



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.  
Associação Paulista de Saúde Pública.

Campos, Arianne

População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis

Saúde e Sociedade, vol. 27, núm. 4, 2018, Outubro-Dezembro, pp. 997-1003

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902018180908

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263892004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://redalyc.org)



Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto

# População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis

Homeless population: a view from interprofessional education to the non-visible

**Ariane Campos**

Associação Saúde da Família. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: arianegracadedcampos@gmail.com

## Resumo

A inserção de alunos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde de Populações Vulneráveis da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo na equipe de Consultório na Rua, no centro da cidade de São Paulo, permitiu a eles se aproximar da realidade social na qual o morador de rua está inserido e aprender sobre as particularidades da atenção à saúde deste grupo populacional. Este artigo objetiva discorrer sobre essa estratégia de ensino-aprendizagem *in loco*, que propicia o contato com o mundo da rua e com o cuidado integral que a equipe de Consultório na Rua desenvolve no contexto das ações intra e intersetoriais. A experiência foi relevante, contribuindo para a formação social e humanística desses futuros profissionais, como também propiciou aprimoramento do processo de trabalho da equipe de saúde por meio do diálogo entre ensino e serviço, qualificando, desse modo, o Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Educação Interprofissional; Atenção Primária à Saúde; População de Rua; Sistema Único de Saúde; Aprendizagem.

## Correspondência

Rua João Bezerra de Sousa, 107. São Paulo, SP, Brasil. CEP 08280-050.

## Abstract

The incorporation of students of the Program of Education through Work for Health of Vulnerable People managed by Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo into the Consultório na Rua (Street Clinic) team, in São Paulo downtown, allowed them to approach the homeless social reality and to learn about the health care specificities of this populational group. This article aims at discussing this *in loco* teaching-learning strategy which grants contact with the street world and with the integral care that the Street Clinic team develops within the context of intra- and intersectoral actions. The experience was relevant and contributed to the humanistic and social education of these future professionals, and also improved the work process of the health care team through the dialogue between teaching and service, thus improving the Brazilian National Health System. **Keywords:** Interprofessional Education; Primary Health Care; Homeless Population; Unified Health System; Learning.

## Introdução

A Lei Orgânica nº 8.080/1990 do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990) valida os serviços públicos de saúde como amplo campo de prática para ensino-aprendizagem e pesquisa, articulando instituições de ensino com a Rede de Atenção à Saúde para qualificar os processos de trabalho e formar recursos humanos, na perspectiva de melhorar o cuidado integral e o atendimento às demandas e necessidades da população (Cavalheiro; Guimarães, 2011).

Essa integração entre ensino e serviço deve ser um processo pactuado e incorporado por diferentes atores nos seus respectivos espaços institucionais e de atuação no sistema de saúde, isto é, gestores, docentes profissionais e população interagindo em conjunto e de modo proativo (Brehmer; Ramos, 2014).

A formação profissional em saúde vem sendo reorientada nos últimos anos por matrizes curriculares que buscam propiciar uma educação técnica, humanística e comprometida com a mudança socio sanitária da população brasileira, isto é, atuar na redução das iniquidades em saúde. Nessa perspectiva, os cenários de ensino-aprendizagem no contexto dos serviços do SUS são fundamentais (Brehmer; Ramos, 2014; Cotta et al., 2011).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), iniciativa do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, vem apoiar essa reorganização nas graduações em saúde, estimulando a formulação de estratégias pedagógicas orientadas por metodologias ativas de ensino-aprendizagem em realidades concretas das práticas assistenciais dos serviços do SUS e fortalecendo a integração ensino-serviço (Brasil, 2007).

Nessa perspectiva, a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, desenvolveu o PET-Saúde na rede municipal da região central da cidade (FCMSCSP, 2012).

O PET-Saúde, em operação no período de agosto de 2012 a dezembro de 2014, teve seus subprojetos direcionados às populações vulneráveis, com foco no grupo “morador de rua”, visando os seguintes objetivos:

1. Reconhecer os determinantes sociais de saúde dos grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo.
2. Identificar políticas públicas e ações de saúde destinadas aos grupos em vulnerabilidade.
3. Identificar, nas graduações da FCMSCSP, essa temática nos cenários de ensino-aprendizagem.
4. Reconhecer a Rede de Proteção Social à população em situação de vulnerabilidade do centro da cidade de São Paulo.
5. Contribuir para formulação de ações de proteção da saúde das populações em situação de vulnerabilidade. (FCMSCSP, 2012)

## Morador de rua e cuidado em saúde

Cientes das várias terminologias e conceituações a respeito desse grupo social, utilizaremos o termo “morador de rua” neste relato, entendendo-o como um modo de vida em comum, expressando particularidades culturais e regras próprias que orientam seu viver nas ruas (Justo, 2008).

Viver nas ruas produz valores, costumes e aprendizagens. É o local onde esses indivíduos se identificam por símbolos comuns, estabelecendo relações de cumplicidade (Ferreira, 2002). O morador de rua é um fenômeno urbano, produto de desigualdade e exclusão sociais. A ele é negado o acesso ao mundo do trabalho e aos bens sociais (Castel, 2005; Minayo, 2001). Na sociedade cosmopolita, ele vivencia processos de intolerância e indiferença, sendo muitas vezes visto com certa naturalização e culpabilizado por essa condição de vida (Mattos; Ferreira, 2004; Nascimento, 1994; Silva, 2006). São comuns atitudes de preconceito em relação aos moradores de rua associadas à sua higiene pessoal e ao descuido com a aparência (Rosa et al., 2006), assim como a vinculação com o uso de substâncias psicoativas e a criminalidade, o que os afasta e os isola ainda mais na sociedade (Vannucchi, 2007).

A população da cidade de São Paulo é heterogênea e apresenta padrões de desigualdade socioeconômica importantes. Existem muitas pessoas que vivem em condições precárias, como em cortiços, ocupações irregulares e ruas (Campos, 2017). O Censo da

População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo indica que há 15.905 indivíduos nessa condição, sendo 8.429 (53%) só na região central (São Paulo, 2015).

Os serviços de saúde oferecem ações e cuidados que muitas vezes não respondem às necessidades dos mais vulneráveis, principalmente do morador de rua, não tendo a clara percepção dos reais problemas e das respostas efetivas que possam aliviar o sofrimento e oferecer um cuidado integral (Carneiro Junior et al., 2006).

Estudos apontam o quanto a exclusão social e a vulnerabilidade influenciam o risco de morte. A mortalidade precoce é maior na população de rua, sendo 5,6 vezes maior para as mulheres e 2,8 vezes maior para os homens. Essa população é mais acometida por doenças físicas e mentais se comparada com a população geral (Nordentoft; Wandall-Holm, 2003; Wright; Tompkins, 2006).

Segundo o Inventário Breve de Dor, utilizado em pesquisa realizada no centro da cidade de São Paulo (Campos, 2017), cerca de 92,7% dos indivíduos em situação de rua têm dor crônica de alta intensidade que interfere fortemente nas atividades de vida diária. As dores e o sofrimento resultam do efeito da rua sobre o corpo e são lembrança do peso da existência. A relação entre a rua e a precarização dos corpos não é visível, mas é uma tentativa de dar conta do mal-estar, marcado pelo cansaço, pelas dores e fraturas (Graeff, 2012).

No cuidado dessa população verificam-se com frequência questões relacionadas a violências (física, psicológica e sexual), insegurança alimentar, ingestão de água não potável, sono prejudicado, adoecimentos pela exposição a variações climáticas, autocuidado precário, histórico de múltiplas internações hospitalares, entre outras. Esses vulneráveis estão imersos em uma dinâmica de rua que é potencializada pelo uso de substâncias psicoativas e pela falta de referência temporal, como dias e horários (Campos; Souza, 2013; Fisher et al., 2013; Vannucchi, 2007).

Diante das singularidades do modo de vida dessa população e dos obstáculos no acesso aos serviços públicos, particularmente os de saúde, o Ministério da Saúde formula, no contexto da Política Nacional de Atenção Básica, as equipes de Consultório na Rua

(CnaR), visando cuidar dos diferentes problemas e necessidades de saúde, com atividades *in loco* integradas com os vários “pontos” da Rede de Atenção à Saúde nos respectivos territórios de atuação (Brasil, 2011).

O cuidado de saúde realizado pelo CnaR, de forma geral, engloba: consultas médicas e de enfermagem, além de outras especialidades apoiadas pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); grupos de educação em saúde; vigilância em saúde; acompanhamento para outros serviços; e parceria com equipamentos sociais (abrigo, higiene, alimentação, documentações, capacitações para o trabalho etc.). O CnaR tem como premissa ser porta de entrada do sistema de saúde e propiciar e coordenar atenção integral e longitudinal (Campos, 2017).

Foi no contexto das práticas de cuidado à saúde dos moradores de rua desenvolvidas pelo CnaR da rede municipal de São Paulo, região Centro, que os alunos de enfermagem, fonoaudiologia e medicina do PET-Saúde Populações Vulneráveis da FCMSCSP se inseriram. Esse contexto constituiu cenários de ensino-aprendizagem interprofissional compartilhados por trabalhadores do serviço e docentes.

## Procedimentos orientadores da organização do cenário de ensino-aprendizagem

Os alunos foram inseridos em quatro serviços de saúde da região central - três Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Serviço de Assistência Especializada (SAE) em DST/aids -, com a intenção de diversificar os cenários de ensino-aprendizagem e o nível de complexidade do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde.

Foi realizado um processo seletivo para o PET-Saúde entre os alunos da FCMSCSP. O grupo Populações Vulneráveis foi composto por três graduandos de fonoaudiologia, um de enfermagem e três de medicina, com carga horária em campo de quatro horas semanais, além das atividades na Faculdade, como aulas e reuniões quinzenais. Na preceptoria havia três enfermeiras de UBS e uma psicóloga do SAE, além de um docente-tutor. O PET

foi desenvolvido no período de agosto de 2012 a dezembro de 2014.

Os alunos, preceptores e tutor se reuniam regularmente para discutir, planejar e avaliar as atividades do programa. Esses encontros eram eficazes para problematizar as experiências em campo e tornaram-se espaços de educação permanente para os profissionais.

Utilizamos na avaliação formativa dos alunos o portfólio reflexivo, permitindo que eles acompanhassem o desenvolvimento da própria trajetória no PET. O portfólio é uma ferramenta potente para o processo educacional que contém impressos, registros de sentimentos, memórias, além de opiniões, dúvidas e reflexões. Esse instrumento respeita as especificidades e a individualidade dos alunos e favorece a integração com os atores envolvidos (Cardoso et al., 2015; Cotta et al., 2011).

## Relatando a experiência da formação interprofissional no PET-Saúde Populações Vulneráveis

De início, os alunos se inteiraram das características sociodemográficas do território de atuação das UBS, fazendo a cartografia da área para, então, focar no reconhecimento das formas de organização do processo de trabalho do CnaR: atendimentos, reuniões técnicas, discussões e estudos de caso, estratégias de redução de danos etc. Acompanharam, também, ações conjuntas com outras Secretarias e visitas aos pontos de atendimento da Rede de Atenção à Saúde.

Os casos atendidos eram discutidos em reunião de equipe e, com o passar do tempo, escolhia-se um deles para ser acompanhado pelo aluno (com o preceptor). Isso permitiu ao aluno desenvolver habilidades e estratégias para o cuidado com o paciente e contato com a equipe, sendo corresponsável pela apresentação na reunião técnica.

Nesse processo de cuidado, um recurso aprendido foi a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente tratado no caso acompanhado. Segundo Pinto et al. (2011), o PTS pode ser compreendido como o conjunto de propostas de

conduta para um sujeito e/ou coletivo, sempre resultante da discussão na equipe interdisciplinar.

Os alunos acompanhavam membros da equipe, em geral o agente comunitário de saúde, nas idas a determinados lugares e nas situações no território. Ao retornarem ao serviço, emergiam problematizações dessa atuação, que apontavam temas e questões para leituras (como a política da atenção básica, competências dos servidores de saúde da região etc.) e posterior discussão na equipe, funcionando, desse modo, como processos de aprendizagem compartilhados.

Durante a trajetória do PET-Saúde foi comum os alunos vivenciarem contatos com pacientes visivelmente debilitados e/ou com diagnóstico de agravos importantes, como tuberculose, e que não aceitavam nenhum tipo de cuidado e, com o passar dos dias, observarem o agravamento dos estados gerais de saúde. Mesmo assim, os pacientes recusavam tratamento. Essas situações geraram, nos alunos, apreensões e sofrimentos. Nas discussões com a equipe eram abordadas possíveis explicações para essas situações, possibilidades de estratégia e as limitações da atuação profissional.

Importante para compreender a não adesão ao seguimento dos processos de cuidado é a experiência negativa no uso dos serviços de saúde por essa população em geral. Tal fato foi vivenciado em ocasiões em que o aluno acompanhava o morador de rua encaminhado para atendimento em determinado serviço e presenciava atitudes discriminatórias nesse acesso. Um dos casos foi o de uma gestante encaminhada para atendimento em uma casa de acolhida para gestantes. Durante a entrevista, a profissional atendente ficou bem incomodada com o comportamento da paciente e, no reservado com a equipe, reclamou da forma como ela se portou e da sua condição de higiene, nos questionando sobre nossa conduta de levá-la até lá; a profissional disse ainda que deveríamos ter dado um banho nela e tê-la advertido sobre as regras do local, já que, no entendimento dessa profissional, a paciente provavelmente nem aceitaria ficar. Em outra ocasião solicitamos uma ambulância para levar um paciente até o pronto-socorro mais próximo e, quando os profissionais da ambulância chegaram, insultaram-nos pelo chamado ter sido feito para um morador

de rua bêbado, considerando-se que há tanta gente precisando daquele serviço.

Foi em momentos como esses que o portfólio reflexivo começou a fazer sentido para os alunos. A princípio houve resistência ao seu uso, mas aos poucos isso foi diminuindo e o portfólio se consolidou como parte do processo de ensino-aprendizagem do grupo. Uma de suas funções foi canalizar as emoções, angústias e os sentimentos que surgiram com os casos no cotidiano da equipe.

Também houve atividades nas quais os alunos realizaram capacitações para os profissionais de saúde, com base nas demandas da equipe, como sobre doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, cuidados com a traqueostomia etc. Essas trocas fortaleceram a integração ensino-serviço.

Os alunos participavam sistematicamente das campanhas de saúde que ocorriam aos sábados, aproximadamente a cada três meses, promovidas pelas equipes de saúde, entendendo que a oferta de ações aos finais de semana poderia atingir grupos populacionais que não utilizam a UBS em dias úteis. Foram ofertados exames de Papanicolau, testagem rápida de HIV, grupo de planejamento familiar e distribuição de material informativo e de preservativos.

Cabe salientar que o grupo PET-Saúde Populações Vulneráveis teve desistência de alunos durante sua trajetória, principalmente do curso de medicina.

## Considerações finais

O acompanhamento longitudinal de saúde do morador de rua, com demandas e necessidades que perpassam questões sociais, conflitos, utilização de serviços, entre outras, propiciou ao aluno importante conhecimento sobre estratégias de cuidado e a rede de proteção social.

A experiência da inserção dos alunos, por meio do PET-Saúde, nos cenários das práticas de saúde do SUS foi positiva, agregando habilidades cognitivas e comportamentais. Pode-se afirmar que os alunos desenvolveram senso crítico e refletiram sobre a efetivação das políticas públicas, na perspectiva da garantia de direitos sociais e humanos. Afetaram e foram afetados.

O cenário de ensino-aprendizagem dentro do serviço de saúde não é um espaço controlado previamente para a permanência do aluno. É a realidade concreta da rotina de todos os profissionais e suas relações com os usuários, repleta de imprevisibilidade, passível de intercorrências e novos rearranjos a todo instante. O discente experimenta o dia a dia do mundo real, confrontando-o com a teoria no universo das necessidades de saúde e dos desejos individuais.

Os alunos puderam vivenciar com os profissionais do CnaR a mudança de algumas realidades no trabalho interno e na comunidade. O resultado dessa experiência, entre outras, produz contribuições importantes e efetivas para a formação de profissionais mais preparados para atuar no SUS.

## Referências

- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a 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: <<https://bit.ly/1UVpr2U>>. Acesso em: 30 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *Pró-Saúde*: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2dZKFMF>>. Acesso em: 25 ago. 2018.
- BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Integração ensino-serviço: implicações e papéis em vivências de curso de graduação em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 119-126, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2FhLDFp>>. Acesso em: 30 maio 2018.
- CAMPOS, A. G. *Qual a dor do morador de rua?* 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências em Saúde Albert Einstein, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2Os3N6y>>. Acesso em: 30 maio 2018.
- CAMPOS, A. G.; SOUZA, M. P. F. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população em situação de rua. *BIS*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 344-351, 2013.
- CARDOSO, D. S. A. et al. Aprendizagem reflexiva: o uso do portfólio coletivo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 39, n. 3, p. 442-449, 2015.
- CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 30-39, 2006.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. *Caderno FNEPAS*, São Paulo, v. 1, p. 19-27, dez. 2011.
- COTTA, R. M. M. et al. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 30, n. 5, p. 415-421, 2011.
- FCMSCSP – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO. Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho. *Projeto Pro-Saúde/Pet-Saúde 2012-2013*. São Paulo, 2012.
- FERREIRA, W. L. *O espaço público nas áreas centrais: a rua como referência: um estudo de caso em Uberlândia-MG*. 2002. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/20sRZ3Z>>. Acesso em: 22 jul. 2018.
- FISHER, R. et al. The nature and prevalence of chronic pain in homeless persons: an observational study. *Flora Research*, London, v. 1, n. 2, p. 164-174, 2013.
- GRAEFF, L. Corpos precários, desrespeito e autoestima: o caso de moradores de rua de Paris-FR. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 757-775, 2012.

- JUSTO, M. G. Vidas nas ruas de São Paulo e alternativas possíveis: enfoque socioambiental. *Interfaces*, Botucatu, v. 3, n. 1, p. 7-17, 2008.
- MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sociais sobre a pessoa em situação de rua. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 47-58, 2004.
- MINAYO, M. C. S. Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño. In: BRICEÑO, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 55-71.
- NASCIMENTO, E. P. Hipóteses sobre a nova exclusão social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. *Caderno CRH*, Salvador, v. 7, n. 21, p. 29-47, 1994.
- NORDENTOFT, M.; WANDALL-HOLM, N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ*, London, v. 327, n. 7406, p. 81-83, 2003.
- PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma proposta coletiva. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, 2011.
- ROSA, A. S. et al. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. 3, p. 331-336, 2006.
- SÃO PAULO (Município). Prefeitura do Município. Secretaria Municipal da Assistência e Desenvolvimento Social. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. *Censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo, 2015: resultados*. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/24DXhxo>>. Acesso em: 22 jul. 2018.
- SILVA, M. L. L. *Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno da população em situação de rua no Brasil: 1995-2005*. 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2QhT28E>>. Acesso em: 30 ago. 2018.
- VANNUCCHI, A. M. C. A população em situação de rua no serviço de urgência psiquiátrica: In: BALDAÇARA, C. D. C. (Org.). *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca, 2007. p. 215-226.
- WRIGHT, N. M. J.; TOMPKINS, C. N. E. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *British Journal of General Practice*, London, v. 56, n. 525, p. 286-292, 2006.

---

Recebido: 19/09/2018

Aprovado: 31/10/2018