

O CONTATO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DE ATENDIMENTO À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carolina Silveira Fernandes¹
Paulo Gilberto Gubert²

¹ Acadêmica do
Curso de Medicina
da UCPel - carolina.
fernandes@sou.ucpel.
edu.br

² Doutor, professor
da UCPel, Orientador
e Co-autor.

Resumo: Este relato descreve a experiência de estudantes de medicina da Universidade Católica de Pelotas no atendimento à população em situação de rua. A ação focou em oferecer acesso à saúde e a um acolhimento qualificado, tentando romper barreiras como o estigma social

e as limitações do sistema tradicional. Através das vivências na igreja MEVAM e no Centro Pop, pudemos observar como os determinantes sociais moldam a saúde desses indivíduos e exercer um cuidado mais humano em cenários de extrema vulnerabilidade.

Palavras-chave: População em situação de rua; Humanização; Atenção Primária; Formação Médica; SUS.

INTRODUÇÃO

A população em situação de rua enfrenta barreiras que muitas vezes são invisíveis para quem está fora desse contexto. Dentre os desafios, destacam-se o modelo rígido dos postos de saúde, que exigem documentos civis e funcionam apenas em horários fixos e o forte estigma social. Esse preconceito aparece tanto nos olhares de outros frequentadores da UBS quanto nos atendimentos clínicos que, por vezes, focam apenas na doença e ignoram a pessoa como um todo. Somado a isso, as condições de vida são

determinantes sociais de saúde: a falta de saneamento, o sono irregular e a exposição constante ao frio e à chuva tornam graves problemas que seriam simples de tratar em outros contextos. A insegurança alimentar e a dificuldade em seguir tratamento medicamentoso completam esse cenário de exclusão.

METODOLOGIA

Este trabalho é um relato de experiência vivido no curso de medicina da UCPel. Antes de irmos para a prática, realizamos debates teóricos sobre a Políti-

ca Nacional de Humanização do SUS (PNH). Discutimos em grupo temas como a escuta ativa, a importância de adaptar a nossa linguagem, a articulação com o serviço social e a estratégia de redução de danos. O grupo foi formado por 12 alunos.

A ação aconteceu quinzenalmente, alternando entre a igreja MEVAM e o Centro Pop de Pelotas/RS. Trabalhamos em duplas para realizar atendimentos individuais numa sala coletiva. Embora as mesas tivessem algum distanciamento para garantir a privacidade da anamnese, o exame físico foi um desafio logístico, sendo realizado em espaços mais reservados apenas quando era estritamente necessário expor demasiadamente o corpo do paciente. Além da consulta, aplicamos um questionário padrão para entender melhor e quantificar as principais necessidades daquela população.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na prática, percebemos uma dificuldade comum entre quase todos os alunos: entender o que era fato e o que era confabulação nas histórias contadas pelos pacientes. Aprendemos que, ao acompanhar essa população, precisamos ter em mente a alta prevalência do uso de substâncias psicoativas e de transtornos mentais não tratados, que podem desorganizar o relato, tal qual preconiza as diretrizes do Ministério da Saúde (2012). No entanto, ficou claro que muitos não nos procuravam apenas por uma demanda clínica, mas pela necessidade básica de serem vistos e ouvidos por uma sociedade que os trata

como invisíveis. Essa percepção vai ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013), que define o acolhimento como uma ferramenta de gestão e prática clínica capaz de dar resposta às necessidades de saúde, garantindo a escuta qualificada e o reconhecimento do protagonismo do sujeito no seu processo de cura. Notamos que, ao contrário do que o senso comum acredita, a maioria preocupa-se com a saúde e quer se cuidar, mas estão presos às circunstâncias que os cercam.

Enfrentamos impasses que nos deixaram, por vezes, de mãos atadas. Como é que podemos orientar um paciente diabético a evitar carboidratos refinados se ele depende de marmitas doadas para não passar fome? Como garantir que o tratamento continue se aquele contato pode ser a única oportunidade médica dele em meses? Essa realidade evidencia o que Gusso, Lopes e Dias (2019) definem como a necessária leitura dos determinantes sociais no ato clínico: o manejo da diabetes, neste caso, esbarra na barreira da insegurança alimentar, tornando a prescrição dietética padrão impraticável diante da vulnerabilidade social. Compreendemos que a nossa ação não pode ser um fim em si mesma, ela tem de servir como uma porta de entrada. O cuidado só é real se houver ligação com as equipes de Consultório na Rua e com a assistência social. Esta vivência reforçou que a medicina não trata apenas de doenças, ela deve lutar por direitos básicos, pois a saúde começa na dignidade de ter o que comer e onde dormir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta experiência permitiu-nos sair da “bolha” acadêmica e encarar realidades que, muitas vezes, ignoramos. Vivenciar o dia a dia dessas pessoas e sentir a limitação do nosso próprio saber ajuda a quebrar a mística de que o médico resolve tudo sozinho. No fundo, aprendemos uma lição de humildade perante as mazelas da vida e percebemos que o cuidado em saúde é inseparável da justiça social.

A inserção dessa prática no currículo reflete a atual curricularização da extensão (BRASIL, 2018), que busca integrar o ensino à realidade social, garantindo que a formação acadêmica não se limite aos muros da universidade. Sem essas ações específicas e regulamentadas, a formação médica correria o risco de ser apenas mais uma ferramenta de marginalização, perpetuando a invisibilidade de quem mais precisa de ajuda.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento. Brasília, 2009.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação - PNE 2014-2024 e dá outras providências. Brasília, 2018.