

Desafíos y potencialidades del trabajo de Enfermería en Consultorio en la Calle

Aline Costa Cardoso¹
Débora de Souza Santos²
Silvana Martins Mishima³
Danielly Santos Cardoso dos Anjos¹
Jorgina Sales Jorge¹
Hiule Perreira de Santana¹

Objetivo: analizar elementos del proceso de trabajo de enfermería en el Consultorio en la Calle, evidenciando los desafíos y potencialidades del cuidado a la persona en situación de calle. **Método:** se trata de una investigación exploratoria de naturaleza cualitativa apoyada por la perspectiva del proceso de trabajo en salud, mediante entrevistas semi-estructuradas con enfermeros de los equipos de Consultorio en la Calle del municipio de Maceió, analizadas según la técnica de análisis de contenido, enfocando cuestiones relativas al objeto, instrumentos y finalidades del proceso de trabajo de enfermería. **Resultados:** temas identificados: Necesidad de cuidado a la salud en el contexto de vulnerabilidad social y de salud; Planeamiento estratégico y trabajo en equipo como instrumentos de la organización del proceso de trabajo; Finalidades y productos del trabajo: garantizando el derecho al acceso y al cuidado. El enfermero, frente a un objeto de trabajo diseñado por graves necesidades de salud resultantes de la vulnerabilidad social de esa población, utiliza instrumentos variados en su proceso de trabajo: planeamiento estratégico, actuación en equipo multi-profesional y valorización de las tecnologías leves de acogimiento y vínculo. **Conclusión:** fuera las dificultades, el estudio presenta una experiencia exitosa que explora la potencialidad de relaciones solidarias de cuidado humanizado.

Descriptores: Persona de la Calle; Atención Primaria de Salud; Práctica Profesional; Enfermería; Poblaciones Vulnerables; Salud Pública.

¹ Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia, Maceió, AL, Brasil.

² Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

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. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2323.3045>. mes día año

URL

Introducción

Con el aumento del número de personas viviendo en la calle en Brasil y al mismo tiempo iniciativas como la institución de la Política Nacional para la Población viviendo en la Calle (PNPSR), los gestores públicos de los municipios de mayor porte comenzaron a delinear estrategias de identificación y enfoque con las demandas de ese grupo social⁽¹⁾.

El Sistema Único de Salud (SUS) se configura como sistema público responsable por ofrecer acciones y servicios de salud de forma universal, integral y equitativa a la población brasileña⁽²⁾. En lo que se refiere a la atención a la población viviendo en la calle, el Ministerio de la Salud de Brasil lanzó, en 2011, la Política Nacional de Atención Básica, instituyendo el Consultorio en la Calle (CnaR) como uno de sus dispositivos, con el objetivo de atender a los problemas y necesidades de ese grupo social y ofrecer, de manera más oportuna, acciones y servicios de salud⁽¹⁾.

Por lo tanto, los equipos de Consultorio en la Calle (eCR) tienen que prestar atención a la salud en un escenario diferenciado y dinámico, que desafía cotidianamente a los profesionales de salud que asisten a los usuarios en situaciones que huyen de lo programado. Para driblar las dificultades, adversidades y sorpresas encontradas en esa realidad compleja de la calle, el trabajo en salud es organizado en una perspectiva multi-profesional y interdisciplinaria. En ese contexto, se espera que la enfermería, como parte del equipo multi-profesional, pueda mantener relaciones que posibiliten compartir el cuidado para una atención integral a la persona en situación de extrema vulnerabilidad social⁽³⁾.

En Brasil, algunos autores⁽⁴⁻⁶⁾, en el contexto de Reforma Sanitaria Brasileña y cambios del modelo de atención a la salud, se destacaron en la discusión del proceso de trabajo en salud y su papel movilizador y constructor de nuevos arreglos de cuidado.

El trabajo en salud es siempre relacional⁽⁷⁾ porque depende de 'trabajo vivo' en el acto, o sea el trabajo realiza en el momento en que este está (re)produciendo existencias que se encuentran en el acto de cuidado. Esas relaciones pueden ser de un lado sumarias y burocráticas, en que la asistencia se da centrada en el acto prescriptivo, componiendo un modelo que tiene, en su esencia, el saber médico hegemónico y productor de procedimientos, en que el trabajo muerto captura el trabajo vivo.

Para algunos autores^(4-6,8), el profesional de salud entiende proceso de trabajo como un conjunto de saberes, instrumentos y medios, teniendo como sujetos los profesionales que se organizan para producir

servicios de modo a prestar asistencia individual y colectiva para obtener productos y resultados decurrentes de su práctica.

Por su vez, el trabajo de enfermería presta asistencia al individuo sano o enfermo, familia y comunidad, desempeñando actividades asistenciales, gerenciales, educativas e investigativas para promoción, mantenimiento y recuperación de la salud individuales y colectivas⁽⁹⁾.

En ese contexto, estudiar el proceso de trabajo de la enfermería es importante para comprender el papel de ese trabajador y de su trabajo durante el proceso, identificando su comprensión sobre el objeto, los instrumentos utilizados, la finalidad y el producto final obtenido con las acciones desarrolladas por el equipo y por la enfermería⁽¹⁰⁾.

Siendo así, el cuidado de la población viviendo en la calle exige la ampliación de observar sobre el proceso de salud-enfermedad-cuidado, así como utilización de diversas herramientas que valoricen a las personas y sus necesidades, considerando el territorio y sus singularidades^(1,3,11).

Dada la experiencia reciente en Brasil de esa estrategia de política pública y teniendo en cuenta el papel fundamental del enfermero en el acompañamiento longitudinal de ese grupo que presenta alta vulnerabilidad social, este estudio muestra una práctica del enfermero de alta relevancia social dirigida a la calificación del cuidado y al rescate de la ciudadanía en la perspectiva del acceso universal a los servicios y la atención a la salud. Cabe destacar que, en el proceso de elaboración de este artículo, fue observada la escasez de estudios relativos al proceso de trabajo en CnaR y la inexistencia de publicaciones referentes específicamente al trabajo de enfermería en ese contexto.

En ese escenario, el estudio fue orientado por la pregunta guiadora: ¿El enfermero tiene la potencialidad de desempeñar un papel de agregar y articular el cuidado realizado en la calle, dependiendo de cómo organiza su proceso de trabajo?

Buscando responder a esa pregunta, este trabajo tiene como objetivo analizar elementos del proceso de trabajo de enfermería en el CnaR: objetos, instrumentos y finalidades.

Método

Para el alcance de ese objetivo, se realizó una investigación del tipo exploratoria, de naturaleza cualitativa⁽¹²⁾, dirigiéndose para la significación de la expresión de ideas, sentimientos, valores, modos de pensar, de relacionarse y de actuar de los(as) enfermeros(as). Ese enfoque fue el más adecuado para captar la dinámica del proceso de trabajo⁽⁵⁾ de ese

profesional en el contexto del CnaR, considerando sus elementos constituyentes y los desafíos y potencialidades presentes en el cuidado cotidiano dirigido a personas en situación de extrema vulnerabilidad social.

El escenario de investigación – Consultorio en la Calle en el municipio de Maceió – cuenta con 06 equipos, encuadrados en la modalidad II. Según la Orden n.º 122, en ese tipo de modalidad, el equipo es formada, mínimamente, por seis profesionales, siendo 03 con formación de nivel superior y 03 de nivel medio, pudiendo o no contar con profesional médico, y tienen la finalidad de atender a las personas viviendo en la calle que se encuentran en riesgo personal y social cuyo atendimento acontece fuera de los muros institucionales. El CnaR hace parte de la red de servicios de la Atención Básica de Salud (APS) del SUS, articulándose con otros puntos de atención (ambulatorio y hospitalario) para garantizarle al usuario el acceso al sistema en todos sus niveles de complejidad.

Fueron sujetos del estudio cinco (05) enfermeros actuantes en los equipos del CnaR, en el momento de la recolección de datos. La mayoría era del sexo femenino (04), con media de 29 años de edad y variación de 25 a 36 años, siendo el criterio de inclusión de esos sujetos que los mismos actuaran como enfermeros del Consultorio en la Calle de Maceió hace por lo menos 6 meses.

La técnica para recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada, conducida por una guía que tuvo como base preguntas orientadas a partir del referencial teórico adoptado. Las preguntas eran para los elementos constituyentes del proceso de trabajo como: objeto, instrumentos, productos y finalidad.

La recolección de los datos fue en el período de junio a julio de 2016 y fue realizada siguiendo todos los procedimientos éticos, como el sigilo de los participantes y la anuencia en participar de la investigación firmando el Término de Consentimiento Libre y Aclarado. Las entrevistas fueron realizadas individualmente, en las unidades de referencia de cada equipo, en horarios combinados y escogidos por los profesionales. Fueron audio-grabadas como forma de garantizar mayor confiabilidad de los testimonios y tuvieron la duración entre 14m56s y 46m47s, siendo transcritas en su íntegra.

El tratamiento e interpretación de los datos recogidos en las entrevistas fueron realizados por el análisis de contenido⁽¹²⁾, en la modalidad temática. El objetivo de esta consiste en revelar los núcleos de sentido presentes en la comunicación cuya presencia o frecuencia tengan algún significado para el objeto de estudio.

Se siguieron las etapas de pre-análisis, explotación del material, tratamiento de los resultados

obtenidos e interpretación⁽¹²⁾. Así, se procede a: 1) ordenar los datos, que englobaron la transcripción, la relectura y la organización de los relatos; 2) En seguida, categorización de las informaciones, después de la lectura exhaustiva y repetida de los textos, para la definición de las categorías de análisis; e 3) La tercera etapa, de análisis final, fue desarrollada a partir de la relación observada entre el material empírico (realidad capturada) y el referencial teórico de proceso de trabajo en salud y enfermería. En el conjunto del material empírico, surgieron 3 temas relativos al objeto del proceso de trabajo, instrumento y fuerza de trabajo, producto y finalidad del trabajo, siendo así denominados: “Necesidad de cuidado a la salud en el contexto de vulnerabilidad social y de salud”; “Planeamiento estratégico y trabajo en equipo como instrumentos de la organización del proceso de trabajo”; “Finalidades y productos del trabajo: garantizando el derecho al acceso y al cuidado”.

Como ya apuntado, todos los criterios éticos fueron respetados, siendo un estudio aprobado en 14 de abril de 2016 por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Alagoas sobre el parecer nº1.500.689 / CAAE nº52876016.6.0000.5013.

Resultados

En el tema “Necesidad de cuidado a la salud en el contexto de vulnerabilidad social y de salud”, fue evidenciado por los enfermeros del CnaR el fuerte contexto de vulnerabilidad en el cual los usuarios del servicio están insertos: [...] Primero las necesidades básicas que ellos no tienen y queriendo o no es salud. La mayoría no tienen garantía de baño, no tienen alimento garantizado, todo eso ellos tienen que correr atrás para conseguir (ENF 02).

Cuando indagados sobre las necesidades de los usuarios del servicio, estos destacan el vasto espectro de necesidades encontrado, principalmente cuando se consideran todos los derechos que les son negados: *si nosotros fuéramos a verlo como un sujeto integral, él tiene varias necesidades. Necesidades, por ejemplo, necesidades de cuidado en relación a los cuidados de enfermería que es nuestro foco de atención, pero tiene necesidades también relacionadas a la relación con otras personas, el vínculo con otras personas, necesidad de escucha, necesidad también de alimentación porque ellos son muy carentes, entonces eso es mucho [...]* (ENF 05).

Otra necesidad de salud fue el acceso a los servicios de la Red de Atención a la Salud (RAS): *hay una necesidad compleja, digamos así, porque exige una red. [...], la necesidad de tener una habitación, de tener seguridad pública, de hacer parte del programa de asistencia social y también de nosotros*

en relación a la salud, las demandas... Marcación de consulta, exámenes, acompañamientos a otros servicios (ENF 04).

Para los trabajadores, el acceso a esos dispositivos posibilitaría mayores chances de solubilidad de las necesidades de esos usuarios, pero es dificultado por el escasez de servicios y, especialmente, por la deficiencia en el acogimiento ofrecido: *[En relación a las dificultades] [...] problema es el observar, ¿no?, de algunos profesionales, hasta de la propia unidad o de otros servicios que a veces ocluir o no entienden. Por causa de una ficha de... Tuve hasta pelea aquí algunas veces (ENF 01). Hay mucha discriminación a esas personas en los servicios, ya presencié escenas tristes de negligencia y de prejuicio de los profesionales que estaban atendiendo esa población en otros servicios hospitalarios (ENF 04).*

Las necesidades de salud, mientras objeto del trabajo del enfermero, son propias de un ambiente dinámico y diferenciado, requiriendo instrumentos y formas singulares de organización del proceso de trabajo por el enfermero que vive o cuida en la calle, conforme discutido a seguir.

En el segundo tema, "Planeamiento estratégico y trabajo en equipo como instrumentos de organización del proceso de trabajo", fue identificada la siguiente lógica de organización de trabajo: *trabajamos en el siguiente proceso: nosotros tenemos el pre y o post-campo en los equipos. Entonces, en el pre-campo todo equipo se reúne, determina el campo que va a ser visitado, las demandas que son más frecuentes de aquella local y si quedó pendiente del atendimento anterior, para que podamos ya en ese día estar dando la respuesta para el sujeto (ENF 04). [en relación a la organización del proceso de trabajo] Primero, así, de una forma general ya tienen un proceso de trabajo del equipo. Nosotros hacemos el pre-campo todos los días para la salida del campo, entonces hacemos la discusión de las demandas e intentamos dirigir aquello que nosotros vamos a resolver o aquél público que nosotros vamos a atender en aquél día. Y ahí muchas veces el planeamiento no es sólo de la enfermería, es con la participación del equipo y, a partir de eso, vamos a dirigir lo que vamos a hacer (ENF 05).*

Se observa que los enfermeros entrevistados imprimen las características del Planeamiento Estratégico en Salud (PES) en la organización de su trabajo, caracterizándolo como proceso cíclico y sistematizado para la identificación, planeamiento, ejecución y evaluación de las acciones de salud. La producción teórica de Mário Testa fue utilizada como referencia de PES en este estudio, entendiéndolo como construcción histórica y social que se hace en el encuentro y en las relaciones cotidianas de poder de las prácticas en salud.

Para descripción del proceso de PES, los enfermeros utilizan denominación propia del CnaR, presentadas esquemáticamente a seguir en la Figura 1.

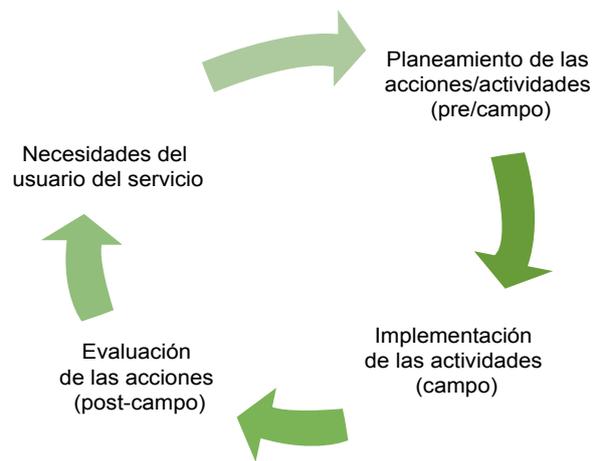


Figura 1 - Diagrama del planeamiento estratégico del enfermero en el Consultorio en la Calle

Los enfermeros presentaron otros instrumentos de su proceso de trabajo, como los insumos y equipamientos comunes al cuidado de enfermería (tensiómetro, materiales para curativo, medicamentos etc.). Entre tanto, el uso de las tecnologías leves apareció con destaque, como aspecto especial para el buen desempeño de las actividades del CnaR: *usted trae ese problema de los instrumentos, pero una cosa que todo mundo acaba teniendo que utilizar es un lenguaje apropiada para poder acceder a la persona. Entonces así, tiene que mezclarse mismo con las personas para que podamos entonces ganar un poco de confianza porque así ... Llegamos con el coche y simplemente da buenas noches y ya va a querer atender, eso nunca acontecería, nunca funcionaría. Nos aproximamos intentando hablar una misma lengua de una forma muy coloquial a veces, utilizando hasta argot en el caso para aproximarse (ENF 04).*

Mismo utilizando y valorizando las tecnologías leves, presentan dificultad en reconocerlas como instrumentos de su trabajo, como evidenciado en el relato: *entonces en el primer momento, para tener un funcionamiento mínimo del equipo, precisamos tener ese diálogo, esa conversación. Después medimos la presión, hacemos el test de glicemia capilar, hacemos acompañamiento pre-natal, usando también, de las gestantes que están en la calle. Utilizamos algunos instrumentos que aproximan más ellos y ellos ven más resultados de la acción del equipo cuando existe alguna cosa más concreta, cuando algo es hecho en la calle (ENF 04).*

Se nota, en el discurso del profesional, cómo ese proceso se torna desgastante, una vez que él identifica las necesidades de la población, realiza su planeamiento, pero se encuentra en una situación de impotencia frente a la gestión, cuando no han garantizado los insumos y materiales necesarios para ejecutar su planeamiento: *a veces hay falta de insumos también, hay falta hasta de transporte, de algunos materiales también son desafíos para nuestro trabajo porque cuando tenemos la falta de material o falta de algún insumo o falta de transporte, a veces teníamos*

una agenda a cumplir, un planeamiento que hicimos y muchas veces dejamos de cumplir por falta de transporte, por ejemplo, en aquel día (ENF 05).

Frente de la carencia de instrumentos básicos de trabajo, los profesionales acaban invirtiendo en la creatividad y en el improviso para driblar esas situaciones, buscando garantizar uno de los elementos primordiales de su trabajo; el vínculo con el usuario.

En el contexto de un trabajo que se caracteriza por planeamiento situacional, valorización de tecnologías relacionales y esfuerzos de creatividad para driblar las carencias estructurales del cuidado en la calle, los enfermeros apuntan un elemento de trabajo fundamental e integrador en este proceso: el equipo multi-profesional e interdisciplinario: [...] *todo mundo acaba envolviéndose de una forma que no es ni de la función de la persona, mas siempre acaba compartiendo para lo mejor del usuario. Es interesante que siempre compartamos las demandas* (ENF 03). *Dentro del equipo, hay las debidas y las respectivas formaciones académicas, pero trabajamos de hecho con la interdisciplinaridad porque acabamos mezclando un poco en eso debido a la necesidad del consultorio [...]* (ENF 04).

El tercer tema dice al respecto a las "Finalidades y productos del trabajo: garantizando el derecho al acceso y al cuidado". A primera vista, en sus discursos, los enfermeros mostraron la autonomía del usuario como primera finalidad de su trabajo: *[En relación a la finalidad del trabajo] Entonces buscamos dejarlos inquietos para ver si ellos tienen esa autonomía mismo* (ENF 01).

Para el enfermero, buscar la autonomía del usuario se relaciona a otras finalidades de su trabajo: la mejoría de la calidad de vida y la garantía del derecho al acceso de los servicios de salud: *[Identificó como finalidad de su trabajo] Entonces nosotros intentamos garantizar la ejecución, garantizar que ellos tengan realmente ese derecho de acceso y también que ellos tengan, como yo ya dije, una mejor calidad de vida, [...] a veces por no creer más en la vida, porque hay personas que ya atendimos en situación crítica y después que comenzamos a hacer un acompañamiento nos damos cuenta de los cambios* (ENF 05).

Otra finalidad del trabajo en CnaR, destacada por los enfermeros, fue la mejoría de la calidad de vida. Evidentemente, esta se presenta como una de las tareas más difíciles, considerando todo el complejo contexto de carencias y ausencias en el cual esa población se inserta: [...] *de una forma general, el objetivo de nuestro trabajo, ¿Qué esperamos? Que esa persona tenga una mejor calidad de vida, independiente si va a estar en la calle, si va a volver para la familia, va para alguna institución. Entonces, el objetivo de nuestro trabajo es favorecer para que ella tenga una vida con más calidad, que ella consiga tener más placer en algunas actividades que ella haga en el día a día, de reconocer y de percibir que a veces aquella persona quiere mudar o quiere*

alguna oportunidad también y muchas veces ella no sabe cómo hacer o no tiene el apoyo de nadie (ENF 05).

Con el propósito de buscar calidad de vida dentro de lo posible y del contexto real, los enfermeros del CnaR comentaron sobre la reducción de daños (RD) también como finalidad de su trabajo: *[en relación a la reducción de daños] (...) pero está sabiendo trabajar la reducción de daños con ellos para ellos de a poco entender lo que es mejor para la salud de él. "Oh, si usted 40, fume por lo menos 38" (risas) y va disminuyendo* (ENF 03).

Discusión

Frente a los temas de análisis surgidos de los discursos de los enfermeros en este estudio y al inclinarnos, específicamente, sobre el proceso de trabajo en enfermería, tenemos como objeto del trabajo, el "cuidado" o las "necesidades" de los individuos, familias, grupos sociales, comunidades y colectividades. Se entiende que el objeto de trabajo de la salud y de la enfermería no se limita a cuerpo físico/biológico de esos individuos, de manera que esa concepción va a variar de acuerdo con la concepción de salud y enfermedad con la cual se está operando⁽¹³⁾.

Siendo así, identificar las necesidades de salud del usuario exige la superación del paradigma centrado en la enfermedad como el único medio de enfrentamiento de las quejas de los usuarios, que representan sus problemas de salud. Necesidades de salud no se restringen simplemente a los aspectos biológicos humanos, pero las carencias y vulnerabilidades del individuo⁽¹⁴⁾.

Otra necesidad que aparece en destaque en los discursos de los entrevistados es sobre tener acceso a los servicios de salud, que es ratificado por la literatura, ya que necesidad de salud implica también en acceso a servicios y tecnologías que prolonguen o mejoren la vida, eso englobando los encaminamientos necesarios, así como la marcación de consultas en otros puntos de la RAS⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

El acceso a las RAS también han sido discutidos por autores^(1,3,11) que dicen que el proceso de aislamiento que los equipos de Consultorio en la Calle sufren en relación a la Red y cómo eso impacta en la dificultad de acceso por el usuario. Los profesionales estarían "presos" a una rutina poco flexible para lidiar con situaciones diferenciadas, fuera de lo previsto, siendo ese modelo incompatible con el proceso de trabajo en el CnaR.

Otro aspecto observado fue el potencial transformador del trabajo del enfermero del CnaR y del cuidado ofrecido, una vez que estos son guiados por las tecnologías leves, como vínculo, acogimiento, escucha sensible y empatía. En esa perspectiva, el cuidado es

pautado en compartir experiencias y en las formas diversas de intervenir considerando la subjetividad y la valorización del otro para favorecer el fortalecimiento de su autoestima y autonomía para el autocuidado.

En el discurso de ENF 04, se observa que la lengua coloquial es utilizada en la comunicación con el usuario como una estrategia para la aproximación y establecimiento de una relación de confianza y respeto, esenciales para la constitución de la tecnología denominada "vínculo". El vínculo es considerado una tecnología leve^(4,16), o relacional, que vendría antes de cualquier otra acción del cuidado, pues es a través de ella que el profesional consigue establecer una relación de confianza con el otro. Consecuentemente, con vínculo existe más chances de obtener el suceso terapéutico, por ejemplo, favorecer la adhesión a determinado tratamiento, el cambio de hábitos o hasta mismo establecer con el usuario nuevos modos de cuidarse.

Históricamente, la formación del modelo médico-asistencial hegemónico^(4,17) estuvo centrado en las tecnologías duras y leve-duras, ya que se dio a partir de intereses corporativos, especialmente de grupos económicos⁽¹⁸⁾. En la organización micro-política del trabajo en salud, ese modelo produjo una organización del trabajo con flujo dirigido a la consulta médica, en que el saber médico estructura el trabajo de otros profesionales, quedando la producción del cuidado dependiente de esos instrumentos más estructurados.

Frente a ese paradigma, de supervaloración de las tecnologías duras y leves-duras, comúnmente hasta mismo cuando el profesional identifica dentro de su proceso de trabajo el uso de las tecnologías leves como herramientas guiadoras, él puede creer que muchas veces su trabajo solamente es reconocido a través del uso de las tecnologías duras.

La necesidad del usuario de tener ese cuidado objetivado en algo "concreto", por medio de las tecnologías duras, parece traducir el cuidado de manera más visible, cabiendo al profesional equilibrar el uso de los diversos instrumentos de su trabajo.

También en lo que se refiere a los instrumentos, se percibe en los testimonios la carencia de algunos insumos y materiales esenciales y cómo eso refleja en la calidad del atendimento a los usuarios, en la visión de los profesionales. La gestión ha dejado una laguna en la discontinuidad del fornecimiento de insumos para asistencia. La falta de los insumos perjudica inclusive la relación de vínculo y confianza construida con los usuarios.

En un estudio⁽¹⁾ realizado con equipos de CnaR del municipio de Rio de Janeiro, en 2013, resultados semejantes fueron encontrados, en los cuales los

profesionales señalaron trabajar en la perspectiva del cuidado compartido.

Es importante recordar que la salud, impulsada y legitimada por el modelo de atención hegemónico, viene sufriendo un fuerte proceso de fragmentación debido al fenómeno de la superespecialización profesional y a la creciente división técnica y social del trabajo en salud^(4,17-18).

En el contexto de cambios de modelo, se junta a ese panorama la necesidad siempre creciente de nuevas y complejas tareas para alcanzar la integralidad de la atención a la salud, lo que requiere de los profesionales, cada vez más, capacidad para el trabajo interdisciplinario en equipo^(15,17).

La promoción del trabajo en equipo integrado tiene como finalidad mejorar las respuestas de los servicios a las necesidades del usuario y la calidad de la atención a la salud⁽¹⁹⁾. Eso requiere, por lo tanto, colaboración entre profesionales de diferentes áreas con foco en las necesidades, tal cual acontece en la realidad de los CnaR investigados.

Se puede entonces decir que el ejercicio del trabajo en equipo es una de las potencialidades de los sujetos en la organización del trabajo en el escenario investigado, muchas veces siendo en el principal instrumento para superación de las barreras y dificultades cotidianas de los trabajadores. Entre estas, la dificultad del acceso compone el contexto de exclusión de la población viviendo en la calle.

Para los enfermeros entrevistados, la dificultad que la persona viviendo en la calle encuentra para tener acceso a la RAS está relacionada principalmente, a la falta de preparación por parte de los profesionales que componen los servicios de la red, que manifiestan, no raro, prejuicio y resistencia al cuidado de esas personas. Ese proceso de exclusión desestimula el enfermero del CnaR, que muchas veces trabaja con afínco para establecer una relación de vínculo y confianza con el usuario, por veces rota por falta de preparación de los profesionales de otros puntos de la RAS.

La calidad de vida como instrumento para la promoción de la salud⁽²⁰⁾ engloba, más allá del estado de salud, las relaciones satisfactorias con el ambiente, recursos económicos y tiempo para trabajo y diversión. Considerando que esa población de calle es marcada por difíciles condiciones de vida, precaria alimentación y morada, sumándose a eso el no acceso a derechos básicos como educación, salud y seguridad, se entiende que la calidad de vida es buscada en una perspectiva más real y contextual, la de garantizar más dignidad a la vida⁽³⁾.

En ese sentido, se viene intentando conquistar espacios, así como establecer una relación entre calidad

de vida y justicia social, de manera que el foco pasa a ser no solamente disminuir los riesgos de enfermedades, pero también de ampliar las oportunidades de vida, siendo necesario para eso, una progresiva articulación multisectorial y intersectorial⁽¹⁵⁾. Esta ha sido apuntada como una de las mayores barreras encontradas, no solamente por los trabajadores de los equipos de CnaR de la capital nordestina, pero también en otros estados, como descrito en los estudios ya citados^(1,3,11).

El derecho a la salud, por la tanto, es señalado todo el tiempo como la primera finalidad del proceso de trabajo en CnaR, entendido como conjunto de bienes y servicios mínimos necesarios para la sobrevivencia y posibilidad de mejoría de la calidad de vida, como establecido en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁽²¹⁾. La discusión de la interface de los derechos humanos universales con la salud mueve autores nacionales e internacionales, en un entendimiento común de favorecer el empoderamiento tanto de usuarios como de trabajadores de la salud en el conocimiento sobre los derechos humanos y de ciudadanía y desarrollo de estrategias que garantan primero el interés del ser humano en acciones dialógicas y recíprocas de solidaridad⁽²²⁻²³⁾. En Brasil, ese movimiento se ha ampliado con la Política Nacional de Humanización de la Salud, con enfoque para cambios de las prácticas en salud que valoren la vida y la participación de las personas en los procesos de cuidado⁽²⁴⁾.

En esa perspectiva, la reducción de daños (RD) fue destacada por los enfermeros como también una finalidad de su proceso de trabajo. Entendida inicialmente como una iniciativa para controlar las consecuencias del uso de sustancias psicoactivas, sin necesariamente imponer por la abstinencia⁽¹⁾. Se nota que los enfermeros participantes de este estudio, aunque enfrenten dificultades de diferentes órdenes en su proceso de trabajo, definieron las finalidades de su trabajo atendiendo a las políticas y estrategias corrientes de cuidado a la persona viviendo en la calle, que comúnmente usa sustancia psicoactiva.

El análisis del proceso de trabajo de los enfermeros en el CnaR permitió, en la distinción y reflexión de sus objetos, instrumentos y finalidades, vislumbrar potencialidades de la práctica del enfermero en ese contexto, que califica el cuidado a la persona viviendo en la calle y potencializa la propia esencia de la *praxis* de enfermería⁽⁹⁾: el cuidado. Entre esas potencialidades, se destacan, en síntesis: la ampliación del observar para problema y necesidad de salud, el ejercicio del trabajo en equipo, el énfasis en las tecnologías leves de cuidado y el compromiso con la garantía del derecho a la salud del ciudadano.

Conclusión

La investigación de los elementos constituyentes del proceso de trabajo de los enfermeros del Consultorio en la Calle dio la oportunidad de diversas reflexiones acerca de los caminos para el cuidado a la población viviendo en la calle y de cómo los profesionales lidian con la complejidad del trabajo fuera del *setting* convencional.

El estudio presentó algunas limitaciones propias de las investigaciones cualitativas exploratorias: fue realizado en un municipio único, enfocando pequeño número (5) de sujetos entrevistados, que constituía en el momento de la investigación de campo en la totalidad de los enfermeros actuantes en el CnaR de ese municipio. A pesar de esas limitaciones, el estudio cumplió su objetivo y trajo respuestas, al observarse los elementos constituyentes del proceso de trabajo, sobre la potencialidad de la práctica de los enfermeros para mejoría del cuidado a las personas viviendo en la calle.

En relación al objeto de trabajo, un amplio espectro de necesidades de cuidado fue destacado, desde asuntos que emanan del contexto de la vulnerabilidad social y que se traducen en necesidades de alimentación, higiene, morada y educación, hasta asuntos de intervención diagnóstica y terapéutica, destacándose la necesidad de acceso a la Red de Atención a la Salud.

Para enfrentamiento de esta realidad, el enfermero utiliza instrumentos de diferentes densidades tecnológicas, con destaque para el planeamiento estratégico, la actuación en equipo interdisciplinario y la valorización de las tecnologías leves de acogimiento y vínculo en la relación de cuidado con el usuario. La configuración de ese proceso de trabajo se inicia y se finaliza con el propósito central de garantizar el derecho de esa población tener acceso a la salud, mejorar la calidad de vida y vivir con más autonomía.

Mismo frente a las dificultades del trabajo del enfermero en CnaR, el estudio presenta una experiencia exitosa que explota la potencialidad de relaciones solidarias de cuidado humanizado. Siendo esas herramientas esenciales para alcanzar una de las principales finalidades de su trabajo, contribuir para que las personas viviendo en la calle cumplan con su autonomía y construyan el protagonismo de su propio cuidado, mismo frente a tantas adversidades.

Como desafíos, la investigación señala la necesidad de inversiones permanentes, materiales y humanos, por parte de la gestión en salud, tanto para calificación del cotidiano de trabajo del CnaR como para ampliación de la comprensión de los diversos actores de la Red de Atención a la Salud sobre la finalidad del trabajo realizado con personas viviendo en la calle.

Eso porque este no es un trabajo que se limita a las manos y voces de los profesionales de este dispositivo, y sí que se expande para acciones que exijan corresponsabilidad y sensibilidad de diferentes puntos y sectores de la red pública de servicios, teniendo en cuenta la ampliación de derechos de una población ya tan sufriendo y olvidada de los centros urbanos brasileiros.

Referencias

- Engstrom EM, Teixeira MB. Manguinhos, Rio de Janeiro, Brazil, "Street Clinic" team: care and health promotion practice in a vulnerable territory. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 June [cited June 22, 2017]; 21(6):1839-48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
- Andrade FR, Narvai PC. Population surveys as management tools and health care models. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2013 Dec [cited Jun 22, 2017]; 47(3): 154-160. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000900154&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Londero MP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultation office of/in the street: challenge for a healthcare in verse. *Interface*. (Botucatu). [Internet].2014 [cited Jul 24, 2015]; 18(49):251-60. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/1807-57622013.0738&pid=S1414-32832014000200251&pdf_path=icse/v18n49/en_1807-5762-icse-1807-576220130738.pdf&lang=en
- Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, Ayres JRCM. Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2012 Feb [cited June 28, 2017]; 20(1): 19-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en
- Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Home care as change of the technical-assistance model. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2010 Feb [cited June 28, 2017]; 44(1): 166-176. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Slomp JH, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Life stories, homeopathy and permanent education: construction of shared healthcare. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 June [cited June 28, 2017]; 20(6): 1795-803. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601795&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Chagas MS, Abrahão AL. Care production in health team focused on living work: the existence of life on death territory. *Interface*. (Botucatu) [Internet].2016 [cited June 23, 2017]. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/1807-57622016.0262&pid=S1414-32832017005009102&pdf_path=icse/2017nahead/en_1807-5762-icse-1807-576220160262.pdf&lang=en
- Cavalcante MDMA, Larocca LM, Chaves MMN, Cubas MR, Piosiadlo LCM, Mazza VA. Nursing terminology as a work process instrument of nurses in collective health. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 Aug [cited June 23, 2017]; 50(4): 610-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400610&lng=en
- Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2011 Feb [cited June 28,2017]; 19(1): 123-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100017&lng=en&tlng=en
- Souza IAS, Pereira MO, Oliveira MAF, Pinho PH, Gonçalves RMDA. Work process and its impact on mental health nursing professionals. *Acta Paul Enferm*. [Internet].2015 Aug [cited Jun 1, 2017]; 28(5): 447-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000500447&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Alecrim TFA, Mitano F, Reis A, Roos CM, Palha PF, Protti-Zanatta ST. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet].2016 Out [cited Jun 28, 2017]; 50(5): 808-15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500808&lng=pt&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en
- Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2012 Mar [cited June 25, 2017]; 17(3): 621-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface*. (Botucatu) [Internet]. 2016 Dec [cited June 22, 2017]; 20(59): 905-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Villa TCS, Egry EY. Family health team knowledge concerning the health needs of people with tuberculosis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2012 Feb [cited June 28, 2017]; 20(1): 44-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100007&lng=en&tlng=en
- Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Perceptions of primary health care needs according to users of a health

- center. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2011 Mar [cited Jun 5, 2016]; 45(1): 19-25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
16. Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. Care provided to patients with hypertension and health technologies for treatment. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2013 [cited May 21, 2015]; 47(1):107-114. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
17. Viegas SMF, Penna CMM. Integrality: life principle and right to health. *Invest Educ Enferm*. [Internet]. 2015 [cited May 13, 2017]; 33(2):237-47. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en
18. Iriart C, Merhy EE. Inter-capitalistic disputes, biomedicalization and hegemonic medical model. *Interface*. (Botucatu) [Internet]. 2017 jan [cited Jun 28, 2017]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005002103&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
19. Peduzzi M. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2013 [cited May 13, 2017]; 47(4): 977-983. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
20. Tavares MFL, Rocha RM, Bittar CML, Petersen CB, Andrade M. Health promotion in professional education: challenges in Health and the need to achieve in other sectors. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 June [cited June 22, 2017]; 21(6): 1799-808. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601799&lng=en&nrm=iso&tlng=en
21. Assembly, Nations General. "Universal Declaration of Human Rights." (1948). Available from: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
22. Stefanini A, Ziv H. Occupied Palestinian Territory: Linking Health to Human Rights. *Health Hum Rights*. 2004; 8(1), 160-76. doi:10.2307/4065380
23. Mann J. Health and Human Rights. *Am J Public Health*. 2011;11(1):1940-3. doi: 10.2105/AJPH.96.11.1940
24. Dalla NCR, Junges JR. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2013 Dec [cited Jan 8, 2018]; 47(6):1186-200. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601186&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Recibido: 30.06.2017

Aceptado: 19.07.2018

Autor correspondiente:
 Débora de Souza Santos
 E-mail: debora.santos@esenfar.ufal.br
 <http://orcid.org/0000-0001-9060-3929>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.