acordo com sua formação e experiência, eles foram identificados pela sua categoria profissional, porém, sem distinção numérica, sendo: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Psicólogo (P), Enfermeiro (E), Técnico de Enfermagem (TE).

Os conteúdos das entrevistas audiogravadas foram transcritos na íntegra, preservando a originalidade. Na etapa subsequente, foi realizada a leitura flutuante, acompanhada por sucessivas leituras e exploração minuciosa do material, com o objetivo de captar os aspectos relevantes para responder os objetivos da pesquisa. Para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo temática<sup>(14,15)</sup>, segundo as fases de pré-análise e exploração dos dados que foram minuciosamente feitas, bem como o tratamento dos resultados, inferência e interpretação<sup>(15)</sup>.

Realizou-se o recorte das falas, considerando a frequência dos temas extraídos dos discursos para a identificação dos principais núcleos de sentido, cuja presença dão significado ao objetivo proposto<sup>(14)</sup>. Identificou-se um único núcleo temático intitulado “*Tecendo o cuidado: o vínculo e as relações humanas como instrumentos terapêuticos*”.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### TECENDO O CUIDADO: O VÍNCULO E AS RELAÇÕES HUMANAS COMO INSTRUMENTOS TERAPÊUTICOS

O acolhimento e desenvolvimento dos projetos de cuidado na eCR acontecem *in loco*, em um espaço que transpõe os moldes convencionais dos locais que comumente acontecem a assistência à saúde. Este espaço é marcado pela falta de paredes, ausência da mesa, locais moventes e, exposto aos fatores ambientais (sol, vento, frio, calor, chuva), a sujeira, os odores acentuados e ao medo da polícia. São estes locais que propiciam o encontro com histórias invisibilizadas de vida em contextos angustiantes em seu percurso<sup>(16)</sup>.

Adentrar nas paisagens desse território (geográfico, cultural, existencial, profissional, disciplinar) vivo e pulsante é desafiador e traz à tona um conjunto inusitado de necessidades de saúde que desafiam o sistema de saúde<sup>(16)</sup> em produzir um cuidado que ultrapasse o esperado, o programado, o prescrito<sup>(17)</sup>.

Para a produção de cuidado a apropriação e familiarização com este território pela eCR é fundamental para o acolhimento da PSR e para a construção do processo de trabalho em saúde<sup>(18)</sup>.



*O grupo sai, faz esses serviços na comunidade, sai em grupos, e, tanto na comunidade quanto em praças, aqui na baixada, aí você começa a abordar, senta do lado, conversa, e daí que você vai ver a necessidade que a pessoa tem, tentar desenrolar. TE*

*O que o consultório na Rua faz é sair realmente a campo nas comunidades ou até mesmo nas áreas em que a gente, conhecidamente, são áreas onde eles se reúnem às vezes como usuário de drogas e abordagem, ver assim frente a frente para identificar a necessidade, de repente de identificar o que ela está precisando naquele momento, o que ela já não faz o uso há um tempo e fazer essa abordagem... E*

Nesse cenário, o cuidado à mulher em situação de rua é colocado pelos profissionais como desafiador, considerando o estigma que a mulher carrega, a desigualdade de gênero, a invisibilidade social, e as condições de maior vulnerabilidade nas ruas.

*A mulher ela, historicamente ela carrega um, eu acho que uma opressão, assim, uma violência, principalmente emocional, muito forte. Então é sempre uma carga muito forte. Então vem sempre várias demandas juntas. É diferente o atendimento à mulher sabe? Acho que são atendimentos mais pesados, mais carregados, mais sofridos. P*

No desenvolvimento das práticas de cuidado, o trabalho vivo, se situa na relação entre o trabalhador e usuário para a produção da saúde<sup>(10)</sup>. Neste encontro, o contexto de vulnerabilidade vivenciados pelas mulheres afeta os profissionais de saúde, tornando os atendimentos mais sofridos.

Assim, pressupõe-se que na atenção à saúde dessa população deve-se compreender a cultura de rua. É preciso questionar: Quem é essa mulher? Como ela consegue sobreviver física, psicológica e socialmente? Qual o sentido atribuído à sua existência?<sup>(19,20)</sup>. Além disso, deve-se questionar qual o papel do profissional de saúde na produção dos cuidados em saúde?

No encontro com outro para a produção do cuidado é necessário que o profissional de saúde mobilize recursos como a observação do espaço/território e perceba quem é a mulher a ser cuidada. Para tanto, o profissional deve colocar em ação o uso das tecnologias relacionais a fim de promover uma escuta qualificada.

*A estratégia é você observar, é você tornar aquela mulher visível para você e para a equipe. P*

Na abordagem inicial da pessoa em situação de rua, a priorização da observação e escuta qualificada, permeada pela valorização e respeito aos diversos saberes e modos de viver dos sujeitos possibilita a construção de vínculos de confiança junto a essa população, que se reproduz em processos relacionais no cuidado integral à saúde<sup>(18)</sup>.

Conhecer a mulher pelo nome confere a identidade e valorização da mulher, uma vez que a vivência nas ruas transfigura a noção de cidadania e assevera a invisibilidade do sujeito e perda de sua identidade pessoal e social. Assim, conhecer e tratar a mulher pelo nome e/ou apelido, remete ao resgate de sua essência humana, dignidade e cidadania, assim como dar voz, valorizar, conhecer sua biografia, sua origem, razões de estar em situação de rua, compreender suas relações sociais e familiares, as suas particularidades são fundamentais na produção de subjetividades e fornecem subsídios para a elaboração de um projeto terapêutico singular.

*A gente conhece pelo nome, pelo apelido. E como eles se conhecem vivem juntos, todo mundo se conhece, né. Então quando eles saem dali, os próprios colegas falam "ah, ela saiu, ah ela tá ali, ah ela tá lá". E a gente vai atrás... Quando chega alguém novo, né, a gente colhe toda a história, tenta se aproximar, "de onde você veio, o que está fazendo aqui?" "Então o consultório de rua é bem ativo e conhece elas pelo nome. E*

Entretanto, a formação do vínculo é um processo desafiador. Usualmente o profissional de saúde é visto como um "estrangeiro", um "desconhecido" no território, ao qual atribui-se desconfiança em relação às suas intencionalidades. Neste processo, além do reconhecimento do trabalhador da invisibilidade da mulher para



si próprio e para a equipe multiprofissional, é importante que a mulher também reconheça o trabalho e a equipe de saúde.

Assim, no processo de produção da saúde é preciso compreender que todos os atores em cena governam certos espaços, considerando a autonomia conferida no cotidiano do trabalho em saúde. Nessa direção, no trabalho em saúde, o modelo assistencial tem como premissa a constituição de “certas contratualidades”. Esta pactuação deve ser uma construção efetivamente negociada entre os atores sociais, ainda que esta se dê sob condições de forte tensão<sup>(10)</sup>.

*A gente vai dentro das comunidades (...), eles têm medo da gente porque eles vinculam a polícia, porque quando você vai muito naquele lugar, “ah ele está bixado”, sabe essas conversas assim? ACS*

*Desafio eu creio que é isso né, entrar nesse tipo de comunidade, até porque a gente também sofre muitas vezes negativa das pessoas daquela área, das pessoas que são ditas que comandam aquele local. E*

Muitas pessoas em situação de rua apresentam-se reticentes, pois associam a presença dos profissionais de saúde com a polícia. Adicionalmente, as experiências prévias negativas, como a implementação de ações sanitárias de caráter higienista e punitivo nos espaços públicos<sup>(20)</sup> que ignoram a dignidade da vida e os direitos humanos<sup>(21)</sup>, bem como a implementação de um modelo tecnoassistencial prescritivo e impositivo podem corroborar com o distanciamento e geração de tensões entre os usuários pertencentes à PSR e os trabalhadores.

Nessa direção, é preciso refletir sobre a hegemonia do trabalho morto, no qual o modelo assistencial se caracteriza como produtor de procedimentos, rigidamente vinculados ao protocolos e normativas, conferindo em processos de trabalho com menores graus de liberdade para os trabalhadores que compõem as equipes de saúde<sup>(10,11)</sup>.

O manejo dessa situação exige um diálogo esclarecedor com as pessoas pertencentes a esse território, em relação aos objetivos da inserção da eCR, com o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção da saúde, proteção e no cuidado integral às mulheres em situação de rua, demonstrando os benefícios reais das práticas de saúde para essa população, utilizando de toda a potencialidade das tecnologias leves, relacionais.

Observa-se a relação dificultosa de interação entre as pessoas em situação de rua com a eCR, interferindo na formação do vínculo<sup>(20)</sup>. São detectadas tensões e estranhamentos iniciais no encontro entre o usuário e o trabalhador. Deste modo, é importante compreender que a produção do cuidado em saúde é um local de permanente tensão, no qual evidencia-se uma diversidade de interesses, uma vez que é um espaço de produção, com o encontro de diferentes vontades, seja dos próprios trabalhadores, usuários, gestão instituída, dentre outros<sup>(10)</sup>.

*(...) Tem que saber conversar, tem que saber respeitar o tempo delas, porque se a gente chegar com autoridade você não consegue nada. Você consegue as coisas com elas respeitando e conversando (...) ACS*

*É devagar, com jeito sem pressionar. Que a gente não pode estar pressionando, porque se não, eles vazam, eles não querem. ACS*

Detecta-se a necessidade da formação dos profissionais sensíveis para atuar junto à PSR e com preparo e experiência para manejar uma diversidade de situações desafiadoras e intempéries, mantendo a sua segurança e integridade, em um campo vivo, ativo e pulsante de práticas sociais e de saúde.

*E muitas vezes eles falam coisas querendo te agredir, mas você abaixa a guarda, tem todo aquele jogo de cintura. TE*

Dentre as barreiras para o encontro entre o trabalhador e a mulher em situação de rua denota-se a dinâmica na qual a mulher está inserida nas ruas, realizando atividades vinculada ao tráfico, prostituição, e com relações estabelecidas de poder e opressão, que muitas vezes impedem ou dificultam esses encontros, fazendo com



que a mulher priorize a sua “sobrevivência” nas ruas, ao invés de seu próprio cuidado em saúde. Também se destaca o estado da mulher, muitas vezes sob efeito de substâncias, ou com menor receptividade ao diálogo com o trabalhador de saúde. Assim, é um trabalho de encontros, desencontros, expectativas, frustrações, reavaliação e replanejamento contínuo, dada as condições impostas e o respeito à vontade e o desejo da mulher.

*Desafio maior é poder entrar nessas áreas e também sensibilizar a mulher no cuidado com ela mesma porque às vezes elas estão muito preocupadas né, com outras situações às vezes elas estão mais preocupadas com o uso da droga e releva um pouco a saúde dela para segundo plano. E*

*Todo dia para nós que estamos no campo, todo dia para nós é um desafio. Que às vezes a gente vai, às vezes a gente muda aquela expectativa de conseguir chegar lá e elas falam para você “não vou” então você tem que vir embora forçada. Aí depois você vai lá remarcar tudo de novo para estar fazendo, às vezes naquele dia elas não estão bem ou estão trabalhando. Trabalhando lá com o pessoal mais forte né que elas. Então é complicado. ACS*

Assim, as práticas de cuidados nos espaços das ruas devem incorporar saberes, bem como valorizar a experiência e cultura das pessoas que fazem parte desse processo de trabalho *in loco*, ou seja, no local onde essas mulheres vivem, em uma relação interpessoal baseada no vínculo, acolhimento, diálogo, escuta qualificada e responsabilização<sup>(20)</sup>. Os encontros dos trabalhadores com as histórias de vida dessas mulheres no contexto das ruas se dão em um contexto de subjetividade e de imensa complexidade, que provoca uma desestabilização dos saberes e práticas cristalizados, tendo em vista que retira os lugares identitários de cada profissão, reconfigurando-os em ato<sup>(17)</sup>.

A construção do vínculo é um processo desenvolvido paulatinamente, em um processo de aproximação, reconhecimento do outro em suas singularidades, e desenvolvimento de relações de confiança entre o trabalhador e a mulher em situação de rua, sujeito desejante e ativo na busca de sua saúde.

*Desafio é a gente conseguir pegar elas, conseguir levar no médico. Porque às vezes você chega ela tá noiada, tá na droga. Então é muito difícil, a gente tem que estar trabalhando, tem que estar conversando, para poder a gente conseguir. Vai conquistando. Aí elas vão que vão, sabe? boazinha; mas, no começo elas ficam meio (...) Como que eu vou te dizer? meio rebelde. Mas aí depois elas vão se acertando. ACS*

*Então a gente a acolhe... a gente oferece o que a gente tem, para poder conquistar. A gente na realidade é como se fosse uma pontezinha, para resgatar, porque elas são assim: com todas as dificuldades delas, elas são muito difíceis para se abrir com a gente, então você tem que ir conquistando aos poucos. Aí um dia você passa e fala “está tudo bem? Você quer manteiga de cacau?”, você vai conquistando ela aos poucos. ACS*

*(...) é uma coisa assim, de formiguinha. Cada dia é um dia, então tem dia que a gente tem muito sucesso com as coisas e tem dia que a gente volta frustrado, volta triste. ACS*

A extrema objetivação e direcionamento do olhar sobre o corpo biológico influencia na conduta do trabalhador centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida, propiciando a perda da potência e eficácia da dimensão cuidadora das ações de saúde. A relação vertical e unidirecional deslegitima todos os outros saberes sobre a saúde, promovendo a configuração de ação/cooperação de quem está sendo “tratado”. Ou como se a cooperação fosse obtida automaticamente a partir da “iluminação técnica” sobre o problema e suas condutas de enfrentamento, o que reflete nas dificuldades de “conquistar a adesão” do usuário às propostas terapêuticas<sup>(12)</sup>.

Embora a eCR configure um rearranjo do processo de cuidado e produção de saúde para a PSR, formação de uma equipe multiprofissional, com o deslocamento do trabalho para o território, *in loco*, em integração com a atenção básica<sup>(18)</sup>, denota-se que no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho<sup>(10)</sup> a perpetuação de uma atividade clínica, com resquícios de um núcleo do cuidado que continua operando um



processo centrado na lógica instrumental, prescritiva, de produção do cuidado, ancorado nas tecnologias duras. Entretanto, observa-se a intencionalidade dos trabalhadores para a constituição de novas conformações do processo de trabalho e utilização das tecnologias leves no cuidado, em um ciclo de tentativas e acertos, campo prático e experimental de aprendizados e construções no mundo real do trabalho em saúde, em sua complexidade, além de considerar a formação tradicional dos trabalhadores da saúde.

Assim, a forma de viver/trabalhar da PSR requer a reorientação do processo de formação em saúde historicamente embasado no modo disciplinar, procedimento-centrado, individual e biológico, o que torna insuficiente dada a complexidade do processo saúde-doença-cuidado da PSR<sup>(17,19)</sup>.

*A maioria dos profissionais não tem às vezes a experiência de atender pessoas em situação de rua, não sabe que por si só é uma prioridade, não tem essa vivência principalmente na formação. E isso tanto mulher quanto o homem em situação de rua sofrem na hora quando chegam em uma unidade de saúde. Então acho que assim, o maior desafio é de quebrar essa barreira de acesso ao serviço de saúde. P*

O acolhimento possibilita espaço para o diálogo, e a livre expressão da fala que pode expressar o desejo e a busca espontânea pelo cuidado, sentimentos e subjetividades expressas em expressões verbais e não verbais das mulheres em situação de rua com os trabalhadores da eCR e permitem a identificação de necessidades de saúde e o reconhecimento das especificidades dessas mulheres.

*Às vezes a gente nem vai atrás delas e elas vêm até nós, e a gente vê de longe o olhar que elas têm. TE*

A escuta e o diálogo são habilidades inerentes aos seres humanos e também possuem a dimensão do cuidado, como ferramentas essenciais para atenção integral, proporcionando o respeito à diversidade, à singularidade no encontro entre os sujeitos: quem cuida e quem é cuidado<sup>(20)</sup>.

*Quando ela quer “ai, eu quero conversar com a senhora, eu preciso da senhora, eu quero falar com a senhora”. Então a gente ouve de tudo, a gente ouve que às vezes está com problema de saúde ou com isso, aquilo. Então elas falam as reclamações mais improváveis, vamos dizer assim, que acontece. ACS.*

Nessa direção, as tecnologias leves possibilitam a captação da existência do outro em sua singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos de andar a vida, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico dos trabalhadores de saúde<sup>(12)</sup> na atenção às necessidades de saúde<sup>(22)</sup> da PSR. Assim, a relação interpessoal pautada nas práticas diárias de cuidados com essa população é fundamental para a interação e criação de relações de confiança<sup>(20)</sup>, que poderão ter um impacto significativo no cuidado.

A produção dos atos em saúde, terreno do trabalho vivo, é permeado por tudo o que é humano, isso significa que os trabalhadores atuam sob linhas de força agenciadas por uma ética do cuidado, que se expressam pelo manejo das tecnologias do trabalho e as subjetividades que operam no campo do cuidado na saúde<sup>(10)</sup>. Tal subjetividade do trabalho é constitutiva das redes de atenção, estabelecidas na complexidade das múltiplas relações e fluxos entre as “existências” de trabalhadores e usuários<sup>(23)</sup>, em um processo de afetação, no qual a interação com as mulheres em situação de rua apresentam repercussões internas no trabalhador.

*Eu tenho três filhas mulheres, e eu às vezes comento muito com elas sobre elas, sobre assim, o uso excessivo de álcool e droga, a prostituição, e acaba sendo assim, um aprendizado, eu tento conversar bastante com minhas filhas, eu me sinto bastante sensibilizado mesmo. TE*

Denota-se na atuação da eCR o suporte social e apoio emocional, como tecnologias leves de cuidado<sup>(9)</sup>. Ademais, a produção de atos de saúde opera continuamente com altos graus de incerteza e grau considerável de autonomia dos trabalhadores. Tais características permitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a criação e submersão no mundo singular de cada usuário<sup>(12)</sup>.



A realidade, no trabalho a PSR revela inúmeras facetas da carência, inclusive de, atenção, carinho e amor. Assim, é imprescindível a identificação do profissional com os sujeitos que receberão o cuidado<sup>(19)</sup>.

*Então a gente fica meio encabulado de ver aquilo, de ver pessoas carentes. Então, você precisa de ser mãe, de ser família às vezes. A gente ouve. Quando a gente cuida, cuida, cuida que a gente dá um resultado que a gente quer, fica um vínculo tão grande, te chama de mãe, abraça no meio dos outros como se você fosse a rainha da Inglaterra, sabe assim? Elas são carentes, e aí elas vêm, em contrapartida dando aquilo do melhor abraço, "eu posso dar um abraço na senhora hoje, aí a senhora está tão cheirosa. ACS*

*É gratificante para gente porque a gente consegue, quando a gente consegue é uma vitória. E quando a gente não consegue a gente pensa assim, amanhã é outro dia. Então a gente volta e torna a persistir para estar conseguindo. ACS*

Acolhimento possui uma dimensão mais ampla do que receber o usuário de forma acolhedora. Acolhimento engloba uma abertura humana, interesse, postura ética e de cuidado, empatia e respeito ao usuário, entretanto, abrange também a avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleger prioridades, e identificar as necessidades de saúde com o potencial de orientar a postura profissional e as práticas do trabalho<sup>(24)</sup>.

Assim, acolher significa compreender a demanda do usuário para além de sua queixa principal, implica reconhecer o sujeito no seu contexto social e inseri-lo na rede de atenção à saúde, na qual a atenção básica é a coordenadora do cuidado<sup>(18)</sup> e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Nessa direção, a aplicação das tecnologias leves propiciam a sustentação do princípio da integralidade e a operação das linhas de cuidado<sup>(10)</sup>, na garantia do acesso que caracteriza-se pela acessibilidade, aceitabilidade e disponibilidade a serviços de saúde<sup>(17)</sup>.

*A potencialidade que eu vejo é a equipe mesmo né, é a equipe ter essa sensibilidade, a empatia e o trabalho de querer trazer esse povo para dentro de uma unidade de saúde e cuidar da saúde dela. E*

*Usuários em situação de rua são mais resistentes, mas a gente vai conquistando eles. Conforme você vai conquistando a confiança deles, você traz eles aqui, toma um banho, a gente dá roupa, faz cadastro, passa na assistente social. E se tem alguma queixa ginecológica, alguma coisa a gente já agenda. Se tem vaga disponível já passa no mesmo dia com a ginecologista aqui, tenta convencer elas do implanon, papanicolau. E*

A complexidade que envolve a PSR requer intervenções nos problemas e nos determinantes do processo saúde-doença, para tanto, deve-se considerar que as necessidades de saúde são diferentes, com a requisição de recursos/métodos também diferenciados para o seu atendimento<sup>(17)</sup>. Igualmente, a continuidade desse serviço, por vezes, é determinada por situações distintas das que originaram a entrada na rede de atenção à saúde, o que implica a análise das demandas em suas particularidades<sup>(17)</sup>.

*Você fica responsável por essa pessoa que você assumiu, né, que você encontra na rua, e vai direcionar ela até o final dessa doença ou do que ela necessita. Você assume ela até o fim, através de uma abordagem mesmo, de uma conversa, que ela aceite você estar conversando com ela. TE*

A construção do vínculo tem impacto terapêutico, e propicia o reconhecimento e resposta às necessidades singulares das mulheres em situação de rua e promove a ruptura da barreira no acesso aos serviços de saúde, ampliando as oportunidades de cuidado. O acolhimento e o vínculo estabelecido com a equipe, permite a construção da linha de cuidado em rede, e possui a potencialidade de promover o bom desenvolvimento do caso<sup>(18)</sup>.

Assim, a estruturação dos serviços de saúde requerem políticas públicas e um conjunto de práticas que supram as necessidades e particularidades da PSR, com a organização das práticas com ênfase na intersectorialidade, com a necessidade de conexões entre diversos setores e órgãos (governamentais ou não)<sup>(25)</sup>, no âmbito das três esferas da administração pública<sup>(26)</sup>, considerando a grande complexidade deste problema





social<sup>(25)</sup>. Também, exige novos arranjos de articulação em rede, transformando as organizações técnico-administrativas de maneira que possam incorporar esses segmentos populacionais em suas necessidades e demandas<sup>(17)</sup>, considerando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde<sup>(27)</sup>.

*O Consultório na Rua consegue identificar que tem uma gestante, aí o profissional que conseguiu identificar tenta fazer o primeiro vínculo, porque é um namoro isso, né. Não consegue... a pessoa não vai, não dá certo.. Então nós temos que discutir isso e passar para um outro profissional fazer isso.. E às vezes a gente pega esse rumo, porque nós temos que escutar todas as possibilidades de vínculo. P*

Nesse território constituído pelas relações, sentidos e significações dos encontros, de trabalho vivo em ato, o usuário amplia suas possibilidades de atuar, interagir, imprimir a sua marca e também afetar<sup>(12)</sup>. As tecnologias leves implicam na relação e encontro entre trabalhador e usuário, que exercem mutuamente protagonismos na produção da saúde, fundamentados nas diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização<sup>(10,11)</sup>.

Nesse caminho, “as sabedorias e as conexões sem saberes específicos operam de modo tão intenso quanto, realizando processos, inclusive terapêuticos, quanto os animados no mundo das outras tecnologias e para além delas”<sup>(12)</sup>. Nesse sentido, o trabalho com essa população implica construção de vínculo, envolvimento afetivo e responsabilização pelo usuário, que possuem uma dimensão e oportunidade de enriquecimento emocional<sup>(28)</sup>.

*Quando elas escutam bebê dentro da barriga, elas seguram na mão, “a senhora pode segurar na minha mão? ACS*

*Então o pessoal comenta assim, “...tal pessoa perguntou se você estava aqui, te mandou um abraço”. Foi gestante que eu vi há 4, 5 anos atrás. P*

Denota-se que as pessoas em situação de rua, tendo em vista sua condição de extrema vulnerabilidade, apresentam gratidão por qualquer ação direcionada a seu favor, desconhecendo que seus direitos, inclusive o direito à saúde, são cotidianamente usurpados. O agradecimento expressa-se pelo fato que o Consultório na Rua representa um ponto de apoio, possivelmente o único espaço que os conecta à sociedade, que os faz se sentirem cidadãos<sup>(9)</sup>.

*Eu posso te falar uma coisa? Nunca tinha visto alguém abrir os braços e por a gente grande no colo”, quase chorei. ACS*

*Ela falou “foi um anjo que mandou vocês na minha vida e realmente se vocês não tivessem vindo aqui eu nunca ia saber (diagnóstico positivo para HIV), eu não iria estar preocupada em cuidar da minha saúde. E*

O cuidado de pessoas em situação de rua tem como premissa atribuir um significado de humanidade ao cuidado e acreditar na possibilidade de transformação da realidade posta<sup>(19)</sup>.

*(...) tem muitas que tem chance de voltar a vida social, quer trabalhar, quer ter o cantinho delas. Tem sonhos. Por mais que a vida maltratou elas. São as escolhas também, mas elas tem sonhos. TE*

Ademais, o cuidado faz-se presente a atuação da eCR, na preservação e respeito à integridade após a morte, inclusive no reconhecimento de “corpos indigentes”, conferindo-lhes uma identidade e significação dessa existência. Reconhecer que aquele corpo gélido, sem vida, invisibilizado e transgredido de direitos sociais e de dignidade, é um ser humano, uma mulher que carrega uma biografia, um ventre fecundo de sonhos, esperança, prazer, vida, morte, sofrimento, idas, vindas e tragédias; retrato mórbido do fracasso das políticas públicas e sociais para a população feminina.



*Tô aqui lembrando da “Maria” (nome fictício), que foi uma gestante que nós encontramos lá no brejo, em situação de rua, acompanhamos ela, todo o pré-natal aí a moça teve o bebê e foi para a rua. Depois o bebê, o bebê foi acolhido, dali uns 20 dias, nós recebemos notícia que a Maria tinha morrido, em decorrência de complicação de parto. Ninguém queria identificar a Maria lá no IML (Instituto Médico Legal). Aí nós tivemos que assumir isso, ir lá, identificar que aquela era a Maria e tudo isso. Foi um caso só, mas a gente também tem esse papel. Quando você cuida, você tem que cuidar até o final. P*

Contudo, nesse campo permeado de tensões e disputa de saberes e poder, torna-se relevante a reflexão e a implementação de estratégias de sensibilização e formação dos trabalhadores que compõem a rede de atenção social e de saúde para prover o acolhimento e atendimento humanizado à PSR direcionando-lhes o respeito, competência e dignidade que devem ser tratados<sup>(9)</sup>, com vistas a garantir o direito à saúde e os princípios do Sistema Único de Saúde.

Nessa direção, torna-se fundamental fortalecer o uso das tecnologias leves entre os profissionais que atuam na eCR, como instrumento terapêutico voltado para as pessoas em situação de extrema vulnerabilidade, como mulheres em situação de rua, cuja humanidade e direitos sociais, são violados cotidianamente. Ao considerar a dimensão do papel social do enfermeiro, destaca-se a importância da formação cidadã de profissionais com olhar crítico e reflexivo, conscientes de seu papel técnico, científico e político no cuidado a PSR<sup>(19)</sup>.

## CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de cuidado às mulheres em situação de rua é desafiador, detecta-se tensões e disputas no contato entre a usuária e o trabalhador, bem como ao adentrar no território vivo e de práticas sociais no qual as mulheres estão inseridas. Desse modo, o vínculo é um processo construído paulatinamente, é preciso persistir, ao longo do estabelecimento de relações de confiança, no acolhimento, diálogo e escuta qualificada, nesse encontro de subjetividades que nutrem as práticas de saúde, reconstruindo-as e conferindo-lhes significações únicas no cuidado instituído.

Observou-se que as tecnologias leves têm impacto terapêutico e propiciam um cuidado qualificado e ampliado na atenção às necessidades de saúde das mulheres em situação de rua, bem como a aproximação desse público com os serviços que compõem a rede de atenção de saúde, garantindo os princípios do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Política Nacional para a População em Situação de Rua. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009[Internet]. 2009 [cited 2021 Jun 7]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm)
2. Viegas SMF, Nitschke RG, Bernardo LA, Tholl AD, Borrego MAR, Soto PJL, et al. Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. Esc Anna Nery. 2021;25(3):1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0222>
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização[Internet]. Brasília-DF: HumanizaSUS, 2013[cited 2021 Jun 7]. 16 p. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)
4. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):440-7. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400010>
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Estimativa da população em situação de rua no Brasil: setembro de 2012 a março de 2020[Internet]. 2020[cited 2021 Jun 10]. 20 p. Available from: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10074>
6. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Rua: aprendendo a contar[Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2009 [cited 2021 Jun 10]. 240 p. Available from: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/Rua\\_aprendendo\\_a\\_contar.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf)
7. Milaney K, Williams N, Lockerbie SL, Dutton DJ, Hyshka E. Recognizing and responding to women experiencing homelessness with gendered and trauma-informed care. BMC Public Health. 2020;26(201):397. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8353-1>



8. Biscotto PR, Jesus MCP, Silva MH, Oliveira DM, Merighi MAB. Understanding of the life experience of homeless women. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):749-55. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600006>
9. 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):e00070515. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>
10. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde Debate* [Internet]. 2003[cited 2021 Jun 15];27:316-23. Available from: [https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao\\_tecnica\\_do\\_trabalho\\_emerson\\_merhy\\_tulio\\_franco.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf)
11. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva* 2012; 6(2):151-63. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>
12. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p.59-72.
13. Merhy EE. Cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002. 189 p.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2015. 407 p.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011. 229 p.
16. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface Comun Saúde Educ* 2014;18:251-60. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>
17. Lira CDG, Justino JMR, Paiva IKS, Miranda MGO, Saraiva AKM. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1157. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190004>
18. Ministério da Saúde (BR). Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Jul 15]. 98 p. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf)
19. Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2005[cited 2021 Jun 25];13(4):576-82. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a17.pdf>
20. Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, Faria MGA, Brandão PS, Scoralick GBF. Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of health care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 6):2843-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>
21. 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>
22. Cecílio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro RM, Araujo R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.
23. 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 Colet*. 2018;23(3):861-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
24. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciêns Saúde Colet*. 2010;15(Supl. 3):3615-24. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>
25. Borysow IDC, Furtado JP. Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48:1069-76. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700015>
26. Oliveira A, Guizardi FL. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersetorialidade nas políticas de saúde e assistência social. *Saúde Soc*. 2020;29(3). <https://doi.org/e190650.10.1590/S0104-12902020190650>
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2021 Jun 27]. 64 p. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)
28. Lima AFS, Almeida LWS, Costa LMC, Marques ES, Lima Junior MCF, Rocha KRSL. Recognizing the risks in the work of Street Medical Consultations: a participative process. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03495. <http://doi.org/10.1590/S1980-220X2018022603495>