





**RELATO - REPORT - RELATO****Contribuições do estágio no Consultório na Rua na formação do médico de família e comunidade: um relato de experiência**

Contributionsofthe Street Clinic Internshiptothe Training of Family and Community Physicians: An Experience Report

Contribuciones de la rotación en el Consultorio en la Calle En La Formación Del médico de familia y comunidad: un relato de experiencia

Isabella Magalhães dos Santos<sup>1</sup> , Ludimila Santana de Almeida<sup>1</sup>   
Diego Espinheira da Costa Bomfim<sup>1,2,3</sup> , Julyana Maria Lopes Quintino<sup>1,3</sup> 

1 - Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (PRMFC/SMS-SSA), Salvador, Bahia, Brasil

2 - Faculdade de Medicina da UFBA, Salvador, Bahia, Brasil

3 - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

**RESUMO**

Este trabalho relata a experiência de estágio no Consultório na Rua (CnaR) como componente obrigatório da residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) em Salvador. O estágio visa ampliar competências do residente para além do currículo mínimo da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), abordando o cuidado integral à população em situação de rua (PSR), incluindo aspectos como vínculo profissional-paciente, abordagem territorial, redução de danos e trabalho interdisciplinar. A metodologia envolveu a participação em atividades de acolhimento na UBS, visitas de campo, acompanhamento de usuários em serviços externos e reuniões semanais da equipe multiprofissional. O estágio possibilitou a imersão no território e na realidade social da PSR, favorecendo a compreensão de suas vulnerabilidades, estigmas e redes de apoio. A experiência evidenciou a importância do vínculo, da escuta qualificada e do planejamento conjunto de cuidados, bem como os desafios de lidar com situações de violência, privação de direitos e fragilidade social. A prática em campo demonstrou que o território não é apenas um espaço geográfico, mas constitui-se como um recurso dinâmico para a adesão terapêutica e a promoção de saúde. Conclui-se que o CnaR fortalece habilidades essenciais para o médico de família, oferecendo experiências que extrapolam a clínica tradicional, promovendo cuidado integral, longitudinal e contextualizado. O estágio contribui para a formação de profissionais sensíveis às vulnerabilidades sociais, capazes de articular redes de cuidado e desenvolver intervenções centradas na pessoa e no território.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Serviços de Saúde Comunitária; Formação Profissional; População em Situação de Rua.

**Histórico do Artigo**

Recebido 11 Dezembro 2025  
Aprovado 27 Janeiro 2026

**Correspondência**

Isabella Magalhães dos Santos  
Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS-SSA), Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS)  
Rua Miguel Calmon, 75 - Comércio Salvador - BA, CEP: 40301-155.  
E-mail: magalhaesbella15@gmail.com

**Como citar**

Santos IM, Almeida LS, Bomfim DEC, Quintino JML. Contribuições do estágio no Consultório na Rua na formação do médico de família e comunidade: um relato de experiência. Rev. Saúde Col. UEFS 2025; 15(4):e12443



## INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que cerca de 100 milhões de pessoas no mundo não possuem moradia, enquanto mais de um bilhão vivem em condições habitacionais inadequadas<sup>1</sup>. A população em situação de rua (PSR) compõe um grupo heterogêneo, marcado por trajetórias diversas, múltiplas configurações demográficas e distintas formas de organização cotidiana. A vivência nas ruas evidencia fissuras profundas na estrutura social, tornando explícitas variadas formas de negação de direitos. A falta de moradia, aspecto mais visível dessa violação, desvela e intensifica outras exclusões, como barreiras no acesso à seguridade social, à educação, à cultura, ao trabalho e aos serviços de saúde<sup>1</sup>.

No Brasil, o processo de organização da PSR começou a ganhar forma na década de 1960, ainda que de modo tímido. Mobilizações de pessoas sem-teto passaram a reivindicar melhores condições de vida e políticas públicas que promovessem autonomia. Nesse período, catadores – muitos deles vivendo nas ruas – criaram as primeiras associações e cooperativas de reciclagem, que posteriormente originaram o Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. Após a pro-mulgação da Constituição de 1988, fortaleceram-se as mobilizações sociais que denunciam as violações de direitos vividas pela PSR<sup>2</sup>.

No campo da saúde, a primeira experiência brasileira específica para essa população ocorreu em 1999, com o projeto-piloto do Consultório na Rua, na Bahia, local onde se desenvolveu a experiência descrita. Inicialmente, o atendimento era direcionado a crianças e adolescentes com uso problemático de álcool e outras drogas. Em 2009, um decreto federal instituiu a Política Nacional para a PSR e criou o Comitê Técnico de Saúde para essa população, por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro<sup>3</sup>. Já em 2021, as Equipes de Saúde da Família para População de Rua e a PSF Sem Domicílio – estruturadas em São Paulo e no Rio de Janeiro, a partir das reivindicações do Movimento Nacional da População em Situação de Rua – passaram a ser oficialmente reconhecidas como equipes de Consultório na Rua (CnaR)<sup>2</sup>.

Não existe atualmente um consenso acerca dos critérios que definem a situação de rua. Há reconhecimento de um espectro em que se tem, em um extremo, a ausência total de abrigo e uso de espaços públicos para dormir, viver, manter relações sociais e subsistir; e, no outro extremo, considera-se sem lar a população ou indivíduo que transita entre endereços, ou permanece provisoriamente na casa de amigos ou familiares, ou que não tem estabilidade financeira para garantir a manutenção da sua moradia<sup>4,5</sup>.

A residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) é considerada o padrão-ouro para a formação de especialistas capazes de oferecer assistência contínua, integral e abrangente às pessoas, às suas famílias e à comunidade. Para isso, o médico de família deve ser formado com base nos princípios fundamentais da MFC, que incluem ser um clínico qualificado, atuar de forma influenciada pela comunidade,

constituir-se como recurso para uma população definida e priorizar a relação médico-pessoa como elemento central do cuidado<sup>4,5</sup>.

Nessa perspectiva, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) elaborou, em 2015, o Currículo Baseado em Competências<sup>6</sup>, que orienta os programas de residência em todo o país na definição e no desenvolvimento de habilidades essenciais. Embora estabeleça parâmetros nacionais, esse currículo deve ser ajustado à realidade local, possibilitando a incorporação de competências adicionais consideradas relevantes para cada território.

O cuidado à população em situação de rua (PSR) é uma atribuição da Atenção Primária à Saúde (APS), podendo ser realizado tanto pelas equipes convencionais quanto por equipes específicas, a exemplo dos Consultórios na Rua (CnaR)<sup>2</sup>. O currículo da SBMFC reconhece a importância de compreender as particularidades desse cuidado, mas limita essa competência ao âmbito das violências e vulnerabilidades<sup>6</sup>.

Essa delimitação, no entanto, não contempla a amplitude de habilidades exigidas para a atuação nesse cenário. Machado destaca competências relacionadas ao manejo de condições comuns – como uso de álcool e outras drogas, saúde mental e agravos prevalentes – e habilidades como escuta qualificada, fortalecimento de vínculo e abordagem clínica da PSR<sup>7</sup>. Ressalta também competências atitudinais, entre elas o respeito, o enfrentamento do preconceito, a empatia e a capacidade de adaptação a situações novas e imprevistas. Além disso, aponta a necessidade de competências vinculadas ao processo de trabalho, como a comunicação em equipe, a atuação multiprofissional, a prática de redução de danos e a articulação em rede, com domínio das políticas públicas, da assistência social e dos mecanismos de enfrentamento às violências e às discriminações. Essa compreensão ampliada dialoga com o plano pedagógico do ano adicional (R3) da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

Diante desse contexto, este artigo tem como objetivo relatar a experiência de estágio no Consultório na Rua, evidenciando como essa vivência contribuiu não apenas para cumprir a competência curricular mínima de reconhecer as especificidades da PSR, mas também para desenvolver um conjunto ampliado de habilidades essenciais à formação do médico de família. Entre elas, destacam-se o fortalecimento do vínculo profissional-paciente, a construção de planos terapêuticos compartilhados, o cuidado territorializado, a abordagem de populações vulneráveis, a articulação em rede, a prática de redução de danos e o trabalho interdisciplinar.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca do estágio obrigatório desenvolvido por um médico residente.

O programa de residência médica da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (PRMFC-SMS-SSA) determina, como estágio obrigatório no segundo ano, a vivência no Consultório

na Rua Capitães de Areia/Pelourinho. O estágio foi definido como obrigatório por possibilitar um espaço de aprimoramento dos princípios da MFC e da APS de forma mais intensiva, à medida que tenta garantir, de maneira mais veemente, princípios basilares como o acesso, a universalidade e a equidade, muitas vezes mais concretamente estabelecidos no cenário das Unidades de Saúde da Família.

As Equipes de Consultório na Rua são classificadas em modalidades de I a III, compostas pelos seguintes profissionais, respectivamente: Modalidade I: quatro profissionais (dois de nível superior e dois de nível médio); Modalidade II: seis profissionais (três de nível superior e três de nível médio); e Modalidade III: composição da Modalidade II acrescida de profissional médico. Todas as modalidades podem, ainda, agregar agentes comunitários de saúde em suas ações. Poderão compor o CnaR: agente social, assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal e terapeuta ocupacional<sup>4,5</sup>.

O Consultório na Rua Pelourinho Capitães de Areia funciona como Modalidade III e conta com uma equipe multiprofissional formada por psicólogo, assistente social, educador físico, redutor de danos, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Integra ainda o grupo um residente do ano adicional da MFC, com ênfase em saúde mental e no cuidado à população em situação de rua, formação iniciada em março de 2023 e considerada pioneira no país.

O estágio obrigatório ocorre dois dias por semana, ao longo de um mês (cerca de 20 horas semanais), tendo como base a Unidade Básica de Saúde (UBS) do Pelourinho e abrangendo diferentes territórios de campo externo. Este relato foi elaborado a partir da experiência vivenciada pela autora durante o estágio realizado no mês de abril de 2024.

Durante o estágio, o residente participa de atividades de acolhimento e escuta da população em situação de rua na própria unidade de saúde, além de atuar em atividades de campo e participar da reunião semanal da equipe. O grande diferencial da rotina está nas atividades de campo, realizadas diretamente no território onde a população em situação de rua se encontra.

Nessas ações, o residente oferece tanto cuidados assistenciais, como curativos e administração de medicações, quanto ações de promoção à saúde. Por se tratarem de atividades integradas ao território, elas ocorrem frequentemente no período noturno e, muitas vezes, em contextos de uso de substâncias, o que acrescenta dinâmicas singulares à prática do médico de família e comunidade.

O trabalho foi elaborado a partir das experiências e reflexões construídas ao longo do período de estágio, registradas por meio de anotações em escrita livre, sempre respeitando os princípios éticos relacionados à preservação da identidade dos pacientes. Entre as limitações do estudo, destacam-se a curta duração da vivência e a necessidade de pesquisas mais aprofundadas sobre o tema. Apesar disso, o trabalho pode contribuir como ponto de partida para discussões

sobre o impacto do cuidado à população em situação de rua na formação do médico de família e comunidade.

## RESULTADOS

A PSR apresenta diferentes formas de relação com a experiência de morar na rua. Um primeiro grupo é composto pelas “pessoas que ficam na rua”, caracterizadas por elevada mobilidade, associada à ruptura de vínculos familiares, ao desemprego ou ao trabalho informal e/ou irregular. Muitas vezes, trata-se de indivíduos recém-chegados à cidade, em busca de oportunidades, que ainda não possuem acesso a alojamentos.

Um segundo grupo corresponde às “pessoas que estão na rua”, que passam a utilizar a rua como local de pernoite de forma recorrente. Após um período de adaptação a essa condição, a rua passa a ser percebida como menos ameaçadora; esses indivíduos começam a estabelecer vínculos, trocar saberes com pares e desenvolver estratégias próprias de sobrevivência. Por fim, as “pessoas que são da rua” fazem da rua um espaço permanente de moradia e referência cotidiana. Para esse grupo, não há mais estranhamento em relação à vida nas ruas, mas um sentimento de pertencimento, frequentemente associado a territórios, locais ou regiões específicas.

A relação da PSR com os serviços de saúde reflete processos históricos e estruturais de exclusão social<sup>8</sup>. Observa-se, ainda, um despreparo generalizado dos profissionais para lidar com as limitações de autocuidado e de organização da vida na rua, sendo comuns relatos de discriminação vivenciados por pessoas que buscam atendimento espontaneamente. Os fatores que contribuem para o adoecimento nesse contexto são numerosos. A insegurança alimentar, as aglomerações – que aumentam o risco de transmissão de tuberculose e outras doenças infectocontagiosas – e a própria condição de vulnerabilidade nas ruas geram sofrimento psíquico e elevam o risco de transtornos mentais. Além disso, o acesso limitado às políticas de prevenção e promoção da saúde intensifica a exposição da PSR a agravos, tornando-a mais vulnerável quando comparada à população em geral.

Segundo o Relatório Preliminar População em Situação de Rua, produzido pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, os problemas relacionados ao uso de álcool e/ou drogas representaram um dos principais motivos pelos quais as pessoas passaram a viver e morar na rua, potencializando os fatores anteriormente descritos<sup>9</sup>.

A vivência com a equipe do CnaR possibilita o desenvolvimento de habilidades capazes de contemplar às vulnerabilidades específicas dessa população, que, assim como qualquer outra, demanda cuidados diferenciados. O acesso à educação em saúde no contexto da rua fortalece tanto o repertório clínico quanto o repertório social do médico de família, evidenciando que a prática extrapola as competências técnicas, exigindo também dimensões éticas, relacionais e humanas. Essa abordagem promove a construção de uma clínica que atua como instrumento de reparação social, orientada pela

promoção da equidade frente a múltiplas vulnerabilidades. Por meio das discussões estabelecidas com os profissionais da equipe, consolida-se uma formação médica comprometida com a defesa e a garantia dos direitos fundamentais.

Durante a observação do trabalho da equipe, torna-se evidente que ferramentas como o vínculo e o conhecimento do território são fundamentais para a produção de cuidado nesse contexto. Para o estabelecimento do vínculo, a equipe recorre a diversas estratégias, demandando “jogo de cintura e resiliência”, uma vez que, como frequentemente ressaltavam os profissionais, trata-se de “um trabalho de formiguinha”. A dinâmica do território orienta a forma como a abordagem na rua é realizada: o clima – chuva ou sol – interfere diretamente na atuação em campo, assim como o período festivo na região, quando, devido a oportunidades de geração de renda, a população dificilmente está disponível para o diálogo.

As discussões sobre a importância do território, a adaptação de estratégias de cuidado, a redução de danos e a promoção da autonomia do cuidado em saúde em contextos de vulnerabilidade, assim como situações que envolvem limitações na atuação profissional, permeiam a análise dos casos, tanto durante as reuniões semanais quanto nas atividades de campo realizadas pelos profissionais.

Durante o estágio, a residente participou de diferentes atividades da rotina da equipe do Consultório na Rua, distribuídas conforme o turno e a demanda. Nas atividades de demanda, atuou no acompanhamento de usuários em serviços de saúde externos, na busca ativa no território e em acolhimentos realizados de forma compartilhada pela equipe. Em outro momento, participou da reunião semanal, na qual são discutidas atividades planejadas, demandas de usuários, casos clínicos, encaminhamentos de gestão e ações de educação em saúde. Também esteve envolvida em atividades de campo, que incluíram busca ativa de usuários, avaliação de demandas, administração de medicamentos e levantamento diagnóstico do território.

Além disso, a residente participou do turno de acolhimento, dedicado à recepção dos usuários na UBS e ao encaminhamento das demandas, com registro das informações em tabela de atendimento. Ao longo do estágio, elaborou anotações em escrita livre sobre interações com usuários, diálogos com a equipe e experiências vivenciadas, utilizando essas informações para refletir sobre os aprendizados planejados e não planejados decorrentes da prática. Abaixo, o Quadro 1, apresenta como é organizada a semana padrão de atividade do estágio e os seus respectivos detalhamentos.

**Quadro 1.** Semana padrão de atividades do estágio da Residência em Medicina de Família e Comunidade no CnaR

| <b>Dia da semana</b> | <b>Turno</b> | <b>Local de prática</b>    | <b>Atividade desenvolvida</b>   |
|----------------------|--------------|----------------------------|---|
| Segunda-feira        | Manhã        | UBS Pelourinho/Externo     | Acompanhamento de usuários em outros serviços de saúde da Rede de Atenção em Saúde; desenvolvimento de ações de busca ativa no território e realização de acolhimentos, conforme as necessidades identificadas. |
|                      | Tarde        | UBS Pelourinho             | Reunião de equipe para discussão de casos e organização do processo de trabalho.  |
|                      | Noite        | Visita de Campo (Comércio) | Realização de buscas ativas, captação de novos usuários, avaliação de demandas, dispensação de medicamentos e levantamento diagnóstico do território.   |
| Terça-feira          | Manhã        | UBS Pelourinho             | Turno fixo de acolhimento aos usuários na Unidade.  |
|                      | Tarde        | UBS Pelourinho/Externo     | Acompanhamento de usuários em serviços de saúde externos, desenvolvimento de ações de busca ativa no território e realização de acolhimentos conforme as necessidades identificadas.                            |

Fonte: Elaborado pelos autores.

## DISCUSSÃO

### “Quem é você? Deu ‘bom dia’, mas não me olhou.”

Primeira frase. Primeiro dia. Dar “bom dia” é uma rotina nos momentos de passagem dos corredores das unidades de saúde e, ao ser confrontada por um usuário sobre a forma como isso foi feito, já causou um desconforto inicial. Qual o impacto da forma como eu vejo um paciente? A percepção de que olhar para esse usuário deveria ser diferente já trouxe um repensar sobre o modo automático que a rotina de ser residente pode produzir e os impactos disso no estabelecimento do cuidado com o usuário.

Goffman afirma que, no encontro com o diferente, utilizamos aspectos iniciais para prever e categorizar o indivíduo, entendendo sua “identidade social”<sup>10</sup>. Isso pode gerar atitudes de benevolência diante do encontro, assim como sentimentos negativos, uma vez que categorizações inadequadas podem fazer com que ambas as partes não se sintam à vontade e, por exemplo, interpretem o outro como agressivo ou tímido, atribuindo significados não intencionais às ações. A construção social atribuída ao sujeito nem sempre corresponde à forma como a pessoa estigmatizada se percebe, e, em situações sociais mistas, no contato com os “normais”, é compreensível que haja dificuldades mútuas na interação.

O estabelecimento de vínculos com as pessoas em situação de rua constitui a base das ações de saúde realizadas pelo Consultório, sendo um recurso central para a construção de um olhar de cuidado e respeito em relação ao usuário. Uma das particularidades dessa população é o “estigma”, conforme descrito por Goffman, associado a outras formas de discriminação, como o racismo e a aporofobia. Durante o estágio, foi possível potencializar a habilidade do encontro como espaço de troca entre usuário e profissional, promovendo o acolhimento necessário para responder às demandas apresentadas e reconhecer os usuários como protagonistas do processo saúde/doença.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, vínculo “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico”<sup>11</sup>. Para essa política, o vínculo é essencial para o estabelecimento do cuidado, pois viabiliza a longitudinalidade, a corresponsabilização e a continuidade do cuidado.

O estigma relacionado ao cuidado dessa população pode suscitar dúvidas quanto à possibilidade de estabelecimento de vínculo, especialmente no contexto extramuros da USF. Vivenciar as relações já estabelecidas pela equipe multiprofissional permitiu ampliar o leque de possibilidades de vinculação, favorecendo a construção de formas singulares de relação com o usuário. As relações iniciais com uma pessoa em situação de rua muitas vezes se desdobram em outras relações, uma vez que existe um forte senso de comunidade, sobretudo entre aqueles que fazem da rua seu espaço permanente de vida.

Apesar de a habilidade de construção de vínculo já integrar o cotidiano do MFC, o uso dessas ferramentas em um cenário dinâmico como o Consultório na Rua exige uma sensibilidade adicional e possibilita também o aperfeiçoamento da construção de planos de cuidado conjuntos, baseados na abordagem do método clínico centrado na pessoa. Nesse contexto, é possível desenvolver habilidades voltadas à organização de linhas de cuidado que ultrapassam o olhar pré-estabelecido sobre a pessoa em situação de rua, potencializando a autonomia do paciente, em uma situação mais complexa do que o cenário relativamente controlado do ambulatório. Além disso, a prática multidisciplinar e multisetorial ampliou a compreensão das metas a serem alcançadas no plano conjunto, incorporando dimensões sociais, de garantia de direitos e de redução de danos.

### “Por onde você fica?”

Acostumada a lidar com o território a partir de referências como bairros, ruas e travessas, já não era possível questionar “onde você mora” a um usuário em situação de rua. O território passou a se apresentar para mim de forma muito dinâmica e itinerante, configurando uma lógica de

cuidado profundamente distinta daquela vivenciada em uma Unidade de Saúde da Família. Em alguns momentos, parecia não ser possível compreender plenamente esses territórios.

A possibilidade de realizar atividades de campo semanalmente me conectou com essa dinamicidade e me permitiu compreender uma ideia ampliada de território, entendendo que conhecê-lo é fundamental para o cuidado com qualquer população, em especial com a população em situação de rua. O território do centro histórico passou a assumir dimensões antes não exploradas, mesmo para uma residente que já morava e circulava pela cidade de Salvador. Vivenciar esse cenário no horário noturno, quando há menos iluminação, caminhando pelas ruas, por mais contraditório que possa parecer, possibilitou enxergar uma população antes pouco vista durante o dia, marcado pelo turismo intenso e pela constante movimentação.

Na abordagem territorial das consultas no CnaR, o conceito de território se amplia na percepção do MFC. O território deixa de ser estabelecido de forma estritamente delimitada, com a definição de microáreas para cada equipe, passando a ser compreendido de maneira mais dinâmica e viva, a depender da relação do usuário com o ambiente em que convive ou que passa.

O Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua descreve algumas dimensões do conceito de território a serem consideradas na realização do diagnóstico; entre elas, destacam-se a forma como a população em situação de rua circula no território e a relação da comunidade com essa população, aspectos essencialmente importantes nesse contexto<sup>11</sup>.

Perceber o território implica também reconhecer os “recursos de mediação” construídos pelo usuário para lidar com a realidade de viver em situação de rua. O território configura-se como um recurso de saúde para muitos desses usuários e possibilita a utilização de vivências grupais, regras de convivência e meios de subsistência como estratégias para favorecer a adesão terapêutica, os cuidados em saúde e a prevenção de agravos<sup>11</sup>. Um exemplo do uso do território observado durante a vivência foi a possibilidade de utilizar um ponto de captação de reciclagem de alumínio como local de referência para que o usuário buscasse diariamente seus medicamentos, funcionando como uma forma de “estoque” capaz de viabilizar a adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose.

### “O que você pode fazer por mim?”

O aumento da exposição de riscos de doenças (infecções contagiosas ou não), violência física e sexual, variações climáticas, insegurança alimentar, uso de substâncias e transtornos mentais são algumas das vulnerabilidades que o viver na rua produz. A compreensão desses riscos amplia a capacidade de reconhecer o contexto como determinante na produção de morbidades. Trata-se de riscos coletivos, muitas vezes presentes na situação de rua, que impõem desafios adicionais

ao estabelecimento do cuidado em saúde, mesmo quando considerados os determinantes sociais.

As habilidades essenciais citadas no Currículo Baseado em Competências da SBMFC, como o reconhecimento dos impactos da violência, a utilização de recursos de proteção ao cidadão em situação de violência e o estabelecimento de ações intersetoriais voltadas à prevenção e ao controle de violência, têm maior potencial de desenvolvimento em contextos nos quais a vulnerabilidade é a regra. Além do óbvio, também é possível visualizar as vulnerabilidades impostas pela própria rede, como a dificuldade de atendimento na rede de saúde, a negação de direitos básicos – como a guarda dos próprios filhos – e a insuficiência de locais de acolhimento.

Estar diante dessas violências e exposições de risco ampliadas trouxe sensações recorrentes de impotência em diversos momentos. O que se poderia fazer por um usuário sem acesso a direitos básicos? Como não cair no assistencialismo? Que respostas oferecer diante da fome, da violência e do medo? Não encontrei respostas prontas, e é provável que elas não existam da forma como inicialmente eram esperadas. O compartilhamento das angústias com a equipe configurou-se como a estratégia de maior impacto nas minhas vivências. Lidar com a “não resposta” significou reconhecer mecanismos de cuidado não pragmáticos, como a escuta terapêutica, o acolhimento e as abordagens familiares e comunitárias.

Nesse sentido, vivenciar o trabalho com a equipe multidisciplinar me permitiu ampliar o meu próprio conceito de cuidado, melhorando a forma de lidar com o possível sofrimento gerado pelo cuidado com essa população.

Talvez, em termos de aprendizado, a maior habilidade seja desenvolver ferramentas para, segundo Kinoshita, trabalhar em conjunto com o indivíduo no restabelecimento das possibilidades de relações de troca no campo social, processo que se inicia com a relação estabelecida com o profissional, na medida em que ele utiliza o seu próprio poder para ampliar o poder do usuário – possibilitando a elaboração de projetos que efetivamente mudem as suas condições de vida<sup>12</sup>.

## CONCLUSÃO: A potência do CnaR

Couto e Botazzo expressam que “entre a invisibilidade, que dificulta o acesso às condições materiais de vida, e a hipervisibilidade, que produz ações discriminatórias e de violações, a população de rua inventa outros modos de se encontrar, criando conexões e redes de apoio que possibilitam a manutenção de suas existências, tão fortemente marginalizadas pelo senso comum e pelo discurso dominante inscrito no Estado”<sup>13</sup>. Essa fala dialoga com o que já foi descrito no texto sobre como o contexto da população de rua demanda uma ampliação do olhar sobre modos de vida, políticas públicas e plasticidade no cuidado em saúde, além de dialogar fortemente com algumas das experiências vividas relacionadas à invisibilidade<sup>14</sup>.

Constituído como parte da atenção primária à saúde, o Consultório na Rua contém todas as particularidades necessárias

para o cuidado longitudinal e integral, não se diferenciando da vivência em Unidade de Saúde da Família. A potência particular reside na possibilidade de vivenciá-las em contextos extramuros, diante de uma população fragilizada por contextos diversos, que condicionam a uma ampliação do olhar para o território, para as políticas públicas e para o encontro entre médico e paciente.

Como residente, o estágio pode ser responsável por uma espécie de afirmação de habilidades já adquiridas e pela incorporação de novas possibilidades de cuidado para o médico de família e comunidade. Outra potência adquirida é a possibilidade de extrapolar o cuidado da pessoa em situação de rua dentro do seu próprio território, em unidades de saúde da família que não necessariamente possuem o dispositivo da equipe do Consultório na Rua.

É importante pensar em estratégias que permitam ao residente compreender, de forma prévia, em que lugar se encontra diante de toda essa discussão e, posteriormente, as bagagens deixadas durante o processo do estágio – a implicação pode ser distinta quando esses aspectos são considerados. O tempo de imersão no estágio pode ser outro fator limitador, com a ressalva de que um cuidado mais qualificado pode ser adquirido no ano adicional da residência. Apesar dessa possibilidade, pensar em adaptações no modelo curricular que ampliem a exposição a essa população, seja pela extensão do tempo de estágio, seja pela construção de um cuidado mais longitudinal à população em situação de rua, pode tornar o aprendizado mais consolidado.

## REFERÊNCIAS

1. UN-Habitat. Housing [Internet]. [citado em 2025 Nov 21] Disponível em: <https://unhabitat.org/topic/housing>
2. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2009 [citado em 2025 Nov 30]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua [Internet]. Diário Oficial da União. 2009 [citado em 2025 Nov 30];1:28. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305\\_24\\_12\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html)
4. Gusso G, Ceratti M. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2018.
5. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2007 [citado em 2025 Nov 30]; 3(11):157-172. doi:10.5712/rbmfc3(11)334.

6. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2015 [citado em 2025 Nov 30]. 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)
7. Machado MPM, Rabello ET. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. *Physis*. 2018 [citado em 2024 Out 24]; 28(4):e2804XX. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hDcrqcvZFWMJvhZ58QsQtbVf/>
8. Andrade R, et al. O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2022 [citado em 2025 Nov 30]; 46:227-239. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c8JDyXMSz7bHRHrLFdxtHPt/>
9. 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. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; 2023.
10. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 2025 Nov 30]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populacao_rua.pdf)
12. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta AM, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996; p. 55-59.
13. Couto J, Botazzo C. A potência dos encontros entre as fissuras da rua: cuidado, afetos e redução de danos. *Interface (Botucatu)*. 2023 [citado em 2025 Out 30]; 27:e230XXX. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6ZChMFk8CfWvvdTMKB7RMR/>
14. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saúde Pública*. 2015 [citado em 2025 Jul 27]; 31(7):1497-1504. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/>

## ABSTRACT

This article reports on the internship experience at the Street Clinic (Consultório na Rua, CnR) as a mandatory component of the Family and Community Medicine (FCM) residency in Salvador, Brazil. The internship aims to expand residents' competencies beyond the minimum curriculum established by the Brazilian Society of Family and Community Medicine (SBMFC), focusing on comprehensive care for the homeless population, including professional-patient bonding, territorial approach, harm reduction, and interdisciplinary teamwork. The methodology involved participation in reception activities at the primary health unit (UBS), field visits, follow-up of users in external services, and weekly multidisciplinary team meetings. The internship allowed immersion in the territory and social reality of the homeless population, understanding their vulnerabilities, stigmas, and support networks. The experience highlighted the importance of building bonds, active listening, and collaborative care planning, as well as the challenges of addressing violence, deprivation of rights, and social fragility. Field practice demonstrated that territory is not merely geographic but a dynamic resource for therapeutic adherence and health promotion. In conclusion, the CnR strengthens essential skills for family physicians, offering experiences that go beyond traditional clinical settings, fostering comprehensive, longitudinal, and contextualized care. The internship contributes to the training of professionals sensitive to social vulnerabilities, capable of coordinating care networks and developing person- and territory-centered interventions.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Practice; Community Health Services; Professional Training.

## RESUMEN

Este trabajo relata la experiencia de una rotación en el Consultorio en la Calle como componente obligatorio de la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en Salvador. La rotación tiene como objetivo ampliar las competencias del residente más allá del currículo mínimo de la sociedad brasileña correspondiente, abordando el cuidado integral de la población en situación de calle, incluyendo el vínculo profesional-paciente, el enfoque territorial, la reducción de daños y el trabajo interdisciplinario. La metodología incluyó la participación en actividades de acogida en la Unidad Básica de Salud, visitas de campo, acompañamiento de usuarios en servicios externos y reuniones semanales del equipo multiprofesional. La rotación posibilitó la inmersión en el territorio y en la realidad social de la población en situación de calle, permitiendo comprender sus vulnerabilidades, estigmas y redes de apoyo. La experiencia evidenció la importancia del vínculo, de la escucha cualificada y de la planificación conjunta del cuidado, así como el desafío de enfrentar situaciones de violencia, privación de derechos y fragilidad social. La práctica en el territorio demostró que este no es solo un espacio geográfico, sino un recurso dinámico para la adherencia terapéutica y la promoción de la salud. Se concluye que el Consultorio en la Calle fortalece habilidades esenciales para el médico de familia, ofreciendo experiencias que van más allá de la clínica tradicional y promoviendo un cuidado integral, longitudinal y contextualizado. La rotación contribuye a la formación de profesionales sensibles a las vulnerabilidades sociales, capaces de articular redes de cuidado y desarrollar intervenciones centradas en la persona y en el territorio.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Medicina Familiar; Servicios de Salud Comunitaria; Formación Profesional.