

Pesquisa e Ações em
Saúde Pública

Edição XXIX

CAPÍTULO 14

A ATUAÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA NA CONSTRUÇÃO DE UM CENTRO HUMANITÁRIO DE ACOLHIMENTO

EMANUELA DA SILVA FOLETTO¹
GABRIELLA ZANIN FIGHERA¹
KAROLINE BRAMBATTI¹
LIZIA MARIA ALMEIDA DE MOURA¹

¹Discente - Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil ULBRA.

Palavras-chave: *Medicina de Família e Comunidade; Centro Humanitário de Acolhimento; Enchentes.*

DOI

10.59290/0620091269

INTRODUÇÃO

O CHA é um programa implementado pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, com apoio de organizações internacionais e entidades locais, destinado a oferecer abrigo digno e seguro às famílias desabrigadas por desastres naturais. Ele foi criado em julho de 2024, por iniciativa do Gabinete do Vice-Governador do Estado, com gestão da Organização Internacional para as Migrações (OIM) e subsídio do Sistema Fecomércio/Sesc/Senac (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES, s.d.).

Cabem a tal serviço as funções de oferecer moradia temporária em unidades habitacionais emergenciais, fornecer assistência médica, psicológica e social, além de alimentação, segurança, lavanderia, refeitório e atividades de integração comunitária (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, s.d.-b).

Assim, o CHA presta assistência à população desabrigada por catástrofes, garantindo acolhimento humanizado e proteção enquanto aguardam soluções definitivas de moradia (ACNUR BRASIL, 2024)

A prioridade dos CHAs é oferecer suporte integral a uma população em situação de extrema vulnerabilidade, por tempo suficiente para possibilitar sua reorganização e restabelecimento econômico e social. A assistência em saúde é garantida por meio de um posto médico de atenção primária, que realiza o manejo inicial de quadros agudos e crônicos, encaminhando os casos que demandam maior complexidade para outros níveis de atenção. Além disso, são adotadas estratégias de busca ativa para identificar e acompanhar indivíduos com dificuldades de acesso ao serviço, como forma de garantir a equidade no cuidado e prevenir agravamentos.

A implementação deste serviço exige uma compreensão profunda da complexidade envol-

vida, especialmente considerando a necessidade inicial de entender a comunidade em formação diante de uma situação de crise. Foi fundamental mapear e rastrear essa população, identificando suas fragilidades e necessidades específicas. Esse processo incluiu o acolhimento de pessoas que haviam vivenciado um trauma emocional significativo, o que dificultava a recuperação e o restabelecimento. Além disso, em um contexto de escassez de registros e frequentemente com a perda de seguimento, foi necessário reconstruir os tratamentos interrompidos, garantindo a continuidade do cuidado e a assistência adequada.

Assim, imersas neste cenário de catástrofe e reconstrução comunitária, o objetivo deste relato de experiência é descrever as vivências das alunas do quinto ano do curso de Medicina da ULBRA durante o internato no estágio de Medicina de Família e Comunidade, realizado no CHA. Esse relato visa compartilhar as experiências vividas pelas acadêmicas, que contribuíram para o processo de reconstrução do atendimento médico em uma comunidade emergente e vulnerabilizada.

MÉTODO

Este relato de experiência caracteriza-se como um estudo descritivo sobre a atuação de internas do quinto ano do curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), em Canoas, Rio Grande do Sul. A experiência ocorreu durante o estágio curricular de Medicina de Família e Comunidade, entre 3 de julho e 6 de setembro de 2024. As atividades foram supervisionadas por uma professora da universidade, médica responsável pela Unidade Básica de Saúde União, que, durante o período relatado, foi realocada para o Centro Humanitário de Acolhimento (CHA), onde as acadêmicas desenvolveram suas atividades.

O estágio teve carga horária de 30 horas semanais, distribuídas entre os turnos da manhã e da tarde. As atividades tiveram como objetivo implementar práticas de saúde coletiva em um espaço destinado ao acolhimento de pessoas desabrigadas pelas enchentes de 2024. Inicialmente, as acadêmicas participaram da organização do serviço e do reconhecimento do território. Posteriormente, passaram a acompanhar o atendimento da população, incluindo demandas agudas e cuidados longitudinais.

No início do estágio, as acadêmicas acompanharam residentes de Medicina de Família e Comunidade da ULBRA e sua preceptora. Participaram das consultas por meio da realização de anamnese e exame físico e, progressivamente, passaram a conduzir os atendimentos de forma integral. Após cada consulta, os casos eram apresentados e discutidos com a preceptora para definição das condutas, que eram posteriormente comunicadas aos pacientes pelas estudantes, sob supervisão da equipe responsável.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência em questão ocorreu entre os dias 3 de julho e 6 de setembro de 2024. A turma do nono semestre de Medicina iniciou o estágio obrigatório em Medicina de Família e Comunidade; no entanto, a UBS à qual os estudantes foram designados estava temporariamente fechada devido aos danos causados pela enchente de 2024 e passava por processo de reconstrução. Dessa forma, os estudantes foram redistribuídos de acordo com o número de preceptores da UBS, para acompanhá-los em seus locais de trabalho temporários, como abrigos, tendas de atendimento ou outras UBSs. Este grupo, composto por duas alunas, foi alocado sob a supervisão da médica responsável pela implementação e acompanhamento dos serviços de saúde em um CHA de Canoas,

sendo que cada aluna ficou responsável por um turno de atendimento.

O primeiro objetivo da equipe foi implementar a assistência à saúde nesta comunidade. Na primeira semana, a equipe chegou por volta das 7h da manhã e iniciou o reconhecimento do território para compreender a dinâmica do local. Os voluntários da OIM fizeram uma breve apresentação do CHA, informando que o local possuía 30.000 metros quadrados e 126 unidades habitacionais modulares, com capacidade para abrigar até 630 pessoas (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, s.d.-a).

. Após essa introdução, a OIM conduziu a equipe de saúde por um tour breve no território, mostrando os diferentes locais e explicando o funcionamento de cada área. O CHA contava com tendas que seriam utilizadas como moradias pelos habitantes, além de um refeitório, uma lavanderia, um local de recreação e o espaço destinado aos atendimentos médicos. (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, s.d.-c)

O posto médico contava com uma sala de atendimento equipada com maca, uma sala de observação com dois leitos e uma farmácia abastecida exclusivamente por medicamentos provenientes de doações. Após o reconhecimento da estrutura física, a equipe médica dirigiu-se à população abrigada com o objetivo de iniciar o vínculo médico-paciente e sinalizar a disponibilidade de suporte em saúde, reforçando o acolhimento e a prontidão para atender às necessidades que eventualmente surtissem.

Ainda durante a primeira semana, teve início a organização dos recursos disponíveis. Os medicamentos presentes foram catalogados em uma planilha virtual, facilitando o controle e a distribuição. Também foram impressos receituários simples, requisições de exames e uma lista com os endereços das farmácias onde

era possível obter medicamentos gratuitamente, considerando que a farmácia do posto médico era abastecida apenas por doações e não dispunha de todos os insumos fornecidos pela rede pública de Canoas. Paralelamente, iniciou-se o processo de integração da equipe, composta por dois enfermeiros, uma técnica de enfermagem, uma médica responsável pelo local, três residentes de Medicina de Família e Comunidade, duas acadêmicas de medicina, duas psicólogas e três assistentes sociais. Para garantir um trabalho articulado, foi instituída uma reunião semanal da equipe multiprofissional, voltada à apresentação das demandas emergentes e à discussão dos casos considerados mais vulneráveis, que demandavam cuidado contínuo e busca ativa. Nessas reuniões, eram definidos coletivamente os encaminhamentos necessários para cada situação.

Durante as segunda e terceira semanas, iniciou-se o mapeamento da população por meio de uma busca ativa, na qual a equipe percorreu todas as tendas, conversando com os moradores já instalados para identificar comorbidades e demandas de saúde específicas. Nesse processo, foram identificadas as residências que necessitavam de maior atenção da equipe de saúde, e catalogadas, em um arquivo virtual, as habitações que abrigavam gestantes, puérperas, crianças menores de 2 anos, crianças maiores de 2 anos, idosos, diabéticos, hipertensos, pessoas com tuberculose, HIV, acamados e pacientes com necessidades em saúde mental. Após a coleta dos dados, foi elaborado um mapa da área, impresso em formato de cartaz, no qual foram utilizadas tags coloridas para diferenciar as diversas demandas. Este mapa foi fixado na parede da farmácia, espaço restrito à equipe de saúde.

É importante destacar que essa organização ocorreu de forma concomitante ao atendimento das demandas imediatas, que tiveram início já

no primeiro dia de estágio. A rotina da equipe médica começava às 8h, com uma breve reunião para definição das prioridades do dia, especialmente os casos que exigiam busca ativa. Essa atividade era realizada nas primeiras horas da manhã, geralmente por uma dupla composta por uma estudante e uma residente, que se dirigiam às habitações previamente identificadas para conversar com os moradores e, quando necessário, convidá-los a comparecer ao posto médico para uma consulta. Essa etapa se encerrava por volta das 10h. Em seguida, os dados coletados eram compartilhados com a equipe para discussão conjunta e definição das condutas. Das 10h às 12h, os profissionais permaneciam disponíveis para atender às demandas espontâneas da população. No período da tarde, eram realizados os atendimentos previamente combinados com os pacientes abordados na busca ativa da manhã, simultaneamente à continuidade do acolhimento de queixas agudas.

Durante o primeiro mês de estágio, todas as consultas eram realizadas pelos acadêmicos em conjunto com os residentes de Medicina de Família e Comunidade, que supervisionavam os atendimentos e prestavam suporte, quando necessário, na condução da anamnese e do exame físico. Após a consulta, o caso era apresentado pelas acadêmicas, juntamente com os residentes, à preceptora em sala separada, onde as condutas eram discutidas e definidas em equipe. Em seguida, as orientações eram repassadas ao paciente pelos próprios acadêmicos, sempre sob supervisão. A partir do segundo mês, os atendimentos passaram a ser conduzidos de forma mais autônoma pelas acadêmicas, que realizavam as consultas individualmente e posteriormente discutiam os casos com a preceptora para definição das condutas. Esse modelo valorizava o estímulo ao raciocínio clínico e a construção da autonomia

médica, mantendo o cuidado supervisionado e seguro ao paciente.

As consultas originadas das buscas ativas concentraram-se, principalmente, em atendimentos de pré-natal e puericultura, que passaram a ser conduzidos pelos acadêmicos a partir da metade do segundo mês de estágio — inicialmente com o apoio dos residentes e, posteriormente, de forma autônoma. Já os atendimentos voltados à saúde mental, situações de vulnerabilidade social e pacientes oncológicos eram sempre realizados com acompanhamento dos residentes, dada a complexidade desses casos. As consultas voltadas ao seguimento de condições crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, bem como as demandas espontâneas, eram conduzidas pelas acadêmicas conforme o modelo descrito anteriormente, com supervisão e discussão de condutas. Entre as queixas agudas mais prevalentes nas consultas de demanda imediata, destacaram-se infecções de vias aéreas superiores, gastroenterites, infecções do trato urinário, além de casos de pediculose e escabiose. Situações que levantavam suspeita de maior gravidade eram prontamente encaminhadas para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

No terceiro e último mês de estágio, faltando uma semana para sua conclusão, a UBS de referência da preceptora responsável pelo grupo foi reaberta, após o período de interdição causado pela enchente. Com isso, as acadêmicas retornaram à UBS junto à preceptora, onde concluíram as atividades do estágio curricular de Medicina de Família e Comunidade. Para garantir a continuidade do atendimento à população acolhida, uma nova equipe de profissionais foi designada para atuar no CHA.

CONCLUSÃO

Até o momento, não foram encontrados registros de experiências semelhantes envol-

vendo estudantes de Medicina atuando em Centros Humanitários de Acolhimento, o que confere ineditismo a este relato. A literatura, contudo, já descreveu outras situações desafiadoras enfrentadas por discentes da área da saúde, como durante a pandemia de COVID-19, quando muitos estudantes foram inseridos precocemente em ambientes de alta complexidade e incerteza (SANTOS *et al.*, 2021).

Essas vivências, embora intensas, mostraram-se importantes para o desenvolvimento de competências como comunicação, trabalho em equipe, ética profissional, tomada de decisões e orientação à comunidade — habilidades consideradas essenciais para a formação de médicos capazes de lidar com os diversos desafios da prática clínica (BRITO *et al.*, 2022).

A experiência dos estudantes no CHA foi altamente enriquecedora, não apenas do ponto de vista acadêmico, mas também na compreensão das necessidades de saúde de uma comunidade em situação de vulnerabilidade social. Durante o estágio, foi possível acompanhar de perto condições de saúde prevalentes na população brasileira, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade (ANDRADE *et al.*, 2012).

Essas condições, frequentemente abordadas durante a formação médica, têm alta prevalência na prática clínica diária. O acompanhamento de gestantes e crianças também proporcionou aos estudantes a oportunidade de desenvolver competências essenciais para o cuidado integral à saúde, promovendo uma abordagem abrangente e centrada no paciente, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais dos indivíduos.

A experiência fora do ambiente hospitalar e dos sistemas de saúde já consolidados foi altamente enriquecedora para as internas. A oportunidade de participar da implementação de um sistema de saúde desde sua concepção,

proporcionou uma perspectiva mais ampla e complexa sobre a assistência à saúde. Tal abordagem abrange não apenas os aspectos clínicos, mas também os fatores sociais, psicológicos e econômicos que influenciam o estado de saúde do indivíduo. O método centrado no

paciente (REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, s.d.), que coloca suas necessidades, preferências e valores no centro da prática médica, foi fundamental para a experiência transformadora vivenciada pelos estudantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACNUR BRASIL. Com apoio do ACNUR, governo do RS inaugura primeiro Centro Humanitário de Acolhimento. 4 jul. 2024. Disponível em: <<https://www.acnur.org/br/noticias/notas-informativas/com-apoio-do-acnur-governo-do-rs-inaugura-primeiro-centro-humanitario>>. Acesso em: abr. 2025.

ANDRADE, L. H.; WANG, Y. P.; ANDREONI, S.; SILVEIRA, C. M. L.; ALMEIDA, F. M. The epidemiology of psychiatric disorders in Brazil: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 1, p. 161–167, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000100021>>. Acesso em: maio 2025.

BRITO, M. J. S.; *et al.* Competências gerais para médicos na atenção primária à saúde: uma abordagem por meio da técnica Delphi. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 56, e03550, 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Centro Humanitário de Acolhimento Recomeço abre portas para acolher mais de 600 pessoas. Disponível em: <<https://www.estado.rs.gov.br/centro-humanitario-de-acolhimento-recomeco-abre-portas-para-acolher-mais-de-600-pessoas>>. Acesso em: abr. 2025.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Espaço de dignidade e acolhimento. Disponível em: <<https://www.estado.rs.gov.br/espaco-de-dignidade-e-acolhimento>>. Acesso em: abr. 2025.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Estrutura do Centro Humanitário de Acolhimento Recomeço garante atendimento humanizado a famílias desabrigadas. Disponível em: <<https://www.estado.rs.gov.br/estrutura-do-centro-humanitario-de-acolhimento-recomeco-garante-atendimento-humanizado-a-familias-desabrigadas>>. Acesso em: abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. OIM irá realizar gestão dos Centros de Acolhimento Humanitário do Governo do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://brazil.iom.int/pt-br/news/oim-ira-realizar-gestao-dos-centros-de-acolhimento-humanitario-do-governo-do-rio-grande-do-sul>>. Acesso em: abr. 2025.

REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Ensinando o Método Clínico Centrado na Pessoa na graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*.

SANTOS, L. A.; SILVA, T. R. S.; OLIVEIRA, M. L. Internato na pandemia de COVID-19: a experiência de uma escola médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 45, n. 1, e001, 2021.