

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO**

**CRÔNICAS DAS RUAS E RESIDÊNCIA MÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE  
UM ESTÁGIO EM ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA  
PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**ANTONIO APARECIDO BRANCO JÚNIOR**

**OURO PRETO, MG**

**2024**

**ANTONIO APARECIDO BRANCO JÚNIOR**

**CRÔNICAS DAS RUAS E RESIDÊNCIA MÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE  
UM ESTÁGIO EM ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA  
PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Trabalho de conclusão de Residência  
apresentado à Universidade Federal de  
Ouro Preto, como requisito parcial para  
obtenção do título de Médico de Família e  
Comunidade.

Orientadora: Me. Júlia Costa de Oliveira

**OURO PRETO, MG**

**2024**

## SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

B816c Branco Junior, Antonio Aparecido.

Crônicas das ruas e residência médica [manuscrito]: relato de experiência de um estágio em atendimento à população em situação de rua para o desenvolvimento de competências para Medicina de Família e Comunidade. / Antonio Aparecido Branco Junior. - 2024.

44 f.: il.: color., gráf., tab..

Orientadora: Profa. Ma. Júlia Costa de Oliveira.

Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Educação Baseada em Competências. 3. Internato e Residência. 4. Pessoas em Situação de Rua. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Oliveira, Júlia Costa de. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 614.2

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Antonio Aparecido Branco Júnior**

**Crônicas das ruas e residência médica: relato de experiência de um estágio em atendimento à população em situação de rua para o desenvolvimento de competências para a Medicina de Família e Comunidade**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovado em 31 de janeiro de 2024.

### Membros da banca

Mestre em Psicologia, - Júlia Costa de Oliveira - Orientador(a) - Universidade Federal de Minas Gerais  
Médica de Família e Comunidade, Universidade - Letícia Gonçalves Caldeira - Atenção Primária da Prefeitura Municipal de Ouro Preto

Mestre em Educação - Àquila Bruno Miranda - Universidade Federal de Minas Gerais

Júlia Costa de Oliveira, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 06 de fevereiro de 2024.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 23/02/2024, às 12:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0672625** e o código CRC **8E60F15B**.

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde tem em seus princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, e a Atenção Primária à Saúde (APS) possui papel ordenador. A formação em Medicina de Família e Comunidade é voltada para a atuação na APS e pode se dar com qualidade por meio da residência médica, que, no Brasil, é orientada pelo Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Dentre suas competências está o conhecimento das especificidades do cuidado para pessoas em situação de rua (PSR). O cuidado em saúde da PSR ainda encontra desafios, como as lacunas na formação de profissionais de saúde para uma atuação qualificada. Este estudo apresenta um relato de experiência sobre um estágio em atendimento à PSR em São Paulo, durante o mês de julho de 2023, e tem como objetivo refletir sobre as potencialidades do estágio no desenvolvimento de competências para a formação em Medicina de Família e Comunidade. O estágio permitiu o desenvolvimento de competências relacionadas ao conhecimento do território, aos princípios da APS, trabalho em equipe e compartilhamento do cuidado, identificação e manejo de violências, particularidades do gênero no desenvolvimento do processo saúde-doença, promoção de empoderamento social e de ações intersetoriais. Reconhece-se que a PSR sofre diversas violências que interferem no cuidado em saúde, perpetuadas pelo racismo estrutural, que atinge de forma singular as mulheres negras pela intersecção entre gênero, raça e classe. Ademais, a arte se apresenta como ferramenta importante de redução de danos e reconstrução da identidade da PSR. Defende-se que o estágio em atendimento à PSR durante a Residência em Medicina de Família e Comunidade tem grande potencial para o desenvolvimento das Competências essenciais descritas no Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Sugere-se novos estudos para análise das possíveis formas avaliativas para mensuração das competências durante a residência médica, no cenário das ruas.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade, Educação Baseada em Competências, Internato e Residência, Pessoas em Situação de Rua, Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The Unified Health System has, in its doctrinal principles, universality, equity, and comprehensiveness, with Primary Health Care (PHC) playing an organizing role. Training in Family Practice is focused on working in PHC and can be of high quality through Medical Residency, which in Brazil is guided by the Competency-Based Curriculum of the Brazilian Society of Family and Community Medicine. One of its competencies is knowledge of the specificities of health care for people experiencing homelessness. Health care for this population still faces challenges, including gaps in the training of health professionals for qualified practice. This study presents an experiential report on an internship aimed to provide health care for people experiencing homelessness in São Paulo in July 2023, and aims to reflect on its potential in developing competencies for Family Practice training. The internship allowed for the development of competencies related to territorial knowledge, PHC principles, teamwork, shared care, identification and management of violence, gender-specific aspects in the health-illness process, promotion of social empowerment, and intersectoral actions. It is acknowledged that people experiencing homelessness suffer various forms of violence that interfere with health care, perpetuated by structural racism, which uniquely affects Black women due to the intersection of gender, race, and class. Furthermore, art serves as an important tool for harm reduction and the reconstruction of the identity of this population. The internship on health care targeting people experiencing homelessness during the Family and Community Medicine Residency has great potential for developing the essential competencies described in the Competency-Based Curriculum of the Brazilian Society of Family and Community Medicine. Further studies are suggested to analyze possible evaluative methods for measuring competencies during medical residency in street settings.

Keywords: Family Practice, Competency-Based Education, Internship and Residency, Homeless Persons, Primary Health Care.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	8
2	OBJETIVOS .....	13
2.1	Objetivo geral.....	13
2.2	Objetivos específicos .....	13
3	METODOLOGIA.....	14
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	16
4.1	O dia a dia no Consultório na Rua da Sé.....	16
4.2	A rua é um substantivo com classe, raça e gênero.....	24
4.2.1	“A gente combinamos de não morrer” .....	27
4.3	“A gente não quer só comida” .....	31
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	36
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	38

## 1 INTRODUÇÃO

O reencontro entre movimento sanitário, movimentos sociais populares e governo, marcado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e pela elaboração de uma nova Constituição em 1988, consagra uma nova fase na história da saúde pública no Brasil. A Constituição de 1988 e a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) reconhecem a saúde como direito fundamental e dever do Estado e ditam a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, além das diretrizes organizacionais de regionalização, hierarquização, descentralização e participação social (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Falk; Rosa, 2022).

No que diz respeito ao processo organizativo do SUS, a constituição de redes integradas de serviços de saúde pautadas pelo Decreto nº 7.508/2011 estabelece a Atenção Primária à Saúde (APS) com papel ordenador. A APS é o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde e inclui em seus princípios a continuidade do cuidado, o atendimento integral, servindo e coordenando todas as necessidades de saúde da pessoa (Lopes; Dias, 2018). Para Starfield (2002, p. 28):

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Nesse sentido, o médico de família e comunidade é um dos profissionais com vocação e formação para atuar na APS, uma vez que visa prestar assistência de forma continuada, integral e abrangente para as pessoas, suas famílias e a comunidade, manejando os problemas de saúde mais frequentes que acometem a população sob sua responsabilidade (Lopes; Dias, 2018).

Rakel e Rakel (2015), estabelecem entre as características de maior importância para o médico de família e comunidade ter uma atitude constantemente curiosa, compaixão e empatia, desejo de frequentes e variados desafios intelectuais e técnicos, habilidades para prevenção, diagnóstico precoce, manejo de condições crônicas e habilidade de lidar com múltiplos problemas ao mesmo tempo, entre outras. Para Augusto (2018, p. 1391), “as características próprias da especialidade, em

especial a necessidade de lidar com a complexidade e com a incerteza, fazem da formação de um Médico de Família e Comunidade uma tarefa considerável”.

Nesse contexto, a residência médica é considerada o padrão-ouro na formação de especialistas, pois apresenta como principal diferencial em relação aos outros processos de formação de um médico sua carga essencialmente prática, criando oportunidades de aprendizado que não foram obtidas durante a graduação. O treino em serviço permite também o aperfeiçoamento de habilidades e atitudes para um desenvolvimento profissional razoável, que mais dificilmente seriam alcançadas sem a residência médica (Augusto, 2018).

No Brasil, a residência médica em Medicina de Família e Comunidade é orientada pelo Currículo Baseado em Competências, desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em 2015. O documento estrutura quatro níveis de competência: os *pré-requisitos*, competências esperadas antes do ingresso na residência; as *competências essenciais*, que são o que se espera que todo residente tenha ao final do seu processo de formação; as *competências desejáveis*, ou o que se espera que um residente diferenciado vá além das competências essenciais; e as *competências avançadas*, usualmente alcançadas após o término da residência e que muitas vezes demandam outras formações específicas (SBMFC, 2015).

Nesse ponto, destacamos que, dentre as competências essenciais da residência médica em MFC, está o conhecimento das especificidades do cuidado para pessoas em situação de rua (SBMFC, 2015). A construção de propostas para o cuidado da população em situação de rua (PSR) no Brasil surgiu de iniciativas religiosas nas décadas de 1970 e 1980, sobretudo nos municípios de São Paulo e Belo Horizonte.

A luta ganhou mais força com a consolidação do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR) em 2004, após a tragédia que ficou conhecida como “Massacre da Sé”. Entre os dias 18 e 22 de agosto de 2004, sete pessoas morreram e outras seis pessoas em situação de rua ficaram gravemente feridos após disparos de arma de fogo na Praça da Sé, no município de São Paulo - SP. Na época foram presos um segurança particular e três soldados, além de denunciados seis policiais militares, que foram soltos por falta de provas. O Massacre causou comoção e permitiu a articulação e mobilização política das pessoas em situação de rua, que se juntaram de forma organizada para reivindicar suas necessidades mais urgentes em grupo e

para pressionar o Estado a desenvolver políticas públicas direcionadas a essa população (Monteiro, 2021; Sicari; Zanella, 2020). A partir daí, os gestores dos municípios de maior porte começam a elaborar estratégias para identificação e abordagem desse grupo social, e começou-se a perceber que o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF), que compõem o cuidado na APS a partir de uma área geográfica fixa e uma população adscrita, não contemplam as especificidades da PSR, podendo dificultar o acesso dessa população à rede assistencial. Com isso, começam a surgir as primeiras equipes de Saúde da Família específicas e exclusivas para o atendimento da PSR, sem território de abrangência fixo (Reis Júnior, 2012).

Um grande marco no reconhecimento da PSR foi o I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizado entre agosto de 2007 e 2008, que somado à pressão exercida pelo MNPR, permitiu a elaboração da Política Nacional para a População em Situação de Rua e a criação de seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento em 2009 (Reis Júnior, 2012). De acordo com a Política, a população em situação de rua é definida como o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009a).

O I Censo identificou 31.922 pessoas maiores de 18 anos em situação de rua num conjunto de 71 cidades brasileiras pesquisadas. No que diz respeito às características sociodemográficas desta população, notou-se predominância de homens, jovens, havendo maior concentração de pessoas em idade economicamente ativa. Já em relação à distribuição por raça/cor, 39,1% dos entrevistados se declararam pardos, uma proporção semelhante ao observado na população brasileira no Censo Demográfico de 2000, e 27,9% se declararam pretos, em contraste com 6,2% da população geral. Dessa forma, a proporção de negros foi substancialmente maior (67%) quando comparada aos níveis encontrados na população em geral (44,6%) (BRASIL, 2009b).

No que concerne à escolaridade, esta era uma população com pouco acesso ao sistema escolar formal, sendo que a maior parte (63,5%) não havia concluído o

primeiro grau, embora houvesse pessoas com nível superior em situação de rua. As principais razões da ida para as ruas se referiam a problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%), muitas vezes de formas correlacionadas ou como consequência de outra. Quase metade dessa população (48,4%) estava há mais de 2 anos dormindo na rua ou albergue e cerca de 30% há mais de 5 anos. Em relação aos locais de origem, 76,1% eram originários do mesmo local em que se encontravam ou de locais relativamente próximos situados no mesmo estado (BRASIL, 2009b).

Acerca de trabalho e renda, 70,9% afirmaram exercer alguma atividade remunerada e 58,6% afirmaram ter alguma profissão, destacando-se entre as atividades catador de materiais recicláveis (27,5%), “flanelinha” (14,1%), trabalhos na construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Apenas 15,7% das pessoas pediam dinheiro como principal meio para sobreviver. Contudo, a maior parte das atividades de trabalho se configuravam na economia informal, com apenas 1,9% dos entrevistados trabalhando com carteira assinada na época da pesquisa. Entre os que afirmaram já ter trabalhado com carteira assinada, a maior parte afirmou que isso havia ocorrido há muito tempo – 50% há mais de cinco anos (BRASIL, 2009b).

Dados mais recentes, a partir de uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, indicam que a PSR no Brasil já superou 281 mil pessoas, um aumento de 38% em relação a 2019, antes da pandemia de Covid-19. Só no município de São Paulo, em 2021, foram contabilizadas 31884 pessoas nas ruas, 7540 a mais comparado a 2019 (IPEA, 2023).

Em relação à saúde, viver na rua pode se apresentar enquanto causa ou consequência de suas condições de saúde. Para Souza (2012, p. 51) “há quem vá viver na rua e, por isso, adoça e há quem adoça e, por isso, vá viver na rua”. A população que vive na rua está constantemente exposta a fatores de risco e vulnerabilidades como violência, ingestão de alimentos e água contaminados, variações climáticas extremas, privação de sono e de afeição, além de encontrarem dificuldades no acesso à saúde. Isso faz com que a PSR necessite de abordagem específica das equipes de saúde (Souza, 2012).

Para atuar frente às necessidades de saúde da população em situação de rua e efetivar as políticas de saúde que deem conta da complexidade do cuidado, a

Política Nacional de Atenção Básica - PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, institui os Consultórios na Rua (CnaR): equipes multidisciplinares que prestam atenção integral à saúde de forma itinerante, por meio de ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). As equipes podem ter três modalidades conforme o número de profissionais e características que a compõe: Modalidade I - 4 Profissionais (2 de nível superior) + (2 de nível Médio); Modalidade II – 6 Profissionais (3 de nível superior) + (3 de nível Médio); Modalidade III – Modalidade II + Profissional médico (BRASIL, 2011).

Alguns estudos sugerem que os estudantes de medicina e profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde não são e estão adequadamente qualificados para lidar com as necessidades da população em situação de rua, por desconhecerem suas particularidades (Paiva et al., 2016; To; MacLeod; Hwang, 2016; Gontijo; Silva; Viegas, 2023). Nesse contexto, há uma aposta de que a realização de estágios em atendimento às populações vulneráveis pode trazer diversidade à formação e combater a invisibilização das populações que necessitam de um atendimento em saúde de qualidade (PROADI-SUS, 2023).

Diante do exposto, considerando que há especificidades e desafios para a promoção de cuidado da PSR na APS, com lacunas na formação de profissionais de saúde para uma atuação qualificada, faz-se relevante refletir sobre as potencialidades de um estágio em atendimento à PSR durante a Residência em Medicina de Família e Comunidade para a formação em MFC.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

Refletir sobre as possíveis contribuições de um estágio no atendimento à População em Situação de Rua no município de São Paulo, durante o mês de Julho de 2023, para o desenvolvimento de competências e habilidades na formação médica pela Residência em Medicina de Família e Comunidade.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Identificar as competências e habilidades do Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade que foram potencialmente desenvolvidas no estágio em atendimento à população em situação de rua.
- Descrever a experiência de estágio optativo no Atendimento à População em Situação de Rua, no município de São Paulo, durante o mês de Julho de 2023.
- Compreender aspectos do estágio que contribuem para o atendimento integral de populações em situação de vulnerabilidade, em especial sobre os marcadores sociais de classe, raça e gênero e potencialidades da arte e cultura como estratégia de redução de danos e transformação dos sujeitos.

### 3 METODOLOGIA

Essa é uma pesquisa de cunho qualitativo, isto é, que dificilmente pode ser traduzida em números e indicadores quantitativos. Para Minayo (2014, p. 21), a pesquisa qualitativa se ocupa “com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”.

Para compreender as competências e habilidades esperadas do médico de família e comunidade, foi realizada uma leitura crítica do Currículo Baseado em Competências para o Médico de Família e Comunidade, desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2015), buscando identificar as competências e habilidades que foram potencialmente aperfeiçoadas durante o estágio, dentre as competências essenciais, desejáveis e avançadas estabelecidas pelo documento.

Um relato de experiência (RE) foi produzido, com base em roteiro sugerido por Mussi, Flores e Almeida (2021), contendo perguntas facilitadoras para a descrição em cada uma de suas seções, apresentando a rotina, percepções e atividades realizadas durante um estágio optativo no Atendimento à População em Situação de Rua, no município de São Paulo, durante o mês de Julho de 2023. Mussi, Flores e Almeida (2021) consideram o relato de experiência uma expressão escrita de vivências que é capaz de contribuir na produção do conhecimento, em que se pretende além da descrição da experiência vivida propriamente dita, a constituição analítica do conhecimento, ou seja, a compreensão, crítica e reflexão diante dos acontecimentos. Para os autores, “o conhecimento científico, advindo dos relatos de experiência, beneficia o meio acadêmico e a sociedade, por contribuir na melhoria de intervenções e possibilitar o usufruto de futuras propostas de trabalho, respectivamente” (Mussi; Flores; Almeida, 2021, p. 72).

A partir deste relato, buscamos refletir, em diálogo com a literatura, aspectos do estágio que contribuem para o atendimento integral de populações em situação de vulnerabilidade, potencialmente qualificando a formação em MCF, em especial sobre os marcadores sociais de raça e gênero para a produção de saúde e contribuições da arte e cultura como estratégia de redução de danos e transformação dos sujeitos. Para

isso, realizamos uma busca de artigos utilizando a base de dados da Scientific Electronic Library On-Line (SciELO) e PubMed, bem como foram utilizadas publicações de manuais e cartilhas oficiais do Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome que versam sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua, além de diálogo com teorias antirracistas.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e a discussão serão apresentados em três tópicos. No primeiro, intitulado “O dia a dia no Consultório na Rua da Sé”, serão apresentadas informações sobre o estágio e o processo de seleção, sobre as atividades realizadas e a rotina ao longo da semana, assim como detalhes sobre a equipe e perfil da população atendida no território da Sé. No segundo tópico, “A rua é um substantivo com classe, raça e gênero”, serão apresentadas reflexões sobre as dificuldades do cuidado em saúde, especialmente devido às políticas higienistas e demais violências institucionais e estruturais, dando ênfase ao racismo estrutural e ao cuidado das mulheres em situação de rua pelo olhar da interseccionalidade. O último tópico, “A gente não quer só comida”, apresenta discussão sobre o papel da arte como estratégia de redução de danos e transformação dos sujeitos. Ao longo de todos os tópicos serão apontadas as competências potencialmente desenvolvidas e como contribuem para a formação em MFC.

### **4.1 O dia a dia no Consultório na Rua da Sé**

O Estágio em Atendimento à População em Situação de Rua é uma ação que integra o “Projeto Residências”, da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês (HSL), no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), em conjunto com o Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde/Departamento de Gestão de Trabalho em Saúde (DEGTS/SGTES/MS). Tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da PSR, possibilitando sua inserção efetiva no SUS, além de constituírem-se em um cenário valioso à formação de profissionais de saúde. A iniciativa contempla vivência de estágio para médicos residentes e egressos de programas de residência credenciados pela Comissão Nacional de Médicos Residentes (CNRM), junto aos núcleos de atenção primária/consultório na rua da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo (Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês, 2023).

O estágio foi realizado na modalidade optativa dentro do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal

de Ouro Preto (UFOP). Entre as motivações para a realização do estágio estão o aumento no número de atendimentos à PSR na UBS onde vivencio o segundo ano da residência, especialmente devido à presença de um Centro POP no território.

A seleção foi realizada conforme as normativas do Edital nº 03/2023. O estágio foi realizado no período de 01 de julho de 2023 a 31 de julho de 2023, no município de São Paulo - SP, na região da Sé.

O bairro da Sé é o bairro mais antigo da cidade de São Paulo, fundado em 1554. Nessa região aconteceu a primeira missa do povoado de São Paulo de Piratininga e a primeira construção da cidade foi o Colégio dos Jesuítas, conhecido hoje como Pateo do Collegio. O bairro concentra importantes pontos da cidade, como a Catedral da Sé, primeira igreja de São Paulo e ao redor de onde cresceu a cidade; a Praça da Sé, onde se localiza o marco Zero, hoje utilizado para demarcar a distância entre qualquer rodovia que parte de São Paulo até o centro da cidade; a famosa rua 25 de março; o Viaduto do Glicério; e o Poupatempo, local com órgãos que prestam serviços públicos para a população (Tegra Incorporadora, 2023). Esses pontos concentram grande parte da PSR da região da Sé (FIG.1), e se constituem importantes espaços na história da luta por direitos da PSR no Brasil, uma vez que a região foi palco do Massacre da Sé, demonstrando as contradições do território (Monteiro, 2021; Sicari; Zanella, 2020).

Figura 1 - Distribuição espacial das pessoas no território da Sé e principais pontos do território



Fonte: Adaptado do Censo 2021 da População em Situação de Rua (2021)

Conhecer a área geográfica em que atua e os determinantes e condicionantes aos quais estão expostos a população que nela habita é uma das competências essenciais do Eixo de Vigilância em Saúde do Currículo Baseado em Competências e que considero potencialmente desenvolvida durante o estágio. Trata-se de perceber os aspectos estruturais, limites geográficos do território, serviços disponíveis, além das condições sociais, políticas, econômicas, demográficas, sanitárias, administrativas e culturais da região. No caso da PSR o território deve ser compreendido como um processo, como campos vivos e dinâmicos, sendo extremamente importante para o entendimento do risco a que está submetida a população, assim como para a compreensão da amplitude das suas e suas potências (Trino; Rodrigues; Reis Júnior, 2012).

A Unidade Básica de Saúde Sé funciona em uma construção com cinco andares onde encontram-se também o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III), o Centro Especializado em Reabilitação (CER), o Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CRPICS), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) e a Assistência Médica Ambulatorial da Sé (AMA Sé). Apesar da existência de muitos serviços no mesmo espaço, a integração entre eles acontecia de forma frágil, sendo mais intensa com o CRPICS por meio da nossa participação, enquanto estagiários, em aulas sobre fitoterapia, Medicina Chinesa e práticas de Tai Chi Pai Lin. Contudo, o serviço era pouco acessado pela PSR.

A integração do Consultório na Rua com a equipe da UBS Sé também era limitada, o que promovia certa segregação. O Consultório na Rua se localiza no 1º andar do edifício, em ambiente separado da UBS e conta com uma recepção, uma sala administrativa, uma sala dos Agentes Comunitários, dois consultórios sem macas disponíveis e um consultório equipado com maca separado das instalações. O território é dividido entre três equipes de Consultório na Rua, sendo que as equipes Sé I e Sé II dividem o território da Sé e trabalham de 7 às 18h, enquanto a equipe Sé III tem sua escala de 13h às 22h. A equipe Sé I, a qual acompanhei, se enquadra na modalidade III e tem sua composição conforme disposto na TAB.1.

Conforme o Censo da População em Situação de Rua de 2021 da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) de São Paulo, a PSR no território da Sé foi quantificada em 3176 pessoas, correspondendo a 10% da PSR

da cidade de São Paulo. Dessas pessoas 28,7% estavam em Centros de Acolhimento. O perfil era semelhante ao encontrado nos censos anteriores, sendo a maior parte do sexo masculino (83,5%), pretos e pardos, com média de idade de 41 anos. Em relação ao tempo de permanência nas ruas, 28,9% estavam nas ruas entre 2 e 5 anos e 43,6% há mais de 5 anos. Entre os tipos de ponto de abordagem 53,9% foram abordados em calçada, enquanto 18,9% em praça e 16,8% em viaduto, e 55,1% tinham moradias improvisadas como barracas de camping, papelão e outros (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2021).

Tabela 1. Composição da Equipe acompanhada (Sé I)

	<b>Categoria profissional</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Equipe Sé I</b>	Médico	1
	Enfermeiro	2
	Auxiliar de enfermagem	4
	Assistente social	1
	Psicólogo	1
	Agentes sociais	4
	Agentes de saúde	6
	Motorista	2
	Técnico administrativo	1

Fonte: Autoria própria

As atividades desenvolvidas durante o estágio consistiram no atendimento à PSR e acompanhamento da equipe multiprofissional, e eram orientadas conforme a organização da equipe. A equipe Sé I tem suas atividades divididas conforme o dia da semana (TAB.2), sendo atendimento em território nas segundas e sextas-feiras, reunião de equipe e matriciamento na terça-feira, atendimento por demanda espontânea na sede na quarta-feira e consultas agendadas como pré-natal e

realização de procedimentos na quinta-feira. Além das atividades da equipe, todas as segundas-feiras eram realizadas tutorias com a coordenação do estágio com o objetivo de relatar as atividades desempenhadas durante a semana e discutir problemas relacionados aos campos de prática e à preceptoria. Aos finais de semana, havia regime de plantão, ocorrendo um revezamento entre a equipe para distribuição dos medicamentos e atendimentos em território.

Tabela 2. Atividades da Equipe Sé I por dia da semana

<b>Dia da semana</b>	<b>Atividades desenvolvidas</b>
Segunda-feira	Atendimento no território
Terça-feira	Reunião de equipe e matriciamento
Quarta-feira	Atendimento por demanda espontânea
Quinta-feira	Consultas agendadas
Sexta-feira	Atendimento no território
Sábado	Plantão
Domingo	Plantão

Fonte: Autoria própria

Nos dias de atendimento em território, saíamos pela manhã acompanhando o médico da equipe, o enfermeiro e técnicos de enfermagem ou os agentes sociais. Além de busca ativa de pacientes que tinham consultas e exames agendados ou que apresentavam previamente condições de saúde que necessitavam de mais atenção, eram realizadas reavaliações e atendimentos pontuais das demandas de saúde no território. A roupa e colete usados pela equipe facilitavam o reconhecimento pela população e assim como abordávamos os pacientes, eles também nos abordavam com suas demandas. Outro fator que permitia e facilitava o vínculo com a população em território era a presença do Agente Social, profissionais geralmente com experiência em atenção à PSR e/ou com trajetória de vida em situação de rua. O agente social desempenha um papel crucial ao garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social e busca estabelecer uma conexão significativa entre as equipes de saúde e os valores, modos de vida e cultura das PSR. Trabalha em colaboração com os usuários oferecendo conhecimentos sobre

redução de danos, desempenha papel estratégico ao articular com a rede de saúde, promovendo a integração de serviços e realizando articulações intersetoriais, apoiando o desenvolvimento da autonomia e realizando atividades educativas e culturais (Trino e Rodrigues, 2012).

Após a identificação da demanda, fazíamos uma classificação entre o que poderia ser resolvido no momento, o que necessitaria de avaliação em consultório e o que necessitaria de encaminhamento para outro serviço, incluindo aqui as condições de urgência e emergência. Em caso de necessidade da avaliação no consultório, os usuários eram orientados a comparecer no turno de demanda espontânea ou eram agendadas consultas nas quintas-feiras.

Nas terças-feiras aconteciam reuniões de equipe onde eram abordadas questões relacionadas à divisão do território, discussão de casos mais complexos e questões de ordem burocrática, como as escalas de acolhimento, folgas e acompanhamento de atividades externas. Além disso, ocorriam reuniões intersetoriais e de matriciamento, como por exemplo, a participação em uma reunião do Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua - Comitê PopRua. Para Trino e Rodrigues (2012, p. 43):

A equipe do Consultório na Rua deve organizar seu processo de trabalho prevendo momentos de reuniões de equipe da ECR e interequipes (NASF, CAPS etc.), realizar planejamentos, discussão de casos, elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares, fundamentais para a atenção integral à saúde, a resolutividade das ações e a gestão do cuidado.

O matriciamento é a interação entre duas ou mais equipes num processo de construção compartilhada com o objetivo de criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Entre os instrumentos do processo de matriciamento estão a construção do Projeto Terapêutico Singular, consulta e visita domiciliar conjuntas, interconsultas, grupos, educação permanente, abordagem familiar, entre outros (Gonçalves *et al.*, 2011).

Nos turnos de demanda espontânea eram realizados cerca de 30 a 40 atendimentos, contando com atendimentos médicos, de enfermagem, de psicologia e assistência social, de condições agudas, crônicas e burocráticas. Já nas quintas-feiras eram realizadas consultas de pré-natal e realização de procedimentos, principalmente colocação de implantes contraceptivos.

Todas as manhãs, os agentes comunitários e agentes sociais faziam a distribuição de medicamentos para pacientes com maior dificuldade de organização ou que necessitam de tratamento assistido como o tratamento diretamente observado para tuberculose. Além disso, também eram realizados os cadastros individuais. Preconiza-se que cada equipe de Consultório na Rua em São Paulo tenha cerca de 600 indivíduos cadastrados.

Dentre as principais condições de saúde observadas durante os atendimentos em território e em demanda espontânea estavam condições crônicas como hipertensão e diabetes, tuberculose, escabiose, infecções de pele, sífilis e HIV, transtornos mentais e problemas relacionados ao uso de substâncias, o que vai ao encontro com a revisão de escopo realizada por Gontijo, Silva e Viegas (2023).

Os atendimentos em território e em consultório permitem o desenvolvimento de competências relacionadas aos princípios da MFC, da APS e do SUS, como por exemplo o primeiro contato, a integralidade, a coordenação do cuidado e a longitudinalidade, a abordagem comunitária, familiar e a competência cultural. No caso da PSR, colocar em prática esses princípios e desenvolver tais habilidades é essencial, uma vez que a população encontra diversas barreiras no acesso como a falta de habilidade para os profissionais trabalharem com a PSR, horários incompatíveis com horários de sobrevivência nas ruas, desafio de manter uma rotina de tratamento ou de visitas à unidade, dificuldade com a marcação de consultas especializadas, entre outras (Trino; Rodrigues, 2012). Dentre as competências desenvolvidas estão:

- a) Identifica os problemas e necessidades da população.
- b) Adapta sua prática ao contexto cultural em que está inserido.
- c) Atua como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, prestando um acesso aberto e ilimitado e lidando com todos os problemas de saúde independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa.
- d) Utiliza eficientemente os recursos de saúde por meio da coordenação de cuidados do trabalho com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e da gestão da interface com outras especialidades, assumindo, sempre que necessário, um papel de advocacia pelo paciente.
- e) Gere simultaneamente problemas de saúde agudos e crônicos de pessoas e coletivos, apoiados em um conceito ampliado de saúde.

- f) Promove a saúde e o bem-estar por meio de uma intervenção apropriada e efetiva e possui uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade.
- g) Reconhece as principais ameaças à saúde da pessoa, incluindo doenças e fatores de risco.
- h) Demonstra abordagem efetiva para problemas indiferenciados.
- i) Demonstra abordagem efetiva para problemas agudos potencialmente fatais.
- j) Demonstra abordagem efetiva para doenças frequentes de apresentação crônica.
- k) Demonstra uma abordagem efetiva para doenças com forte componente psicossocial.

Destaca-se que uma das atividades obrigatórias para a finalização do estágio foi a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) em conjunto com a equipe. O Projeto Terapêutico singular:

É um instrumento que organiza e qualifica o cuidado ampliado, abrangendo as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. São ações compartilhadas com a equipe e com os parceiros intra e intersetoriais na identificação das necessidades de saúde, da discussão do diagnóstico e a definição do cuidado (Rio de Janeiro, 2016, p. 12).

A definição da paciente para construção do PTS foi realizada após conversa com a equipe levantando casos de maior complexidade e que outras estratégias não haviam funcionado. A paciente escolhida tinha uma história anterior à vida na rua pouco conhecida. Havia relatos de que sua ida para as ruas teria se dado após a perda do marido em um acidente de trânsito. Ela vivia com HIV e relatava episódios de abuso sexual que, combinados com sua relação conflituosa e violenta com outras PSR, a faziam mudar frequentemente de território, transitando entre mais de uma equipe de Consultório na Rua. Além disso, tinha outras condições clínicas e psiquiátricas que dificultavam seu cuidado em saúde como o abuso crônico de álcool, transtorno depressivo com ideações suicidas e tentativas prévias de autoextermínio, agressividade e labilidade de humor que resultavam em diversos conflitos com a própria equipe.

A elaboração do PTS enfrentou desafios, pois era necessário que o plano atendesse às necessidades e possibilidades do sujeito, o que era uma dificuldade devido à desorganização do estado mental da paciente. Isso resultava em frustração

na equipe quando os objetivos e metas não eram alcançados. De acordo com Salgado e Fuentes-Rojas (2018),

A atitude dos profissionais em estabelecer um plano terapêutico que leve a PSR a aderir a um estado ideal, ainda que inconsciente, tem um viés disciplinador, de gerência e controle das ações do outro, para que se torne viável a utilização de suas potencialidades e capacidades, aperfeiçoando-as gradualmente, correspondendo aos interesses propostos pelas instituições e sociedade em geral. [...] A frustração ocorre quando os indivíduos (PSR) escapam dessas formas de controle – o que é bem característico dessa população – logo, a sensação de ‘incompetência’ e ‘impotência’ dos profissionais os levam a desacreditarem de suas ações e da política pública em si. (Salgado; Fuentes-Rojas, 2018, p. 260).

Devido ao fim do estágio, não foi possível acompanhar o andamento do PTS e as formas encontradas pela equipe para superar as frustrações. A construção e execução do PTS permitem o desenvolvimento das competências: “Trabalha o cuidado de forma compartilhada, construindo projetos terapêuticos quando necessários” e “Maneja de forma compartilhada o cuidado oportunamente”, isto é, trabalha de forma colaborativa e em equipe. O trabalho em equipe tem diversas potencialidades que são reconhecidas pelos próprios profissionais, como aumento da resolutividade, coesão e produtividade, evita o trabalho duplo e intervenções desnecessárias, proporciona a melhoria do atendimento e a integralidade da atenção à PSR (Macedo; Sousa; Carvalho, 2020). Para Ceccim (2018, p. 1741), “quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros, ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta”. No âmbito da APS, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar é entendida como um dos pilares para o alcance da integralidade do cuidado (BRASIL, 2017), sendo essencial, pois, que o médico de família e comunidade tenha tais habilidades desenvolvidas.

#### **4.2A rua é um substantivo com classe, raça e gênero**

Durante o estágio, o cuidado em saúde, especialmente das condições crônicas, era dificultado pelas ações da Zeladoria Urbana, uma vez que documentos como resultados de exames, receituários e medicamentos eram apreendidos, além de dificultar o acesso à Unidade de Saúde devido à necessidade da população de proteger seus bens no território durante o horário de atendimento. A Zeladoria Urbana é definida pelo Decreto nº 59.246, de 28 de fevereiro de 2020 como:

“conjunto de atividades e serviços executados pelo Poder Público Municipal e por empresas por ele contratadas visando promover a limpeza, manutenção ou recuperação de áreas públicas, tais como varrição, limpeza de bueiros e calçadas, lavagem e varrição de calçadas e ruas, cata-bagulho, reformas, reparos e outras atividades de mesma natureza.” (São Paulo, 2020)

Durante os turnos de atendimento ao território, vi muitas cenas em que a Zeladoria Urbana, acompanhada da Guarda Civil Metropolitana (GCM), recolhia cobertores, colchões, roupas, malocas e objetos pessoais e jogava em um caminhão, enquanto um caminhão-pipa jogava água nas vias.

Embora o Decreto Nº 59.246, de 28 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre os procedimentos e o tratamento dado à população em situação de rua durante as ações de zeladoria urbana na cidade de São Paulo, proíba a remoção compulsória da população sem qualquer motivo legal e a retirada de pertences pessoais (documentos de qualquer natureza, cartões bancários, sacolas, medicamentos e receitas médicas, livros, malas, mochilas, roupas, sapatos, cadeiras de rodas, muletas, panelas e utensílios de cozinhar e comer, colchonetes, travesseiros, tapetes, carpetes, cobertores, mantas, lençóis, toalhas e barracas desmontáveis e de instrumentos de trabalho como carroças, materiais de reciclagem, malabares, ferramentas e instrumentos musicais), tais direitos, com frequência, não eram garantidos na prática. Os bens apreendidos não eram adequadamente lacrados e na maior parte das vezes não havia informações sobre a recuperação dos bens. Além disso, durante as consultas eram frequentes os relatos de agressão policial. Machado e Noronha (2022) ao abordar a percepção das pessoas sobre a violência policial, constatam que a negritude é o principal critério de suspeição policial, resultando em repressão direcionada principalmente a negros e pobres.

As violências institucional e estrutural são uma realidade no cotidiano da PSR. A primeira acontece na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos, é resultante da falta de acesso aos serviços necessários, da falta de qualidade ou inadequação do atendimento, configurando uma agressão à pessoa que busca assistência (Minayo, 2007).

Entenderemos por violência [...] em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Este se caracteriza pela inércia, pela passividade e

pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência (Chauí, 1985, p. 35).

Já a violência estrutural abrange diversas maneiras de perpetuar as desigualdades sociais, culturais, de gênero, raça, geração, resultando na criação de condições de pobreza, fome e diversas formas de subjugação e exploração entre as pessoas (Antoni; Assmann, 2016). Nesse ponto, destaca-se o racismo estrutural, isto é, a forma como se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, que ditam que os comportamentos individuais e os processos institucionais são racistas porque a sociedade é racista. O resultado é expresso como desigualdade política, econômica e jurídica (Almeida, 2019). Para Almeida (2019),

[...] o racismo, como processo histórico e político, cria as condições sociais para que, direta ou indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática. Ainda que os indivíduos que cometam atos racistas sejam responsabilizados, o olhar estrutural sobre as relações raciais nos leva a concluir que a responsabilização jurídica não é suficiente para que a sociedade deixe de ser uma máquina produtora de desigualdade racial. (Almeida, 2019, p. 34)

O racismo é um complexo imaginário social reforçado pelos meios de comunicação, pela indústria cultural e pelo sistema educacional, que se sustenta em um sistema de justiça seletivo - que criminaliza a pobreza e tem na chamada “guerra às drogas” uma guerra contra os pobres e, particularmente, contra as populações negras - e em práticas sociais concretas como um sistema econômico, político e jurídico que mantém as condições de subalternidade. É comum que pessoas negras, quando submetidas às pressões da estrutura social racista, internalizem a ideia de uma sociedade dividida em brancos e negros, em que brancos mandam e negros obedecem. Para Almeida (2019, p. 43) “somente a reflexão crítica sobre a sociedade e sobre a própria condição pode fazer um indivíduo, mesmo sendo negro, enxergar a si próprio e ao mundo que o circunda para além do imaginário racista”. Aqui, faz-se necessário pensar criticamente a branquitude, racialidade das pessoas brancas, que ocupam posições de privilégios simbólicos e materiais em relação às pessoas não brancas (Schucman, 2014), e podem reproduzir o racismo, inclusive, em ações no campo da saúde.

Dentre as competências para a MFC não há menção a competências antirracistas ou à consideração das particularidades da raça e etnia no processo

saúde-doença. Contudo, há competências relacionadas à identificação e manejo de situações de violência individual, familiar e social, mesmo na ausência de agressão física e estabelecimento de ações intersetoriais visando a prevenção e o controle da violência, as quais incluem a habilidade de lidar com a complexidade da violência, estando atento às suas formas, incluindo as mais sutis e (in)visíveis, reconhecendo seus impactos na saúde dos indivíduos e manejando de forma adequada ao fornecer apoio emocional e social, conhecendo os fluxos e recursos especializados disponíveis e acionando-os quando necessário, além de promover atividades de prevenção.

Ao coproduzir cuidado junto à PSR, por presenciarmos inúmeras situações de violências, radicaliza-se que ocorra sensibilização, não banalização ou normalização das violências, além de transformação na prática profissional, uma vez que os profissionais de saúde podem ser agentes causadores e perpetuadores de diversas formas de violência, entre elas violências estruturais como o racismo. Uma sugestão para melhorias na formação em Medicina de Família e Comunidade é a inclusão de competências relacionadas ao combate ao racismo e saúde da população negra no Currículo Baseado em Competências da SBMFC.

#### **4.2.1 “A gente combinamos de não morrer”<sup>1</sup>**

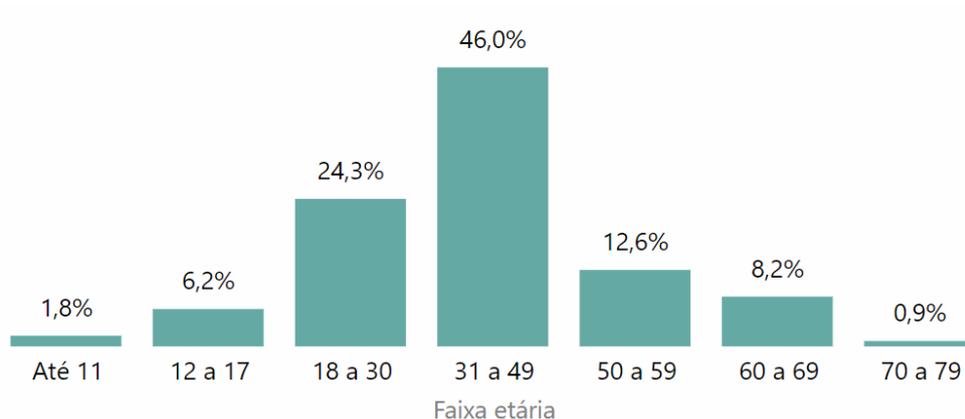
Apesar de constituírem somente cerca de 16,5% da PSR no território da Sé, as mulheres em situação de rua experienciam particularidades em suas vivências na rua, lidando com um espaço majoritariamente masculino, enfrentando preconceitos e desafios envolvendo a relação com o corpo, a sexualidade e, muitas vezes, o cuidado com os filhos (Quiroga; Novo, 2009; Frangella, 2004). Esse contexto demanda um olhar ampliado e específico para essa população, porém, a literatura brasileira ainda apresenta escassos estudos e poucas publicações sobre a vida das mulheres em situação de rua (Rosa; Brêtas, 2015; Antoni; Assmann, 2016).

No território da Sé, as mulheres tinham média de idade de 38 anos e mediana de 36 anos. O detalhamento do perfil das mulheres em relação à idade e cor/raça/etnia está destacado nas FIG.2 e FIG.3.

---

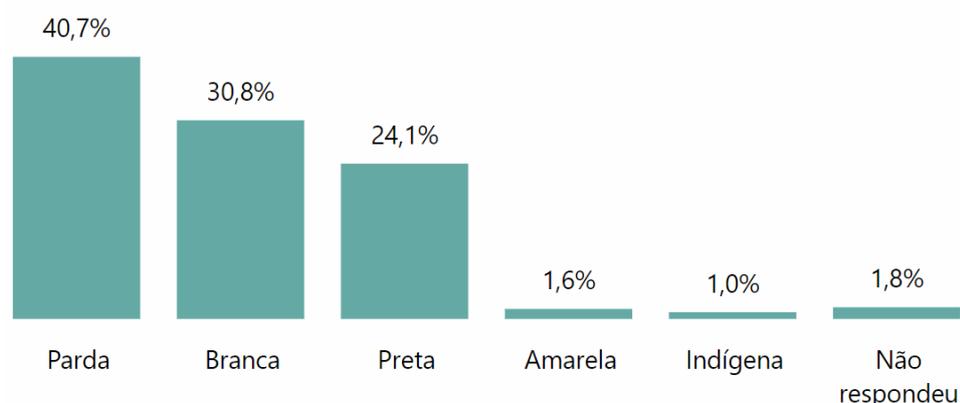
<sup>1</sup> Em referência ao conto homônimo de Conceição Evaristo, do livro Olhos d'água.

Figura 02 - Distribuição das mulheres do território da Sé por faixa etária



Fonte: Censo 2021 da População em Situação de Rua de São Paulo (2021)

Figura 03 - Distribuição das mulheres do território da Sé por cor/raça/etnia



Fonte: Censo 2021 da População em Situação de Rua de São Paulo (2021)

Uma pesquisa de coorte conduzida em Toronto, no Canadá, abordando o risco de mortalidade entre mulheres em situação de rua, demonstrou que aquelas com idades entre 18 e 44 anos enfrentam uma probabilidade de óbito de oito a trinta vezes maior em comparação com mulheres da mesma faixa etária na população em geral (Cheung; Hwang, 2004).

As principais demandas das mulheres no território eram relacionadas a sintomas ginecológicos como sangramento uterino anormal, atraso menstrual e corrimentos. Wenzel, Leake e Gelberg (2000) revelam que as mulheres em situação de rua que eram abusadas sexualmente procuravam assistência à saúde com queixas

decorrentes da violência, para tratar traumas físicos e mentais, sendo principalmente sintomas ginecológicos, abuso de álcool e outras drogas e depressão.

Apesar das singularidades, a violência aparece como eixo transversal nas histórias das mulheres em situação de rua. A começar pelas idas para as ruas, que muitas vezes são motivadas pela violência doméstica que sofriam em casa e em que a rua se configurava como uma fuga. Além disso, outros fatores que contribuem para a ida para as ruas são o abuso de álcool e outras drogas que levam gradualmente a conflitos familiares e ao rompimento dessas relações, o desemprego, transtornos mentais leves ou severos e persistentes, pertencer a famílias em situação de vulnerabilidade social e ter vivenciado a morte de familiares, como era o caso da paciente que realizei o PTS (Rosa; Brêtas, 2015; Antoni; Assmann, 2016).

Estudos internacionais realizados em Nova York e Los Angeles indicam alto índice de violência física e sexual, embora as violências experimentadas pelas mulheres em situação de rua sejam de diversos tipos: de grupos intolerantes, a violência pela violência; entre a PSR em disputas por espaço, pequenos furtos, problemas conjugais e interpessoais; violência higienista praticada pela polícia e outras instituições, entre outras. Além disso, é frequente que as mulheres desenvolvam tolerância a essas formas de violência, não mencionando-as quando questionadas ativamente sobre o assunto (Rosa; Brêtas, 2015).

Das mulheres do território da Sé, somente 22,3% estavam em Centro de Acolhimento. Os serviços de acolhimento não se mostravam atraentes para a maioria das mulheres, por apresentarem regras que não consideravam suas individualidades e subjetividades. Uma mulher relatou, por exemplo, que no albergue não podia ficar junto ao parceiro no mesmo quarto pois os quartos eram separados por gênero, e por isso, estar no abrigo significaria cuidar sozinha dos filhos de quatro e dois anos, e que o sentimento era de estar privada de liberdade. Para Antoni e Assmann (2016), é comum essa violência institucional pelos locais de acolhimento que tira a liberdade e autonomia das mulheres com regras para entrar e sair, horário para dormir, impossibilidade de dormir com o companheiro, entre outras. Isso faz com que não sejam acolhidas suas necessidades, nem seja valorizada a socialização entre as pessoas. Além disso, existem os conflitos próprios da convivência com outras pessoas abrigadas. Todos esses fatores contribuem para a baixa vinculação com os serviços.

Outro serviço que apresenta crítica semelhante é o Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica (SIAT). O serviço se propõe a ter ações de redução de danos, porém, seus usuários devem estar em abstinência total para que possam acessá-lo. O SIAT é dividido em três categorias, sendo o SIAT I a abordagem e busca ativa da PSR em cenas de uso pelo Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS); o SIAT II um local onde há acolhimento e tratamento a curto prazo, que oferece ações de redução de danos, alimentação, higiene pessoal e atividades socioeducativas, como artesanato, oficina de leitura, ioga e exercício físico; e o SIAT III que oferece acolhimento de médio prazo com ações de lazer, esporte, cultura, oferta de cursos de capacitação e qualificação profissional com objetivo de promover reinserção social. O acesso ao SIAT III é feito via SIAT II (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2023).

Nas principais cenas de uso do território, via-se que as mulheres estavam associadas a um ou mais homens, em especial, as adolescentes e adultas jovens. Já as mulheres mais velhas, comumente se encontravam sozinhas ou com único parceiro e demonstravam maior independência em relação à sua própria segurança. Isso vai ao encontro com os estudos de Rosa e Brêtas (2015), em que a maioria das mulheres participantes do estudo referiu ter optado por garantir a própria segurança e que a associação com outros homens se dava pela atração física ou desejo sexual, por afinidades e modo de viver, incluindo aqui o uso de drogas que era compartilhado por eles. É o caso da maioria das adolescentes em situação de rua do território, que eram um grande desafio para abordagem uma vez que na maior parte do tempo estavam sob efeito do uso de substâncias, principalmente das chamadas drogas K, canabinoides sintéticos conhecidos nas ruas como “K9”, “K2”, “K4” e “spice” vendidos com um preço acessível e que podem causar arritmias cardíacas, alucinações, convulsões, ansiedade, movimentos estereotipados, dependência e morte.

Com essa experiência podem ser desenvolvidas as competências: “Maneja apropriadamente os problemas mais frequentes e relevantes na saúde da mulher”, “Considera particularidades do gênero no desenvolvimento do processo saúde-doença” e “Identifica e maneja situações de violência contra a mulher e outras situações de risco e vulnerabilidade”, que dizem respeito ao processo de entender que as experiências da saúde e da doença são diferentes para as mulheres exclusivamente pelo gênero e que, portanto, necessitam de políticas de saúde, estratégias de prevenção e planos terapêuticos singulares que considerem essas

especificidades. No caso das mulheres em situação de rua, entender que as vivências também são diferentes da população geral, estando expostas a muitas violências conforme já exposto previamente.

Nesse ponto, é importante destacar que “mulher” não é uma categoria universal, mas que apresenta diversidades entre si. Em diálogo com o tópico anterior, pensar em mulheres em situação de rua é pensar, também, sobre raça, classe e demais marcadores sociais que constituem seus processos psicossociais de saúde, cuidado, violências e resistências. O feminismo negro, com a chave analítica da interseccionalidade, considerada por Akotirene (2019, p. 15) como um “sistema de opressão interligado” em que racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado são inseparáveis e produzem avenidas identitárias em que as mulheres negras são atingidas de formas repetidas pela sobreposição de gênero, raça e classe, pode contribuir para potencializar a qualificação da MFC, complexificando as competências aqui indicadas.

Para a pesquisadora Fabiana Leonel (2010, p. 34) “a encruzilhada das várias categorias nas dinâmicas sociais forma uma complexa rede de desigualdade que se perpetua e se reestrutura”. Destaca-se que não se trata da soma de identidades ou comparação entre elas, mas sim da análise de quais condições estruturais atravessam os corpos e como as experiências modeladas por e durante a interação dessas estruturas se estabilizam sob a forma de identidade (Akotirene, 2019).

#### **4.3 “A gente não quer só comida”<sup>2</sup>**

“Não tenha medo não  
sou só eu um bicho  
espantadiço  
não faço  
mal a ninguém  
não tenha medo sou só eu  
não vê meus olhos caninos  
suplicando compaixão”.  
Eugênio Ramos Gianetti

O poema acima nasceu nas ruas, pela visão e observação de Eugênio Ramos Gianetti, poeta de 68 anos que vive há mais de 20 anos entre as ruas do centro de

---

<sup>2</sup> Em referência à canção “Comida”, da banda Titãs.

São Paulo e albergues públicos e que costumava dormir no Pateo do Collegio. Com o estímulo e apoio de uma bibliotecária do SESC Carmo, na Sé, Eugênio publicou seu segundo livro “Zoobreviver”, em 2018. No poema acima ele denuncia a invisibilidade da PSR e a falta de empatia da população geral, que passa indiferente em meio às violências e intempéries sofridas pela PSR. Em reportagem ao portal Splash, da Uol, ele diz que a literatura é uma forma também de recuperar o referencial perdido, uma busca por sua própria história (Duarte, 2021).

Outro exemplo de como a arte pode atuar como agente transformador é a história de Gerson Flores. O artista vivia nas ruas há mais de 20 anos, desde que a morte da mãe o levou a enfrentar problemas familiares com os irmãos. Nas ruas começou a pintar usando materiais que recolhia no lixo e pontas de pedaços de árvores e em 2022 teve suas obras expostas na Galeria Nello Nuno, da Fundação de Arte de Ouro Preto (FAOP). Na exposição “Principium”, Gerson traz em suas pinturas referências de suas memórias e do seu cotidiano, paisagens urbanas, figuras folclóricas e estruturas arquitetônicas, e diz: “A arte me ajudou a superar a solidão, o medo e a depressão depois de 25 anos morando nas ruas de Belo Horizonte. Estou vivendo um sonho maravilhoso”. (Bitencourt, 2022; Sampaio, 2022)

Figura 04 - Obra de Gerson Flores, da exposição 'Principium', em Ouro Preto



Fonte: Jornal Estado de Minas, 2022

Durante o estágio, a arte apareceu e se destacou. Uma das atividades marcantes foi a visita ao Museu da Língua Portuguesa, que se localiza na Estação da Luz e apresenta a língua como manifestação cultural viva, rica e em constante construção por meio da tecnologia e de suportes interativos. A atividade foi desenvolvida em conjunto com a Casa Franciscana, uma parceira da Prefeitura Municipal de São Paulo e o Serviço Franciscano de Solidariedade – SEFRAS, inaugurada no dia 03 de abril de 2020 com a missão de acolher, cuidar e defender a PSR. O serviço fica localizado no bairro do Glicério e oferece alimentação, espaço de convivência e atendimento social para cerca de 200 participantes que o frequentam. Além disso, a Casa Franciscana também tem como objetivo o desenvolvimento do protagonismo e autonomia dos participantes e o estímulo à reflexão crítica sobre a sociedade (Casa Franciscana: lugar de acolhida, 2020).

Cerca de 20 pessoas em situação de rua participaram de visita guiada pela manhã do dia 13 de julho. A atividade destacou a importância da arte e cultura para redução de danos quando um usuário referiu que se não fosse por isso, àquela hora já teria bebido mais de um litro de álcool.

Além disso, durante as visitas ao território, encontrei muitos grupos reunidos ao redor de caixas de som, rádios ou instrumentos improvisados cantando e dançando; assistindo filmes nos abrigos e núcleos de acolhimento; desenhando e rascunhando letras e poemas.

Apesar de constituírem um grupo heterogêneo, frequentemente a PSR é enxergada de forma homogênea desconsiderando suas histórias e singularidades, e geralmente é evitada de maneira física, visual e emocional, sujeita a humilhações e violências. A construção de uma nova autoimagem e de uma nova identidade e o poder da arte de se expressar e ressignificar experiências negativas prévias foram relatadas em diversos estudos (Lloyd; Wong; Petchkovsky, 2007; Perruzza & Kinsella, 2010; Connor & Donohue, 2010; Reynolds, 2003).

Participar de uma exposição de arte pública ofereceu uma experiência singular para indivíduos que, anteriormente, haviam sido marginalizados e rejeitados pela sociedade predominante (Delfin; Almeida; Imbrizi, 2017).

Se a humilhação social é fenômeno que ocorre no plano político e reverbera no psiquismo do humilhado, o reconhecimento e a admiração parecem operar de maneira semelhante. No entanto, ao invés de uma mensagem de rebaixamento, a mensagem recebida por quem se sente

reconhecido pelo outro é a da possibilidade de produzir novas identidades - o ator, o palhaço, o profissional do entretenimento - para além daquelas cotidianamente atribuídas a si, que parecem se referir ao inútil e ao marginal. (Delfin; Almeida; Imbrizi, 2017)

O estudo de Delfin, Almeida e Imbrizi (2017) investigou como a arte poderia produzir regimes de visibilidade a partir de duas experiências voltadas ao teatro: o espetáculo Projeto Bispo e as oficinas de teatro para a PSR oferecidas em 2014 pela Secretaria de Cultura de Santos. O Projeto Bispo é um espetáculo teatral desenvolvido e apresentado pelo grupo O Coletivo que versa sobre a loucura, a miséria e a exclusão trazendo personagens característicos das áreas degradadas da cidade: o mendigo, o louco de rua, a travesti prostituída, o jovem negro e outras figuras marginalizadas. O espetáculo acontece nas ruas e a ficção se confunde com a realidade. Já as oficinas aconteciam em diversos locais conforme a disponibilidade e culminavam em três apresentações finais.

Para os indivíduos entrevistados, as oficinas pareciam dar sentido às vidas fragilizadas, evidenciando o caráter de pertencimento, a criação de relações de confiança e o respeito mútuo. Além disso, para alguns indivíduos era uma alternativa para passar o tempo entre as atividades do dia e a entrada em abrigos para pernoite, demonstrando que a aproximação com o teatro e a arte acontece despretensiosamente e acaba se tornando um projeto de vida. Foi por meio das oficinas que muitos dos entrevistados tiveram acesso a teatros e espaços culturais da cidade.

Um outro estudo realizado na Austrália que investigou o impacto de um Programa de Arte oferecido por uma organização não governamental embasa os achados de Delfin, Almeida e Imbrizi (2017). A maioria dos participantes do Programa não tinham interesse prévio na arte, mas quando encorajados a vivenciar tornaram a experiência um acontecimento significativo na semana, proporcionando a criação de uma rotina. Entre os benefícios do programa encontrados no estudo se destacaram o alívio de transtornos mentais e do estado de ansiedade decorrente da vida nas ruas, o desenvolvimento da autonomia e tomada de decisões (ao decidir que cores usar nas pinturas, o que fazer, com analogias aplicáveis à vida), o desenvolvimento de um senso de identidade ao explorar o interior e ver o mesmo processo acontecendo nos outros e o abandono ou distanciamento de vícios e adoção de estilos de vida mais

positivos, uma vez que durante a experiência não houve evidência de intoxicação (Thomas *et al.* 2011).

Viver em situação de rua se apresenta como várias formas de arte. A arte de resistir, a arte de “fazer de um tudo”, a arte de “fazer arte”, a arte de produzir uma relação de beleza com a vida e de ser resistência política ativa (Félix-Silva; De Cássia; Pinheiro. 2016). Não foram encontradas competências relacionadas à importância da arte descritas no Currículo. Contudo, as principais experiências de arte estão relacionadas a parcerias com núcleos e outros serviços, demonstrando que para fazer arte é essencial o estabelecimento de parcerias, reconhecer os equipamentos sociais e estreitar as relações, para que seja possível construir redes de apoio no território potencializando a resolutividade dos serviços (Macerata *et al.*, 2012). Isso permite o desenvolvimento das competências essenciais de promover controle e empoderamento social e articular com rede social de apoio; e das competências desejáveis de participar de atividades de controle social e promover ações intersetoriais.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PSR é um grupo heterogêneo que encontra diversas barreiras no acesso aos cuidados de saúde. Apesar de avanços como a criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua e a criação dos Consultórios na Rua, a promoção de cuidado da PSR ainda é insuficiente, parte disso devido à falta de preparo de profissionais de saúde para lidar com essas especificidades, dentre eles, médicos de família e comunidade.

A partir do relato de experiência de um estágio optativo em atendimento à PSR durante a Residência em Medicina de Família e Comunidade, foi possível compreender que o cuidado em saúde da PSR encontra diversos obstáculos com as políticas higienistas que atingem principalmente negros e pobres. Além disso, identificamos que, apesar de estarem em menor número nas ruas, a vida das mulheres em situação de rua é permeada por violências muitas vezes nem mesmo reconhecidas, que tornam o processo saúde-doença singular e cheio de particularidades. O reconhecimento dessas singularidades é fundamental para o cuidado integral dessa população. Ademais, constatamos que a arte pode constituir uma ferramenta importante para a construção de outras identidades e ressignificação de experiências negativas prévias da PSR, atuando também como instrumento de redução de danos.

Dentre as competências para a MFC não há menção a competências antirracistas ou à consideração das particularidades da raça e etnia no processo saúde-doença, assim como sobre a importância da arte e da cultura na prevenção e promoção à saúde e como terapêutica. Uma sugestão para melhorias na formação em Medicina de Família e Comunidade é a inclusão dessas competências no Currículo Baseado em Competências da SBMFC.

Portanto, defendemos que o estágio em atendimento à PSR durante a Residência em Medicina de Família e Comunidade tem grande potencial para o desenvolvimento das Competências descritas no Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, como por exemplo as relacionadas aos princípios da APS, trabalho em equipe, identificação e manejo de situações de violência e desenvolvimento de ações intersetoriais, além

de compreensão das particularidades do gênero no processo saúde adoecimento. O aperfeiçoamento dessas competências proporciona melhoria do cuidado à PSR e população geral. Além disso, é fundamental que o tema seja amplamente inserido nos currículos da graduação em Medicina e da Residência Médica.

Uma das limitações desse estudo é a ausência de abordagem dos processos avaliativos para a aquisição dessas competências, incluindo os aspectos cognitivos, afetivos e psicomotores, que podem ser avaliados pelo acompanhamento diário do preceptor nas atividades do médico-residente, pela observação de atitudes, pela autoavaliação, por avaliações estruturadas de supervisão de consultas e procedimentos e feedbacks pelos preceptores e pelas equipes (Augusto, 2018). Não foram relatados aspectos relacionados à interação com a preceptoria, um agente importante nos processos de avaliação da residência médica. Sugere-se, pois, novos estudos para análise das formas avaliativas que podem ser empregadas para mensurar a aquisição dessas competências durante a residência médica, no cenário das ruas, incluindo a visão do preceptor.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKOTIRENE, C. Interseccionalidade. Feminismos Plurais. São Paulo: Editora Pólen, 2019.

ALMEIDA, S. Racismo estrutural. Feminismos Plurais. São Paulo: Editora Pólen, 2019.

ANTONI, C.; ASSMANN, R. M. A. As violências institucional e estrutural vivenciadas por moradoras de rua. *Psicologia em Estudo*, v. 21, n. 4, p. 641-651, 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/31840/pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023.

AUGUSTO, D. K. Residência em medicina de família e comunidade. In: GUSSO, G; LOPES, J. M.C., DIAS, L. C., organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 1384-1400. E-book.

BITENCOURT, L. Procura-se Gerson Flores, o artista de 'Principium'. *JORNAL ESTADO DE MINAS*, Belo Horizonte, 07 mai. 2022. Artes visuais. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/cultura/2022/05/07/interna\\_cultura,1364850/procura-se-gerson-flores-o-artista-de-principium.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/cultura/2022/05/07/interna_cultura,1364850/procura-se-gerson-flores-o-artista-de-principium.shtml). Acesso em 10 jan. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.508/2011, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Seção 1, 24 de 2009a. Disponível em: [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). Acesso em 10 out. 2023.

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico, 2000. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar: I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua: Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009b.

Casa Franciscana: lugar de acolhida. Disponível em: <https://www.sefras.org.br/blog/casa-franciscana-lugar-de-acolhida>. Acesso em: 15 out. 2023.

CASTRO, Fabiana Leonel. Negras, jovens, feministas: sexualidade, imagens e vivências. Dissertação. Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. p. 34.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 22, p. 1739–1749. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNsrRHcqfsRXLZ7RMxCks/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2023.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUÍ, M.; CARDOSO, R.; PAOLI, M. C. Paoli. (Organizadores). Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar. p. 25-62, 1985.

CHEUNG, A. M.; HWANG, S. W. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. Canadian Medical Association journal, v. 170, n. 8, p. 1243-1247, 2004.

CONNOR, A.; DONOHUE, M. L. Integrating faith and health in the care of persons experiencing homelessness using the parish nursing faculty practice model. Family and Community Health, v. 33, n. 2, p. 123–132, 2010.

DELFIN, L., ALMEIDA, L. A. M., IMBRIZI, J. M. A rua como palco: arte e (in)visibilidade social. Psicologia & Sociedade, v. 29, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/DhwBJq7WQLkZ48546wFxt8d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 dez. 2023.

DUARTE, M. Poesia das ruas. SPLASH UOL. [s.l.], 2021. Disponível em: <https://www.uol.com.br/splash/reportagens-especiais/vida-nas-ruas-alcoolismo-e-poesia>. Acesso em: 10 jan. 2024.

Equipamentos e serviços: Rede de equipamentos e serviços de saúde, assistência social e trabalho que compõem o Programa Redenção. Prefeitura Municipal de São Paulo, São Paulo, 10 de nov. 2023. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/governo/secretaria\\_executiva\\_d\\_e\\_projetos\\_estrategicos/programa\\_redencao/equipamentos\\_e\\_servicos/index.php](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/governo/secretaria_executiva_d_e_projetos_estrategicos/programa_redencao/equipamentos_e_servicos/index.php). Acesso em: 15 de dez. 2023.

FALK, J. W.; ROSA, R. S. O sistema de saúde no Brasil. *In*: DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 104-126. E-book.

FÉLIX-SILVA, A. V.; DE CÁSSIA, R. M. S.; PINHEIRO, G. S. Modos de viver e fazer arte de pessoas em situação de rua. Estudos de Psicologia, v. 21, n. 1, p. 46-57, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/KFVvr4t4pQyzcYBmjxVWwtP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2023.

FRANGELLA, S. M. Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. Tese de Doutorado. IFCH/UNICAMP, Campinas, São Paulo, 2004.

GONÇALVES, D. A. *et al.* Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

GONTIJO, L.A.; SILVA, B.M.; VIEGAS, S.M.F. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua no cotidiano da atenção primária: scoping review. Rio de Janeiro, Saúde debate, v. 47, n. 137, p. 316-332, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313722>. Acesso em: 15 nov. 2023.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). Brasília, 2023.

LLOYD, C.; WONG, S. R.; PETCHKOVSKY, L. Art and recovery in mental health: A qualitative investigation. British Journal of Occupational Therapy, v. 70, n. 5, p. 207–214, 2007.

LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Princípios da medicina de família e comunidade. *In*: GUSSO, G; LOPES, J. M.C., DIAS, L. C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 96-126. E-book.

MACEDO, J. P.; SOUSA, A. P.; CARVALHO, A. V. População em situação de rua: trabalho em equipe e intersetorial. Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande, v. 12, n. 4, p. 159-174, 2020. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2020000400013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000400013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 01 jan. 2024.



QUROGA, J.; NOVO, M. Elas da Rua: População em Situação de Rua e a questão de gênero. *In*: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua: Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009.

RAKEL, R.E.; RAKEL, D.P. Textbook of family medicine. 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2015.

REIS JÚNIOR, A. G. População em Situação de Rua: contexto histórico e político. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua. Brasília, 2012. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ua.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

REYNOLDS, F. Reclaiming a positive identity in chronic illness through artistic occupation. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, v. 23, n. 3, p. 118–127, 2003.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Superintendência de Atenção Primária. Diretrizes norteadoras das equipes de consultório na rua do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2017. (Série B. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/POPULACAO\\_RUA/diretrizes\\_cnar\\_2016.pdf](https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/POPULACAO_RUA/diretrizes_cnar_2016.pdf). Acesso em 15 out. 2023.

SALGADO, R. R. S. P.; FUENTES-ROJAS, M. População em situação de rua e saúde mental: desafios na construção de um plano terapêutico singular. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 17, n. 2, p. 250–265, 2018. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8652111>. Acesso em: 27 dez. 2023.

SAMPAIO, V. Artista que viveu 25 anos nas ruas de BH expõe quadros em galeria de Ouro Preto. *PORTAL HOJE EM DIA*, Belo Horizonte, 08 jun. 2022. Disponível em: <https://www.hojeemdia.com.br/minas/artista-que-viveu-25-anos-nas-ruas-de-bh-exp-e-quadros-em-galeria-de-ouro-preto-1.903608>. Acesso em: 10 jun. 2024.

SÃO PAULO. Decreto nº 59.246, de 28 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre os procedimentos e o tratamento à população em situação de rua durante a realização de ações de zeladoria urbana. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo: Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, São Paulo, p. 1, 29 fev. 2020. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-59246-de-28-de-fevereiro-de-2020/consolidado>. Acesso em 20 dez. 2023.

SCHUCMAN, L. V. Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, Recife, v. 26, n. 1, p. 83-94, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/ZFbbkSv735mbMC5HHCsG3sF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2023.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Movimento nacional de população de rua: a complexa luta por direitos. *Psicologia em revista*, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 1058-1079, 2020. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682020000300014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682020000300014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 fev. 2024.

SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS – HOSPITAL SÍRIOLIBANÊS (SP). Projeto Residências. Edital nº 03/2023. Abertura de Processo Seletivo para participação na ação Estágio para Atendimento às Populações Vulneráveis - População em Situação de Rua. São Paulo, 1 mar. 2023. Disponível em: <https://media.graphassets.com/SmoNmzGyQiyzMPISdOIH>. Acesso em: 20 out. 2023.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para a medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015.

SOUZA, D. Especificidades do atendimento à população em situação de rua. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua. Brasília, 2012. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ua.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002. Disponível em: <[http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640\\_1\\_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1](http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1)>. Acesso em 10 out. 2023.

TEGRA INCORPORADORA. Guia de bairros - SP: Bairro Sé. *In*: TEGRA INCORPORADORA. Tegra Incorporadora [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.tegraincorporadora.com.br/sp/guia-de-bairro/se/>. Acesso em: 15 nov. 2023.

THOMAS, Y.; GRAY, M.; MCGINTY, S.; EBRINGER, S. Homeless adults engagement in art first steps towards identity, recovery and social inclusion. *Australian Occupational Therapy Journal*, v. 58, n. 6, p. 429-136, 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-1630.2011.00977.x>. Acesso em: 15 dez. 2023.

TO, M.J.; MACLEOD, A.; HWANG, S. W. Homelessness in the Medical Curriculum: An Analysis of Case-Based Learning Content From One Canadian Medical School, United States, *Teaching and Learning in Medicine*, v. 28, p.35-40, 2016.

TRINO, A.; RODRIGUES, R. B. Atribuições da equipe multiprofissional. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua. Brasília, 2012. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ua.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

TRINO, A.; RODRIGUES, R. B; REIS JUNIOR, A. G. A População em Situação de Rua e seus territórios. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua. Brasília, 2012. Disponível em: [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). Acesso em: 10 out. 2023.

WENZEL, S.L.; LEAKE, B. D; GELBERG, L. Health of homeless women with recent experience of rape. *Journal of General Internal Medicine*, v. 15, n. 1, p. 265-268, 2000. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495443/pdf/jgi\\_04269.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495443/pdf/jgi_04269.pdf). Acesso em: 13 dez. 2023.