

Educação em saúde à população em situação de rua: impressões de médicos de família e comunidade

Health education for the homeless people: impressions of family practitioner

Átila Mourão Lima¹

ORCID: 0000-0003-1813-4501

Maria Inez Padula Anderson¹

ORCID: 0000-0002-5945-1987

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Átila Mourão Lima - Universidade do Estado do Rio de Janeiro — Rua São Francisco Xavier, 524 - Maracanã - Rio de Janeiro/RJ. Brasil. Email: atila.m.lima@gmail.com. Contato: (21) 979324442

RESUMO

Introdução: a população em situação de rua configura um segmento populacional que necessita de cuidados diferenciados, em especial na área da saúde. **Objetivo:** conhecer percepções que residentes de Medicina de Família e Comunidade tiveram sobre a população em situação de rua, verificando se o tema foi abordado no programa de residência. **Método:** trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com nove residentes do 3º ano opcional de Medicina de Família e Comunidade no município do Rio de Janeiro, formados em 2021. **Resultados:** evidenciou-se que o estágio prático obrigatório sensibilizou os entrevistados para as particularidades dessa população, embora tenham sido apontadas dificuldades no aprendizado e no cuidado. **Conclusão:** apesar de o tema estar presente no currículo, foi considerado insuficiente nas discussões e em outros cenários teórico-práticos, evidenciando a necessidade de maior aprofundamento para qualificar a formação dos residentes.

Palavras-chave: Pessoas Mal Alojadas; Vulnerabilidade Social; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Internato e Residência.

ABSTRACT

Introduction: the homeless population, due to their living conditions, constitutes a population segment that requires differentiated care, especially concerning their health. **Objective:** to understand the perceptions that Family and Community Medicine residents had about the homeless population, verifying whether the topic was addressed in the residency program. **Method:** this is an exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, carried out through semi-structured interviews with nine residents of the optional 3rd year of Family and Community Medicine in the city of Rio de Janeiro, who graduated in 2021. **Results:** it was noted that the mandatory practical internship sensitized the interviewees to the particularities of this population, although difficulties in learning and care were pointed out. **Conclusion:** although the topic is present in the curriculum, it was considered insufficient in the discussions and in other theoretical-practical scenarios, evidencing the need for greater depth to qualify the training of residents.

Keywords: Ill-Housed Persons; Social Vulnerability; Family Practice; Primary Health Care; Internship and Residency.

INTRODUÇÃO

A existência de indivíduos em situação de rua é um fenômeno presente na sociedade brasileira desde a formação das primeiras cidades¹. Entretanto, foi somente em 2008 que o Governo brasileiro estabeleceu a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua.

De acordo com a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, a população em situação de rua (PSR) é definida como aqueles segmentos sociais que "em comum possuem a característica de estabelecer no espaço público da rua seu palco de relações privadas"². Em 2023, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) publicou uma estimativa baseada no número de pessoas em situação de rua, chegando a um número de 281.472 pessoas em situação de rua³.

A PSR é profundamente impactada por diferentes determinantes de vulnerabilidades sociais presentes nos territórios urbanos: vulnerabilidade econômica, educacional, de moradia, de exclusão social, de violências, de menor acesso às ações e serviços, de menor acesso a uma gama de direitos vinculados à cidadania⁴. Esses múltiplos fatores de vulnerabilidade, ou "sistemas de subordinação/discriminação", são elementos centrais na definição de "interseccionalidade"⁵⁻⁶, conceito que reflete a sobreposição de marcadores sociais vividos não só pela PSR, mas pela população em geral.

Essas múltiplas vulnerabilidades resultam em barreiras significativas no acesso a serviços básicos para a garantia da sua dignidade. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua descreve que os entrevistados sofrem impedimento de acesso a serviços de saúde, transportes coletivos, *shopping centers*, estabelecimentos comerciais, órgãos públicos, bancos e locais para tirar documentos.

Como exemplo de experiência voltada para a PSR, existem as Equipes de Consultório na Rua (CnaR), instituídas pela Portaria nº 122, do Ministério da Saúde, de 25 de janeiro de 2011. As equipes de CnaR, então, integram o componente de atenção básica das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), atendendo às diretrizes das políticas nacionais de prevenção do consumo e dependência de crack, álcool e outras drogas. Devem possuir quatro a seis profissionais de nível superior e médio, podendo ser compostas por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. As equipes

de CnaR desempenham suas atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, os serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário⁷.

O cuidado à PSR, entretanto, não é exclusivo às equipes do CnaR, e deve estar presente em todas as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo prioritário da Atenção Primária à Saúde (APS), em todo território nacional. A APS é o nível de atenção que confere primeiro acesso ao sistema de saúde, e que provê um cuidado continuado e longitudinal, centrado na pessoa, nas famílias e nas comunidades, de forma a atender suas necessidades em saúde, de maneira integral. Além disso, a APS deve ser a coordenadora do cuidado, e também deve ser a ordenadora do caminho que cada indivíduo faz dentro do sistema de saúde. No Brasil, a APS está organizada em unidades básicas de saúde, postos de saúde ou clínicas da família, e que funcionam sob a lógica da ESF, o que lhe confere responsabilidade sanitária sobre um território geográfico e a população que reside neste território⁸.

Apesar da necessidade de formação diferenciada para o cuidado em saúde desta população, não há diretrizes claras sobre o processo ensino-aprendizagem desta forma de cuidado seja no âmbito da graduação, ou pós-graduação, na área da saúde, sendo as experiências caracterizadas mais por iniciativas institucionais. Neste contexto, os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, dentre os quais os médicos de família e comunidade (MFC), constituem um dos grupos estratégicos que necessitam aprender formas de cuidado para com esta população.

As equipes de ESF são equipes multiprofissionais, lotadas em unidades de Atenção Primária, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, que moram em um território geográfico adscrito⁹. Pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a equipe de ESF deve ser composta por um médico, preferencialmente MFC, um enfermeiro, preferencialmente enfermeiro de família e comunidade, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Cada ACS deve ser responsável pelo acompanhamento de até 750 pessoas⁸, sendo possível adaptar o processo de trabalho destas equipes para incluir o seguimento de PSR.

A existência de barreiras para o acesso aos serviços de saúde é descrita por alguns estudos¹⁰⁻¹² são relacionadas à dinâmica dos próprios serviços, como grandes filas e período grande de espera para atendimento, dificuldade dos profissionais em lidar com as particularidades desse grupo; outras com a própria dinâmica da rua, em que tarefas como conseguir dinheiro, comida, procurar locais para dormir e fazer higiene pessoal se tornam prioridades maiores do que o cuidado em saúde. Há que destacar a rigidez da rotina de alguns serviços de saúde, que torna burocrático o cuidado, uma das razões para a agressividade que estas pessoas demonstram ao chegarem aos serviços de saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação de Medicina¹³ descrevem em seu Artigo 5º que "o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social"(p. 1). No Artigo 14º, que trata da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva, as DCN orientam a consideração das dimensões de risco e vulnerabilidade para a análise das necessidades de saúde de Grupos de Pessoas e Comunidades. O Artigo 23º enfatiza, nos incisos II e III, a importância de contemplar na graduação a "compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença" e a "abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção" (p. 10). Ainda no mesmo artigo, no inciso VII, as DCN trazem como competência a ser trabalhada durante o curso a "vivência e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras, educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena" (p. 10).

Tratando especificamente da PSR, a Política Nacional para a População em Situação de Rua estabelece a necessidade de "desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos", e "incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a

diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento”².

Sharma et al. (2018)¹⁴ questionam, no entanto, a mera inclusão do assunto "determinação social de saúde" nos currículos, o que geraria uma abordagem de apenas conhecer os determinantes sociais da saúde, sem fornecer aos alunos ferramentas para que estes sejam modificados. Os autores neste estudo orientam que, além de exposições teóricas sobre determinação social de saúde, as escolas médicas devem estimular o desenvolvimento de “consciência crítica”, por meio de dramatizações, trabalhos de campo e participação em movimentos sociais, de forma a questionar o *status quo*, do qual muitos alunos e professores se beneficiam.

Em paralelo, Boelen (1995)¹⁵ faz a distinção entre o que seriam escolas médicas “socialmente responsáveis”, em que o currículo se foca apenas na sensibilização dos alunos para a identificação de problemas de saúde causados pela determinação social; e escolas médicas “*socially accountable*”, que não só orientam sua educação, pesquisa e serviços para a resolução dos problemas de saúde da comunidade, como também trabalham de forma a colaborar com governos, organizações de saúde e com o público, de forma a impactar positivamente a saúde desta comunidade. O conceito de “*social accountability*” para as escolas médicas foi publicado pela primeira vez em 1995 em documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tinha o objetivo de direcionar a atuação destas escolas médicas para a melhoria das condições de vida da população às quais têm responsabilidade sanitária.

Em 2015, foi publicado um manual pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) relatando o Currículo Baseado em Competências, que descreve quais seriam as competências do especialista em Medicina de Família e Comunidade. Tais competências foram divididas entre os pré-requisitos, ou seja, aquelas que já deveriam estar presentes no médico generalista recém-formado; as competências essenciais, que fazem parte do rol de habilidades de todo MFC; as competências desejáveis e as competências avançadas. Ao tratar da Abordagem às Situações de Violência e Vulnerabilidade, a cartilha descreve como competência essencial do MFC o conhecimento das especificidades do cuidado às pessoas em situação de rua¹⁶.

O acesso da PSR ao sistema de saúde se dá, em um terço a dois terços dos casos^{2,17}, pela APS, então é esperado que o médico especialista nesse nível de atenção, assim como os demais profissionais da equipe, tenham esse cuidado dentro do seu rol de competências. Para tanto, é necessário que a formação destes profissionais abarque a problemática da PSR dentro do seu currículo formativo, tanto dentro da graduação, como forma de alcançar os objetivos expressos nas DCNs e a “*social accountability*”, tanto nos programas de pós-graduação, para que se alcance as competências essenciais para o trabalho.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa. Foi utilizada, como estratégia de pesquisa, a realização de entrevistas semi-estruturadas com os residentes do 3º ano opcional (R3) de Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro, formados no ano de 2021. A opção pelos R3 teve por base o fato de já terem passado pelos dois anos iniciais do programa de residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). Logo, a princípio, teriam tido contato com atividades docente-assistenciais para o desenvolvimento das competências que devem ser trabalhadas na residência em Medicina de Família e Comunidade. Além disso, foi definida a turma formada em 2021 por não ter sido prejudicada pelas interferências no processo ensino-aprendizagem trazidas pela pandemia de COVID-19, durante os seus dois anos iniciais do programa de residência.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 12 de dezembro de 2012¹⁸, o trabalho foi submetido para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), com subsequente aprovação. (CAAE n. 42087520.0.0000.5238)

Como critério de inclusão, os participantes devem ter concluído os dois anos iniciais do PRMFC e terem sido residentes do 3º ano opcional de Medicina de Família e Comunidade, formados até fevereiro de 2021. Foram excluídos da amostra os residentes que se recusaram a participar da entrevista ou aqueles em que não foi possível contato.

Participaram da pesquisa nove MFC (64,3% do total) que fizeram o R3 do PRMFC na UERJ, durante o ano letivo de 2020, se formando em fevereiro de 2021. Neste ano, foram formados pelo R3 quatorze médicas e médicos. Dos nove participantes da entrevista, oito se identificaram como mulheres e um se identificou como homem. Os entrevistados são identificados por siglas de duas letras (RA, RB, RC, etc.), como forma de resguardar as suas identidades.

As entrevistas aconteceram nos meses de junho a setembro de 2021, por meio de videochamadas com duração de até 60 minutos, conduzidas pelo pesquisador, autor deste artigo, e os entrevistados. O convite para as entrevistas foi realizado por meio de *e-mail* ou número de telefone dos residentes, conseguido por acesso ao cadastro oficial dos residentes no banco de dados do programa.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado que buscava explorar as percepções e experiências dos residentes sobre o cuidado à população em situação de rua. As perguntas abordaram temas como as dificuldades percebidas no cuidado à PSR na APS, a abordagem do tema nos PRMFC, a experiência prática em equipes de CnaR e as repercussões dessas vivências na prática profissional dos residentes. Também foram discutidos aspectos relacionados ao papel da Medicina de Família e Comunidade no cuidado à PSR, as características da APS que poderiam impactar esse cuidado e as experiências pessoais e profissionais dos residentes com a PSR. Este roteiro serviu para facilitar o entrevistado a explorar a experiência do MFC em relação ao cuidado em saúde à PSR durante o período de residência médica, e como essa experiência afetou a sua prática profissional e a sua percepção de cidadania. A entrevista semiestruturada foi escolhida como método de pesquisa porque evita que os significados e referenciais do pesquisador sejam impostos, permitindo que os significados dos participantes sejam evidenciados e descobertos a partir do diálogo, essencial para um estudo exploratório¹⁹.

Devido às limitações impostas pela pandemia de COVID-19 aos encontros presenciais, as entrevistas aconteceram em formato remoto, por meio de encontros por aplicativos de videochamadas, como o Zoom[®] e o Google Meet[®], e chamadas telefônicas. Como apoio para o pesquisador, foram coletadas gravações de áudio das entrevistas, após se obter explícita permissão de cada um dos entrevistados.

A partir da coleta de dados, se inicia o processo de análise de conteúdo, cujas fases seguiram como descritas por Campos (2004)²⁰: a pré-exploração do material, seleção das unidades de significado por meio da análise temática do discurso, e categorização dos elementos constitutivos dentro das unidades selecionadas. A categorização foi organizada em função do roteiro das entrevistas, mas também foram trazidos conteúdos, eventualmente não captados pelo mesmo¹⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise das entrevistas, os participantes, quando questionados sobre como o cotidiano de cuidado com a PSR os afeta enquanto cidadãos, descreveram sensações como impotência e frustração. Esse impacto emocional está associado à vivência contínua de situações que evidenciam o processo de exclusão social, a vulnerabilidade extrema e as opressões enfrentadas por essa população. Os relatos também trouxeram um desconforto com a naturalização das condições precárias de vida da PSR, que reflete a perpetuação de desigualdades estruturais.

A sensação expressa pelos entrevistados encontra paralelo na bibliografia: Lima e Seidl (2015)²¹ descrevem a angústia e sofrimento de profissionais que trabalham junto a essas pessoas, e acompanham regularmente situações de desamparo e desrespeito aos direitos de seus usuários. Nesse contexto, emerge a necessidade de fortalecer o papel do profissional de saúde como agente de cuidado e transformação social, reconhecendo a interseccionalidade como um elemento central para compreender e atuar nas complexas demandas dessa população.

"É quase que uma ilustração, um escancaramento da desigualdade social absurda do país. Deixa-me frustrada, de eu ter essa sensação de impotência de lidar com isso." (RB)

"Na verdade, me afeta bastante porque vemos que é um contexto de desigualdade. Vemos que aumenta cada vez mais o número da população de rua, eu tive essa impressão do Rio de Janeiro. Eu não sou do Rio de Janeiro, então nunca normalizei isso porque eu achava mais absurdo que a maioria das pessoas acaba normalizando: "São pessoas que estão ali, que moram na rua". E pronto, passam, e acham isso uma questão normal." (RC)

"Sempre me afetou muito, de ver e me sentir um pouco impotente como pessoa, de: o que eu posso fazer para ajudar essa pessoa? Por que eu tenho direito a um monte de coisa, por que eu tenho acesso a um monte de serviços e essa pessoa não tem? Por que eu consigo fazer três refeições por dia e às vezes essa pessoa não consegue? Então, isso sempre gera discussões internas e indagações e como é que nós podemos mudar esse sistema? O que nós

conseguimos fazer para diminuir essas iniquidades, o que nós conseguimos mudar nisso?" (RG)

A invisibilização social da PSR é um fenômeno que surge nos relatos, descrevendo tanto a percepção dos entrevistados sobre a existência destas pessoas dentro da sociedade, quanto à dificuldade de identificar suas demandas para que sejam abordadas no cotidiano do trabalho. A invisibilização social pode ser descrita entendendo que *"na construção do fenômeno há um jogo de sombra e luz: um sujeito, um grupo, seu sofrimento, a violência contra ele e possíveis modos de resistência que só se tornam invisíveis à medida que outros elementos são visibilizados."* ²².

Formação para o cuidado em saúde à população em situação de rua

A percepção dos residentes entrevistados é de que as unidades que possuem residência em Medicina de Família e Comunidade acabam por ter um cuidado em saúde diferenciado a essa população, em parte porque competências como humanização, visão sistêmica e abordagem centrada na pessoa são desenvolvidas por aqueles que estão à frente da assistência médica. Apesar disso, ainda são percebidas situações em que o usuário em situação de rua passa a ser acolhido sempre por aqueles profissionais que "possuem mais perfil", que seriam mais sensíveis às suas questões.

"Eu acho que é mais difícil quando não tem residência de medicina (de família e comunidade), sim. Porque nós, bem ou mal, temos um olhar diferente, quando somos especialistas em saúde da família. (...) eu senti muita diferença, por exemplo, de estar em uma unidade com residência, que já tinha residência estruturada, já tinha parcerias, inclusive, com consultório na rua, (...) Quando estamos em uma unidade de ensino, temos um olhar mais integral, visamos aplicar as competências que aprendemos durante a residência, acho que isso é um facilitador." (RA)

"(...) acho que teve uma diferença muito grande [estar em uma clínica com residência de Medicina de Família e Comunidade], sim. [...] Eu sinto que, nas Unidades com Residência os profissionais têm menos preconceito. São mais sensibilizados e têm um olhar diferenciado." (RI)

"Em relação a unidades com residência de família, eu já observei que, bom, pelo menos, das unidades que eu vi, procuravam acolher. Procuravam acolher até como forma de ensinar o residente a acolher essa situação e prepará-lo para um caso real. Mas, ainda sim eu notei que havia um certo direcionamento nessas unidades. Esse residente tem mais perfil?" (RD)

Os entrevistados descrevem a sensação de ser um assunto pouco discutido dentro da grade curricular formal dos PRMFC. O Currículo Baseado em Competências, publicado pela SBMFC em 2015, descreve como competência essencial do MFC o conhecimento sobre as especificidades do cuidado em saúde da PSR¹⁶. Além disso, as DCN do curso de Medicina recomendam a discussão acerca da diversidade socioeconômica e como os determinantes sociais impactam as condições de saúde de determinados grupos populacionais¹².

Os residentes destacam a importância do trabalho de campo e do estágio em CnaR como um espaço importante de formação para o trabalho com essa população tão vulnerável. A lida mais frequente com as pessoas em situação de rua dentro do espaço do CnaR também tem um potencial de suplantam a representação social que os próprios médicos tinham sobre a PSR. Outro ponto trazido por um dos entrevistados foi que a equipe de CnaR foi uma das que mais sofreu com a redução do investimento público nas equipes que trabalham no SUS, o que sinaliza uma ausência de vontade política para incluir a PSR nos espaços de cuidado em saúde.

"Eu tive oportunidade de acompanhar, no estágio, durante o R2, o consultório na rua. No meu próprio território tinha uma população em situação de rua. Eu tinha uma certa dificuldade porque não era um assunto muito abordado. (...) Se eu não tivesse passado pelo estágio iria faltar-me muita referência de como lidar com esta população. (...) no espaço teórico mesmo, se eu não me engano, acho que nunca foi abordado." (RB)

"(...) quem não consegue fazer o consultório de rua, não tem outro ambiente para abordarmos e trabalharmos essas habilidades." (RG)

"Você ultrapassa com mais facilidade, de novo, aquelas barreiras que são criadas pelo imaginário coletivo, essas percepções que nós temos da população em situação de rua, que são ensinadas para nós, a vida inteira. E quebrar isso facilita nosso trabalho como médico. E foi ótimo para isso. (...) a forma como eu atendia a minha própria população ficou ainda mais fácil. Porque ao me ver diante de situações muito complexas na rua, um pouco menos complexo que estava evitando até então que para mim era muito difícil. Primeiro, ficou mais fácil. Tudo fica mais fácil. (...) em relação a minha forma de atender cada população que eu já estava atendendo, isso acho que teve uma melhora." (RD)

Há relatos nos quais a reorientação do tipo de cuidado em saúde fica evidente, deixando de focar apenas em problemas de ordem biológica, ampliando o escopo do cuidado para alcançar uma abordagem sistêmica e integral. Percebe-se a intenção das

equipes de CnaR em organizar cuidado emancipador por meio da reinserção social, humanização e garantia de direitos e autonomia das pessoas em situação de rua²². Ferreira et al. (2016)²³ concluem que o CnaR é visto pelos seus usuários, não apenas como um serviço de saúde, como também um suporte social e ferramenta de afeto, atuando de forma positiva e benéfica.

"Ganhei uma visão ampliada de como é a rotina desses moradores de rua. Também entendi a dificuldade deles. Nós pegamos alguns casos bem complexos e pudemos conversar com eles, explicar como é o consultório de rua e ter uma visão diferenciada cuidando desse paciente, (...) são pessoas muito mais vulneráveis e você também fica ali, você conversando com eles, o vínculo que ele faz com os profissionais do consultório de rua e até mesmo o cuidado que um morador de rua tem com o outro. "Ah, fulano está ali. Tem que tomar o remédio. Fulano passou mal". Entendeu? Isso para mim foi muito importante, porque eles são uma família entre eles. Uma rede de apoio." (RE)

"Uma das coisas que eu achei mais interessantes foi a necessidade da escuta dessas pessoas, de ouvir as histórias delas. [...] achei muito importante também, compreender como essas pessoas encontravam no território um local para se alimentar. Como eles mapeavam um território. Eles mesmo faziam esse mapeamento e iam tentando encontrar lugares seguros para dormir, se alimentar, e se proteger. Dentro do tempo que eu fiquei lá também, a questão do cuidado e da redução de danos, também foi uma coisa muito importante no aprendizado no período do estágio no consultório na rua lá do centro do Rio." (RF)

"Foi uma experiência totalmente diferente, para mim, é outra medicina de família totalmente diferente da população que não é de situação de rua. É uma experiência que eu nunca tinha tido mesmo, nem profissional, nem pessoalmente, de ver de perto. (...) As estratégias de cuidado, o pouco que eu consegui ver, para mim, foram totalmente diferentes. A individualização do cuidado é totalmente diferente, é o extremo do individualizar o cuidado, porque aquela pessoa não vai conseguir, necessariamente, por exemplo, tomar o antibiótico de oito em oito horas, você vai ter que facilitar aquilo, vai ter que passar por cima de algumas coisas para conseguir individualizar e para conseguir uma redução de dano." (RH)

"Fazíamos o atendimento das pessoas na rua. E foi muito interessante ver como ela registrava. Principalmente perguntar o nome, a idade, data de nascimento. Humanizar aquela pessoa. Porque, em geral, na rua, a pessoa acaba sendo tratada como bicho ou pior. E ter essa sensibilidade de perguntar o nome, data de nascimento, idade. Saber da pessoa. Ouvir. Foi muito interessante." (RB)

Qualificando a formação para o cuidado à população em situação de rua

Quando perguntados sobre sugestões para qualificar a formação para PSR nos PRMFC, todos reforçam a importância de garantir o estágio em CnaR como componente curricular obrigatório do programa, além de terem espaços para a discussão teórica sobre o cuidado em saúde da PSR e de casos complexos que envolvam pessoas em situação de rua.

"Eu acho que [o cuidado à pessoa em situação de rua] tinha que entrar como tema regular, (...) Como nós temos toda essa parte teórica, eu acho que tinha que entrar no regular mesmo. Nós tínhamos que ter alguma coisa mais teórica, ou aula, ou oficina, ou alguma coisa que tentasse abrir o nosso olhar ainda mais. (...)" (RA)

"Acho que poderíamos falar um pouco mais sobre as experiências dos próprios residentes, na atuação deles, na prática, se há discussão na equipe, se há alguns casos que a própria equipe traz ou que os agentes trazem. (...) Reflexões mesmo sobre a prática, sobre como é feito, como é a estrutura para fazer. E acho que temos muitas dúvidas sobre esse tema. Como fazer nas dificuldades, por exemplo. Nessas situações de dificuldades, qual foi a experiência do outro colega." (RC)

"Reforçar o tempo de experiência dentro de uma unidade de consultório na rua, acho que seria fundamental. (...) Acho que isso seria a primeira coisa e em segundo começar a discutir o teor de situação de rua, teoricamente mesmo, ter um tópico próprio. Se tem no Tratado [de Medicina de Família e Comunidade], porque não pode ter na aula?" (RD)

O incentivo à formação de MFC e demais profissionais das equipes da ESF/APS capacitados para o trabalho com a PSR pode ser útil para aumentar a implantação de equipes de CnaR nos municípios do Brasil, como descrito por Medeiros (2018)²⁴, ampliando o acesso da PSR a serviços de saúde.

A garantia de trabalho de campo voltado para o cuidado de grupos populacionais mais vulneráveis é uma das conclusões de Sharma et al. (2018)¹⁴, ao escrever sobre a educação em saúde e a inclusão da discussão sobre determinantes sociais de saúde nos currículos.

A inclusão do estágio em CnaR nos currículos da graduação em Medicina e, mais especificamente, neste caso, em programas de residência médica seria uma forma de alcançar a "social accountability" das escolas médicas, como orientado pela OMS. Camargo (2016)²⁵ conclui em seu trabalho que a sua experiência de estágio em uma

equipe de CnaR do município do Rio de Janeiro durante a graduação, sedimentou o seu entendimento de equidade, abordagem biopsicossocial e determinação social da saúde e redução de danos.

A capacitação de MFCs para assumirem equipes de CnaR é fundamental para garantir o cuidado à saúde da PSR e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde, um passo essencial para enfrentar as barreiras já descritas anteriormente, como as múltiplas vulnerabilidades e a exclusão social que dificultam o acesso dessa população aos serviços de saúde. Além de ampliar a implantação dessas equipes nos municípios, como destacado por Medeiros (2018)²⁴, essa formação permite que esses profissionais atuem também como preceptores, integrando a educação médica a práticas de cuidado centradas nos determinantes sociais da saúde. Essa perspectiva, já apontada por Sharma et al. (2018)¹⁴, reforça a importância de currículos que combinem teoria e prática, oferecendo estágios que não apenas sensibilizem os futuros médicos, mas que os capacitem a enfrentar as barreiras estruturais e sociais, proporcionando experiências que consolidam princípios de equidade, redução de danos e abordagem biopsicossocial, conforme exemplificado por Camargo (2016)²⁵. Alinhando-se às DCN e ao conceito de social *accountability*, essa formação responde às necessidades de saúde das comunidades mais vulneráveis e fortalece o compromisso das escolas médicas com a melhoria das condições de vida dessa população. Assim, o investimento na capacitação e formação voltada para o cuidado da PSR reflete uma estratégia indispensável para ampliar o impacto das políticas públicas, fortalecer a APS e garantir a dignidade dessa população historicamente marginalizada.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que a formação voltada para o cuidado à PSR na APS é essencial para garantir o direito à saúde deste grupo vulnerável. Constatou-se que a inclusão de estágios em CnaR contribui significativamente para a sensibilização dos profissionais de saúde e para a formação de competências que promovem equidade, integralidade e abordagem biopsicossocial.

Além disso, foi possível identificar que a capacitação específica de MFC e demais profissionais da APS é essencial para garantir o direito à saúde da PSR. Essa capacitação não apenas fortalece as equipes já existentes de ESF e CnaR, como também

pode fomentar a implementação dessas equipes nos municípios brasileiros, ampliando o alcance do cuidado integral e continuado a essa população. O MFC e os profissionais da equipe da ESF, com o seu potencial para garantir acesso à saúde e cuidado de qualidade a PSR, podem, também, atuar na formação de recursos humanos dentro da saúde, como preceptor de estágios dentro do currículo das graduações da área da saúde e em residências na área de Medicina de Família e Comunidade e da Saúde da Família. Os entrevistados reforçam essa importância do estágio em CnaR como um espaço importante de formação e reorientação da prática médica, e trazem como demanda, para os programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, que o tema da PSR seja discutido também em âmbito teórico e em outros cenários.

O SUS, sistema de saúde brasileiro, deve estar pronto para conferir cuidados em saúde para a PSR. Na APS, as equipes do CnaR em trabalho integrado com as equipes da ESF, ambas de base territorial e atuação multidisciplinar, devem prover um cuidado continuado e longitudinal, centrado na pessoa, nas famílias e nas comunidades da PSR, de forma a atender suas necessidades em saúde, de maneira integral.

Apesar de seus avanços, o estudo apresentou limitações, como a ausência de uma análise mais aprofundada sobre a efetividade dos currículos atuais em abordar as necessidades da PSR e a falta de dados quantitativos que permitam avaliar o impacto das formações no aumento do acesso à saúde dessa população. Além disso, as percepções levantadas se restringem ao contexto de um único município, o que pode limitar a generalização dos achados. Futuras pesquisas poderiam explorar o impacto de diferentes modelos de ensino e formação no cuidado à PSR, incluindo a análise de programas em outros contextos regionais e internacionais. Investigações mais abrangentes sobre a inserção de temas relacionados à PSR em currículos de graduação e residência seriam valiosas para orientar políticas públicas e iniciativas educacionais.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JM. Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi (os). 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.
2. Grupo de Trabalho Interministerial para Elaboração da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (Brasil). Política Nacional para inclusão social da População em situação de rua [Internet]. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/2297.pdf>
3. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022) [Internet]. Brasília: IPEA; 2023 [acesso em: 08 jan. 2025]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Disoc_Estimativa_da_Populacao.pdf
4. Da Cunha JVQ, Rodrigues M, organizadores. Rua: aprendendo a contar [Internet]. Brasília: Athalaia Gráfica; 2009 [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
5. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Rev Estud Fem. 2002;10(1):171–88. [acesso em: 29 dez. 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
6. Pereira BCJ. Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade. Civitas [Internet]. 2021;21(3):445–54. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/civitas/article/view/40551>
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. 2011 jan. 26 [Internet]. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
8. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude soc [Internet]. 2011 out.;20(4):867–74. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>

9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017 set. 22 [Internet]. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
10. Santos AR dos, Almeida PF de. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. Saude debate [Internet]. 2021 abr.;45(129):327–39. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112906>
11. Campos AG. Qual a dor do morador de rua? [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências em Saúde Albert Einstein; 2016 [Internet]. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Qual-a-dor-do-morador-de-rua.pdf>
12. Carneiro Junior N, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Martinelli M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. Saude soc [Internet]. 1998 ago.;7(2):47–62. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901998000200005>
13. Conselho Nacional de Educação (Brasil). Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 2014 jun. 6 [Internet]. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192
14. Sharma MMD, Pinto AD, Kumagai AK. Teaching the Social Determinants of Health: A Path to Equity or a Road to Nowhere?. Acad Med [Internet]. 2018 jan.;93(1):25–30. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2018/01000/Teaching_the_Social_Determinants_of_Health_A.15.aspx
15. Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1995 [Internet]. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441>

16. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade [Internet]. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
17. Barata RB, Carneiro Junior N, Ribeiro MCS de A, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saude soc [Internet]. 2015 abr.;24:219–32. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01019>
18. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 2013 jun. 13; Seção 1:59 [Internet]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
19. Souza AN. A pesquisa qualitativa em saúde. In: Souza AN, Pitanguy J, organizadores. Saúde, Corpo e Sociedade. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2014. p. 85–99.
20. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2004 set.;57(5):611–4. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>
21. Lima HS de, Seidl EMF. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. Psicol Estud [Internet]. 2015 jan.;20(1):57–69. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <https://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/24697>
22. Koopmans FF. O campo e o habitus nas práticas de cuidado em equipes de Consultório na Rua: notas etnográficas [tese]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense; 2020 [Internet]. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/14889>
23. Ferreira CP da S, Rozendo CA, Melo GB de. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016;32(8):e00070515. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>

24. Medeiros CRS, Cavalcante P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. Saude soc [Internet]. 2018 jul.;27(3):754–68. [acesso em: 29 abr. 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170946>
25. Camargo BP. Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2016 ago. 15 [acesso em: 29 abr. 2023];11(38):1–3. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1269>