

HOMENS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE RUA E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Men living in street situations and access to primary health care services

Débora Cristina da Silva Farias, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues, Ítalo Campos Marinho, Laura Maria Vidal Nogueira

RESUMO

Objetivo: Conhecer o que sabem os homens que vivem em situação de rua sobre o acesso aos serviços da atenção primária em saúde e analisar as possíveis dificuldades que enfrentam para ter acesso a esses serviços. **Método:** Realizou-se entrevista individual com 24 homens vivendo em situação de rua, frequentadores de uma instituição filantrópica situada em Belém – Pará. Para análise utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os homens em situação de rua não acessaram os serviços de saúde da atenção primária, principalmente pelo desconhecimento de seus direitos e dos serviços oferecidos. **Conclusão:** o desconhecimento, questões burocráticas e/ou discriminação dificultam o acesso dos homens em situação de rua aos serviços de atenção primária em saúde.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde; Saúde do homem; Populações vulneráveis.

Palavras-Chave: Acesso aos serviços de saúde; Saúde do homem; Populações vulneráveis.

ABSTRACT

Objectives: To know what men who live on the street know about access to primary health care services and to analyze the possible difficulties they face in accessing these services. **Method:** We conducted individual interviews with 24 men living on the streets, frequenting a philanthropic institution located in Belém – Pará. For analysis, we used the thematic content analysis technique. **Results:** The men who live on the streets do not access the health services because not recognize their right to health and the services that are offered in primary health care. **Conclusion:** The ignorance, bureaucracy and/or discrimination issues hamper the access to health services of primary care to this men.

KeyWords: Access to health services; Men's health; Vulnerable populations.

Débora Cristina da Silva Farias Correio
Universidade Federal do Pará - UFPA
Enfermeira, graduada pela Universidade do Estado do Pará. Residente Multiprofissional em Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto - Universidade Federal do Pará / UFPA.

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues Correio
Docente da Universidade do Estado do Pará

Ítalo Campos Marinho Correio
Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Parauapebas - Pará

Laura Maria Vidal Nogueira Correio
Docente da Universidade do Estado do Pará

Introdução

Atualmente, vem crescendo o interesse do poder público nas questões relativas à saúde do homem, até o século XX, este tema não ocupava lugar de destaque entre as políticas públicas de saúde. Essa recente preocupação e priorização culminou com a implantação, por meio do Ministério da Saúde, da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem com o intuito de abranger os variados aspectos da saúde masculina nos seus ciclos vitais.¹

Embora escassos os estudos sobre o tema, o interesse por ele vem crescendo gradativamente.² A ausência ou pouca frequência dos homens nos serviços de saúde da atenção primária tem sido objeto de debate na área da saúde. Variadas são as explicações, entre elas as de que são poucos os investimentos na organização dos serviços da atenção primária em uma perspectiva de gênero e não são considerados os de temas de interesse do universo masculino.³

Também a desvalorização, por parte dos homens, do autocuidado e a preocupação incipiente com a saúde, fazem com que, ao sentirem necessidades afetadas, procurem serviços de urgência ou farmácias que teriam uma pronta resposta às suas necessidades.⁴ Figuram ainda nesse elenco a não preocupação com ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, a ideia de invulnerabilidade, além do medo de se descobrirem vítimas de alguma doença grave.⁵

Se no contexto da população geral, no pleno exercício de cidadania, o acesso aos serviços de atenção primária por parte dos homens é motivo de preocupação, o que dizer daqueles que vivem à margem da sociedade? Esses constituem um grupo facilmente identificável nas grandes cidades, vivendo nas ruas, vítimas do desemprego e do aumento da miséria, provocada por contextos sociais ou econômicos desfavoráveis. Muitos desses homens encontram-se nas ruas em forma transitória ou circunstancial, mantendo ainda algum vínculo familiar. Outros fazem das ruas seu espaço de vida permanente, onde estabelecem suas relações.⁶

No Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), não é possível traduzir o quantitativo real dessa população, já que este contabiliza somente pessoas que habitam domicílios regulares ou coletivos e as pessoas em situação de rua não habitam tais espaços. O IBGE as recenseia nos locais que possivelmente utilizam como domicílio provisório, no caso de albergues ou instituições similares. Assim, a parcela da população que utiliza as ruas como moradia de forma temporária ou permanente não é contabilizada na estatística nacional.⁷

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) realizou uma pesquisa nacional com a população em situação de rua abrangendo 71 cidades no período 2007 e 2008, com o intuito de conhecer esse contingente em todo o país e buscar informações para propiciar a criação de políticas públicas para essa população. Os resultados mostraram que até 2008, haviam 31.922 indivíduos em situação de rua no Brasil, o que demonstra um número bastante elevado de pessoas nessa condição, mas não demonstra o quantitativo real, já que somente 1,27% do total de municípios brasileiros participaram da pesquisa.

A pesquisa estimou que, em Belém, 403 pessoas estariam em situação de rua. Esses números não são muito precisos já que o quantitativo mencionado representa 0,029% da população total da cidade no ano em que se realizou a pesquisa.⁸

O estudo constatou que 21,7% dessa população foi impedida de ter acesso em órgãos públicos em algum momento de sua vida por falta de documentos. Isso mostra que existem dificuldades ao direito do exercício pleno da cidadania por parte desse grupo, tendo em vista que somente uma parcela deles possui documentos. Quanto à saúde, 29,7% afirmou ter algum problema nessa área.⁸ É notável a necessidade de atenção a esse grupo populacional, com políticas públicas voltadas para suas necessidades, em especial no que concerne à saúde. Visto que, por conta de suas condições de vida, estão expostos a riscos de toda natureza e podem tornar-se, de forma involuntária, potenciais disseminadores de doenças, agravando problemas de saúde pública, considerando que costumam se instalar em áreas públicas de acesso a todos.

Iniciativas governamentais apontam na direção de conhecer, amenizar ou resolver os problemas que atingem essa população. Dentre elas desataca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, criada pelo Ministério da Saúde em 2008, que tem como uma de suas prioridades o acesso dos homens aos serviços de saúde. No contexto dos profissionais de saúde, foi publicado o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua no intuito de instrumentalizar os profissionais de saúde no cotidiano da sua prática profissional com essa população, buscando a ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde por eles enfrentados.^{1,9}

Certamente que essas iniciativas são um avanço, mas é importante reconhecer que esse grupo apresenta particularidades e singularidades que obrigam a buscar conhecimentos sobre as questões que envolvem o seu cotidiano nas ruas, em particular no contexto da saúde. Entendendo a importância das ações de atenção primária no que concerne à promoção da saúde e prevenção de agravos, a vulnerabilidade desse grupo populacional, o pouco conhecimento quanto aos possíveis agravos à saúde que enfrentam e como buscam soluções para eles, se definiu como objetivos desta pesquisa: Conhecer o que sabem os homens que vivem em situação de rua sobre o acesso aos serviços da atenção primária em saúde e analisar as possíveis dificuldades que enfrentam para ter acesso aos serviços de atenção primária em saúde.

Metodologia

Estudo de natureza qualitativa descritiva, realizado na Casa da Sopa, uma das Unidades da Associação da Misericórdia Divina Filantrópica Assistencial e Educacional (AMIDIFAE), associação filantrópica localizada no município de Belém- Pará. Essa Unidade localiza-se em um bairro periférico e atende a comunidades carentes que se situam em seu entorno, inclusive pessoas em situação de rua. Nesse local, comumente são oferecidos à população produtos adquiridos por meio de doações, tais como: roupas, alimentos e remédios. A Unidade recebe demanda espontânea e atende diariamente, em média 100 pessoas em situação de rua. Estas procuram o local no horário matutino e vespertino, horários de funcionamento da Casa, e são atendidos sem a exigência de apresentar qualquer documento. Como participantes do estudo foram selecionados aqueles que frequentavam a Casa, mediante três critérios de inclusão: ser homem maior de 18 anos em situação de rua, não ter transtorno mental aparente e não estar sob efeito de álcool ou outras drogas no momento da coleta de dados. Excluíram-se as pessoas em situação de rua do sexo feminino e os frequentadores que não se encontravam em situação de rua. Dessa forma chegou-se ao quantitativo de 40 homens. Todos foram convidados a participar, sendo que 23 aceitaram.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira procurou-se a Unidade para obter informações a respeito do seu funcionamento, bem como do perfil do público ali atendido. Nessa etapa lançou-se mão de uma informante-chave, voluntária da Casa que facilitou o acesso a informações relevantes para o desenvolvimento da pesquisa. A figura do informante-chave, é um elemento importante em situações de pesquisa, colaborando com informações precisas sobre um determinado grupo e funcionando como um elo entre eles e os pesquisadores.¹⁰ Neste caso, considerou-se interessante esse auxílio para o planejamento das ações, por conta das características dos participantes que, em sua maioria, adotavam um comportamento arredo. Ainda nesta etapa, buscou-se uma primeira aproximação entre pesquisadores e possíveis participantes, frequentando a Casa nos horários em que eles lá estavam e fazendo os primeiros contatos. Nesses momentos buscaram-se conversas informais com assuntos de interesse geral e de fácil entendimento.

Na segunda etapa, a de coleta de dados propriamente dita, foram convidados aqueles que atenderam aos critérios de inclusão. Mediante o aceite, foi agendada a entrevista individual. Esta foi realizada em uma sala privativa na Casa da Sopa, utilizando roteiro com perguntas abertas. No decorrer da mesma, os pesquisadores esclareciam possíveis dúvidas sobre as questões, como forma de facilitar o entendimento sobre elas. Todas as entrevistas foram gravadas com mídia digital, mediante consentimento. Esta etapa foi desenvolvida no período de março a abril de 2013.

Para a análise do corpus utilizou-se a técnica de análise de conteúdo,¹¹ fazendo o mapeamento, identificação e classificação dos temas contidos nas respostas de cada participante para as questões do roteiro, por meio de uma análise interna dos depoimentos. Em seguida, realizou-se uma análise global, por questões, de todos os participantes. Por fim, agruparam-se os temas semelhantes por sua ocorrência e coocorrência. O agrupamento dos temas majoritários permitiu organizar duas categorias: uma que traz os elementos caracterizadores do que é o acesso à saúde para esse grupo e outra que identifica as dificuldades por ele enfrentadas. Na categoria que discute o acesso à saúde destacou-se o reconhecimento para os participantes da saúde como um direito, embora não configure uma categoria entende-se que, no contexto do acesso, o tema possui relevância e merece discussão.

Quanto aos preceitos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, parecer nº 205.437. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seu anonimato foi assegurado utilizando-se código alfanumérico para identificação das entrevistas.

Resultados e Discussão

Características socioculturais dos participantes

A faixa etária dos participantes situou-se entre 18 a 50 anos de idade, predominando a faixa de 31 a 40 (37%). Em relação ao estado civil, 62,9% se declararam solteiros. Quanto a exercerem algum tipo de ocupação, 70,4% declarou não ter ocupação e 29,6% referiram tê-la. Entre os que mencionaram ter ocupação, 100% faziam parte do mercado informal, exercendo atividades como catador de latinhas e/ou ferro velho, engraxates, vendedores de artesanato, roupas usadas e guloseimas. Entre os sem ocupação considerou-se aqueles que declararam cometer pequenos furtos ou assaltos, pedintes ou os chamados “flanelas” - expressão usada para denominar guardadores informais de carros nas ruas da cidade. Nenhum dos participantes possuía vínculo empregatício com carteira assinada.

Quanto à escolaridade, 48,2% possuíam o Ensino Fundamental incompleto. No que se refere à regularidade de alimentação, 44,5% não se alimentava todos os dias, 29,6% somente uma vez ao dia e 25,9% fazia, diariamente, três refeições ou mais.

No que se refere aos hábitos de higiene pessoal, 59,3% relatou tomar banho uma ou duas vezes todos os dias sendo que 74,1% destacou a necessidade de pagar para tomar banho em banheiros públicos. Por conta disso buscavam, frequentemente, outras alternativas como casas de apoio, cemitérios, banhos com água da chuva ou mesmo banho no rio.

Quanto ao pernoite, 81,5% dormia em logradouros ou casas abandonadas juntando-se a outros na mesma situação, por medo de sofrer violência de grupos distintos. Esse medo da violência também faz com que muitos vagueiem à noite e durmam durante o dia, quando é menos propício para sofrerem agressões.

Em relação à posse de documentos, 59,3% os tinham, sendo que 25,9% possuíam aqueles imprescindíveis para um cidadão, quais sejam: certidão de nascimento, registro geral, cadastro da pessoa física, título de eleitor e carteira de trabalho. 25,9%, somente certidão de nascimento e 7,4% somente o registro geral. Dos que possuíam documentos, 40,7% não os portavam, pois consideravam mais seguro guardar com familiares.

No que concerne ao uso de drogas lícitas ou ilícitas, 92,5% declararam fazer uso. Desses, 25,9% usavam drogas lícitas como cigarro e/ou bebida alcoólica e 14,8% drogas ilícitas, entre elas maconha, crack, cocaína e óxi. O consumo associado de drogas lícitas e ilícitas foi mencionado por 51,9%.

Discutindo o acesso de homens em situação de rua aos serviços de atenção primária em saúde

Ao proceder a análise dos depoimentos entendeu-se que, para discutir o acesso aos serviços, seria necessário partir do entendimento desses homens quanto à saúde como um direito, considerando as particularidades desse grupo. Então, para elaborar esta categoria, buscou-se verificar se eles reconheciam a saúde como um direito fundamental e em quais serviços costumavam procurar assistência.

No que concerne a (re)conhecer a saúde como um direito fundamental, um quantitativo expressivo de participantes (88,8%) disse ter esse conhecimento. No entanto, entre os que afirmaram reconhecer a saúde como um direito, 66,6% não soube explicar o significado do que é ter esse direito. Já um pequeno número (22,2%), demonstrou saber exatamente do que se tratava, inclusive de onde vem os recursos para a saúde.

É um direito. Porque o povo paga impostos já pra ter isso, pra ter esse direito (E14).

Pela lei é um direito, mas hoje em dia não tá sendo cumprido esse direito, porque mesmo morando na rua a gente trabalha, então também tem direito de ter saúde [...] Muitos morrem na porta dos hospitais (E22).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da Universalidade assegura que a saúde é um direito de todos e, cabe ao poder público, a provisão de serviços e de ações que o assegure. Já o princípio da Integralidade assegura que a atenção em saúde deve considerar necessidades específicas de pessoas ou grupos, mesmo que minoritários, em relação à população.¹²

A política de saúde criada para atender esse grupo prevê como princípios, além da igualdade, equidade e os outros princípios do SUS, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.⁹ Nesse contexto, é visível a distância entre a realidade observada neste estudo e o que preconizam as diretrizes do SUS e o que a Política de Saúde à População em Situação de Rua estabelece para o atendimento em saúde

dessas pessoas.

É possível evidenciar que os princípios de universalidade e integralidade não conseguem contemplar as especificidades desses homens, submetendo-os aos mesmos trâmites burocráticos que a maioria da população, sendo que este grupo requer uma atenção diferenciada que contemple a complexidade de sua existência. Uma das preocupações para a consecução do princípio da Integralidade está na necessidade da humanização dos serviços prestados e das ações realizadas no âmbito do SUS.¹³

É difícil o atendimento, até mesmo porque há uma certa discriminação né? Eu costumo dizer que a pessoa que mora na rua, no momento em que ele se encontra na rua, ele estiver na frente de um muro, é capaz das pessoas passarem, olharem o muro, e não te olhar (E26).

O depoimento permite refletir em relação ao sentido de humanização. Nota-se o quão distante o homem em situação de rua pode se sentir dessa política quando submetido a um atendimento deficiente ou mesmo a inexistência dele. A partir da forma como é recebido no serviço de saúde, que denota para ele discriminação, o próprio depoente já se descaracteriza como sujeito social. Ele não se contempla mais como membro da sociedade, mas sim, um alguém à parte e de certa forma, invisível aos olhos daqueles que a compõe.

Do conjunto de entrevistados, 81,4% relataram que procuraram atendimento em serviços de saúde. Os demais, que não procuraram, declararam que não o fizeram porque não sentiram necessidade ou desistiram por não conseguirem cumprir as exigências para obter o atendimento.

Nunca procurei, mais de ano morando na rua e nunca precisei, Graças a Deus (E9).

[...] então eu não tenho como procurar uma “saúde”, um posto de saúde ou outra coisa porque eu já sei que lá eles rejeitam [...] Aí eu não tentei nenhuma vez. [...] Mas, eles tinham que olhar de outro modo porque é difícil o morador de rua ter os documentos pra ser atendido [...] (E23).

Dentre os que procuraram os serviços de saúde, 62,9% relataram que só o fazem em casos de extrema necessidade, o que resulta na procura dos serviços de emergência da rede pública, geralmente em quadros já agravados de doenças ou sintomas persistentes ou ainda por traumas sofridos a partir de acidentes ou violência nas ruas.

Fora o pronto socorro, já fui na clínica dos acidentados, fui tirar uma bala da minha perna (E5).

[...] eu vou aonde eu vejo que dá, só que eu mesmo pra ir, só quando o negócio é muito grave mesmo (E3).

Eu vou só no pronto socorro e no hospital. [...] só nesses dois lugares (E15).

Dentre os sujeitos que procuraram serviços de urgência e emergência, 33,3% foram situações de trauma/corte/acidente e 29,6% por apresentarem sintomas como febre, dor, mal-estar ou alguma situação mais pontual. Nota-se que a maioria das urgências se refere justamente a traumas, cortes e acidentes, o que evidencia o risco a que estão expostos os que moram nas ruas.

Fui no pronto socorro e no hospital metropolitano quando tive ataques epiléticos (E11).

Pro pronto socorro eu fui por causa de uma dor de dente, aí me mandaram pra um outro lugar lá especializado e eu arranquei o dente. Pro hospital eu fui porque peguei infecção intestinal da alimentação que eu comi (E15).

Poucos entrevistados (18,5%) relataram procurar Unidades Básicas de Saúde e, quando o fizeram, foi em busca de atendimento de caráter emergencial, sendo que não conseguiram ser atendidos. Evidencia-se que grande parte dos homens visa os serviços de saúde só nos casos emergenciais e não no intuito de prevenir agravos, já que mesmo os que foram às Unidades Básicas de Saúde pensavam encontrar ali atendimento de urgência. Constata-se também que, para eles, a vida nas ruas envolve preocupações mais imediatas do que aquelas que motivam a procura por serviços básicos de saúde, considerando que esses são os que objetivam a promoção da saúde e prevenção de doenças.¹⁴

Com relação ao conhecimento dos sujeitos sobre o que é preciso para ter acesso aos serviços de saúde, 93% afirmaram serem necessários documentos tais como: carteira de identidade, cadastro da pessoa física, certidão de nascimento e comprovante de residência. Entre os documentos, a exigência do cartão nacional de saúde foi mencionada por apenas 3,7% dos depoentes, que também afirmaram que a pessoa precisa ser reconhecida como cidadã. Para os 7% que não mencionaram documentos como parte do acesso aos serviços, há o entendimento de que precisa estar doente para ser atendido.

Dificuldades na tentativa de usufruir dos serviços de atenção primária em saúde.

Nesta categoria elencam-se as dificuldades de toda ordem que foram mencionadas pelos homens entrevistados no momento em que buscam os serviços de saúde. Mesmo quando conseguem o atendimento nesses serviços.

As exigências para o atendimento em saúde estão no contexto das dificuldades que esse grupo enfrenta para

acessar aos serviços. Perguntados sobre suas reações frente às exigências, 22,2% relataram que tentam usar outros meios para conseguir seu atendimento tais como: atitudes agressivas, persuasão, ou tentar burlar as exigências do Sistema, como mostrar o comprovante de residência de um parente ou amigo.

[...] É mais o documento que eles pedem. Só que eu mesmo não levo nada. Quando eu tô “bronqueado”, eu faço é ‘onda’ lá... Tem que atender (E3).

É só chegar e conversar, né? Não tem ninguém por mim, só Deus, então falo que tô passando por uma dificuldade, tô doente... tudo é uma conversa (E1).

[...] Eu acho que é a certidão e o cartão do SUS [...] Quando eu tirei o meu, eles pediram comprovante de residência, mas eu não tinha, aí dei o da minha mãe (E17).

A burocracia para o agendamento e a exigência de documentos dificulta o acesso dessa população aos serviços de saúde da atenção primária. Este tipo de organização serve, muitas vezes, como explicação para certos comportamentos e atitudes desses homens nos serviços de saúde tais como agressões, tumultos e exigências de atendimento imediato.¹⁵ Os serviços de saúde precisam estar preparados para atender essa demanda. Nesse contexto, o preparo dos recursos humanos é de fundamental importância. Para que os profissionais possam fazer o atendimento em saúde dessa população é necessário que exercitem o despojamento e a empatia, a capacidade de compreender sem julgar e o respeito, no entendimento de que são mais específicas as formas de acolhimento para esse grupo, principalmente aos homens.⁹

Dentre os 81,4% que procuraram o sistema de saúde, 18,5% não foram atendidos por causa de falta de documentação, destes, 11,1% em Unidades Básicas de Saúde e 7,4% em serviços de emergência. Mesmo os que receberam atendimento, tiveram dificuldades por conta da falta de documentação:

[...] eu tava sem documento e o cara disse que não podia fazer nada porque ele que mandava lá. Depois disso não fui em nenhum outro serviço de saúde (E19).

O rompimento dos vínculos familiares e sociais repercute de variadas formas na vida deles. No que concerne à saúde, o fato de não dispor de documentos pode trazer dificuldades de toda natureza, inclusive de acesso a serviços de saúde, considerando-se que a carteira de identidade e comprovante de residência são documentos necessários para o Cadastro do Usuário no Sistema Único de Saúde, representado pela Carteira Nacional de Saúde. Desta forma, observa-se que a falta de documentação é um dos fatores que dificulta o acesso aos serviços de atenção primária em saúde, impedindo que usufruam, de forma plena, dos princípios da Universalidade e Integralidade, propostos pelo SUS.

O impedimento, já experimentado por esses homens para utilizar os serviços de saúde, leva a refletir em sua condição enquanto cidadãos que devem seguir leis e desfrutar direitos iguais para todos. Pois, se entre os que participaram deste estudo estão alguns que vivem à margem da lei, existem outros que estão à margem da sociedade, tentando sobreviver sem cometer delitos. De toda forma, todos devem ter o direito de desfrutar da cidadania plena.

Ainda no que concerne às dificuldades para ter acesso aos serviços de saúde, a discriminação foi uma dificuldade relatada por 7,4% para buscar atendimento no SUS:

Eu não falava pra ninguém, ficava só comigo mesmo, ia deixando até passar. Quando eu ia pro hospital, eles não me recebiam bem [...] pela forma como eu andava, eles não me recebiam bem não. Não só eu, como outros que andavam comigo (E17).

Falei que era da rua, e após isso ela não me atendeu. Exatamente isso. A gente sente uma certa discriminação. Tenta disfarçar, mas a gente nota, né? Ela nem pediu documento, nada disso, só me despachou e pronto (E26).

Só de você estar barbado, já é uma má aparência pra essas pessoas, então eles já sabem que tu é uma pessoa de rua, então já tem uma diferença no atendimento. [...] Porque existe muito preconceito e por conta disso, o preconceito faz com que a atendente receba a gente de uma outra forma. [...] (E15).

É possível inferir que o acesso aos serviços de saúde para esses homens apresenta características excludentes. A pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social mostrou que a população em situação de rua sofre muita discriminação, o que pode justificar a rejeição que parte dela pode manifestar, quanto à utilização dos serviços de saúde.⁸ Considerando-se a estruturação, a dinâmica do atendimento e as atitudes dos profissionais dos serviços, o acesso em saúde é uma reprodução da exclusão social que essa população sofre. Muitas vezes a sujeira e o mau cheiro são utilizados como justificativas por parte dos profissionais, para comportamentos e atitudes de rejeição, o que produz resistências e dificuldades para o atendimento das pessoas em situação de rua.¹⁵

Se o preceito de integralidade na saúde pressupõe, entre outras questões, o respeito aos sujeitos, sejam clientes

ou profissionais, entende-se que ele se aplica, também, a esses homens com a tentativa de vencer preconceitos que, mesmo velados, são por eles claramente perceptíveis.¹² É indispensável a articulação entre estado e sociedade para a superação de estigmas e preconceitos junto ao imaginário social, para que a pessoa em situação de rua possa ser reconhecida como sujeito de direitos.¹⁶ Particularmente, no que concerne aos homens, um estudo multicêntrico realizado em quatro estados brasileiros¹⁷ mostrou que eles apontam como critérios para avaliar positivamente aos serviços um atendimento comunicativo, atencioso e que ofereça resolutividade e prontidão. Esses aspectos vão ao encontro do que foi revelado neste estudo, por homens que vivem nas ruas e que, mediante sua condição diferenciada, procuram, também, não serem vítimas de discriminação e exclusão.

Conclusão

Com base nos resultados deste estudo é possível inferir que os homens em situação de rua não têm acesso aos serviços de saúde da atenção primária, por questões burocráticas ou de discriminação como foi fortemente ressaltado por eles, mas também pelo desconhecimento de seus direitos e dos serviços que são oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde, uma vez que procuram por atendimento de urgência nesses estabelecimentos.

Entendendo o acesso não somente como porta de entrada, mas também como resolutividade dos problemas que levam o usuário a procurar o serviço, verificou-se que aqueles que procuraram atendimento, mesmo emergencial nas Unidades Básicas, não obtiveram acesso em nenhuma de suas formas, pois não foram acolhidos e, conseqüentemente, não tiveram seus problemas resolvidos.

O estudo oportunizou o conhecimento dessa parcela da população por meio de uma experiência desafiadora de aproximação com esses homens que, na maioria das vezes, apresentam comportamento arredio e barreiras na comunicação. Essa experiência contribuiu para mudar muitas concepções dos pesquisadores a respeito desses sujeitos, vítimas da exclusão social, principalmente no que tange à saúde.

Uma limitação do estudo foi o quantitativo reduzido de participantes, o que não permitiu traçar um panorama mais totalizador sobre essa população em Belém. Entretanto, o conhecimento que advém dessa experiência, pode estimular outros estudos como forma de ampliar esse conhecimento e subsidiar a organização dos serviços de saúde de atenção primária para seu atendimento nesta capital.

Contribuições dos autores:

Todos os autores participaram desde a concepção até a revisão final do artigo.

Conflitos de interesse:

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas: Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília, DF, 2008a. [acesso 2013 mai 05]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf
2. Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na política nacional de atenção integral à saúde do homem: uma revisão bibliográfica. Rev Saúde Soc. 2013; 22(2):415-428.
3. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. Rev Ciênc. Saúde Coletiva. 2011;16(1):983-992.
4. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Rev Ciênc. Saúde Coletiva. 2005;10(1):105-9.
5. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em Unidade

Básica Saúde da Família: motivos para a (não) procura. Rev Esc Anna Nery. 2013;17(1): 120-7.

6. Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(4):576-582.
7. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais: Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil [online]. 2009 [acesso 2013 mai 05]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>
8. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa e Opinião. Sumário Executivo: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua [online]. 2008 [acesso 2013 jan 15]. Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/sum%C3%A1rio_executivo_pop_rua_pesq_censo_MDS.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua [online]. 2012 [acesso 2013 jan 07]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
10. Jaccoud M, Mayer R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: Poupart J. (org). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Editora Vozes, 2012. p. 254-294.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas [online]. 2000 [acesso 2013 jan 08]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf
13. Alvim NAT. Saúde na perspectiva da integralidade [editorial]. Rev Esc Anna Nery. 2008;17(4):599-601.
14. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto Brasileiro. Rev Cad Saúde Pública. 2006;22(6):1171-118.
15. Carneiro N Jr, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Martinelli M. Serviços de Saúde e População de Rua: Contribuição para um debate. Rev Saúde Soc. 1998;7(2):47-62.
16. Prates JC, Prates FC, Machado S. Populações em Situação de Rua: Os processos de exclusão e inclusão precária vivenciada por esse segmento. Rev Temporalis. 2011;11(22):191-215.
17. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS, et al. O atendimento à saúde dos homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. Rev Physis. 2011;21(1):113-128.