

## **A vivência de residentes de Medicina de Família e Comunidade no Consultório na Rua durante a pandemia**

### **The experience of Family Physician residents at the Street Clinic internship during the pandemic**

DOI:10.34119/bjhrv4n4-088

Recebimento dos originais: 20/06/2021

Aceitação para publicação: 20/07/2021

#### **Ana Verônica de Sá Resende**

Médica residente do Programa em Rede de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal

Endereço: SMHN Conjunto A Bloco 01 Edifício Fepecs - Asa Norte, Brasília - DF, 70710-907

E-mail: anaveronicasares@gmail.com

#### **Karoline Silva Teixeira**

Médica residente do Programa em Rede de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal

Endereço: SMHN Conjunto A Bloco 01 Edifício Fepecs - Asa Norte, Brasília - DF, 70710-907

E-mail: karoline1109@gmail.com

#### **Samanta Hosokawa Dias de Novoa Rocha**

Médica de Família e Comunidade- Residência concluída em 2006

Instituição: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Endereço: SETOR D SUL AREA ESPECIAL N 23 CEP: 72155000 - Taguatinga Sul – Brasília - DF

E-mail: samantahosokawa@gmail.com

#### **RESUMO**

A Equipe Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, com a proposta de prestar assistência em saúde à população em situação de rua. Objetivo: Descrever a vivência de residentes de Medicina de Família e Comunidade de Brasília durante o estágio Consultório na Rua, na pandemia de COVID-19 em 2020. Método: Trata-se de um relato de experiência. Discussão: A pandemia evidenciou as fragilidades dos sistemas de saúde em assistir essa população e articular o seu cuidado, tendo sido necessária uma rearticulação da equipe de Taguatinga. Conclusão: O estágio contribui de inúmeras formas para nossa formação, reforçando competências esperadas da nossa especialidade.

**Palavras-Chave:** Residência de Medicina de Família e Comunidade, Consultório na Rua, Pandemia Covid-19, População em Situação de Rua.

## ABSTRACT

The Street Clinic Staff was created after the National Primary Care Policy, with the proposal to provide health care to the homeless population. Objective: To describe the experience of Family Physician residents from Brasília at the Street Clinic internship, during the COVID-19 pandemic in 2020. Method: This work is an experience report. Discussion: The pandemic evidenced the weaknesses of the health systems in assisting this population and articulating their care, requiring a re-articulation of the Taguatinga's staff. Conclusion: The internship contributes in countless ways to our training, reinforcing the skills expected from our specialty.

**Keywords:** Family and Community Medicine Residency, Street Clinic, Covid-19 Pandemic, Homeless Population.

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 31 de dezembro de 2019, foi alertada sobre um grande número de novos casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratavam-se de infecções por uma nova cepa de coronavírus, que não havia sido identificada previamente em seres humanos, denominada SARS-CoV-2.

Os coronavírus são a segunda principal causa de resfriado comum (após rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos. Essa nova cepa é responsável por causar a doença COVID-19. Apesar de não existirem informações plenas sobre sua história natural e seu manejo, sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e pode provocar uma síndrome respiratória aguda, que varia de casos leves (cerca de 80%) a muito graves, com insuficiência respiratória (5% a 10% dos casos). Sua letalidade varia conforme a faixa etária, condições clínicas e socioeconômicas associadas<sup>1</sup>.

Segundo dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), até a data de 29 de janeiro de 2021, foram registrados 101.053.721 casos confirmados e 2.182.867 mortes no mundo, sendo o continente americano responsável por 44% dos casos (44.765.625) e 47% de mortes (1.031.770). Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil foram registradas até a mesma data, 9.118.513 de casos e 222.666 óbitos. O Distrito Federal é responsável por 3% dos casos (275.688) e 2% (4.533) dos óbitos.

A pandemia de coronavírus evidenciou as fragilidades dos sistemas de saúde globalmente, com destaque aos países em desenvolvimento, como o Brasil. Dentre os grupos de risco, a população em situação de rua apresenta uma das maiores vulnerabilidades<sup>2</sup>.

Nesse contexto, a equipe do Consultório na Rua tem fundamental importância, pois surge como uma proposta de prestar saúde de maneira integral à população em situação de rua, tendo sido instituída através da portaria nº 122 de 2011 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). É uma estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS) formada por equipes multiprofissionais que lidam com inúmeros problemas de saúde enfrentados por essa população<sup>3</sup>.

A assistência à população em situação de rua é desafiadora, visto a grande vulnerabilidade e exposição à violência, as condições insalubres em que se encontram, o caráter nômade dessas pessoas, o menor acesso aos serviços de saúde e, portanto, menor possibilidade de seguimento e o maior risco de exposição a doenças infectocontagiosas<sup>4</sup>.

No Distrito Federal (DF) existem atualmente três equipes de Consultório na Rua, localizadas na Asa Sul, Taguatinga e Ceilândia, tendo em suas composições médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Além de atuarem nos cuidados primários à saúde, fornecendo um atendimento longitudinal e integral, são muitas vezes o primeiro contato desses usuários com o sistema de saúde<sup>5,6</sup>. Paralelamente, a residência em MFC no DF foi criada em 2000, sendo seu primeiro cenário em Sobradinho. Atualmente os cenários abrangem toda a rede de Atenção Primária à Saúde, sendo um deles o Consultório na Rua de Taguatinga<sup>7</sup>.

O estudo tem o objetivo de descrever a vivência do residente do programa Medicina de Família e Comunidade, da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (DF), durante o estágio Consultório na Rua, na pandemia do coronavírus em 2020.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, um estudo qualitativo, de caráter descritivo, a partir da vivência de residentes do primeiro ano de MFC da Secretaria de Saúde do DF no estágio Consultório na Rua, em 2020, durante a pandemia global de COVID-19.

O referencial teórico foi pesquisado na biblioteca digital Google Scholar e nas seguintes bases de dados: Scielo, PUBMED, LILACS, utilizando os seguintes descritores: residência de Medicina de Família e Comunidade; relato de experiência; consultório na rua; pandemia COVID-19.

### 3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dizem que nada acontece por um acaso, que os encontros são propositais, que a vida é uma grande escola e que as pessoas que cruzam os nossos caminhos são grandes professores. Contudo, estar atento aos ensinamentos e, portanto, presente no agora é um dos maiores desafios da nossa geração. A Medicina de Família e Comunidade tem uma potencialidade avassaladora de derrubar pré-concepções, questionar crenças e germinar sementes revolucionárias de justiça social de profissionais que não se contentam com as disparidades socioeconômicas e suas consequências nefastas. É quase impossível não se importar, não estar no agora, não aprender a cada consulta, a cada paciente que cruza o nosso caminho. Quem é essa pessoa e porquê agora ela está assim? Em qual contexto familiar, social, econômico, geográfico, político, espiritual ela está inserida? O que ela passou para estar assim? Olhar o paciente como um todo é um caminho sem volta na MFC. É necessário, imprescindível, um pré-requisito e medular.

Conhecer o usuário do nosso Sistema Único de Saúde é conhecer o sistema em si, as suas fragilidades e potencialidades. Exercer a prática médica nesse sistema é ser um braço do Estado e exercer a legitimação dos nossos direitos constitucionais; é dar visibilidade a muitos que são marginalizados, invisibilizados e sabotados pelo nosso sistema vigente. Gilberto Dimenstein em seu livro *O cidadão de papel* escreve: ‘A verdadeira democracia, aquela que implica o total respeito aos Direitos Humanos, está ainda bastante longe no Brasil. Ela existe apenas no papel. O cidadão brasileiro na realidade usufrui de uma cidadania aparente, uma cidadania de papel. Existem em nosso país milhões de cidadãos de papel.’

A pessoa que está em situação de rua está à margem de tudo, dos seus direitos básicos e das suas próprias potencialidades. São ‘cidadãos de papel’, com muitos direitos garantidos por lei, mas não exercidos na prática. Pessoas com histórias diversas de vida, de abuso, negligência, imprudência, falta de oportunidades e redes de apoio frágeis. Ter a oportunidade em um programa de residência médica de atender essa população foi de uma riqueza inestimável.

Inicialmente havia uma ansiedade de como seria, das possíveis emoções que poderiam surgir e se seríamos capazes de fornecer um atendimento digno e honesto, mesmo sendo inexperientes. Somado a essas aflições, veio a pandemia de COVID-19 concretizada em março de 2020, que potencializou as nossas preocupações. Se estava difícil para nós, imagina para essas pessoas?! Como conter a contaminação do vírus nessa

população?! Como abordar medidas de higiene, distanciamento social e utilização de máscara para quem não sabe ao certo se vai comer ou não no dia?!

Fomos informados de que o estágio teria a duração de duas semanas e que seriam aceitos dois residentes por quinzena. Ao chegarmos na UBS nº 5 de Taguatinga, fomos primeiramente apresentados à toda equipe do Consultório na Rua pela nossa preceptora, composta por dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga, um motorista e ela, médica especialista em MFC, e à infra-estrutura da unidade em si, tendo duas salas reservadas para suas atividades. Contudo, tivemos a impressão de que o espaço era pequeno para todas as demandas exigidas no cuidado dessa população.

A nossa escala era dividida entre atendimentos tanto na unidade, quanto fora dela, além de reuniões de equipe e discussões de temas teóricos e casos clínicos. Os atendimentos dentro da unidade eram assessorados pela nossa preceptora, realizados ora por ambos os residentes em conjunto no mesmo consultório, ora em consultórios distintos dependendo da disponibilidade das outras equipes. Fazem consultas de crescimento e desenvolvimento, pré-natal, aconselhamento em abuso de substâncias, acompanham pacientes com comorbidades crônicas e enfrentam desafios inimagináveis.

O seguimento dos nossos pacientes era desafiador, visto o caráter nômade dessa população e todo o contexto no qual estão inseridos. Contudo, a agenda da equipe era organizada de acordo com a marcação do retorno desses pacientes e das demandas espontâneas, que eram maioria. Desta forma, a equipe tem responsabilidade sanitária pela população que atende.

Fora da unidade, os atendimentos eram realizados por meio da busca ativa desses pacientes na rua, nos abrigos e onde era possível ir, sendo a equipe conduzida até os locais de abordagem por meio de veículo próprio, fornecido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF). A aproximação a essa população era dividida entre a equipe, sendo inicialmente perguntado se o mesmo gostaria de ser atendido. Se o paciente fosse novo e desejasse, era realizado o seu cadastro por meio do preenchimento da Ficha de Cadastro Individual por um profissional da saúde, em paralelo sendo também realizado o seu acolhimento. Assim como nos pacientes que já eram cadastrados, a depender das suas necessidades levantadas, poderiam ser remanejados para outro profissional da equipe, como médico, incluindo o residente, enfermeiro, psicólogo ou assistente social, onde conversam, se aproximam, escutam, examinam, solicitam exames e encaminham quando necessário, tratando sempre que podem. A equipe carregava consigo além dos equipamentos de proteção individual (EPIs), devido à pandemia, testes rápidos para

detecção do COVID-19 e infecções sexualmente transmissíveis, folhas para o registro das consultas, fichas de cadastro, receituários, alguns medicamentos, dentre outros formulários e insumos. Contudo, todo o atendimento era registrado em prontuário eletrônico, via e-SUS no final do expediente, quando a equipe retornava à UBS.

A maioria dos atendimentos realizados pelos residentes era decorrente de doenças infectocontagiosas, incluindo-se o COVID-19, contudo, também eram de alta prevalência as queixas de abuso de álcool, tabaco, drogas ilícitas, abuso sexual, dentre outras violências, transtornos de saúde mental, comorbidades crônicas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, etc). Também pudemos perceber a quão diversa é essa população, com etnias variadas, diferentes níveis de escolaridade, histórias de vida, identidade de gênero, orientação sexual e crenças.

Não tínhamos a experiência de como eram os atendimentos anteriormente aos EPIs quentes, pesados, com máscaras que distanciam e com o mínimo de contato físico, mas saímos com a sensação de que a essência se manteve.

Também observamos que o paciente em situação de rua, muitas vezes, possui frágeis redes de apoio. Em alguns momentos, participamos de visitas domiciliares aos familiares desses usuários, com o seu consentimento e com o intuito de compreender melhor a situação em que se encontram e as possíveis potencialidades oriundas desses encontros.

Reúnem-se semanalmente para discussões de casos clínicos, planejamento de estratégias de cuidado e intervenção. Mobilizam recursos. Genuinamente se importam. A experiência de participar dessas reuniões de equipe era construtiva à nossa formação enquanto MFC principalmente devido ao seu caráter multidisciplinar, o que enriquecia as discussões dos temas teóricos e casos clínicos. Conhecer a equipe multiprofissional do Consultório na Rua foi inesquecível e imprescindível para que nós confiássemos não somente no nosso processo de aprendizagem como no atendimento dessa população.

Nos chamou a atenção de que a UBS não restringiu as consultas ou praticou barreira de acesso ao usuário durante a pandemia. Percebemos que a unidade é um ponto de referência para os que estão em situação de rua. É um local em que se sentem como 'gente'. São vistas, ouvidas, têm as suas demandas, na medida do possível (e impossível) atendidas. São consultadas por profissionais da enfermagem, medicina, psicologia e assistência social. São vistos como um todo, com toda a complexidade que os envolve por funcionários que não só amam o que fazem, mas acreditam no alcance do seu trabalho e no SUS.

Você sai mudado da experiência. Começa a enxergar as pessoas que geralmente são invisibilizadas pela sociedade. Passa a conhecê-las pelo nome. Não desvia mais o olhar quando te olham. Você começa a questionar os seus próprios privilégios e o seu papel enquanto cidadão e profissional de saúde. Se ironicamente o Estado tem uma grande parcela de culpa na sabotagem desses cidadãos de papel, ele também tem a solução. Nós, profissionais da saúde do SUS e, portanto, representantes do Estado, podemos fornecer um atendimento justo, ético, humano e responsável aos cidadãos de carne e osso.

## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 RESIDÊNCIA MÉDICA DE MFC NO DF

A residência médica de MFC no Distrito Federal iniciou-se em 2000, em Sobradinho, por meio da iniciativa da Secretaria de Saúde do DF. Em 2012, criou-se o programa de residência médica (PRM) em Planaltina- DF. Devido à falta de infraestrutura, campos de estágios inadequados e poucas vagas ofertadas ao ano, propuseram uma nova estruturação do programa em 2016, culminando no PRM em Rede de MFC da SES-DF, com apoio da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). Nesse novo modelo, a proposta era abarcar toda a rede de Atenção Primária à Saúde do DF e suas regionais, integrando-se assim os programas de Sobradinho e Planaltina neste novo projeto<sup>7</sup>.

A residência em MFC tem duração de 02 anos, sendo a carga horária estabelecida de 60 horas semanais, dentre elas 10-20% em atividades teóricas e 80-90% sob a forma de treinamento em serviço. Estão contemplados como cenários de aprendizagem as unidades básicas de saúde e os estágios secundários. No primeiro, são realizadas consultas, atendimento domiciliar, abordagem familiar e comunitária e atividades coletivas, em que representam o maior percentual da carga horária do residente. O segundo abrange unidades de urgência e emergência, atividades de gerenciamento, atendimentos em ambulatórios de atenção secundária e terciária e o Consultório na Rua<sup>8,9</sup>.

O estágio no Consultório na Rua na UBS nº 5 iniciou-se em março de 2020, fazendo parte da grade curricular obrigatória do residente. Tem a duração de 15 dias e são ofertadas 2 vagas por quinzena.

Os objetivos estabelecidos para o estágio foram estruturados conforme a resolução CNE/CES nº 01 de 25 de maio de 2015, que leva em consideração o Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade, e são eles:

“Reconhecer o impacto da violência como fator de risco para o desenvolvimento de outras comorbidades e como grave problema de saúde; identificar e manejar situações de violência individual, familiar e social, mesmo na ausência de agressão física; estabelecer ações intersetoriais visando a prevenção e o controle da violência; reconhecer os impactos da violência nos limites da atuação profissional; conhecer as especificidades do cuidado para pessoa em situação de rua e utilizar de modo apropriado os recursos de proteção ao cidadão sob condições de violência.” (Currículo Baseado Em Competências para Medicina de Família e Comunidade).

#### 4.2 CONSULTÓRIO NA RUA DE TAGUATINGA-DF

A equipe Consultório na Rua (eCR) fica localizada na UBS nº 05 de Taguatinga, DF, considerada região sudoeste de Brasília. É composta por 08 profissionais: uma psicóloga, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma assistente social, uma médica especialista em Medicina de Família e Comunidade, uma assistente social e um motorista. Devido à sua conformação, em que há um profissional médico e o mínimo de 03 profissionais de nível superior e 03 de nível médio, é definido como Modalidade III<sup>3</sup>. A equipe faz seus atendimentos in loccus, de forma itinerante, compartilhadas e integradas à UBS e outros pontos de atenção da rede. Dentre estes, fornece também assistência aos abrigos da sua regional, principalmente Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias (UNAF), Unidade de Acolhimento para Idosos (UNAI), Unidade de Acolhimento para Mulheres (UNAM) e Instituto de Inclusão do Recanto das Emas. Além de realizar o trabalho em rede com os CAPS 2 Taguatinga e CAPS AD Samambaia.

Durante a abordagem ao paciente, seja na UBS, nos abrigos ou no atendimento realizado na rua, inicialmente é realizado seu cadastro por meio do preenchimento da ficha de cadastro individual, disponibilizado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), padronizado a nível nacional. No momento há aproximadamente 1600 cadastros. O seguimento destes é realizado pela vinda do usuário à unidade em questão, ou através de busca ativa, sendo disponibilizada à equipe um veículo próprio para sua execução.

#### 4.3 IMPACTO DA PANDEMIA NO CONSULTÓRIO NA RUA-TAGUATINGA- DF

A pandemia de coronavírus evidenciou as fragilidades dos sistemas de saúde em assistir essa população e articular o seu cuidado. Diante deste contexto, o Consultório na Rua de Taguatinga- DF precisou reestruturar a organização da sua assistência.

Por meio da iniciativa do Governo do Distrito Federal (GDF), foram montados espaços de acolhimento para a população em situação de rua com o objetivo de protegê-la e evitar a contaminação e proliferação do novo coronavírus. Durante esse período de adaptação à nova realidade imposta pela pandemia, foi designado pela Secretaria de

Desenvolvimento Social (SEDEST) à eCR de Taguatinga o atendimento em um desses espaços, localizado no Autódromo Nelson Piquet.

Nos atendimentos, tanto na UBS, quanto nos abrigos e durante as buscas ativas, eram realizadas as testagens para detecção do coronavírus, inicialmente para todos os pacientes e profissionais assistentes, que desejassem, posteriormente, apenas para os sintomáticos respiratórios. Dentre os pacientes que tiveram resultado positivo, que não estavam em abrigamento, foram ofertadas estadias nos abrigos, onde poderiam ficar em isolamento e melhor assistidos. Os que recusassem, eram reavaliados a cada 3 dias ou semanalmente.

A assistência em saúde ofertada pela equipe à população em situação de rua, independente do cenário, sempre prezou pela integralidade do cuidado, não sendo apenas centrada nos sintomas respiratórios e possibilidade de infecção pelo COVID-19. Eram abordadas as diversas queixas trazidas pelos pacientes, assim como possíveis comorbidades crônicas, manejo de medicações de uso contínuo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, situações de violência, testagens para detecção de infecções sexualmente transmissíveis, articulação com outros serviços da rede e possíveis encaminhamentos a unidades de assistência secundária e terciária.

Com a necessidade de atendimento na nova unidade de acolhimento do GDF, houve uma diminuição nas buscas ativas e nas consultas da própria UBS. Contudo, nos horários reservados para a assistência na unidade básica de saúde, não foi feita barreira de acesso aos usuários que não estavam em abrigos, permanecendo os acompanhamentos de pré-natal, crescimento e desenvolvimento, apoio na sala de sintomáticos respiratórios e demais atendimentos de rotina.

## 5 CONCLUSÃO

O estágio no Consultório na Rua contribuiu de inúmeras formas para nossa formação enquanto Médicos de Família e Comunidade, reforçando competências esperadas da nossa especialidade, tais quais o desenvolvimento de habilidades comunicativas, o exercício de uma medicina centrada na pessoa, o fornecimento de um atendimento humanizado e cuidado longitudinal, além da responsabilização sanitária pelo nosso território <sup>11</sup>.

Apesar da reestruturação da agenda durante a pandemia, a assistência ofertada pela equipe e pelos residentes não foi centrada apenas nos sintomas respiratórios dos pacientes, tendo sido feitas abordagens e acolhimentos de forma integral. Mesmo com

todos os desafios enfrentados nesse período, inclusive com a utilização dos EPIs, que são desconfortáveis, quentes e que distanciam fisicamente as pessoas entre si, não foi impedida a formação de vínculo com essa população.

O atendimento da população em situação de rua foi uma experiência singular e transformadora, que exigiu de nós a desmistificação dos nossos próprios preconceitos e um olhar atento às necessidades dessas pessoas, além da sua condição de paciente. Devido à sua grande vulnerabilidade, higiene pessoal precária<sup>12</sup>, dentre outros fatores já citados, incluindo-se a maior exposição às doenças infectocontagiosas, como o COVID-19, foi percebido pelos residentes a necessidade de, além dos atendimentos, desenvolver práticas de educação em saúde com essa população, com articulação com os dispositivos do Estado, como o Centro POP.

A nossa presença no cenário, portanto, enquanto residentes e especialistas em formação, tem a enorme capacidade de qualificar o serviço de saúde no qual estamos inseridos, sendo também de fundamental importância o debate sobre a possibilidade de uniformização dos programas de residência quanto à integração desse tipo de estágio na grade curricular.

A experiência nos possibilitou enxergar o tamanho do alcance do nosso Sistema Único de Saúde e ver na prática a legitimação dos direitos desses usuários.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde, 2020.
2. HALLAIS JAS, BARROS NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, July 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2015000701497&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000701497&lng=en&nrm=iso)>.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)
4. HONORATO BEF, OLIVEIRA ACS. População em situação de rua e COVID-19. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro , v. 54, n. 4, p. 1064-1078, ago. 2020 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122020000401064&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000401064&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 30 jan. 2021. Epub 28-Ago-2020. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200268>.
5. Simas K BF, Gomes AP, Simões PP, Augusto DK, Siqueira BR. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 13(40), 1-13. 2018 [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1687](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1687)
6. COSTA, TS. Consultórios Na Rua Do Distrito Federal E Perfil Dos Profissionais De Saúde No Ano De 2015. 2015.53. Universidade de Brasília. Brasília. 2015.
7. NABUCO Guilherme, et al . Avanços e conquistas na saúde pública do DF, Brasil: uma contribuição essencial da medicina de família e comunidade. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 6, p. 2221-2232, June 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232019000602221&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019000602221&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 June 2020. Epub June 27, 2019.
8. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO- SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR RESOLUÇÃO Nº 1 DE 25 DE MAIO DE 2015
9. Projeto pedagógico, Programa de Residência Médica- Medicina de família e Comunidade SES-DF, 2015
10. Nulvio LJ. Participantes da oficina para elaboração inicial de um Currículo Baseado em Competências para a MFC (Maio de 2014)
11. Arias-Castillo L., Toro C.B., Freifer S, Fernández MA, Targa LV, de Cali, S. Perfil do médico de família e comunidade: definição ibero americana. Santiago de Cali, Colômbia: Wonca. access on 03 Feb. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00143114>.
12. DE BARBA, Maria Luiza et al. Os desafios para o manejo de doenças crônicas na população em situação de rua. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 9257-9273, 2021.