

A invisibilidade da população em situação de rua nas residências médicas: uma revisão bibliográfica

The invisibility of the homeless population in medical education: a literature review

La invisibilidad de las personas sin hogar en residencias médicas: una revisión de la literatura

Laila de Albuquerque Schlüter¹ , Marcelle Bocater Paulo de Paiva¹ , Valéria Ferreira Romano² 

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Resumo

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (PNISPSR) foi publicada em 2008 com diretrizes e ações públicas voltadas para o desenvolvimento social desses indivíduos. Estima-se que, em 2022, 236 mil indivíduos vivem em situação de rua no Brasil. Trazer visibilidade à essa população é olhar para o indivíduo de forma integral, entendendo que sua saúde não é limitada a doenças, mas também às suas subjetividades, sendo essencial a discussão em conjunto com o paradigma sistêmico nacional e seus atravessamentos individuais e coletivos. A Medicina de Família e Comunidade se norteia por um currículo baseado em competência, que enquadra como essencial o conhecimento das especificidades da população em situação de rua (PSR). Dessa forma, o comprometimento com a PSR e a PNISPSR perpassa pela instituição formativa desses especialistas. O objetivo deste trabalho foi alisar a temática da PSR no ensino dos programas de residência médica, a partir de revisão integrativa. Foram utilizadas as bases bibliográficas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. Três artigos foram incluídos para análise e discussão. Percebe-se, portanto, a escassez de publicações acerca da PSR nos Programas de Residência Médica. Essa invisibilidade impacta na formação profissional dos médicos, perpetuando, por fim, as iniquidades vivenciadas pela PSR na esfera da saúde.

Palavras-chave: População em situação de rua; Educação médica; Medicina de Família e Comunidade; Iniquidades em saúde.

Autor correspondente:

Laila de Albuquerque Schlüter
E-mail: lailadeasch@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 18/03/2024.

Aprovado em: 24/06/2024.

Editores:

Maria Inez Padula Anderson e Marcello
Dala Bernardina Dalla.

Como citar: Schlüter LA, Paiva MBP, Romano VF. A invisibilidade da população em situação de rua nas residências médicas: uma revisão bibliográfica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4178. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4178](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4178)



Abstract

The National Policy for Social Inclusion of the Homeless Population (*Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua – PNISPSR*) was published in 2008 with guidelines and public actions aimed at the social inclusion of these individuals. It is estimated that in 2022, 236 thousand individuals lived on the streets in Brazil. Bringing visibility to this population means looking at the individual in an integral way, understanding that their health is not limited to diseases, but also to their subjectivities. Family Practice is guided by a competency-based curriculum, which considers knowledge of the specificities of the homeless population (HP) essential. Therefore, the commitment to the HP and the PNISPSR extends to the formative institution of these specialists. The objective of this work was to address the issue of the HP in the teaching of Medical Residency Programs, based on an integrative review of the bibliographic databases SCIELO, LILACS and PubMed. Three articles were included for analysis and discussion. In conclusion, there is a lack of publications about HP in Medical Residency Programs. This invisibility impacts the professional training of practitioners, ultimately perpetuating the inequities experienced by HP in the health's sphere.

Keywords: Ill-Housed persons; Education, Medical; Family Practice; Health Inequities.

Resumen

La Política Nacional de Inclusión Social a las Personas Sin Hogar (*Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua – PNISPSR*) fue publicada en 2008 con directrices y acciones públicas orientadas al desarrollo social de estas personas. Se estima que, en 2022, 236 mil personas vivían en las calles de Brasil. Visibilizar a esta población significa mirar al individuo de manera integral, comprendiendo que su salud no se limita a las enfermedades, sino también a sus subjetividades, siendo imprescindible la discusión en conjunto con el paradigma sistémico nacional y sus cruces individuales y colectivos. La Medicina Familiar y Comunitaria se rige por un plan de estudios basado en aptitudes, que considera esencial el conocimiento de las especificidades de las personas sin hogar (PSH). De esta manera, el compromiso con las PSH y la PNISPSR permea la institución formadora de estos especialistas. El objetivo de este trabajo fue abordar el tema de la PSH en la enseñanza de programas de residencia médica, a partir de una revisión integradora. Se han utilizado las bases de datos bibliográficas SCIELO, LILACS y PubMed. Se han incluido tres artículos para análisis y discusión. Se percibe, por tanto, la escasez de publicaciones sobre PSH en Programas de Residencia Médica. Esta invisibilidad impacta la formación profesional de los médicos, perpetuando, por lo tanto, en las inequidades que experimentan los PSH en el ámbito de la salud.

Palabras clave: Personas con mala vivienda; Educación médica; Medicina Familiar y Comunitaria; Inequidades en salud.

INTRODUÇÃO

Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (PNISPSR) foi publicada pelo Governo Federal em maio de 2008. O objetivo do documento era reconhecer essa população dentro do cenário social brasileiro e, a partir disso, orientar e concretizar políticas públicas de inclusão.

Sua construção foi consequência de debates interministeriais, em conjunto com o Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), que representaram a sociedade civil organizada.¹

Vale lembrar que o MNPR surgiu em 2004 após a chacina da Praça da Sé na cidade de São Paulo. Sete indivíduos em situação de rua foram assassinados no local, de intenção desconhecida até o momento de elaboração deste estudo, levando à mobilização da sociedade civil para novas pressões contra o poder público e a garantia de direitos de seus cidadãos. Em ato realizado em 2015, representante da organização na época, Sebastião Nicomedes de Oliveira, ressaltou que “o problema continua, a violência continua. [...] essas pessoas não podem ter morrido em vão. Os moradores de rua continuam sofrendo perseguições, morrendo sem atendimento.”.

Assim, a sociedade civil mostrou-se essencial para construir a PNISPSR no Brasil, pressionando as responsabilidades do Estado a partir das violências institucionais escancaradas pelo debate intersectorial.

A proposta do documento é discutir, portanto, quem são esses indivíduos, suas características sócio-político-econômicas, as vulnerabilidades que os atravessam, nortear os princípios e as diretrizes da ação pública e, por fim, elencar e coordenar as ações estratégicas do Estado para a reinserção e o desenvolvimento social pleno desse grupo.

É evidente que a relação desses indivíduos com a rua é complexa, uma vez que essa se torna local principal, mas não único, de moradia e de identidade. Conceitos como “família”, “comunidade” e “individualidade” tornam-se versáteis. No documento, caracteriza-se essa população como indivíduos que estabelecem o espaço público como “palco de relações privadas”, dividindo-o como local de sobrevivência e ordenação de suas identidades.

Além disso, essa realidade escancara a profunda desigualdade social do nosso país, inserida na lógica do sistema capitalista de trabalho assalariado, que convive e se sustenta da extrema pobreza. Desde a formação das primeiras cidades, esse fenômeno ocorre na sociedade brasileira.²

O documento aborda também a exclusão social e sua complexa relação com a ruptura de direitos individuais. Exclusão é identificada como “expulsão, desenraizamento e privação”, processo que esse grupo vivencia principalmente nos territórios urbanos, atravessados por múltiplos determinantes de vulnerabilidades. Ocorre a ruptura de relações familiares e afetivas, com o mercado de trabalho, e a invisibilidade da participação social desses indivíduos.³

Além disso, a PSR sofre de visões estigmatizantes sociais, institucionais e estruturantes, que se resumem, em sua maioria, em ações paternalistas, autoritárias e de “higienização social”.⁴

A partir dessas reflexões, a PSR deve ser compreendida como uma população heterogênea, de diferentes gêneros, raças/cor, idades, orientações sexuais, vivências e grupos familiares, que apresenta em comum o local público como espaço de trabalho, moradia, convivência e identidade, atravessada por uma complexa estrutura de exclusão social, que evidencia o paradigma sistêmico brasileiro.

Para compreensão da PSR brasileira e de quem são esses indivíduos, o documento se baseou na Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua (PNPSR). A Pesquisa Nacional censitária, de 2007, foi organizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em conjunto com representantes de secretarias municipais, do Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas), além dos movimentos sociais, e descreveu o perfil sociodemográfico e econômico desse segmento populacional na época.⁵

Participaram 71 municípios, sendo 23 capitais e 48 com população igual ou superior a 300 mil habitantes. Foram identificadas 31.922 pessoas maiores de 18 anos em situação de rua. Foram coletados dados referentes ao perfil sociodemográfico, à trajetória de rua, ao histórico de internação em instituições, aos vínculos familiares e de trabalho, ao acesso à alimentação e a serviços, e a discriminações sofridas. Do total, 82% era do sexo masculino, 53% estava na faixa etária de 25 a 44 anos e 52,6% tinha renda semanal entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00. Importante destacar que 39,1% se declarou parda, e 27,9%, preta. Em comparação com a identificação étnica-racial da população geral em pesquisas censitárias da mesma época, em que 38,4% se autodeclarava parda e 6,2%, preta, a população negra, representada pela soma de ambas, é substancialmente maior nesse segmento social.

A Tabela 1 resume os principais aspectos sociodemográficos da PNPSR.

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos da população em situação de rua no Brasil em 2007.

Característica sociodemográfica	Maior representação	%
Sexo biológico	Masculino	82
Faixa etária	25 a 44 anos	53
Perfil étnico-racial	Negros	67
Nível de renda	Entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais	52,6
Alfabetização	Saber ler e escrever	74
Escolaridade	Primeiro grau incompleto	48,4
Local de pernoite	Rua	69,6
Principal motivo para viver e morar na rua	Alcoolismo e/ou drogas	35,5
Naturalidade	Outro município	56
Tempo em situação de rua	2 anos ou mais	48,4
Histórico de internação em instituições	Casa de recuperação de dependentes químicos	28,1
Vínculos familiares	Tem algum parente residente na cidade em que se encontra	51,9
Atividade remunerada	Exerce atividade remunerada	70,9
Vínculo empregatício	Atividade informal	98,1
Número de refeições ao dia	Ao menos uma	79,6
Comorbidades	Hipertensão	10,1
Local de acesso à saúde quando doente	Hospital/emergência	43,8
Local de banho	Rua	32,6
Documento de identificação	Nenhum	24,8
Programas governamentais	Não recebe qualquer benefício	88,5

Fonte: os autores (2023).

Portanto, quando se destaca as principais representações de cada característica pesquisada, enxerga-se, em 2007, que a PSR era composta principalmente de homens negros, jovens, com renda entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 reais semanais, alfabetizados, que utilizavam a rua como principal local de pernoite.

Vale ressaltar o histórico de internações e as comorbidades apresentadas por essa população. A maioria dos entrevistados apresentou histórico de internação em instituições: 28,1% em casa de recuperação de dependentes químicos, 27% em abrigo, 17% em casa de detenção, 16,7% em hospital psiquiátrico, 15% em orfanato e 12,2% na Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor. Em torno de 60% dos entrevistados já passaram ao menos por uma das instituições mencionadas, enquanto 0,7% já passaram por todas.⁵

Além disso, 29,7% dos participantes apresentam comorbidades, das quais se destacam a hipertensão (10,1%), a saúde mental (6,1%), o HIV/AIDS (5,1%) e condições de visão/cegueira (4,6%). Do total de entrevistados, 18,7% fazem uso de algum medicamento contínuo, retirando-o principalmente em postos de saúde, estes representando apenas 48,6% do local de acesso dessa retirada. Por fim, quando doentes, 43,8% recorrem, primeiramente, a unidades de emergência e hospitais; os postos de saúde representam apenas 27,4% desses acessos.

Como principal motivo para estar em situação de rua, 35,5% dos indivíduos apontaram o alcoolismo e outras drogas, seguidos do desemprego (29,8%) e das desavenças com familiares (29,1%). Do total de entrevistados, 71,3% abordaram pelo menos um desses três principais motivos.⁵

A partir disso, enxergam-se as múltiplas violências vivenciadas pela PSR: racial, empregatícia, social, educacional, de moradia, familiar e institucional. Foi com esse olhar que a PNISPSR elencou seus princípios

e suas diretrizes. Os cinco princípios foram divididos em: promoção e garantia da cidadania; respeito à dignidade do ser humano; direito ao usufruto e inserção na cidade; não discriminação social, seja qual for; e supressão de todo e qualquer ato violento, de origem preconceituosa e vexatória. Já as diretrizes foram enumeradas em nove seções: implementação de políticas públicas; complementaridade entre ações do Estado e da sociedade civil; promoção das igualdades sociais, de gênero e raça; incentivo à organização civil e participação no controle social; alocação de recursos para implementação das políticas públicas para a PSR; elaboração e divulgação de indicadores; promoção da sensibilização pública; incentivo à formação e capacitação de profissionais em atuação na rede; e, finalmente, ações intersetoriais para a garantia dos direitos, o resgate da autoestima e a reorganização dos projetos de vida dessa parcela populacional.

Finaliza-se, então, a PNISPSR (2008) com a publicação de ações estratégicas concretas nas áreas de direitos humanos, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano e habitação, assistência social, educação, saúde e cultura. Na esfera da saúde, as ações podem ser sintetizadas como: garantia da atenção integral à saúde; fortalecimento das ações de promoção à saúde; fortalecimento das ações de atenção à saúde mental; inclusão no processo de educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores de saúde; divulgação do canal de escuta do usuário; apoio às iniciativas de ações intersetoriais; incentivo à produção de conhecimento sobre a temática de saúde desta população; apoio à participação nas instâncias de controle social; e considerar, na seleção de agentes comunitários de saúde, como um dos critérios, a participação de atuais ou antigos indivíduos em situação de rua.

O documento elucida a importância do debate e da caracterização da PSR; portanto, a sensibilização ao tema e aos seus indivíduos deve perpassar todos os profissionais da saúde, principalmente por meio da educação de conteúdos relacionados “às necessidades, demandas e especificidades da população em situação de rua”.

Seguindo o mesmo raciocínio, está o incentivo à continuidade dos estudos e à construção de conhecimentos sobre essa população e os mecanismos de informação e comunicação, para que cada vez mais se enxergue suas particularidades e, com isso, criem-se políticas públicas específicas para a visibilidade, a reinserção e a autonomia política-social desses indivíduos.

Dessa forma, optou-se, como foco deste trabalho, pela educação permanente e pela produção de conhecimento sobre a PSR na área da saúde, ainda invisibilizada após 15 anos de publicação da PNISPSR.

DESENVOLVIMENTO

A população em situação de rua e o cenário brasileiro atual

Após esse debate inicial, torna-se necessário compreender as pesquisas censitárias mais atuais da PSR. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2005, estimava-se que, no mundo, 100 milhões de pessoas careciam de moradia e mais de um bilhão viviam em habitações precárias. A nota técnica número 103 de fevereiro de 2023 é a mais atualizada na estimativa da PSR no Brasil.⁶ O termo “estimativa” é utilizado no título por nosso país não ter dados oficiais sobre a proporção desse segmento populacional, apesar de a instituição de contagem estar prevista na PNISPSR.¹

Os Censos Demográficos de 2010 e de 2022 não alteraram sua base de pesquisa oficial e se mantiveram apenas na população domiciliada, acarretando uma negligência estatal e, logo, de políticas públicas para a PSR. Na pandemia do vírus Sars-CoV-2, por exemplo, o Ministério da Saúde (MS) não tinha dados para quantificar e distribuir vacinas a esse segmento social.⁶

O objetivo dessa nota técnica, portanto, foi realizar uma estimativa da PSR a partir de informações coletadas a nível municipal. Outro aspecto relevante nesta nota técnica foi o questionamento da qualidade na coleta de dados entre os anos de 2019 e 2021 com a ocorrência da pandemia.

A pandemia não apenas afetou as atividades de centros de saúde e de assistência social, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), reduzindo o contato dessas esferas essenciais com a PSR, como também afetou os levantamentos e pesquisas municipais acerca desses indivíduos. Importante observar que o aumento de indivíduos em situação de rua nos anos de 2021 e 2022, durante a pandemia, acompanhou também o maior número de registros pelo Cadastro Único (CadÚnico). Nessa plataforma governamental, desde 2010 a PSR foi incluída como segmento específico, tornando-se uma ferramenta aliada para acompanhamento da PSR, apesar do número de cadastros ainda ser significativamente menor do que o número real esperado, estimado em uma diferença de 31%.⁶

Já em 2022, existiam 281.472 indivíduos em situação de rua no Brasil, dos quais um pouco mais de 50% estavam concentrados na região Sudeste. Comparando os períodos de início e de fim da pandemia (2019 e 2022, respectivamente), houve um crescimento de 38% dessa população. Por outro ângulo, se compararmos com os dados de 2012, em uma década a PSR cresceu 211% no país, enquanto, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nesse mesmo período, o crescimento da população brasileira totalizou 11%.

Outro relatório recente que merece destaque foi o diagnóstico da PSR pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) com base em dados e registros federais. O documento também ressalta o CadÚnico, com 236 mil indivíduos em situação de rua registrados em 2022, representando 1 em cada mil pessoas no país.⁷

Com a utilização do CadÚnico, do Registro Mensal de Atendimentos (RMA), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), foi realizado um novo diagnóstico situacional da PSR brasileira.

Em relação ao CadÚnico de dezembro 2022, 22,8% da PSR localizava-se no município de São Paulo (SP). A região Sudeste tem o maior número de cadastros, representando 62% do total nacional. Na Tabela 2 é apresentado o perfil sociodemográfico majoritário da PSR no CadÚnico nesse período. Essa tabela traz um perfil composto majoritariamente de homens negros, jovens, alfabetizados, autônomos e que são naturais de outros municípios, evidenciando a manutenção do retrato geral da PSR no Brasil, conversando, assim, com a Tabela 1, da Pesquisa Nacional de 2007, mesmo após o lançamento de novas políticas nesse intervalo temporal, como a PNISPSR (2008).

Tabela 2. Aspectos sociodemográficos da população em situação de rua no CadÚnico em dezembro de 2022.

Característica sociodemográfica	Maior representação	%
Sexo biológico	Masculino	87
Faixa etária	30 a 49 anos	55
Perfil étnico-racial	Negros	68
Alfabetização	Saber ler e escrever	90
Histórico empregatício	Já teve emprego com carteira assinada	68
Pessoa portadora de deficiência	Física	47
Naturalidade	Outro município	59
Vínculo empregatício	Atividade informal	97
Principal motivo para viver e morar na rua	Problemas familiares	44

Fonte: os autores (2023).

Um novo elemento nessa pesquisa foi a interrogação de deficiência, que constatou que 15% da PSR apresentava algum tipo: a maioria (47%) tinha alguma deficiência física, seguida de transtorno mental (18%) e deficiência visual (16%). Além disso, diferentemente da Pesquisa Nacional de 2007, essa pesquisa constatou que os problemas familiares são o principal motivo para viver e morar na rua, passando o desemprego a ocupar o segundo lugar (39%), seguido do uso de álcool e outras drogas (29%) e da perda de moradia (23%).

Outro aspecto importante dessa pesquisa foi o registro, via SINAN, de violência contra essa população. Entre 2015 e 2022, 2% do total de violências teve como motivação principal a condição de rua da vítima, somando 48.608 notificações, uma média de 17 por dia.⁷ Dessas vítimas, homens negros e jovens corresponderam à maioria dos casos. Em relação às mulheres, apesar de representarem apenas 13% da PSR, em dados referentes a 2022, sofreram 40% dos casos notificados via SINAN, sendo as mulheres transexuais a identidade de gênero mais frequente entre as vítimas que tiveram esse campo preenchido. Ainda no mesmo ano, 88% dos registros envolveram violência física, proporcionada em sua maioria por desconhecidos das vítimas (39%) em locais públicos, com recorrência em 28% das notificações.

Esse relatório também destaca os serviços de saúde específicos à PSR. A eCNAR, por exemplo, integrante da Atenção Primária à Saúde (APS), foi instituída em 2011 e, conforme o CNES, em 2023 havia 281 equipes cadastradas no país, com a região Sudeste liderando (53%). Além disso, entre 2015 e 2022, houve um aumento de 82% no número de eCNAR. Seus atendimentos, pelo SISAB, totalizaram, nesse período, o quantitativo de 3.706.056 consultas. Em 2022, foram 979.193 atendimentos, sendo eles: procedimentos (47%), consultas individuais (43%), visitas domiciliares (7%) e consultas odontológicas (3%).⁷

Outro serviço que merece destaque é o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop). No âmbito da Assistência Social, o Centro Pop desenvolve ações para promoção de direitos e é acessado por demanda espontânea ou encaminhamento especializado para auxílio de indivíduos em situação de rua. Entre 2017 e 2022, houve aumento de 65% no número de atendimentos registrados pelos Centros Pop. Ainda na Assistência Social, vale destacar os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que também ofertam serviços à PSR, porém com foco na violação de direitos. O serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) é uma porta de entrada para ações que promovam direitos e fortalecimentos de vínculos individuais, familiares e comunitários para usuários vulnerabilizados ou em situação de risco, por exemplo.⁷

Dessa forma, ao se juntar a nota técnica com o novo relatório pelo MDHC, ambos de 2023, pode-se conhecer melhor o cenário atual da PSR brasileira e os serviços públicos por ela utilizados, principalmente na área da Assistência Social e da saúde. No entanto, ambos os documentos ressaltam a importância de novas pesquisas nacionais e municipais, da busca ativa por esses indivíduos pelos órgãos competentes, do registro qualificado pelos profissionais acessados e do acompanhamento planejado dos dados já existentes para a criação de políticas públicas responsáveis e de qualidade voltadas à PSR.

Paradigma sistêmico brasileiro, necropolítica e iniquidades de saúde

Nesse contexto, não podemos excluir do debate o paradigma sistêmico, que repercute tanto em esfera individual quanto coletiva na assistência de indivíduos em situação de rua.

No âmbito financeiro, o Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentam uma austeridade fiscal aprovada por meio da Emenda Constitucional n. 95 (EC-95), de 2016, conhecida como “emenda do fim do mundo”, que congela o limite de investimentos por até 20 anos. Estima-se que a saúde pública brasileira pode perder entre 168 e 738 bilhões de reais de recursos dos anos 2017 a 2036 dependendo do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). Na esfera da assistência social, a estimativa é de 868 bilhões de reais.⁸

Além disso, essa política de congelamento de gastos não apenas repercute no enfraquecimento do SUS, que já sofria de subfinanciamento crônico, e da seguridade social a longo prazo, como também foi responsável por ações insuficientes do Estado na proteção da sua população contra o vírus Sars-CoV-2 e a pandemia estabelecida em 2019.⁹

Esse cenário contribuiu para uma evidente necropolítica, definida como o Estado “[...] no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem pode morrer”.¹⁰ A necropolítica liberal não caminha isolada no Brasil, sendo, no entanto, de panorama internacional. O autoritarismo crescente acaba por diminuir o pluralismo cultural e alimenta forças reacionárias de moral com violência, afetando todos os países do contexto pós-colonial.¹¹

Dessa forma, cria-se uma batalha contra saberes científicos e políticas afirmativas, como as vivenciadas no Brasil contra as vacinas, os direitos das mulheres, da população negra e LGBTQIAPN+ e das universidades públicas. Formou-se um pânico moral contra as transformações sociais entendidas como ameaças à ordem vigente, o paradigma sistêmico, atualmente neoconservador. O modelo de governo e, assim, o modelo de saúde tornam-se gerencialistas, preocupados com a resolutividade mensurável e não com a produção de saúde equânime e dentro do território.¹¹

Maria Aparecida da Silva Bento, conhecida como Cida Bento, psicóloga e estudiosa brasileira, também traz para o debate o conceito de branquitude como paradigma brasileiro. Em seu livro, explica a criação do racismo pelas pessoas brancas e, por meio de um pacto, que define como narcísico, o enraizamento de políticas e crenças raciais desiguais na nossa sociedade desde a escravidão. “De fato, branquitude, em sua essência, diz respeito a um conjunto de práticas culturais que são não nomeadas e não marcadas, ou seja, há silêncio e ocultação em torno dessas práticas culturais.”.¹²

Em sua tese de doutorado, aborda essas práticas nas esferas do trabalho, do silêncio e da omissão à ação discriminatória, da gestão de recursos humanos e da voz de gestores, concluindo que a branquitude e sua relação com o poder se mantêm vivos e alimentam o paradigma sistêmico brasileiro, como uma “dimensão ideológica”.¹³

Nesse contexto, a PSR, representada majoritariamente por pessoas negras e invisibilizadas historicamente por esse pacto narcísico, sofreu de forma distinta o processo de adoecimento durante a pandemia do vírus Sars-CoV-2. Por exemplo, benefícios distribuídos à população não alcançaram esses usuários por não apresentarem direitos básicos, como a inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF). A distribuição de vacinas ocorreu de forma empírica, sem conhecimento ou controle de quantos indivíduos em situação de rua havia em território nacional. O isolamento social não particularizou a migração e a rua como principal local de pernoite desses usuários. E, por fim, a necropolítica contribuiu para a infecção, a internação e o óbito de muitos por sua associação ao negacionismo, à contraciência difundida e estimulada na época por muitos governantes de Estado, inclusive o presidente da República em vigência.

Nas múltiplas invisibilidades dessa população, a identidade de gênero e a orientação sexual também chamam atenção. Não há conhecimento censitário da sexualidade desses usuários, apesar de o Brasil ser o país com o maior número de homicídios contra indivíduos transexuais e travestis no mundo. Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais,

Não Binários, entre outros (LGBTQIAPN+) também são vítimas da necropolítica, que se sustenta, mesmo em ambientes “democráticos”, pelo racismo, pelo colonialismo e pelo capitalismo, fomentadores das violências de gênero e da sociedade cis-hétero-patriarcal vigente.¹⁴

Trazer visibilidade a esses usuários é olhar para o indivíduo de forma integral, entendendo que sua saúde não é limitada a doenças, mas também às suas subjetividades. A interseccionalidade é essencial para compreensão desses usuários, uma vez que debate as consequências estruturais e dinâmicas de interação entre múltiplos eixos de opressão, como racismo, sexismo, neoconservadorismo e LGBTQIAPN+fobia, aqui já discutidos como atravessadores da PSR brasileira. Sua definição é complexa e busca capturar os sistemas de segregação que criam desigualdades básicas e determinam, assim, a posição de grupos marginalizados na sociedade.¹⁵

Apenas metade da PSR mantém vínculo familiar; entre os principais motivos para esses indivíduos se encontrarem na rua estão os conflitos internos, além de etilismo e outras drogas. Quando abordados, muitos desses desentendimentos são atravessados por estigmas sociais que vão de encontro ao paradigma sistêmico estabelecido. Abordar as violências raciais, de gênero, de sexualidade, religiosa e financeira é questão de saúde. Falar de família, comunidade e seguridade social é propiciar uma visão para além da biomédica, com uma verdadeira perspectiva à saúde equalitária e equânime a todos.

Portanto, é urgente conhecer o perfil sociodemográfico e os atravessamentos estruturais de opressão da PSR, para que se estabeleça uma abordagem competente, integral e equânime de saúde a esses usuários.

Competências curriculares da Medicina de Família e Comunidade

Nesse cenário, o trabalho de uma médica de família e comunidade na APS é de extrema relevância para lutar contra a violência estrutural e institucional sofrida pela PSR.

A APS tem como atributos essenciais o primeiro acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, além da competência cultural, da abordagem familiar e do enfoque comunitário como atributos derivados.¹⁶ No entanto, o paradigma sistêmico vai de encontro a esses direitos e alimenta os determinantes de vulnerabilidades desses indivíduos, como já discutido anteriormente. Quando observamos a Tabela 1, os principais dispositivos de acesso à saúde para PSR no Brasil são os hospitais e as emergências, evidenciando uma contradição no acesso desses indivíduos, que deveriam ser acolhidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A APS deveria ser porta de entrada à população, de forma universal, integral e equalitária, no entanto, nem um terço da PSR a acessa em primeiro lugar quando se encontra em estado de doença, conforme a Pesquisa Nacional de 2007. Ainda, quando está em uso de medicação de uso contínuo, apenas metade a procura para retirada de seus remédios. Portanto, todos os princípios essenciais da APS são feridos quando se debate a saúde desse segmento populacional.

Ao debatermos acesso, vale citar o estudo realizado por Gontijo,¹⁷ no qual analisa a relação estatística entre fatores sociodemográficos da PSR e a utilização de serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. O autor avaliou que 70% dos 390 participantes procuraram serviços de saúde no último mês, sendo 57,5% na APS. Além disso, houve associação significativa entre o motivo que levou o entrevistado a ir à rua, a participação em movimento social, a autoavaliação do estado de saúde, o uso de drogas ilícitas e o uso de medicamentos à procura de assistência na saúde. Esse estudo transversal evidencia a importância do acesso e do acolhimento da APS e do preparo de seus profissionais às particularidades desses usuários.

Para melhor atendimento da PSR, a equipe de Consultório na Rua (CNAR) foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e é composta de uma equipe multidisciplinar para ampliar o acesso da PSR na APS. Ela apresenta três modalidades e é integrada minimamente de profissionais de Enfermagem, Psicologia, Assistência Social ou Terapia Ocupacional, podendo ser acrescidas as áreas de agente social, auxiliar de Enfermagem, técnico de Assistência Bucal, Odontologia, Educação Física, formação em Arte e Educação e Medicina. Sua implementação pelos municípios não é obrigatória e, quando instalada em uma unidade, é responsável por uma população adscrita fluida de um território que abrange outras áreas além da unidade em si.⁷

É essencial, portanto, para melhora de panorama, como trouxe a PNISPSR, de 2008, a discussão da educação permanente dos profissionais inseridos em todas as unidades, tendo eCNAR ou não.

Nesse aspecto, a especialidade médica dentro da APS é a MFC, que já apresenta diversos programas de residência pelo país. Há, para a especialidade de MFC, um currículo baseado em competências, publicado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em 2015. Seu regimento consta nas matrizes de competências aprovadas pelo Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) do Ministério de Educação (MEC), dentro da especialização de Medicina de Família e Comunidade (MFC).

No documento, no entanto, há apenas uma menção à PSR, na seção “Atenção à Saúde”. Na subseção “Atenção a situações de violência e vulnerabilidade”, enquadra-se como essencial que a residente de MFC conheça “as especificidades do cuidado para pessoas em situação de rua”. O currículo ainda define como essencial: “O que se espera de competências para todo residente ao fim de seu processo de formação como especialista em Medicina de Família e Comunidade”.¹⁸

Dessa forma, o comprometimento com a PSR e a PNISPSR perpassa pela instituição formativa desses especialistas. Conversando com as ações estratégicas da Política Nacional de 2008, o processo de ensino-aprendizagem dessa população específica deve abordar o ensino permanente desses profissionais e o incentivo à produção de conhecimento acerca dessa temática. Assim, após 15 anos de publicação, poderão ser verdadeiramente implementadas as ações da PNISPSR e visualizar seus impactos institucionais e sociais no acolhimento desses indivíduos, conversando com seus atravessamentos estruturais de opressão e de saúde.

OBJETIVO GERAL

Analisar a temática da PSR no ensino dos programas de residência em MFC.

Objetivos específicos

Identificar relações entre a formação de residência médica em MFC e a temática da PSR.

Relacionar a PNISPSR, de 2008, com a formação em MFC.

MÉTODOS

Este estudo é uma pesquisa bibliográfica, a partir de revisão integrativa da temática PSR e formação médica nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, para posterior discussão do assunto.

Nas bases SciELO e LILACS, foram utilizadas como palavras-chaves de pesquisa os descritores “Educação Médica” AND “População Em Situação de Rua”. Na base SciELO, foi encontrado apenas um artigo, que se repetiu na base LILACS, em conjunto com outras sete publicações, totalizando oito nessa última. Vale ressaltar que as pesquisas realizadas com os descritores “População Em Situação de Rua” AND “Medicina de Família e Comunidade” AND “Internato e Residência” não obtiveram resultados nas bases SciELO e LILACS.

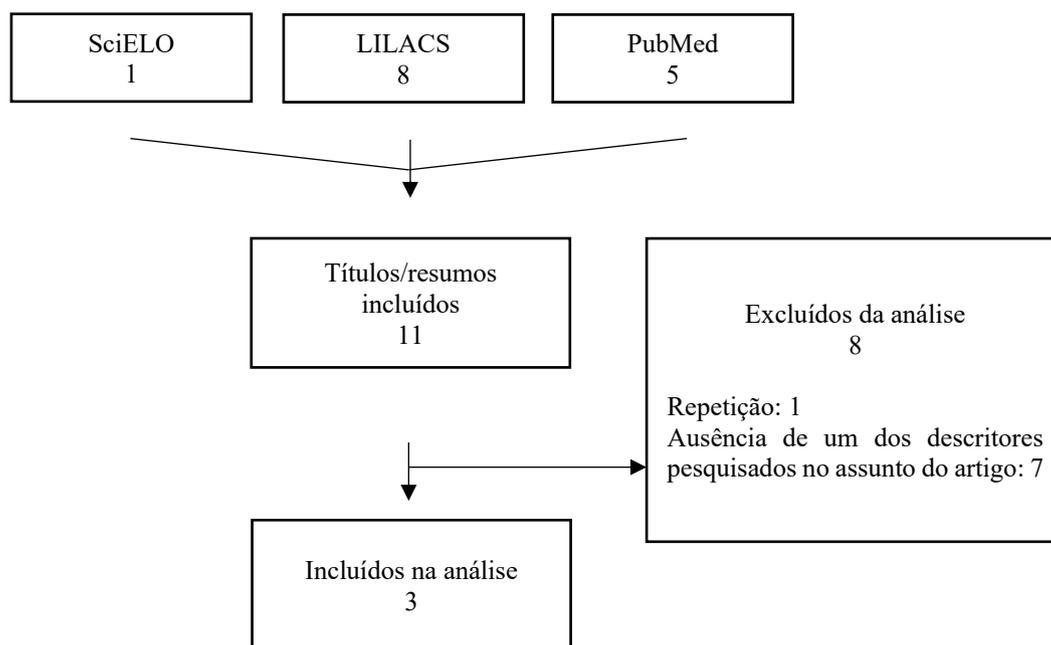
Já na base PubMed os termos utilizados foram (“Education, Medical”[Mesh]) AND “Ill-Housed Persons”[Mesh] AND “Family Practice”[Mesh], obtendo-se cinco artigos.

A pesquisa foi realizada no dia 7 de novembro e atualizada até o dia 11 de dezembro de 2023.

O critério de inclusão, entre os 14 artigos totalizados, foi a presença de abstrato e texto completo. Portanto, foram incluídos um artigo da SciELO, oito da LILACS e dois da PubMed, totalizando 11 estudos para esta revisão.

Já os critérios de exclusão foram a repetição de publicação em diferentes bases bibliográficas (n=1) e a ausência de um dos descritores utilizados como pesquisa deste estudo no assunto principal da publicação (n=7).

Por fim, três artigos foram selecionados para a revisão deste trabalho. Todos foram revisados para posterior discussão da temática acerca da PSR e sua relação com a formação médica. O processo da pesquisa bibliográfica é resumido na Figura 1.



Fonte: os autores (2023).

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos pesquisados e incluídos na revisão.

RESULTADOS

Os artigos incluídos na análise foram revisados conforme ordem cronológica de publicação. Desses, um é relato de experiência brasileiro e dois são estadunidenses, sendo um em formato de relato de experiência e outro de estudo clínico.

Fiore¹⁹ relata o acolhimento de um abrigo para PSR liderada por organizações sociais com o atendimento semanal de profissionais de saúde, entre esses enfermeiros, médicos, assistentes sociais e profissionais da área de saúde mental no estado da Califórnia, nos Estados Unidos, em 1989. No primeiro ano, a atividade foi proposta como atividade extracurricular do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e houve a participação de um residente do segundo ano e um médico especialista na área.

Os objetivos do projeto incluíam melhorar o acesso à saúde à PSR, com instruções quanto à rede local e consultas clínicas, e promover o conhecimento e o contato de populações vulneráveis a residentes de MFC.

Foram coletados dados sociodemográficos dos usuários do abrigo e dos que recorreram à assistência médica, como raça, sexo biológico e nacionalidade. Dos 663 indivíduos no abrigo, a maioria foi identificada como branca, do sexo masculino e imigrante, como os 183 pacientes da equipe de saúde. Infecção de via aérea superior, lesões dermatológicas e faringite foram responsáveis por um terço das consultas de dezembro de 1989 a março 1990, inverno na região. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) totalizaram outros 10% das causas. Apenas um encaminhamento foi realizado à unidade de emergência.

A experiência foi avaliada como positiva pela maioria dos residentes. A vivência com a PSR e suas complexidades auxiliou os profissionais a desenvolver um olhar e atendimento mais humanizados, críticos e equânimes desses usuários, além de desconstruir premissas e julgamentos sociais. Em 1995, abriu-se a eletiva para participação de residentes também do terceiro ano do programa, porém não houve a incorporação da atividade como obrigatória dentro do PRMFC, dependendo a participação da iniciativa principalmente dos residentes conforme suas disponibilidades horárias e de interesse pessoal.

Cunha et al.²⁰ publicam um relato de experiência de discentes de um curso de Medicina do Rio Grande do Norte. Há, no município de Mossoró, uma equipe CNAR composta de psicóloga, enfermeira, assistente social e dois agentes sociais. Em 2018, docentes da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (Ufersa), em parceria com residências em saúde da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), iniciaram uma articulação com a equipe, acompanhando regularmente suas ações.

Essa parceria evoluiu para atividades dentro do currículo de graduação médica para fomentar um olhar sensível dos estudantes à PSR. A partir dessa construção, em 2019, discentes do primeiro período iniciaram um projeto de extensão com a eCNAR e as residências da UERN, denominado “Saúde nas Ruas”, com o objetivo de promover acesso e fortalecimento da rede de saúde à PSR.

A equipe de discentes e docentes, junto à eCNAR, montou roda de conversas sobre diversos temas relacionados à saúde da PSR. Nesse projeto, foram abordadas infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), saúde mental e etilismo, primeiros socorros, higiene, alimentação e doação de materiais como lençóis, roupas e calçados. No entanto, chamou a atenção a barreira de acesso desses usuários à rede, com relatos de proibição da realização de exames em instituições públicas, além de constrangimento e maus-tratos praticados pelos funcionários.

Ao todo, 30 indivíduos em situação em rua participaram ao longo da ação, com *feedback* por meio de diálogo. De um lado, os usuários se sentiram acolhidos e escutados e, do outro lado, os discentes relataram uma mudança de olhar sobre a PSR e a rede de saúde, com suas iniquidades e violências institucionais. Outros projetos de extensão surgiram, porém foram alterados ou postergados pela

pandemia, contexto que o trabalho ressalta como potencializador para os agravos de saúde e barreiras de acesso à rede dessa população.

Por último e mais recente, Zha et al.²¹ publicam um estudo clínico que avalia residentes e preceptores de um PRMFC, nos Estados Unidos, após a iniciação de uma série de atividades de 6 meses de duração com ações educacionais e práticas acerca da PSR.

O estudo ocorreu entre outubro de 2018 e abril de 2019. Foram realizadas diversas atividades e eventos dentro do PRMFC com foco no aprendizado e no atendimento das particularidades envolvendo a saúde da PSR. Antes dessa ação, o contato com esses usuários era estimulado pelo programa apenas de maneira extracurricular.

O primeiro evento foi uma aula acerca da realidade sociodemográfica nacional e local dessa população, com a coordenação e a discussão realizadas por profissionais experientes, de caráter obrigatório a todos os integrantes do estudo. Depois, estimulou-se a participação de todos os residentes em convívios diretamente com a PSR em abrigos, lares temporários ou em forma de assistência clínica, sem caráter mandatário. Ao total, foram cinco atividades propostas: aula obrigatória, além de acompanhamento de ronda policial local, passagem de noite em dormitório temporário, mesa de discussão multiprofissional sobre saúde da PSR e simulação da pobreza vivenciada pelo próprio residente.

Ao todo, 48 indivíduos foram convidados a participar do estudo, entre eles residentes, preceptores e integrantes da equipe de Enfermagem. Os participantes preencheram dois questionários *online* e anônimos, um para comparar suas crenças quanto à PSR antes da primeira ação e após a última do estudo, e o outro, ao fim, a escala Health Professional's Attitude Toward the Homeless Inventory (HPATHI), instrumento validado para avaliar a atitude profissional frente a esses usuários. Ambos os questionários foram analisados e comparados estatisticamente. Além disso, foram coletados alguns dados sociodemográficos dos participantes do estudo. Vale ressaltar que, em relação ao perfil étnico-racial, 90% dos estudantes no estudo se autodeclararam brancos.

Na avaliação estatística dos questionários, o estudo encontrou como relevante que houve um aumento significativo, entre o início e o fim da atividade, na crença de que a sociedade deveria se responsabilizar mais pelo cuidado da PSR. Em relação ao próprio indivíduo avaliado, nos pontos referentes à atitude ao cuidar desses usuários e ao comprometimento para auxiliá-los, não houve diferença significativa avaliada. Além disso, é importante observar que a maioria dos participantes concordou com a afirmativa de que trabalhar com o cuidado da PSR não é uma carreira financeiramente viável.

Esse foi o primeiro estudo a identificar alteração significativa da escala HPATHI utilizando não apenas atividades educativas, mas também práticas com os profissionais de saúde. Destaca-se, também, o período de 6 meses de duração das atividades propostas pelo estudo, com ações para todos os residentes, independentemente do ano, e para outros profissionais.

A Tabela 3 sintetiza os artigos revisados e os organiza em autor, desenho do estudo, local de aplicação, objetivos e método de ensino proposto dentro da formação médica acerca da PSR, por meio de ações e resultados descritos nos artigos.

AValiação

Após esta revisão, torna-se evidente a escassez de material publicado quanto à formação médica e, mais especificamente, dos PRMFC no cuidado da PSR, de origem nacional e internacional.

Tabela 3. Resumo de resultados da revisão.

Autor	Desenho do estudo	Local (unidade de ensino, Estado, país)	Objetivo	Método de ensino proposto	Ação realizada	Resultado
Fiore ¹⁹	Relato de experiência	Abrigo social, Califórnia, EUA	Melhorar o acesso à saúde à PSR e promover o conhecimento e o contato de populações vulneráveis a residentes de MFC.	Atividade extracurricular do programa de residência de Medicina de Família e Comunidade.	Atendimento médico com um residente do segundo ano e um médico especialista na área.	Desenvolvimento e atendimento mais humanizados, críticos e equânimes desses usuários, além da desconstrução de premissas e julgamentos sociais dos residentes.
Cunha et al. ²⁰	Relato de experiência	Graduação médica, Rio Grande do Norte, Brasil.	Fomentar um olhar sensível dos estudantes à PSR.	Projeto de extensão, com discentes, docentes, equipe CNAR e outras residências em saúde, denominado "Saúde nas Ruas".	Roda de conversa sobre diversos temas relacionados à saúde da PSR.	Perpetuação de projetos de extensão em graduação médica.
Zha, Olson e Goulet ²¹	Estudo clínico	Hospital comunitário, Wisconsin, EUA.	Avaliar conhecimentos e crenças de residentes e preceptores de um programa de residência de MFC que iniciou uma série de atividades de 6 meses de duração com ações educacionais e práticas acerca da PSR.	Análise estatística a partir de dois questionários antes e após a intervenção.	Aula expositiva, acompanhamento de ronda policial local, passagem de noite em dormitório temporário, mesa de discussão multiprofissional sobre saúde da PSR e simulação da pobreza.	Estatisticamente, houve aumento significativo na crença dos participantes de que a sociedade deveria se responsabilizar mais pelo cuidado da PSR.

PSR: população em situação de rua; MFC: Medicina de Família e Comunidade; CNAR: Consultório na Rua.

Fonte: os autores (2023).

Dos 14 artigos encontrados, apenas três abordavam o tema da educação médica de interesse neste estudo, sendo apenas um brasileiro e os outros dois, estadunidenses. Esse resultado limitado a três publicações de duas nacionalidades já chama a atenção quando consideramos o número mundial de indivíduos estimados pela ONU, em 2005, sem moradia.

Portanto, discutir metodologias de formação médica e de melhoria de qualidade de saúde da PSR, mundialmente existente, deveria ser uma prioridade constante e transversal dos programas de residência

e, idealmente, de graduação. Apenas dois artigos, ambos estrangeiros, debatem formas de aproximar os residentes das particularidades da PSR, enquanto o outro artigo, nacional, traz mais a perspectiva de discentes durante a faculdade médica, apesar de receberem auxílio de algumas especializações em saúde.

No quesito das metodologias educativas, apenas uma publicação traz um acompanhamento longitudinal com a intervenção de propostas por meio de metodologias ativas. As atividades foram compostas de aulas expositivas e obrigatórias, mas também de ações externas voluntárias, com diferentes participações profissionais, desde a área da saúde até da segurança pública. Por fim, não só descreveu como ocorreram as atividades, como também avaliou estatisticamente, por meio de questionário validado, alterações na percepção individual e profissional dos residentes participantes.²¹

Já as outras publicações abordam relatos de experiência distintos. Enquanto uma traz a formação médica como atividade extracurricular e voluntária, em parceria com órgão externo ao PRMFC, a outra oferece como projeto de extensão de graduação, em conjunto com pós-graduação e equipe profissional CNAR atuante em outro município. As múltiplas formas de vivências são essenciais para compreendermos que não existe uma única realidade da PSR ou, assim, uma única forma de acolhimento de saúde desses indivíduos.

No primeiro relato de experiência, o artigo traz o *feedback* positivo de residentes e da PSR após a vivência, principalmente pela facilidade de acesso à rede de saúde. Além disso, coleta o perfil sociodemográfico desses usuários, sempre importante para se debater iniquidades de saúde.¹⁹

Já no segundo relato de experiência, brasileiro, o artigo também traz uma avaliação positiva dos profissionais participantes, nesse caso, discentes. Nesse relato, não há dados sociodemográficos da PSR ou dos discentes, e os autores debatem, ao fim, as dificuldades de manutenção de atividades em razão da pandemia do vírus Sars-CoV-2, de início em 2019. Nessa publicação, chama a atenção o papel potencializador da eCNAR atuante e, assim, da APS na promoção de saúde da PSR, enquanto nos outros dois artigos há um trabalho conjunto com organizações não institucionais. Nesse relato de experiência brasileiro houve uma articulação com equipe reconhecida pelo MS.²⁰

Por fim, vale destacar que apenas um artigo aborda o perfil étnico-racial dos residentes, majoritariamente brancos.²¹ Nenhum trouxe a orientação sexual e a identidade de gênero como dado. Questionar identidade de raça/cor, gênero e orientação sexual, tanto da PSR quanto dos profissionais da área de saúde, é essencial para se discutir o paradigma sistêmico em que estamos inseridos e debater a raiz, a institucionalização e as iniquidades de cuidado e acesso que a necropolítica, a branquitude, a misogenia e a LGBTQIAPN+-fobia causam nos espaços de saúde e seguridade social.

CONCLUSÃO

Apesar de 15 anos da PNISPSR no Brasil, ainda há muito o que avançar no cuidado da PSR. A educação médica, a partir desta revisão, pouco publica sobre educação permanente e continuada de seus profissionais. Essa ausência de dados pode agravar o cenário de barreiras de acesso e iniquidades de saúde desses indivíduos, historicamente invisibilizados pela sociedade e pelo paradigma sistêmico em que estão inseridos. Outros apagamentos que valem destaque são o de dados básicos, como o perfil sociodemográfico da PSR, não incluídos no último Censo brasileiro, até o despreparo das gestões municipais, estaduais e federais na assistência equânime desses indivíduos durante a pandemia de 2020, culminando em uma tragédia social sem o devido conhecimento de sua proporção.

São nessas omissões e silenciamentos que a necropolítica e a branquitude permanecem operando, sem verdadeiras políticas de combate.

Nesse cenário, a especialidade de MFC é essencial na linha de frente do debate educacional de seus profissionais, não apenas porque atua no primeiro acesso de todos os usuários do SUS, oferecendo acolhimento e assistência integral, longitudinal e equânime na APS, mas também por ter em sua matriz curricular de competência a obrigatoriedade de conhecer as especificidades da PSR, na subseção “Atenção a situações de violência e vulnerabilidade”.

Ao se propor esta revisão, o objetivo era analisar a temática da PSR no ensino dos programas de residência médica, principalmente nos PRMFC, para se combater a violência que a PSR sofre na sua assistência à saúde, tanto em nível institucional quanto em nível individual. No entanto, poucos artigos com essas propostas foram encontrados, e nenhum de abordagem nacional, apenas na esfera da graduação, ainda que tenta articular sua atividade com uma eCNAAR. Essa escassez torna urgente a maior publicação de materiais dentro da residência médica brasileira, para que ocorram debates sobre as diferentes experiências metodológicas e curriculares e, então, uma análise de melhora na qualidade profissional dos médicos com a correção, por fim, das iniquidades vivenciadas pela PSR na esfera da saúde. Apenas assim poderemos respeitar o movimento e a luta por trás da construção da PNISPSR, há 15 anos, e combater as violências estruturais em nossa sociedade.

Como limitações a este trabalho, vale ressaltar o baixo número de bases de pesquisa literárias utilizadas e artigos encontrados.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos a todas, todos e todes que participaram e continuam participando da minha jornada nesta especialidade desafiadora e apaixonante que é a MFC.

Agradeço a quem me fez enxergar resistência na Medicina durante a graduação, meus amigos eternos e da luta estudantil. Agradeço à minha primeira equipe da ESF, Confiança, do complexo de favelas de Manguinhos, no Rio de Janeiro. Com eles aprendi a verdadeira força do trabalho em equipe, da potência dos ACS, do SUS e da equidade em saúde, minha base profissional. Agradeço à minha equipe atual, que me ensinou a ter confiança no meu processo de trabalho e que constantemente debate as inequidades de saúde, a universalidade do acesso na APS e o papel de um MFC dentro de um território complexo, lapidando meus objetivos dentro dessa especialidade.

Agradeço aos e às pacientes, vocês continuam sendo minha principal força nessa luta por uma saúde justa, pública, qualificada e equânime. Tenho o privilégio de ouvir e participar um pouco da história de vida de cada um, diversas narrativas que se somam à minha, resultando neste livro que tanto me interessa e fascina: a vida.

Agradeço, por fim, a tantos outros que deveriam estar nomeados aqui e que fazem parte da minha história pessoal e profissional. Este trabalho é graças a todos vocês.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LAS: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Obtenção de Financiamento, Investigação, Recursos, Software, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. MBPP:

Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Revisão e Edição. VFR: Metodologia, Supervisão, Validação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua [Internet]. Brasília/DF; 2008 [acessado em 9 dez. 2023]. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol_nacional-morad.rua_.pdf
2. Carvalho JM. Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras; 2021.
3. Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. 12ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2015.
4. Ferreira FPM. População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998 - 2005. In: Anais do XII Seminário sobre a Economia Mineira; 2005. Belo Horizonte: Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
5. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Nacional; 2009.
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). Nota Técnica nº 103 [Internet]. 2023 [acessado em 9 dez. 2023]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Disoc_Estimativa_da_Populacao.pdf
7. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. População em situação de rua: Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal [Internet]. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; 2023 [acessado em 9 dez. 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf
8. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc saúde coletiva* 2018;23:2303-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>
9. Soratto J, Souza DF de. Interfaces entre austeridade, necropolítica e o mito da pandemia democrática: provocações à brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2021;31:e310310. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310310>
10. Mbembe A. Políticas da Inimizade. N-1 Edições; 2020.
11. Agostini R, Castro AM de. Utopia interdita: APS como antídoto contra a desdemocratização e a necropolítica neoliberal. *Saúde Debate* 2023;47:227-41. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313615>
12. Bento C. O pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
13. Bento MAS. Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público [Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2019. <https://doi.org/10.11606/T.47.2019.tde-18062019-181514>
14. Silva DB da, Barros JPP, Nunes LF, Benício LF de S. "EntreColetivos": Arte, Cidade e Política como Estratégia de Enfrentamento à Necropolítica Genderizada. *Estud Pesqui Psicol* 2022;22(4):1622-42. <https://doi.org/10.12957/epp.2022.71765>
15. Silva SO da, Santos SMC dos, Gama CM, Coutinho GR, Santos MEP dos, Silva N de J. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(7):e00255621. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT255621>.
16. Oliveira MA de C, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2013;66(esp):158-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
17. Gontijo TG. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2022.
18. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade [Internet]. SBMFC; 2015 [acessado em 10 dez. 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)
19. Fiore DC. A homeless shelter medical clinic organized and staffed by family practice residents. *West J Med* 1995;163(6):537-40. PMID: 8553636. PMID: PMC1303258
20. Cunha ATR da, Silva JI, Oliveira G da S, Souto RD, Souza LF de F, Solano L da C. População em situação de rua: o papel da educação médica ante a redução de iniquidades. *Rev bras educ méd* 2020;44(supl.1):e136-e136. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200376>
21. Zha M, Olson CL, Goulet C. Improving the Attitudes to Homeless Persons in a Family Medicine Residency. *J Prim Care Community Health* 2020;11:2150132720949778. <https://doi.org/10.1177/2150132720949778>