



Universidade Atlântica
Escola Superior de Saúde Atlântica
9º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Acessibilidade aos cuidados de saúde das pessoas sem-abrigo no Centro de Lisboa

Elaborado por:

Andreia Cordeiro nº200992159

Tiago Fatia nº200992052

Barcarena, 14 Dezembro de 2012



Universidade Atlântica
Escola Superior de Saúde Atlântica
9º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Acessibilidade aos cuidados de saúde das pessoas sem-abrigo no Centro de Lisboa

Obtenção de Licenciatura em Enfermagem

Elaborado por:

Andreia Cordeiro nº200992159

Tiago Fatia nº200992052

Professora Orientadora: Madalena Bacelar

Barcarena, 14 Dezembro de 2012

Os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste relatório.

Uma longa jornada que nos deu a conhecer uma realidade tão dura que a sociedade tenta esquecer todos os dias.

Queremos acima de tudo agradecer a todas as pessoas sem-abrigo que aceitaram participar, deixando-nos entrar um pouco na sua realidade, no seu mundo.

Queremos ainda agradecer:

À Professora Madalena Bacelar pela orientação constante ao longo deste caminho que percorremos.

À Denise pela grande ajuda que nos deu, sempre com a sua visão crítica e construtiva, que sempre nos motivou mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao Rui por nos aturar horas a fio com as nossas crises existenciais.

À Mara e ao Pedro, os nossos companheiros de trabalho e também de convívio nesta dura jornada de investigação.

À Enf^a Teresa do gabinete de enfermagem dos Anjos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa pelo seu testemunho sobre a problemática dos sem-abrigo em Lisboa.

Ao Mestre António Fatia pelo apoio, pelas correcções e críticas, pela bibliografia infindável fornecida.

E às nossas famílias que com maior ou menor apoio estiveram lá sempre para ajudar.

Obrigado!

Resumo

Introdução: Em tempos de crise económica o número de sem-abrigo tende a aumentar, sendo o principal factor causal o aumento do desemprego. Este grupo vulnerável da sociedade encontra, no seu dia-a-dia, dificuldades relacionadas com o seu estado de isolamento social, entre as quais se inclui o acesso aos cuidados de saúde. Os cuidados de saúde em Portugal são direccionados para a população residente, com documentação legal. O que acontecerá, neste caso, quando um sem-abrigo tenta recorrer aos serviços de saúde? Com isto em mente, pretendemos conhecer que acessibilidade aos cuidados de saúde têm as pessoas sem-abrigo no centro de Lisboa.

Material e Métodos: O presente estudo qualitativo foi realizado com base em sete entrevistas semi-estruturadas audiogravadas a sem-abrigos do centro da cidade Lisboa. Foram questionados relativamente à importância que dão à saúde; a frequência com que recorrem a cuidados de saúde e quais as barreiras encontradas. O tratamento dos dados seguiu o método de tratamento e análise de dados de Bardin.

Resultados Obtidos e Conclusão: As sete pessoas sem-abrigo entrevistadas referiram que a saúde não é uma prioridade no seu dia-a-dia. Afirmaram que os cuidados de saúde são um recurso de última instância, ao qual só acedem em situações que coloquem a sua vida em risco. Os sem-abrigo entrevistados afirmaram que existe muita burocracia, sendo essa a principal barreira sentida. Desta forma, seria importante desenvolver uma interligação entre as várias instituições que prestam cuidados aos sem-abrigo, bem como facilitar e agilizar o seu acesso aos serviços. Contudo há que criar e aplicar estratégias de *empowerment* junto deste grupo, exponenciando a sua participação em diversas áreas da sociedade, entre elas a saúde. Durante o período de colheita de dados contactámos com um número considerável de sem-abrigos com patologia do foro psiquiátrico, bem como com patologia infecciosa, como a tuberculose. Sugere-se, portanto, como futura linha de investigação, o estudo da prevalência de doença mental e infecciosa nesta população, assim como novas formas de intervenção.

Palavras-Chave: Sem-Abrigo, Saúde Pública, Acessibilidade, Saúde, Enfermagem, Lisboa

Abstract

Introduction: In times of economic crisis the number of homeless is increasing, being the rise in unemployment the main causative factor. This vulnerable group of society finds quotidian adversities related to their state of social isolation, among which is the access to healthcare. Healthcare in Portugal is oriented to the resident population, with legal documentation. In this context, what happens when a homeless tries to resort to the healthcare services? With this in mind, it is our intention to understand what is downtown Lisbon's homeless people understanding of the accessibility to healthcare services.

Method: This qualitative study was based on seven semi-structured audio recorded interviews conducted with homeless people of downtown Lisbon. The homeless were asked about the importance they give to their health; the frequency with which they resort to healthcare assistance and the barriers encountered. We used the Bardin method to analyze and process the collected data.

Results and Conclusion: The seven homeless people interviewed reported that health is not a priority throughout their day-to-day life. They alleged that the healthcare services are a last resort, used only in case of life-threatening situations. The homeless interviewed claimed that excessive bureaucracy is the main barrier to assistance. Thus, it would be important to develop an interconnection among the various institutions that provide care to the homeless, as well as to facilitate and expedite their access to services. Nevertheless it is important to create and apply empowerment strategies among this group, increasing their participation in various aspects of society, including health. During the period of data collection we contacted with a sizable number of homeless with psychiatric pathology, as well as with infectious disease, such as tuberculosis. Therefore we suggest future lines of investigation on the prevalence of mental and infectious disease in this population, along with new forms of action.

Keywords: Homeless, Public Health, Accessibility, Health, Nursing, Lisbon

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introdução | 1 |
| 2. Enquadramento Teórico..... | 4 |
| 2.1 O Sem-Abrigo | 4 |
| 2.2 O Enfermeiro e o Cuidar aos Sem- Abrigo..... | 7 |
| 2.3 A Relação de Ajuda | 9 |
| 3. Decisões Metodológicas | 10 |
| 3.1 Problema e Questão de Investigação..... | 10 |
| 3.2 Paradigma e Tipo de Estudo | 11 |
| 3.3 População e Amostra..... | 13 |
| 3.4 Colheita de Dados | 14 |
| 3.5 Tratamento e Análise de Dados | 15 |
| 3.6 Considerações Éticas..... | 19 |
| 3.7 Caracterização da amostra..... | 21 |
| 3.8 Análise Categorical..... | 22 |
| 4. Análise e Discussão das Categorias Convergentes das Entrevistas..... | 24 |
| 4.1 Prioridades do dia-a-dia | 24 |
| 4.2 Conhecimento dos Recursos disponíveis a que tem acesso | 27 |
| 4.3 Motivo porque recorre aos cuidados de saúde | 30 |
| 4.4 Qualidades dos Serviços Acedidos | 33 |

| | |
|--|----|
| 4.5 Barreiras Intrínsecas..... | 36 |
| 4.6 Barreiras Extrínsecas..... | 40 |
| 5. Discussão | 45 |
| 6. Novas Linhas de Investigação | 47 |
| 7. Limitações do estudo | 48 |
| 8. Conclusão..... | 49 |
| 9. Bibliografia | 51 |
| Apêndices..... | 54 |
| Apêndice I – Cronograma..... | 55 |
| Apêndice II – Carta Explicativa..... | 56 |
| Apêndice III – Consentimento Informado | 59 |
| Apêndice IV – Transcrições e Entrevistas | 61 |
| Apêndice V – Categorização das Entrevistas | 70 |

Índice de Quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Raciocínio indutivo segundo Vala (1986) na análise de conteúdo.. | 17 |
| Quadro 2 - Caracterização da amostra..... | 21 |
| Quadro 3 - Descrição numérica das categorias, unidades de contexto e unidades de registo | 23 |
| Quadro 4 - Prioridades do dia-a-dia..... | 24 |
| Quadro 5 - Conhecimento dos recursos disponíveis em que tem acesso..... | 27 |
| Quadro 6 - Motivos para o acesso aos cuidados de saúde.. | 30 |
| Quadro 7 - Qualidades dos Serviços Acedidos..... | 33 |
| Quadro 8 - Barreiras Intrínsecas..... | 36 |
| Quadro 9 - Barreiras Extrínsecas..... | 39 |

Lista de Siglas e Abreviaturas

- **FEANTSA** – *Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri* – Federação Europeia de Organizações Nacionais que trabalham com os Sem-Abrigo
- **ISS** – Instituto de Segurança Social
- **LNEC** – Laboratório Nacional de Engenharia Civil
- **SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- **OE** – Ordem dos Enfermeiros
- **ONG** – Organizações Não-Governamentais
- **ONU** – Organização das Nações Unidas

1. Introdução

O presente trabalho de investigação insere-se no plano curricular do 4º ano do 9º Curso de Licenciatura em Enfermagem e tem como finalidade a realização da monografia de fim de curso.

O tema por nos escolhido foi “Acessibilidade aos cuidados de saúde das pessoas sem-abrigo do centro de Lisboa”, sendo que nos focamos na experiência vivida pelos sem-abrigo.

Muitas vezes, enquanto caminhamos pelas ruas da nossa cidade, deparamo-nos com pessoas designadas de Sem- Abrigo, e ignoramo-las, sentindo pena e impotência.

Vivendo “tempos de crise” somos confrontados, diariamente, com o crescente número de desempregados e de famílias endividadas, sendo de esperar um aumento exponencial do número de pessoas sem um tecto para dormir. Por isto, torna-se oportuno estudar a forma como, o sistema de saúde e as populações, se adaptam a esta difícil realidade de emergência social.

Ao enfrentar esta realidade, como futuros profissionais de saúde, reflectimos e questionamo-nos de como seria a vida destas pessoas antes de viverem na rua.

Também não podemos deixar de nos interrogar acerca da sua acessibilidade aos cuidados de saúde e de como seria a nossa experiência enquanto cuidadores desta população.

Considerando que a enfermagem é a arte do cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidar do ser humano individualmente, em família ou em comunidade, de modo integral e holístico, questionámo-nos sobre como a enfermagem pode actuar relativamente a estas pessoas, habitualmente marginalizadas e esquecidas pela sociedade.

A Enfermagem tem, entre as suas metas, a preocupação de realizar ou evitar as alterações biofísicas e psicossociais das pessoas. Fenómenos, como a exclusão social,

levam a que a população excluída, perca parte, ou a totalidade, do conhecimento acerca dos direitos que têm como pessoa única e individual.

Os cuidados de saúde, são necessários para o desenvolvimento de um país, pois, são estes cuidados que proporcionam bem-estar aos indivíduos e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Tomamos então como questão de investigação “Que acessibilidade aos cuidados de saúde têm as pessoas sem-abrigo no centro Lisboa?”

A partir da nossa pergunta de partida, definimos como objectivo geral deste trabalho o seguinte:

- Descrever as principais barreiras sentidas pelo sem-abrigo do centro de Lisboa no acesso aos cuidados de saúde.

E como objectivos específicos:

- Perceber o grau de importância da saúde na vida de um sem-abrigo;
- Conhecer a utilização dos serviços de saúde por parte dos sem-abrigo;
- Conhecer os motivos que levam o sem-abrigo a recorrer aos cuidados de saúde.

Com a intenção de atingirmos os objectivos propostos, recorreremos ao paradigma qualitativo, interpretando os resultados através de uma análise qualitativa de conteúdo segundo a perspectiva de Bardin.

O presente trabalho inicia-se com um breve enquadramento teórico. No seguimento serão apresentadas as decisões metodológicas deste trabalho de monografia; a interpretação e análise dos resultados e a respectiva discussão crítica. Serão também apresentadas novas linhas de investigação e as limitações deste estudo. Por fim, apresentamos as nossas conclusões e toda a bibliografia utilizada.

Em apêndice apresentamos o cronograma; a carta explicativa do estudo; o consentimento informado entregue antes da realização da entrevista; as transcrições das entrevistas dos sem-abrigo e por fim o quadro com o resumo da análise categorial segundo Bardin.

Este trabalho foi efectuado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da Universidade Atlântica, disponível em http://www.uatla.pt/repositorio/t_uatla, nas suas omissões será utilizado o livro *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares: Sugestões para Estruturação da Escrita* de Azevedo, de Azevedo, M.

2. Enquadramento Teórico

2.1 O Sem-Abrigo

O Instituto de Segurança Social (ISS) (2005, p.239), afirma que “uma maior falta de recursos [...] e condições de vida mais difíceis, estão frequentemente associadas a uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis, bem como um acesso, muitas vezes tardio, a cuidados primários de saúde e/ou a medicamentos”, por este facto torna-se relevante para a enfermagem investigar as barreiras que estas pessoas têm no acesso aos cuidados de saúde, a importância da existência de equipas multidisciplinares nas ruas e a interligação destas com o serviço nacional de saúde – SNS, aspectos que estiveram na base da escolha deste tema.

O termo sem-abrigo é um conceito nem sempre empregue da melhor forma, tipicamente este é classificado pela sociedade, como aquele marginal que vagueia pela rua, alcoolizado ou drogado, não tem habitação, pede ou rouba para comer, entre outras; será isto a real definição de um sem-abrigo? Segundo Bento e Barreto (2002, p.26), “a definição de sem-abrigo abrange um espectro de situações que têm em comum a falta de meios (pobreza) e dos laços comunitários (exclusão social) para aceder a um alojamento pessoal adequado”.

O sem-abrigo pode ser classificado de diversas formas, normalmente face ao tempo a que está na rua e o conseqüente grau de vulnerabilidade. Desta maneira os sem-abrigo foram classificados por Leanne Rivlin (1986), em quatro categorias e graus:

- **O crónico** – associado ao alcoolismo e à toxicodependência, que parte da sua vida é passada na rua, tem apenas dinheiro suficiente para uma “pensão barata”, pode manter uma rede de contactos sociais ou formar pequenas comunidades com pessoas na mesma situação;
- **O periódico** – que tem casa, mas que a deixa quando a pressão se torna intensa, conduzindo-o para um albergue ou mesmo para a rua, no entanto a casa mantém-se acessível quando as tensões acalmam (incluem-se aqui,

entre outros, os trabalhadores migrantes que partem à procura de trabalho sazonal ou mulheres que sofreram violência doméstica);

- **O temporário** – mais limitado no tempo que as outras formas, está numa situação de sem-abrigo devido a uma situação inesperada, mas a sua capacidade para ter e manter uma casa, mantém-se estável (situação motivada, por exemplo, por um desastre natural, desemprego súbito, doença grave, ou uma mudança de comunidade);
- **O total** – considerado o mais catastrófico de todos, traumatizado devido ao facto de não ter casa nem manter relação com a comunidade, pode pernoitar num albergue nocturno ou nas mediações de uma igreja, mas não tem casa e, muito embora as perspectivas futuras dependam de cada indivíduo, o problema da total devastação dos seus suportes sociais e físicos ameaça seriamente os seus poderes de recuperação.

Ainda relacionado com o conceito de sem-abrigo, Martins (2007, p.36), refere que “o conceito de “sem abrigo” utilizado em estudos recentes, parece acentuar e defender a questão da habitação como prioritária, “Habitação primeiro”. Segundo a maior parte dos autores sem a questão da habitação resolvida dificilmente poderemos intervir na alteração das restantes dimensões inerentes ao ser humano (sociais, psicológicas, económicas, entre outras)”. Desta forma, torna-se importante para a realização do nosso estudo termos um contacto com as ONG, de modo a perceber a forma como referenciam os casos e disponibilizam um tecto para estas pessoas porque, como foi referido acima, não é possível intervirmos de uma forma eficaz ao nível da saúde, se não dermos um ponto onde estas pessoas se fixem, para então lhes podermos dar um correcto seguimento nos cuidados de saúde.

Em Portugal a comunidade sem-abrigo tende cada vez mais a aumentar, amplificada entre outras coisas, pela crise económica a nível mundial. O desemprego, de acordo com ISS (2005), é o maior problema que conduz um indivíduo à situação de sem-abrigo, perde a sua casa, a sua identidade e vê-se numa nova experiência de vida, “ser

sem-abrigo implica mais do que um modo de viver é um modo de sobreviver, mesmo que para isso seja necessário enveredar por actividades menos lícitas” (ISS, 2005, p.15).

Servindo de mote para todas as nações a nível mundial, a ONU em 1948, através da declaração dos direitos do Homem, definiu no artigo 25º, alínea 1, “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar [...] a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, [...] à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários”, resumindo, todo e qualquer estado deve permitir o acesso a cuidados de saúde a toda e qualquer pessoa.

Em Portugal, o SNS foi criado com o intuito de prestar cuidados de saúde de excelência a todos os seus cidadãos, mas quando falamos da temática dos sem-abrigo surgem algumas dificuldades no acesso que estes têm aos cuidados de saúde, como refere Portugal e Fernandes (1993, p.73), “a organização dos cuidados de saúde em Portugal é baseada na população residente nas áreas dos serviços de saúde, sendo absolutamente necessário possuir um endereço para a utilização desses mesmos serviços [...]. No entanto, há habitantes que não tendo qualquer residência, dificilmente têm acesso aos serviços de saúde existentes”.

2.2 O Enfermeiro e o Cuidar aos Sem- Abrigo

Julgamos pertinente dentro do nosso tema abordar o cuidar de enfermagem e os sem-abrigo, visto ser uma população com grandes necessidades de cuidados de saúde.

O enfermeiro que trabalha junto destes grupos vulneráveis, neste caso os sem-abrigo, deve trabalhar em prol da construção de uma relação de confiança.

Esta relação de confiança deve ter como pilares também o “respeito, compaixão e preocupação” (Stanhope e Lancaster, 2011, p.787), esta relação de confiança é “essencial para o desenvolvimento de uma relação terapêutica com os indivíduos ... sem-abrigo” (Stanhope e Lancaster, 2011, p.787).

Esta relação de confiança é atingida pelo enfermeiro, pois tal como nos diz Watson (2002, p.64) “quem cuida tem como características mais abstractas, o facto de compreender os outros como seres únicos, compreender os seus sentimentos e distingui-los”, ainda Hesbeen (2000, p.37) diz-nos que o “cuidar ... é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”.

A relação terapêutica pode então estabelecer-se, aqui o enfermeiro estabelece uma “parceria ... com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde.” (OE, 2001, p.8).

Os cuidados de enfermagem prestados devem-se caracterizar “[...] pela subtilidade, pela espontaneidade, pela criatividade e pela intuição do que pela ciência e pela técnica”. (Hesbeen, 2000, p. 48)

O enfermeiro que trabalha directamente com os sem-abrigo deve prestar cuidados de enfermagem com um objectivo em mente, conforme nos diz a OE (2001, p.8) o foco dos cuidados de enfermagem deve ser “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a

máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.”

Ainda OE (2001, p.9) refere que “os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde prevendo-se ser vantajoso o assumir de um papel de *pivot* no contexto da equipa.”, isto acontece porque os cuidados de enfermagem “[...] são compostos de múltiplas acções que são sobretudo, [...] uma imensidão de pequenas coisas que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção” a quem é cuidado, “[...] ao longo de vinte e quatro horas do dia”. (Hesbeen, 2000, p. 47)

2.3 A Relação de Ajuda

Na prestação de cuidados, uma das competências do enfermeiro é estabelecer uma relação de ajuda profissional – cliente. Esta parceria estabelecida com o cliente caracteriza-se “no respeito pelas suas capacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.2).

Esta relação de ajuda é essencial pois a confiança gerada entre ambos permite que o sem-abrigo adira mais facilmente aos cuidados.

Esta relação de ajuda é um “encontro de duas pessoas” ((Manoukian & Massebeuf. 1995, citado por Phaneuf, 2005, p. 322), que se caracteriza por “uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e apoio de que a pessoa tem necessidade, no decurso de uma prova” (Phaneuf, 2005, p.324).

Quando o enfermeiro tem como cliente a pessoa sem-abrigo, a tarefa de criar e manter uma relação de ajuda é dificultada pois para o sem-abrigo, “as relações tendem a ser inconstantes, superficiais e passageiras, numa combinação paradoxal entre uma sociabilidade fácil, isolamento e desconfiança” (Barreto, 2000, p.56).

Nesta relação de ajuda, há contudo que garantir que o enfermeiro não seja encarado como o salvador para o problema do sem-abrigo, pois o sem-abrigo “é o único detentor dos recursos básicos para o resolver” (Lazure, 1994, p.13). O papel do enfermeiro nesta relação é “oferecer ao cliente, sem os impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema” (Lazure, 1994, p.13), o enfermeiro “assiste o cliente, orienta-o faculta-lhe cada uma das etapas do processo de resolução do problema chamado *empowerment*.

O contacto do enfermeiro com a realidade das pessoas sem-abrigo implica um enorme crescimento pessoal e empenho em busca de soluções que permitam “satisfazer as ... necessidades básicas” (Lazure, 1994, p.14) do sem-abrigo.

3. Decisões Metodológicas

3.1 Problema e Questão de Investigação

O nosso país atravessa nestes últimos anos uma grave crise económica, esta gerou um efeito de “bola de neve”, tornando-se entre outras coisas também numa crise social.

Todos os dias nos noticiários ouvimos falar de desemprego, famílias inteiras sem dinheiro para se alimentar, casas penhoradas pelos bancos, um acumular de situações que leva a que muitas pessoas acabem na rua, sem um tecto para se abrigar.

Esta comunidade tende cada vez mais a aumentar com a situação actual do país, quais serão as suas carências em termos de saúde? Será que existem barreiras que afastem estas pessoas dos cuidados de saúde? Será a vergonha pela sua situação de sem-abrigo?

Este estudo pretende preencher uma lacuna em estudos relacionados com o acesso aos cuidados de saúde por parte dos sem-abrigo. Foram consultados estudos realizados no âmbito dos cuidados de enfermagem ao sem-abrigo, abordam a perspectiva do enfermeiro prestador de cuidados ao sem-abrigo, os mesmos apresentam como sugestão de estudo perceber a perspectiva do sem-abrigo (Abreu, 2005).

Segundo ISS (2005, p.15), “ainda que se conclua, que a grande maioria dos sem tecto recorra aos serviços públicos de saúde, existem ainda situações de indivíduos, em grande debilidade física e mental, por vezes, até mesmo, em estados terminais, a viverem na rua e sem qualquer mecanismos de assistência médica”. Deste modo, demonstramos a relevância que a enfermagem assume no cuidar a estes indivíduos, desde logo a importância das ONG que no terreno são fundamentais na prestação de cuidados de primeira linha e referência dos casos e por outro lado, a importância do cruzar de informação com o SNS e Instituto de Segurança Social – ISS para o seguimento destes casos sociais.

3.2 Paradigma e Tipo de Estudo

Com o intuito de atingir os objectivos, recorre-se ao paradigma qualitativo, que assenta numa visão naturalista. Neste paradigma “o investigador escolhe um fenómeno, estuda-o em profundidade no seu conjunto, reúne e liga várias ideias entre si, a fim de construir uma nova realidade que tem sentido para os indivíduos que vivem o fenómeno em estudo” (Fortin, 2009, p.31).

O paradigma qualitativo é trabalhado pelo investigador através de técnicas em que utilizam uma abordagem da realidade interpretativa e naturalista para compreender e estudar os fenómenos nos seus locais de origem, procurando dar sentido e interpretar o significado que as outras pessoas dão.

O paradigma qualitativo é definido por algumas características (Carmo, 1998, p.179):

- Indutiva: São desenvolvidos conceitos para se chegar à compreensão do fenómeno a partir de padrões provenientes da recolha de dados.
- Holística: Os investigadores têm em conta a “realidade global”. Os entrevistados, as situações, toda a envolvente são vistos como um todo, não são reduzidos a simples variáveis. Os actos e as palavras só podem ser compreendidos quando inseridos no seu contexto.
- Naturalista: Os investigadores interagem de forma “natural” junto dos sujeitos, inserem-se para estudar o fenómeno na sua forma “natural”, tentando minimizar algum efeito/controlar sobre os sujeitos de investigação.

Este estudo é descritivo exploratório pois acaba por ser uma área pouco estudada e com pouca bibliografia de suporte.

O papel do investigador segundo Fortin (1999) consiste em aproximar-se do fenómeno em estudo, descrevê-lo na palavra dos participantes na investigação, explanando e comunicando os resultados da forma mais fiel possível. Ao investigador cabe descrever

os fenómenos como são percebidos, sem ideias preconcebidas e sem juízos de valor, que no entender de Carmo (1998, p.180) *a investigação qualitativa é descritiva*.

Os investigadores devem então utilizar os dados recolhidos em campo, respeitando a forma segundo a qual foram registados e transcritos.

Trata-se, de acordo com Ribeiro, (1999, p.25), por “observar o que acontece na natureza sem manipulação de variáveis: estamos a explorar a realidade”. O tipo de estudo descritivo, de acordo com Aday, citado por Ribeiro (1999, p.25) é utilizado porque “não se pretende explicar porque é que ocorrem determinados fenómenos. O investigador somente apresenta o que encontrou”. Neste aspecto, também nos refere Carmo (1998, p.180) que “a descrição deve ser rigorosa e resultar directamente dos dados recolhidos”.

3.3 População e Amostra

Define-se por população o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição (Carmo, 1998, p.191), no nosso caso a população serão os sem-abrigo de Lisboa.

Seria de todo impossível quer temporalmente quer logisticamente aceder a toda a comunidade sem-abrigo lisboeta, assim a população alvo deste estudo é a comunidade sem-abrigo do centro da cidade de Lisboa, mais propriamente, das freguesias da Penha de França e de S. José.

A dimensão da amostra será de sete sem-abrigos numa amostra não-probabilística. O tipo de amostra utilizada será a “amostra acidental” (Fortin, 2009, p.299). Este tipo de amostra acidental “é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos ... permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo” (Fortin, 2009, 321).

A escolha deste tipo de amostra, prende-se com o facto da comunidade sem-abrigo não estar toda acessível, não ter morada fixa nem um contacto disponível, seja ele telefónico ou por correspondência e a abordagem para uma entrevista não ser sempre bem recebida.

Dado o número de participantes e o tipo de amostra, os dados por nós obtidos não são representativos da população (Fortin, 2009, p.321).

Assim sobre esta população aplicamos os seguintes critérios de elegibilidade:

- Sem-abrigo total
 - Na rua há pelo menos 2 anos
- Não residente em qualquer abrigo nocturno
- Que fale português
- Que aceite participar no estudo.

3.4 Colheita de Dados

Para a colheita de dados, decidimos usar a entrevista semi-estruturada. A escolha da entrevista semi-estruturada está relacionada com a procura em “introduzir certos temas do guião e ficar, ao mesmo tempo, aberto ao modo de o entrevistado discorrer esses temas, ou outros importantes para ele” (Flick, 2005, p.94).

Como já foi referido acima ser uma entrevista semi-estruturada, ajuda o entrevistador/entrevistado a ter um guia mais “apertado”, evitando falhar metas de investigação e a incerteza de uma entrevista aberta e indefinida.

Flick (2005,p.95) diz-nos que “quando o objectivo da colecta de dados são as afirmações concretas sobre um assunto, o meio mais eficiente é a entrevista semi-estruturada”.

O nosso guião para a entrevista é apresentado abaixo:

- Qual a importância/prioridade que dá à sua saúde?
- Recorre com frequência a serviços de saúde? Quais? Quando?
- Sente alguma dificuldade, alguma barreira no acesso aos cuidados de saúde?

3.5 Tratamento e Análise de Dados

O tratamento dos dados recolhidos por entrevista implica a utilização da técnica de análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (1997, p.38) “é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1992, p.224-225), na investigação social a análise de conteúdo “oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade”.

Para Flick (2005, p.179) a interpretação dos dados “é o cerne da investigação qualitativa – embora a sua importância varie, consoante as diversas perspectivas”. A interpretação dos dados segundo o mesmo autor visa dois objectivos opostos: “um é revelar, desvendar ou contextualizar as afirmações feitas no texto, o que conduz normalmente à ampliação do material [...] o outro visa reduzir o material textual, parafraseando-o, resumindo-o ou categorizando-o” (Flick, p. 179-180).

Vala (1986), refere-nos que a análise de conteúdo não visa unicamente descrever. Ela possibilita inferência, e citando Bardin (1997, p. 103-104), diz que “é a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação”. Ainda segundo o mesmo autor, a análise de conteúdo não é um método, mas sim uma técnica de tratamento de informação.

Para orientar a pesquisa e de acordo com Vala (1986, p.108-109), optámos pelo seguinte tipo de operações:

- “Delimitação dos objectivos e definição de um quadro referencial teórico orientador da pesquisa”;
- “Constituição de um corpus”;
- “Definição de categorias”;
- “Definição de unidades de análise”;

- “A quantificação”.

Inicia-se, então, um processo de codificação das entrevistas em unidades de análise que de acordo com Vala (1986) são: unidades de registo, unidades de contexto e unidades de enumeração.

Uma unidade de registo é um determinado segmento do conteúdo que ao ser caracterizado vai ser colocado numa dada categoria segundo nos refere Vala (1986). Para Bardin (1997, p.104), unidade de registo é “o segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”. A complexidade da linguagem pode dificultar o fraccionamento, sem ser necessário por vezes, alargar a unidade de registo e a sua contextualização.

É importante escutar atentamente o que é dito pelos participantes nas entrevistas de forma a retirar os seus significados. Também é muito importante a classificação de todos os elementos críticos ou essências da experiência vivida pelos participantes de modo a que possam ser descritas detalhadamente.

Bardin (1997) refere que o tipo de análise é definido por algumas regras, para que as categorias de fragmentação da comunicação possam validar a análise. Deste modo as categorias para a análise deverão ser:

- “Homogéneas – não misturar A com B”;
- “Exaustivas – esgotar a totalidade do texto”;
- “Exclusivas – um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado aleatoriamente em duas categorias diferentes”;
- “Objectivas – codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais”;
- “Adequadas ou pertinentes: isto é, adaptadas ao conteúdo e ao objectivo”.

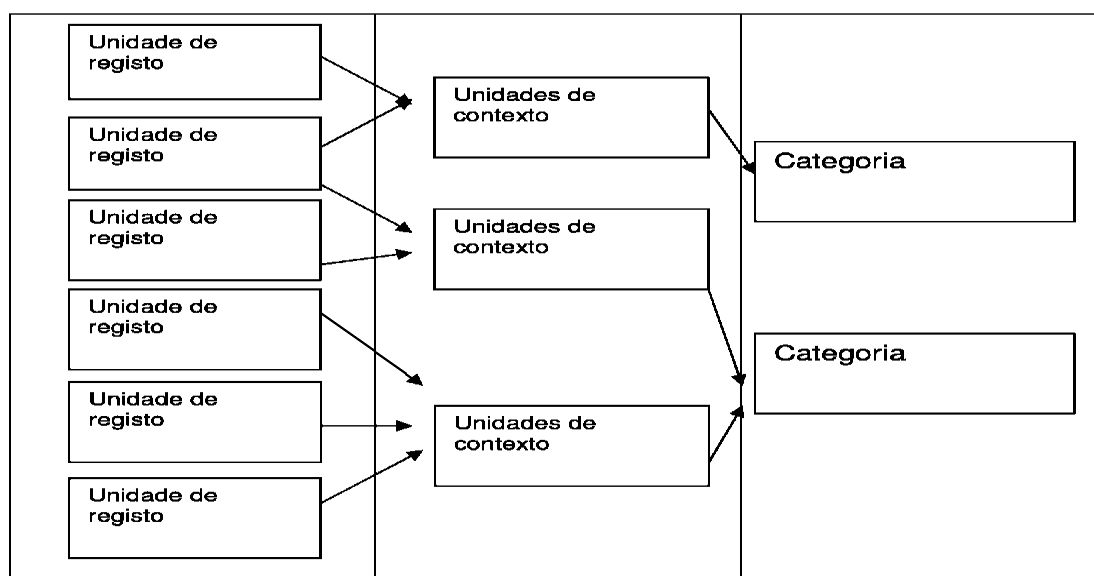
Após a fragmentação dos textos em categorias, a análise é seguida pela delimitação de unidades de codificação ou unidades de registo. É através destas unidades de registo que

é possível tirar partido do tratamento das mensagens que são manipuladas, de forma a deduzir de uma forma lógica os conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou ainda sobre o seu meio. (Bardin, 1997)

Vala (1986, p.105) define unidade de contexto como a “unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às das unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta de cada unidade de registo”.

Para Vala (1986) a unidade de contexto é um segmento mais largo do conteúdo que o investigador analisa ao caracterizar uma unidade e registo.

Para se proceder à definição das categorias, de acordo com Vala (1986) elaborámos a seguinte quadro:



Quadro 1 – Raciocínio indutivo segundo Vala (1986) na análise de conteúdo.

Uma categoria de acordo com Vala (1986, p.111) é composta por “um termo chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e dos outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito”.

Refere Ribeiro (2007, p.68) citando Bowling, que a codificação dos dados é uma fase decisiva da investigação qualitativa, a codificação consiste na “colocação de secções dos dados em categorias desenvolvidas quer previamente quer durante o registo dos

dados”. Ainda segundo o mesmo autor, ao apresentar os dados por categorias o investigador está a “fazer análise de conteúdo, o processo consiste, basicamente nas seguintes fases: recolher os dados, rejudicá-los por temas ou categorias, analisar e apresentar os dados” (Ribeiro, 2007, p.68).

3.6 Considerações Éticas

A ética na investigação em enfermagem tem um papel de relevo, é essencial que sejam seguidos os princípios éticos conforme o código de ética. Tal como na prática clínica, em existe um código de ética, também devem ser aplicados esses princípios na investigação em enfermagem.

O “[...] código da ética define as regras essenciais a respeitar para realizar experimentações no ser humano, respeitando a sua dignidade”. (Fortin, 1999, p.114)

Segundo Fortin (1999, p.114), ética “[...] é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta [...] é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

O envolvimento numa pesquisa não deve colocar em causa a dignidade e o bem-estar dos participantes em causa. Devem ser dadas informações que dêem segurança ao participante que os dados colhidos serão protegidos.

O consentimento informado apresentado aos entrevistados no estudo continha informação sobre a natureza do estudo, uma alínea que explicava, que o participante tinha total liberdade para abandonar o estudo a qualquer momento e as consequências da participação no estudo, era ainda permitido esclarecer toda e qualquer dúvida do participante verbalmente. Tal como Fortin (2009, p.187) nos diz, “fornecer explicações verbais sobre os métodos, os riscos e os benefícios a fim de ajudar o participante a fazer a sua escolha.” Foram ainda fornecidos os contactos dos investigadores.

Sendo o nosso estudo direccionado para uma população vulnerável, os sem-abrigo, “o respeito pelo direito das pessoas ou dos grupos vulneráveis exige a ausência de qualquer mau tratamento ou de qualquer discriminação e uma atitude de beneficência da parte dos investigadores” (Fortin, 2009, p.87)

Deve ser assegurada a privacidade quer ao longo da colheita de dados e posteriormente, no decorrer do estudo, os dados devem ser colhidos, analisados e guardados de forma a que a privacidade dos entrevistados seja sempre mantida.

Este anonimato cria-se ao “separar a identidade dos indivíduos da informação que fornecem” (Moreira, 2007, p.148).

A confidencialidade neste estudo será assegurada através da atribuição de *nick names* (Moreira, 2007, p.148), das sete entrevistas realizadas, o nome dos entrevistados será E1, E2, consecutivamente.

3.7 Caracterização da amostra

Para este estudo elaboramos questões de modo a podermos caracterizar a nossa amostra:

- Qual a sua idade?
- Qual a sua nacionalidade?
- Há quantos anos vive na rua?
- Tem hábitos tabágicos, alcoólicos ou consome algum tipo de estupefaciente?

Os entrevistados, todos do género masculino, com idades entre os 28 e 81 anos, a média de idades é de 55 anos. São maioritariamente portugueses (seis no total), o tempo na rua varia entre 2 a 29 anos, sendo a média 8,6 anos.

Relativamente a hábitos nocivos: quatro afirmam consumir álcool, três relatam consumir tabaco e dois referem consumo de drogas ilícitas. Três negam qualquer hábito nocivo.

Dado o número de participantes e o tipo de amostra, os dados por nós obtidos não podem ser extrapolados para a população sem-abrigo do centro de Lisboa.

| | E (1) | E (2) | E (3) | E (4) | E (5) | E (6) | E (7) |
|------------------------|-----------------------|-------|-------|-------|---------|---|---|
| Idade (anos) | 60 | 81 | 57 | 55 | 28 | 45 | 59 |
| Tempo na Rua (anos) | 11 | 29 | 2 | 3 | 3 | 8 | 4 |
| Nacionalidade | PT | ES | PT | PT | PT/ USA | PT | PT |
| Hábitos Nocivos | Álcool e Tabaco | Nega | Nega | Nega | Álcool | Álcool, Tabaco e Drogas Ilícitas | Álcool, Tabaco e Drogas Ilícitas |

Quadro 2. Caracterização da amostra

3.8 Análise Categorical

A análise e discussão dos resultados foram elaboradas segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Num primeiro momento foram analisadas as entrevistas, de modo a podermos retirar o sentido do discurso e assim poder criar unidades de registo. Após esta leitura exaustiva, retiramos o significado destas várias unidades de registo e organizamo-las por unidades de contexto.

Tendo por base os nossos objectivos do estudo e os dados organizados já em unidades de contexto, agrupamo-las em categorias. Obtivemos então seis categorias distintas:

1. Prioridades do dia-a-dia
2. Conhecimento dos recursos disponíveis a que tem acesso
3. Motivo porque recorre aos cuidados de saúde
4. Qualidades dos servidos acedidos
5. Barreiras intrínsecas
6. Barreiras extrínsecas.

Pretendemos seguir uma linha de pensamento de fácil interpretação e leitura. Numa primeira fase torna-se importante conhecer quais as prioridades do dia-a-dia do sem-abrigo, perceber se existem rotinas e quais as principais necessidades básicas a serem supridas. Dentro destas prioridades tentaremos perceber o grau de importância dado pelos sem-abrigo relativamente à saúde.

Após conhecermos o grau de importância dado pelo sem-abrigo à sua condição de saúde, pretendemos então descobrir se os sem-abrigo do centro de Lisboa conhecem os recursos disponíveis a que têm acesso

No seguimento, serão relatados episódios que motivem o acesso a cuidados de saúde, quer sejam experiências anteriores, ou mesmo critérios pessoais para futuras deslocações a instituições de saúde.

Depois de ser explicado o grau de importância da saúde no dia-a-dia, de demonstrado o conhecimento dos recursos a que tem acesso, de relatados os motivos que levam a aceder aos cuidados, torna-se pertinente perceber as qualidades dos serviços acedidos pelos sem-abrigo, pois estas qualidades por eles relatadas poderão ser usadas futuramente como possíveis formas de aumentar a adesão à vigilância da sua saúde.

Por fim, serão exploradas as barreiras no acesso aos cuidados de saúde. Para uma maior facilidade na análise do problema, decidimos criar duas categorias distintas, as barreiras intrínsecas e as barreiras extrínsecas.

Como barreiras intrínsecas, tal como indica o nome, são barreiras que surgem da própria pessoa, intrinsecamente, ou seja, questões pessoais que impeçam uma vigilância de saúde mais regular. As barreiras extrínsecas serão então o oposto, barreiras criadas por uma entidade(s) externa(s) à pessoa que impeçam ou limitem o acesso aos cuidados de saúde.

A apresentação dos dados será feita através de quadros, organizados por categorias e unidades de contexto. Discutiremos individualmente cada unidade de contexto apresentando as respectivas unidades de registo. No apêndice V pode ser consultado um quadro onde são apresentadas todas as categorias, unidades de contexto e respectivas unidades de registo.

| Categorias | Unidades de Contexto | Unidades de Registo |
|------------|----------------------|---------------------|
| 6 | 26 | 66 |

Quadro 3. Descrição numérica das categorias, unidades de contexto e unidades de registo

4. Análise e Discussão das Categorias Convergentes das Entrevistas

4.1 Prioridades do dia-a-dia

Como podemos observar no quadro 3, na categoria prioridades do dia-a-dia foram identificadas quatro unidades de contexto.

| Unidade de Contexto | Unidades de Registo | Unidades de Enumeração |
|---------------------------|---|------------------------|
| Baixa vigilância da Saúde | E1 (1): “A minha saúde ... passo anos ... que não vou ao médico.” E3 (3): ”... eu quase não vou ao médico” E5 (1): “ ... não sou seguido em nenhum médico.” E5 (3): “Eu não...” E7 (5): “Não recorro... ” | 5 |
| Higiene | E4 (1): “A minha prioridade é ir tomar banho todos os dias aos balneários ... ” E7 (2): “ ... a minha preocupação é ir aos duches de manhã ... ” | 2 |
| Fonte de Rendimento | E5 (5): “O meu dia-a-dia é arrumar carros” | 1 |
| Álcool | E5 (6): “assim ganho ... para o vinho.” E6 (1): “O meu dia-a-dia é beber uns copos ... “ | 2 |

Quadro 4. Prioridades do dia-a-dia

Os sem-abrigo entrevistados referem algumas das suas prioridades no seu dia-a-dia. Uma das suas prioridades é a sua higiene, como referido por E4 “ A minha prioridade é

ir tomar banho todos os dias ao balneário...” ou E7 que nos diz também que “... a minha preocupação é ir aos duches de manhã...”. Esta acaba por ser uma das actividades realizadas durante o período da manhã pelos sem-abrigo da população em estudo.

Outra das prioridades referidas pelos sem-abrigo é a realização de actividades que sirvam como uma fonte de rendimento, como a arrumação de carros, E5 diz-nos que “O meu dia-a-dia é arrumar carros...”, tal como nos refere, Fernandes (2006, p.120) “destituídos de quaisquer bens materiais, vivendo em situações limites de pobreza e de exclusão, a população sem-abrigo vê-se compelida a utilizar uma série de estratégias que garantam a sua sobrevivência”.

O dinheiro obtido através destas actividades acaba por ser utilizado “... para a compra de estupefacientes, sendo secundarizadas as outras necessidades, como a da alimentação” (Fernandes, 2006, p. 120), ou seja, este dinheiro obtido acaba por ser utilizado para financiar os seus hábitos nocivos, E5 “... assim ganho... para o vinho”.

Mantendo-nos na mesma linha de pensamento, um dos maiores problemas nesta população em estudo é o consumo de álcool, “a associação entre a situação de sem-abrigo e ... o alcoolismo confundem-se causa e efeito. Se, por um lado, a toxicod dependência e o alcoolismo podem conduzir a problemas..., arrastando o individuo para um isolamento cada vez maior, por outro, a permanência na rua pode levar ao consumo de drogas e álcool” (Pereira *et al*, 2000, p. 8). Como podemos observar na nossa amostra, quatro afirmam consumir álcool: E5 refere que “assim ganho ... para o vinho.” e E6 explica que “O meu dia-a-dia é beber uns copos ...”.

Existem outras prioridades conhecidas, que não foram referidas pelos nossos entrevistados, Martins (2007, p. 94) refere além da higiene, o acesso a roupas, a um abrigo e acima de tudo a alimentação.

Tanto no estudo acima referido, como nos resultados por nós obtidos, podemos afirmar que a vigilância de saúde não é de todo uma das prioridades do dia-a-dia dos sem-abrigo. Dos sete entrevistados, cinco afirmam manter uma baixa vigilância da saúde, E1

diz-nos que “A minha saúde ... passo anos ... que não vou ao médico.”, e E3 afirma que “... eu quase não vou ao médico”. Esta desconexão com a saúde prende-se com a importância que outras actividades, por eles desenvolvidas, assumem face à sua sobrevivência na rua. “O quotidiano ... é marcado por rotinas, por horas de levantar e deitar, pelos locais públicos a percorrer, pelo recurso às instituições, pelas necessidades de consumo de estupefacientes” (Fernandes, 2006 p. 155), ou seja, o dia-a-dia dos sem-abrigo é uma rotina de “hábitos e ritmos concretos” (Fernandes, 2006 p. 114) que ronda em volta das suas prioridades, tendo em conta os resultados obtidos com as entrevistas, podemos afirmar que a saúde está fora desta rotina, não é uma prioridade para os sem-abrigo entrevistados.

4.2 Conhecimento dos Recursos disponíveis a que tem acesso

Os sem-abrigo do centro de Lisboa têm ao seu dispor vários recursos a que podem recorrer sempre que necessário. Previamente constata-mos que a saúde não é uma prioridade do dia-a-dia do sem-abrigo, percebemos ainda que o acesso aos cuidados de saúde é delegado para última instância. Surgiu então a questão: conhecerão os sem-abrigo os recursos disponíveis a que têm acesso?

| Unidades de Contexto | Unidades de Registo | Unidades de Enumeração |
|--|--|------------------------|
| Médicos do Mundo | E1 (2): “Costumo ir ... aos Médicos do Mundo ...” E4 (13): “Andam por aí também umas equipas de rua, acho que se chamam os Médicos do Mundo” E7 (6): “... sei que posso ir ali acima à carrinha dos Médicos do Mundo às quartas à noite ...” | 3 |
| Santa Casa da Misericórdia – Centro dos Anjos | E4 (6): “ ... no centro dos Anjos também têm uma médica para alguma situação de maior gravidade também posso ir lá.” | 1 |
| Centro de Saúde | E6 (3): “vou aqui às consultas ao centro de Saúde da Penha.” | 1 |
| Hospital | E4 (3): “... em último caso vamos a S. José...” E6 (4): “... esta consulta ... em Sta. Marta...” | 2 |

Quadro 5. Conhecimento dos recursos disponíveis em que tem acesso

Ao longo das entrevistas podemos verificar que o sem-abrigo conhece os recursos a que tem acesso ao nível da saúde no centro de Lisboa. Foram mencionados os serviços prestados por: Médicos do Mundo, gabinete de médico/enfermagem da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Centro dos Anjos), centros de saúde e hospitais.

Os Médicos do mundo são uma organização Não- Governamental de ajuda humanitária e de cooperação para o desenvolvimento. O seu pilar de acção é a prestação de cuidados globais de saúde, fazendo chegar aos mais desprotegidos um conceito alargado de saúde. O seu lema é “Lutamos contra todas as doenças, até mesmo a injustiça...” (Médicos do Mundo, 2001).

Esta ONG tem um programa de apoio á população excluída em Lisboa, entre a população alvo, estão os sem-abrigo. Este programa desenvolve diversas actividades, entre elas a prestação de cuidados primários de saúde e o encaminhamento para as estruturas de referência da área da saúde e social (Médicos do Mundo, 2001).

A assistência dos Médicos do Mundo é referida por diversos dos entrevistados, E1 que afirma que “Costumo ir ... aos Médicos do Mundo”, outro dos sem-abrigo (E4) diz ainda conhecer “umas equipas de rua” que acha “que se chama os Médicos do Mundo”, por fim E7 afirma conhecer e recorrer aos médicos do Mundo: “... sei que posso ir ali acima à carrinha dos Médicos do Mundo às quartas à noite ...”. Segundo Bento e Barreto (2002, p. 237), “os sem-abrigo acorrem pouco aos serviços, ou têm relações difíceis com estes... é assim que se torna indispensável a existência de equipas de rua, como a maneira mais adequada de chegar até aos doentes que vivem na rua”.

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa nos Anjos tem também um gabinete médico e de enfermagem que é referido por E4 “... no centro dos Anjos também têm uma médica para alguma situação de maior gravidade, também posso ir lá.”

Outro dos serviços referidos são os centros de saúde e hospitais, serviços pertencentes ao SNS. E6 diz que “vou aqui às consultas ao centro de Saúde da Penha”, já E4 refere que “... em último caso vamos a S. José...”.

Assim podemos verificar que os sem-abrigo entrevistados conhecem os cuidados de saúde disponíveis, portanto o desconhecimento dos recursos disponíveis não poderá ser apontado como uma dificuldade que os sem-abrigo sentem.

4.3 Motivo porque recorre aos cuidados de saúde

Como observamos acima, a vigilância da saúde não é uma prioridade da rotina destes sem-abrigo, portanto torna-se importante conhecer os motivos que os levam a recorrer aos cuidados de saúde.

| Unidades de Contexto | Unidades De Registo | Unidades de Enumeração |
|---------------------------|--|------------------------|
| Traumatismo | E1 (5): “a única coisa que vou lá é por causa desta perna ... tive um acidente ...” | 1 |
| Acesso à Medicação | E1 (6): “Vou ... aos Médicos do Mundo, lá dão-me os comprimidos e evito estar a comprar.” E3 (2): “Lá os vou conseguindo comprar com o meu rendimento pequeno, mas às vezes não consigo.” E7 (8): “ ... dão-nos os comprimidos quando precisamos.” | 3 |
| Último Recurso | E3 (4): ” ... só em último recurso.” E4 (9): “O recorrer aos cuidados é só mesmo em último caso...” E5 (4): “Só vou se for esfaqueado, se levar um tiro | 3 |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| | e se estiver à beira da morte. De resto não preciso ... “ | |
| Envelhecimento | E4 (7): “ ... geralmente quem vai mais é aquela gente mais velhota ... “ | 1 |
| Comportamentos Aditivos | E4 (8): “... geralmente quem vai mais é aquela gente ... com problemas de droga ...“ | 1 |
| Doença Aguda | E1 (4): “a única coisa que vou lá é por causa desta perna, tenho ferros ... e às vezes dói-me ...” E6 (2): “ ... eu vim do hospital ... com uma broncopneumonia mal curada.” E7 (3): “sentia uma falta de ar muito grande, fiquei internado três semanas ...” | 3 |

Quadro 6. Motivos para o acesso aos cuidados de saúde.

No quadro 4 podemos observar que um dos motivos para o acesso aos cuidados de saúde são os traumatismos.

E1 diz-nos que “a única coisa que vou lá é por causa desta perna ... tive um acidente ...”, esta situação deve-se ao facto de o traumatismo por em causa a sobrevivência do sem-abrigo na rua. O sem-abrigo encontra-se normalmente em situação de isolamento, dependendo da sua autonomia pessoal para sobreviver na rua. Se o sem-abrigo sofre um acidente que coloque em causa esta sua autonomia, como por exemplo na situação de traumatismo acima referido, o mesmo necessita de recorrer aos serviços de saúde para a recuperar rapidamente, para não comprometer o acesso a todas as outras necessidades

básicas. Neste caso, o facto de não poder deambular, impede o sem-abrigo de chegar aos diversos pontos onde poderia satisfazer as suas necessidades como a alimentação, a higiene e a manutenção do abrigo.

Outra dos motivos é a facilidade do acesso à medicação, E1 e E7 dizem-nos que um dos motivos para o acesso aos cuidados de saúde, neste caso, a unidades móveis (Médicos do Mundo) prende-se com o fornecimento gratuito da medicação necessária. Pois uma das dificuldades do sem-abrigo quando se dirige a uma instituição é comprar a medicação prescrita pelo médico, E3 refere que “Lá os vou conseguindo comprar com o meu rendimento pequeno, mas às vezes não consigo”, assim alguns sem-abrigo colmatam esta dificuldade acedendo aos serviços desta unidades móveis.

A doença aguda também é outro dos motivos para o acesso à saúde, E1 diz-nos que “a única coisa que vou lá é por causa desta perna, tenho ferros ... e às vezes dói-me ...”, ou seja, existe um necessidade de continuar os cuidados para evitar a dor por ele sentida, de forma a que esta não limite as suas rotinas diárias. E7 fala-nos de um episódio em que “sentia uma falta de ar muito grande, fiquei internado três semanas ...”, neste caso o individuo perdeu a autonomia tendo de recorrer aos cuidados de saúde.

Outros motivos de acesso aos cuidados de saúde são, o consumo de droga e o envelhecimento, E4 “ ... geralmente quem vai mais é aquela gente mais velhota ou com problemas de droga”.

Como podemos constatar a saúde não é de todo uma prioridade para os sem-abrigo em estudo. O acesso aos cuidados de saúde é feito em último recurso, em casos por norma graves, que ponham em risco a sua sobrevivência na rua. A fundamentar esta ideia E4 diz-nos que “O recorrer aos cuidados é só mesmo em último caso...” e E5 complementa dando exemplos, “Só vou se for esfaqueado, se levar um tiro e se estiver à beira da morte. De resto não preciso ... “.

4.4 Qualidades dos Serviços Acedidos

Depois de estudarmos o motivo pelo qual acedem aos cuidados de saúde, pretendemos agora perceber quais as qualidades dos serviços acedidos apontadas pelos sem-abrigo.

| Unidades de Contexto | Unidades de Registo | Unidades de Enumeração |
|--|---|------------------------|
| <p>Compreensão da Situação de Sem-Abrigo</p> | <p>E1 (3): “... Médicos do Mundo, eles dão-nos o que a gente precisa.”</p> <p>E7 (7): “... fui lá uma vez e também fui bem tratado, eles conhecem-nos e sabem o que a gente precisa”</p> <p>E7 (12): “Prefiro ir às carrinhas, eles sabem e entendem-nos.”</p> | <p>3</p> |
| <p>Bom Atendimento dos profissionais de Saúde</p> | <p>E2 (8): “Fui muito bem atendido ...”</p> <p>E2 (9): “ ... dava-me bem com os médicos e com os enfermeiros ... “</p> <p>E5 (8): “Não me sinto discriminado num hospital pelos médicos“</p> <p>E6 (9): “... eu até já tive os melhores médicos lá no S. José.”</p> <p>E7 (4): “... comi mesmo muito bem, já não era tratado assim há muito tempo.”</p> | <p>7</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | E7 (9): “Não sinto, aliás quando fui internado fui muito bem tratado” E7 (10): “As pessoas são muito simpáticas e tratam-nos muito bem.” | |
|--|---|--|

Quadro 7. Qualidades dos Serviços Acedidos

As qualidades referidas pelos sem-abrigo englobam-se em dois grupos: a compreensão da situação de sem-abrigo e o bom atendimento dos profissionais de saúde.

A compreensão da situação de sem-abrigo, é uma das qualidades referidas por E1 “... Médicos do Mundo, eles dão-nos o que a gente precisa” e também por E7 “... fui lá uma vez e também fui bem tratado, eles conhecem-nos e sabem o que a gente precisa”.

Estas equipas estão direccionadas para os problemas específicos desta população, como Bento e Barreto (2002, p. 111) referem “ o primeiro objectivo deve ser o estabelecimento de uma relação pessoal e de confiança com a pessoa sem-abrigo. Este é o primeiro e fundamental lanço de escada que pode permitir que os outros degraus possam ser percorridos”. Estas equipas conseguem integrar-se pois o seu trabalho “... traduz uma atitude activa de ir ao encontro destas pessoas e procura proporcionar-lhes algum tipo de experiência «de ligação»” (Bento e Barreto, 2002, p. 111), isto observa-se nas palavras do entrevistado E7 “prefiro ir às carrinhas, eles sabem e entendem-nos.” Para o sem-abrigo “ sentir que pode recorrer a um técnico ou serviço em caso de aflição... pode constituir uma diferença que faz diferença” (Bento e Barreto, 2002, p. 111), daí a importância destas equipas.

Outra das áreas mencionada foi o bom atendimento dos profissionais de saúde, como nos diz E2 “ ... dava-me bem com os médicos e com os enfermeiros ... “, E6 refere que “... eu até já tive os melhores médicos lá no S. José” e E7 afirma que “as pessoas são muito simpáticas e tratam-nos muito bem.”

Segundo Bento e Barreto (2002, p. 111) “a capacidade de escuta, uma atitude de interesse, mas também de respeito pelo sem-abrigo podem criar as bases para que uma relação pessoal... se estabeleça entre técnicos e sem-abrigo”.

Em suma, dos sem-abrigo entrevistados podemos afirmar que o sem-abrigo gosta de ser bem atendido e de ser entendido. Como podemos observar o sem-abrigo refere ser bem atendido nos serviços de saúde pelos profissionais, pelo que não poderemos referenciar o mau atendimento como uma barreira sentida.

Contudo, alguns dos entrevistados mostram-nos a importância das equipas de rua, sentem-se percebidos por estes profissionais, pois “eles conhecem-nos e sabem o que a gente precisa” (E7).

4.5 Barreiras Intrínsecas

Depois de observarmos que a saúde não é uma prioridade dos sem-abrigo do estudo, decidimos perceber quais os motivos para o acesso aos cuidados de saúde. Podemos então perceber que esse acesso é feito em última instância. Torna-se agora importante compreender quais as barreiras intrínsecas, ou seja, questões pessoais que impeçam uma vigilância de saúde mais regular.

Os entrevistados referiam como barreiras intrínsecas, o medo, a resignação face à doença ou face à exclusão social, a recusa à assistência de socorro e por fim a desconfiança dos serviços de saúde.

| Unidades de Contexto | Unidades de Registo | Unidades de Enumeração |
|---------------------------------|---|------------------------|
| Medo | E2 (3): “Não pretendo arranjar problemas com ninguém...” E5 (7): “A dificuldade é mesmo o medo que eu sinto em não ser percebido.” | 2 |
| Resignação face à doença | E2 (5) “... acabei por desistir da minha vida ...prefiro morrer na rua. “ E3 (1): “Eu saúde tenho pouca. ... há alguns dias que nem me consigo levantar do banco por causa da coluna, mas tenho de me aguentar.” E7 (1): “Já me preocupei, mas agora não ligo nenhuma.” | 3 |

| | | |
|---|--|----------|
| <p>Resignação face à exclusão social</p> | <p>E2 (7): “ ... sou um bicho sabe.” E2 (11): “ ... já não quero saber, prefiro morrer aqui ... “</p> | <p>2</p> |
| <p>Recusa à assistência de Socorro</p> | <p>E2 (6): “Mesmo que venham buscar-me para me levar para o hospital, eu vou recusar qualquer assistência ...”</p> | <p>1</p> |

Quadro 8. Barreiras Intrínsecas

Alguns dos sem-abrigo entrevistados referiram medo de aceder aos cuidados de saúde, “não pretendo arranjar problemas com ninguém...” (E2) ou “...é mesmo o medo que eu sinto em não ser percebido” (E5). Estes dois sem-abrigo, referem não aceder para não arranjam problemas ou terem medo de não serem percebidos.

Estes sem-abrigo que ficam anos e anos na rua, por norma “«derrotaram» a esperança e o optimismo de muitos agentes sociais. Por isso, acabam por constituir uma ameaça à confiança da sociedade, das suas instituições e das pessoas que procuram ajudar” (Bento e Barreto, 2002, p. 113). As instituições têm já alguma relutância em investir nestes sem-abrigo, por sua vez, ao verem esta diminuição na confiança, leva a “desmoralização, corroendo a crença na integridade e na eficácia da comunidade” (Bento e Barreto, 2002, p. 113). Assim estes sem-abrigo protegem-se desta desconfiança dos serviços e dos técnicos, ficando “à espera de uma situação ideal que nunca existe”.

Ora esta espera pela “situação ideal que nunca existe”, leva-nos a uma nova barreira intrínseca, a resignação face à exclusão social.

O sem-abrigo são por norma “indivíduos isolados, emocionalmente divorciados da sua família, há muito fora da orbita familiar e em luta pela sobrevivência” (Bento e Barreto,

2002, p. 113), muitos deles caem num abismo, nunca conseguindo sair da rua. Muitos deles passam anos e anos na rua, já “derrotaram” a confiança e esperança de muitos técnicos e instituições, caindo em graves situações de exclusão. Muitas destas pessoas sem-abrigo ficam então resignadas face à sua situação de exclusão social, pois a desconfiança que se gera em torno delas, leva a que exista pouco investimento das instituições numa tentativa de apoio, por outro lado a espera do sem-abrigo pela “situação ideal que nunca existe”, cria um efeito bola de neve que se estende por longos períodos de tempo.

Um destes casos é referido por E2, o sem-abrigo do estudo com mais anos de rua (29 anos), neste caso denota-se uma desconfiança total nas instituições, o mesmo refere que “... sou um bicho sabe” e que portanto “... já não quero saber, prefiro morrer aqui ...”.

Nestes casos, a desconfiança nas instituições é tal que o sem-abrigo chega mesmo a por a vida em causa. O mesmo sem abrigo, E2, diz-nos que “mesmo que venham buscar-me para me levar para o hospital, eu vou recusar qualquer assistência ...”, para ele já não há nada a ser feito por parte das instituições, são 29 anos a viver na rua, neste caso podemos afirmar que o sem-abrigo já percebeu que a “situação ideal” não existe mesmo e portanto pouco ou nada já pode ser feito a não ser desistir de tudo e todos.

Além da resignação face à exclusão social, percebemos que também pode surgir uma resignação face à doença.

Como nos diz Bento e Barreto (2002, p. 110) “os serviços são concebidos idealmente para indivíduos com alguma autonomia, que sabem o que querem e o que precisam, e que se dirigem aos serviços para suprir uma necessidade temporária”. O problema com os sem-abrigo é que são totalmente o inverso, quando chegam a um serviço por exemplo por uma situação de doença aguda, ao serem avaliados apresentam muitos outros problemas de saúde “mascarados”. O problema surge quando surgem “exigências” dos serviços, a “imposição” de tratamento longos, dispendiosos que vão além das possibilidades dos sem-abrigo. Quando confrontados com estas “imposições”

os sem-abrigo “facilmente abandonam ou mantêm uma ligação frouxa e irregular com os serviços” (Bento e Barreto, 2002, p.110).

4.6 Barreiras Extrínsecas

Após observarmos a existência de barreiras intrínsecas, torna-se pertinente estudar também as barreiras extrínsecas, ou seja, o que sem-abrigo enfrenta ao aceder aos cuidados de saúde. Obtivemos as seguintes unidades de contexto: factores económicos, a burocracia e a discriminação.

| Unidades de Contexto | Unidades de registo | Unidades de Enumeração |
|----------------------------|--|------------------------|
| Factores Económicos | E2 (1): “Preocupava-me, mas como não tenho recursos já não faço nada.” E2 (4): “ ... não quero saber da saúde, porque não posso ...” E3 (2): “Lá os vou conseguindo comprar com o meu rendimento pequeno, mas às vezes não consigo.” | 3 |
| Burocracia | E2 (2): “Tenho de ser operado ao glaucoma, mas como não tenho documentos...” E3 (6): “ ... não é fácil lá ir agora, não tenho documentos ...” E4 (2): “... é muita confusão” E4 (4): “ ... em último caso ... temos de dar a morada aqui da segurança social ... e só a partir daí é que se | 8 |

| | | |
|-----------------------------|---|----------|
| | <p>poderá conseguir alguma coisa ...”</p> <p>E4 (10): “ ... não é muito fácil de chegar lá ... “</p> <p>E4 (12): “... nós ficamos assim para último, com isto passam às vezes meses.”</p> <p>E6 (6): “ ... eu nunca fiz o tratamento correcto ... aproveitei-me, sabia que havia esse problema com o meu processo ... ”</p> <p>E7 (11): “No centro de saúde é difícil lá ir porque nem médico de família eu tenho aqui ...”</p> | |
| <p>Discriminação</p> | <p>E2 (10): “ ... como para a maioria das pessoas não sou um ser humano, sou aquele bicho ... “</p> <p>E5 (9): “sinto discriminado ... pelas outras pessoas, mas isso até aqui na rua.”</p> <p>E6 (7): “Às vezes ali no centro de saúde ... as pessoas ficam a olhar para mim de maneira esquisita, parece que sou um cão ... “</p> | <p>3</p> |

Quadro 9. Barreiras Extrínsecas

Uma das dificuldades sentidas pelos sem-abrigo entrevistados foram as dificuldades económicas. E2 refere que “Preocupava-me, mas como não tenho recursos já não faço nada” e mais à frente diz ainda “... não quero saber da saúde, porque não posso ...”. Neste caso, constatamos que as imposições económicas criadas pelas instituições públicas e privadas, afastam os sem-abrigo dos cuidados de saúde. O sem-abrigo não consegue ter uma consulta no privado devido aos preços elevados, por outro lado o sector público com taxas moderadoras cada vez mais elevadas deixa-os sem capacidade financeira para aceder aos cuidados de saúde que necessita.

Dentro das dificuldades económicas, E3 confessa que “lá os vou conseguindo comprar com o meu rendimento pequeno, mas às vezes não consigo.” Neste caso em particular podemos observar outra das dificuldades sentidas, a adesão terapêutica. Khan *et al.* (2011) refere que um dos grandes desafios é a adesão à terapêutica dos sem-abrigo. Num estudo realizado pelo mesmo autor sobre tuberculose activa nos sem-abrigo em Toronto, uma das formas de garantir a eficiência do tratamento foi a institucionalização (84%). Isto deve-se a diversos factores, entre eles estão as dificuldades económicas, quer seja pela dificuldade de transporte ou pela compra de medicação.

Outra das barreiras extrínsecas observadas é a burocracia. Dois dos entrevistados referem que por não possuírem documentação o seu acesso a cuidados de saúde é dificultado, como nos diz E3 “... não é fácil lá ir agora, não tenho documentos ...”.

Além desta dificuldade burocrática, existem ainda outras dificuldades dos serviços, como nos refere Bento e Barreto (2002, p. 115), o sem-abrigo “cai frequentemente num pingue-pongue institucional, por exemplo, dos serviços de saúde para os serviços sociais, e vice-versa, ou são vítimas da discussão se são da área ou fora da área de serviço, e por aí fora”. Esta situação é demonstrada por alguns dos entrevistados, E4 diz que “... nós ficamos assim para último, com isto passam às vezes meses” e, sendo o sem-abrigo uma pessoa com uma variedade de necessidades que precisam de ser colmatadas diariamente, este arrastar de meses acaba por afastar os sem-abrigo dos cuidados de saúde, o tempo é algo de muito valioso para o sem-abrigo.

Outra das situações apontadas é também a já referenciada acima por Bento e Barreto (2002, p. 115), da “discussão se são da área ou fora da área de serviço”. E7 mostra-nos exactamente isto “No centro de saúde é difícil lá ir porque nem médico de família eu tenho aqui ...”.

Estes processos são por norma longos e difíceis de concretizar, como nos afirmou E4 “... é muita confusão”. Sobre os processos burocráticos institucionais Bento e Barreto (2002, p.116) refere que “a atitude burocrática pode ser mais uma maneira defensiva dos sistemas institucionais lidarem com a complexidade das situações... o problema é que este regime, ao mesmo tempo que protege o sistema, também pode desvirtuar as intenções da instituição (de cuidados) e vir a «dar razão» aos indivíduos problema, que se vêem assim justificados”.

A discriminação é outra das barreiras extrínsecas que se impõem aos sem-abrigo, Estas pessoas são apelidadas de “alcoólicos”, “drogados”, ladrões”, estes estereótipos atribuídos de uma maneira transversal a toda a população sem-abrigo acaba por ser mais uma barreira à sua integração na sociedade. Este conjunto de estereótipos, gera um estigma em torno destes sem-abrigo, tal como indica Bento e Barreto (2002, p.59) o estigma “é um atributo social que desacredita profundamente uma pessoa, estilhaçando a sua identidade e impedindo-a de ser socialmente aceite”.

Como nos referem vários dos sem-abrigo entrevistados, as pessoas encaram-nos como se fossem animais, “ ... como para a maioria das pessoas não sou um ser humano, sou aquele bicho ... “ (E2) ou “às vezes ali no centro de saúde ... as pessoas ficam a olhar para mim de maneira esquisita, parece que sou um cão ... “ (E6). Este sentimento de discriminação é sentido de uma forma geral pelos sem-abrigo quer seja na rua, quer seja quando se dirigem às instituições de saúde, “E5 (9): “sinto discriminado ... pelas outras pessoas, mas isso até aqui na rua.” (E5)

Bento e Barreto (2002, p.59) sugere que a forma de evitar que os sem-abrigo sejam vítima de estereótipos e estigmatização é haver uma “disponibilidade para uma boa informação pública”. Esta informação deve abordar diversos pontos, entre eles a “diversidade dos sem-abrigo”, deve ser explicado que “são uma população heterogénea,

sendo erróneos todos os estereótipos”. Bento e Barreto aponta outro ponto ainda a ser esclarecido, a “multicausalidade”, ou seja, a razão que os levou à rua. Outro ponto é “compreender as adversidades”, fazer perceber a opinião pública que “para quem já perdeu quase tudo, o retorno a uma vida normal é uma tarefa colossal”. Por fim esclarecer que “os sem abrigo não são perigosos nem culpados”, estas pessoas sem-abrigo, “são pessoas quase sempre vitimizadas e doentes”.

5. Discussão

Percebemos que a saúde não é uma prioridade do sem-abrigo do sem-abrigo em estudo, que o mesmo a delega para última instância, verificámos ainda que conhece os recursos à sua disposição, que quando acede a estes serviços até gosta do atendimento dos profissionais, contudo existem barreiras e é sobre estes que temos de actuar primeiramente para facilitar o acesso à saúde por parte destes sem-abrigo.

As barreiras intrínsecas só poderão cair quando as barreiras extrínsecas desaparecerem. Assim torna-se prioritário actuar ao nível das barreiras extrínsecas, os factores económicos, a burocracia e a discriminação.

Como Bento e Barreto (2002, p.109) nos diz, “a dispersão dos serviços, a sua especialização e burocratização ... são algumas barreiras que se erguem ao seu acesso, contribuindo para ... muitos sem-abrigo deixarem de recorrer aos serviços”. Assim a solução passa por aproximar e encadear os diversos serviços de saúde que actuam com os sem-abrigo. É ainda importante criar “políticas de habitação, segurança social, saúde, emprego e legislação” (Bento e Barreto, 2002, p.110) que facilite e agilize e apoie o trabalho das instituições que trabalham junto dos sem-abrigo.

Existe um projecto intitulado “Estratégia nacional para a integração de pessoas sem-abrigo 2009-2015”, e mais propriamente, um também na cidade de Lisboa, promovido pela Câmara Municipal de Lisboa “Plano cidade para a pessoa sem-abrigo Lisboa”, com estes projectos nacionais e regionais, estão-se a dar os primeiros passos para a aproximação das instituições que trabalham com os sem-abrigo, da interligação entre estas, de forma a evitar sobreposição de tarefas, agilizando assim o processo de actuação. Torna-se importante reunir esforços, criar uma *task force*, em que cada um saiba o seu papel e modo de acção, em que cada um saiba ainda o que esperar da outra entidade. É necessário agilizar os processos burocráticos.

Bento e Barreto (2002, p.110) afirma que os sem-abrigo precisam de respostas “diversificadas, flexíveis e específicas” e sugere uma actuação faseada em quatro momentos distintos:

- “1ª Fase: Adesão” – este trabalho deve ser realizado maioritariamente pelas equipas de rua, fazer chegar os serviços aos sem-abrigo de modo a mostrar-lhe quais as soluções que existem. Este trabalho é importante para “proporcionar-lhes algum tipo de experiência «de ligação»” (Bento e Barreto, 2002, p. 111);
- “2ª Fase: Satisfação das necessidades básicas” – esta fase passa-se já por levar os sem-abrigo a “centros de acolhimento, refeitórios, cuidados de saúde e benefícios sociais” e tal como o nome desta fase indica, há que satisfazer as necessidades básicas, para mudar as prioridades diárias do sem-abrigo e então poder trabalhar outras áreas, tal como a saúde;
- “3ª Fase: Transição” – nesta fase o sem-abrigo começa a transição para a sociedade é colocado em "residências de transição, *ateliers* ocupacionais, formação profissional e programas de reabilitação”;
- “4ª Fase: Integração” – finalmente o sem-abrigo é colocado na sociedade é-lhe dado “emprego”, é inserido em “empresas de inserção social”, é trabalhada a integração na sua “família”, neste momento é também trabalhado o *empowerment* do sem-abrigo, ou seja, são criadas valências para a sua participação activa nas actividades, entre elas a saúde, “oferecer ao cliente, sem os impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema” (Lazure, 1994, p.13).

6. Novas Linhas de Investigação

Com o contacto com os sem-abrigo surgiram-nos alguns temas que seria pertinente estudar no futuro.

Desde logo, o ultimo estudo estatisticamente significativo a nível nacional remonta a 2005, passados sete anos o panorama mudou certamente, portanto seria pertinente as entidades competentes realizarem novo estudo.

Outra das áreas a estudar seria no âmbito da saúde pública, durante as nossas entrevistas, deparámo-nos com um caso de um sem-abrigo com tuberculose, seria importante perceber números de tuberculose nesta população, pois isto é um problema de saúde pública que merece ser abordado.

Foi também óbvio durante as entrevistas que a percentagem de patologia psiquiátrica nos sem-abrigo é possivelmente elevada, sendo uma outra possível área de estudo.

Seguindo a nossa linha de pensamento, seria também interessante estudar como é feito o trabalho de campo por parte das equipas de rua ao nível da saúde, como se interligam e referenciam casos com estabelecimentos de saúde.

7. Limitações do estudo

Para a realização deste estudo surgiram-nos algumas dificuldades na busca de bibliografia. Tivemo-nos de cingir praticamente à pouca bibliografia portuguesa, pois a realidade internacional relativamente à saúde dos sem-abrigo nem sempre se aplica à portuguesa.

Foi preciosa a ajuda fornecida quer pela professora, quer pela enf^a da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que aceitou receber-nos para esclarecer e orientar relativamente a algumas dúvidas sobre os dados que tínhamos obtido.

Outra dificuldade sentida foi chegar aos sem-abrigo. Fruto do nosso desconhecimento sobre esta área de estudo, só quando fomos para o terreno é que percebemos que as manhãs são o período mais difícil para encontrar sem-abrigo, são períodos de maior actividade para suprimir necessidades básicas como alimentação ou higiene.

Ainda no momento da colheita de dados, tivemos dificuldades em aceder a alguns dos sem-abrigo, pois havia do lado deles exigências como dinheiro ou alimentação para participar no estudo, pedidos que não foram acedidos.

Temos noção que este estudo não pode ser projectado para população portuguesa de sem-abrigo, também não seria esse o objectivo deste estudo exploratório.

8. Conclusão

A elaboração deste trabalho teve como objectivo aprofundar conhecimentos acerca do grupo vulnerável dos sem-abrigo e descrever as principais barreiras sentidas pelo mesmo.

Os sem-abrigo estão expostos a factores físicos, psicológicos e sociais que favorecem a sua vulnerabilidade. É um grupo que vivencia a discriminação e a estigmatização por parte da sociedade.

Com este trabalho, procurámos, através dos testemunhos, contribuir para aumentar o conhecimento da realidade dos sem-abrigo, as suas vivências, as suas prioridades do dia-a-dia e as barreiras que estes sentem no acesso aos cuidados de saúde primários. Pretendemos fazer uma abordagem onde se desse ênfase ao ponto de vista dos próprios indivíduos sem-abrigo.

A condição de sem-abrigo em Portugal necessita de uma mudança, através de políticas e de condições estruturais que promovam a situação de sem-abrigo. Políticas estas passíveis de serem aplicadas ao nível da intervenção comunitária.

São várias as organizações que actuam nesta comunidade de sem-abrigo. Torna-se importante reunir esforços, criar uma *task force*, em que cada um saiba o seu papel e modo de acção, em que cada um saiba ainda o que esperar da outra entidade. É necessário agilizar os processos burocráticos.

Os objectivos inicialmente propostos foram atingidos, pois após a realização do estudo ficamos com uma visão do trabalho direccionado a este grupo vulnerável, os sem-abrigo. Foi também possível conhecer as prioridades do dia-a-dia; o seu conhecimento dos recursos disponíveis; o motivo por que recorrem aos cuidados de saúde; a qualidade dos serviços acedidos e as barreiras intrínsecas e extrínsecas que os sem-abrigo do nosso estudo enfrentam.

Como futuros enfermeiros, ter uma visão do trabalho realizado com as populações vulneráveis fornece-nos ferramentas para mais tarde, se estivermos a trabalhar nesta

área, intervirmos de forma a conseguir implementar as estratégias que foram citadas, e ainda, estabelecer novas metas para a promoção da saúde e prevenção da doença nessas pessoas.

Concluímos, por isso, que este trabalho foi pertinente e, como estudantes finalistas, esta temática é uma mais-valia para o nosso próximo passo que é o ingresso na profissão de enfermeiros.

Em suma, este trabalho proporcionou uma aprendizagem que nos permitiu perceber que cada sem-abrigo é único e vive de forma muito singular o seu dia-a-dia.

9. Bibliografia

- Abreu, P.; Antunes, V. (2005); *Cuidados de Saúde ao Sem-Abrigo – Que Realidade*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-90-8.
- Azevedo, M. (2004); *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares: Sugestões para Estruturação da Escrita 4ªed*; Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 972-54-0097-6.
- Bardin, L. (1997); *Análise de Conteúdo*; Lisboa: Edições 70. ISBN 9727-44-1214-8.
- Barreto, E. (2000); *Vinculação e Relações de Objecto dos Sem-Abrigo: Um Estudo Exploratório*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Bento, A.; Barreto, E. (2002); *Sem-Amor Sem-Abrigo (1ª edição)*; Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-070-7.
- Carmo, H.; Ferreira, M. (1998); *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-aprendizagem 1ª ed.*; Lisboa: Universidade Aberta. ISBN: 972-674-231-9.
- Fédération Européenne d’Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Aabri – FEANTSA (2006); *The Magazine of FEANTSA- Homeless in Europe: Health and homeless looking at the full picture*; Bruxelas: Fédération Européenne d’Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Aabri.
- Flick, U. (2005); *Métodos Qualitativos na Investigação Científica 1ªed*; Lisboa: Monitor – Projectos e Edições. ISBN: 972-9413-67-3.
- Fernandes, M. (2006); *Fechados no Silêncio Os sem-Abrigo*; Porto: Universidade Aberta.
- Fortin, M. (1999); *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*; Loures: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-10-X.
- Fortin, M. (2009); *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*; Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5.

- Gama, F.; Barros, S. (2007); *Enfermeiros no Cuidar aos Sem-Abrigo: Que experiências?* Barcarena: Universidade Atlântica.
- Guerra, I. (2010); *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo*; Cascais: Princípia. ISBN: 978-972-8818-66-1.
- Hesbeen, W. (2000); *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar*; Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8.
- Instituto Segurança Social – ISS (2005); *Estudo dos Sem-Abrigo*. Lisboa: Instituto Segurança Social.
- Khan, K.; et al. (2011). *Active tuberculosis among homeless persons, Toronto, Ontario, Canada, 1998-2007. Emerg Infect Dis, 17(3), 357-365.*
- Lazure, H. (1994); *Viver a Relação de Ajuda – Abordagem Teórica de um Critério de Competência da Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-95399-5-2.
- Martins, A. (2007); *As sem-abrigo de Lisboa: estudo realizado na AMI em Lisboa: Centros Sociais de Olaias e Chelas*; Lisboa: Universidade Aberta.
- Médicos do Mundo (2011); Disponível em: <http://www.medicosdomundo.pt/pt/>; Último acesso em 03/12/2012.
- Moreira, C. (2007); *Teorias e Práticas de Investigação*; Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Ordem dos Enfermeiros (2001); *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011); *Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A.; Barreto, P.; Fernandes, G. (2000); *Análise longitudinal dos sem-abrigo em Lisboa*, Lisboa LNEC.

- Phaneuf, M. (2005); *Relação de Ajuda e Validação*; Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.
- Portugal, R.; Fernandes, V. (1993); *Os sem-abrigo da cidade de Lisboa. Avaliação do estado de saúde dos sem-abrigo utentes do Refeitório dos Anjos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Lisboa: Centro de Saúde Alameda.
- Queiroz, A. (2004); *Empatia e Respeito*; Novembro. ISBN: 972-8838-14-X.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, J. (2007); *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora. ISBN: 978-972-8082-77-0.
- Rivlin, L. (1986); *The Nature of Homeless: Some Views on The Homeless Existence*, University of New York, New York.
- Sousa, A. (2009); *Investigação em Educação 2ªed*. Lisboa: Livros Horizonte. ISBN: 978-972-24-1386-2.
- Staphone, M.; Lancaster, J. (2011); *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População 7ªed*; Lisboa: Lusociências. ISBN: 978-989-8075-29-1.
- Vala, J. (1986). *A análise de conteúdo*. Porto: Edições Afrontamento.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma

APÊNDICE II

Carta Explicativa

Carta Explicativa

O presente estudo insere-se na realização da monografia, relativo ao 9º curso licenciatura em enfermagem da Universidade Atlântica. Com este trabalho pretendemos conhecer a acessibilidade dos sem-abrigo do centro de Lisboa aos cuidados de saúde.

Definimos como objectivo geral:

- Descrever as principais barreiras sentidas pelo sem- abrigo do centro de Lisboa no acesso aos cuidados de saúde.

E como objectivos específicos, confinamos:

- Perceber o grau de importância da saúde na vida de um sem- abrigo.
- Conhecer a utilização dos serviços de saúde por parte dos sem-abrigo.
- Conhecer os motivos que levam o sem-abrigo a recorrer aos cuidados de saúde.

Este estudo seguirá um paradigma qualitativo, serão recolhidos os dados através de uma entrevista semi-estruturada audiogravada, sendo posteriormente realizada a análise de conteúdo. Ao longo de todo o estudo será mantido o anonimato dos participantes, utilizando-se formas de codificação dos dados colhidos, sendo posteriormente destruídos.

Os investigadores:

Andreia Cordeiro – 965234294

Tiago Fatia – 967103778

A Docente Orientadora:

Madalena Bacelar

APÊNDICE III

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, _____,

declaro que fui informado/a dos objectivos e da metodologia utilizados nesta pesquisa.

Ao assinar, concordo que os dados recolhidos durante a entrevista semi-estruturada audiogravada serão usados somente para fins científicos e destruídos após o término do estudo.

Estou ainda consciente que em momento algum serei exposto/a a qualquer risco devido à participação no estudo, podendo em qualquer momento da pesquisa anular a minha participação ou pedir novamente esclarecimentos sobre o mesmo.

Os dados por mim fornecidos serão codificados de forma a manter o meu anonimato.

A minha participação não requer qualquer despesa, não farei nem receberei nenhum pagamento pela minha participação.

Concordo, voluntariamente participar no referido estudo.

(Participante)

DATA: __/__/__

(Investigador)

DATA: __/__/__

Contactos dos Investigadores:

Andreia Cordeiro – 965234294

Tiago Fatia – 967103778

APÊNDICE IV

Transcrições

Entrevistas

Transcrições / Entrevistas

Entrevista n.1

| | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| | Na rua: 11 anos |
| Idade: 60 anos | Antecedentes Pessoais: Desconhece |
| Nacionalidade: Portuguesa | Hábitos Nocivos: Fuma e bebe. |

Sem-abrigo há onze anos, desde que ficou desempregado. Mas realizou vários cursos, “ tenho curso industrial, tenho mais pintor de azulejo (fazer e pintar os azulejos), a seguir decoração de interiores, ainda não acabou, tenho artes decorativas, tenho informática, e tenho gestor de empresas.” Tirou estes cursos através do fundo de desemprego.

- Qual a importância/prioridade que dá à sua saúde?

“A minha saúde (pausa) passo anos (pausa) que não vou ao médico. E bebo e fumo (ah). Costumo ir é às sextas-feiras aos Médicos do Mundo, eles dão-nos o que a gente precisa.”

- Recorre com frequência a serviços de saúde? Quais? Quando?

“ Não vou ao hospital. Só precisei de colocar uma placa nos dentes, e foi pela Santa Casa.”

- Sente alguma dificuldade, alguma barreira no acesso aos cuidados de saúde?

“ Eu estou isento pela Santa Casa (pausa), a única coisa que vou lá é por causa desta perna, tenho ferros, tive um acidente (ah) e às vezes dói-me (pausa) e vou para o hospital a fazer o quê? Vou até aos Médicos do Mundo, lá dão-me os comprimidos (pausa) e evito estar a comprar.”

Entrevista n. 2

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| | Na rua: 29 anos |
| Idade: 81 anos | Antecedentes Pessoais: Glaucoma |
| Nacionalidade: Espanhola | Hábitos Nocivos: Nega. |

Sem-abrigo há vinte e nove anos, desde que ficou desempregado. “Trabalhava num bom cargo numa empresa farmacêutica espanhola e dum momento para o outro fecharam-me as portas, depois de tantos anos a ser sem-abrigo em Espanha vim acabar aqui em Lisboa, agora a minha casa é a Avenida da Liberdade e aqui vou morrer.”

- Qual a importância/prioridade que dá à sua saúde?

“Preocupava-me, mas como não tenho recursos já não faço nada. Tenho de ser operado ao glaucoma, mas como não tenho documentos nem dinheiro não consigo. Não pretendo arranjar problemas com ninguém por não conseguir pagar.”

- Recorre com frequência a serviços de saúde? Quais? Quando?

“Como lhe estava a dizer não quero saber da saúde, porque não posso, portanto acho que já acabei por desistir da minha vida, mesmo se ficar muito doente prefiro morrer na rua. Mesmo que venham buscar-me para me levar para o hospital, eu vou recusar qualquer assistência, (pausa) sou um bicho sabe.”

- Sente alguma dificuldade, alguma barreira no acesso aos cuidados de saúde?

“Não existem assim muitas barreiras, eu não tenho é dinheiro, mas também acaba por ser a minha vontade própria sabe (pausa) sou um bicho. Olhe, eu já fui a um hospital, como se chama aquele? (pausa) o Júlio de Matos, estive lá 11 dias internado, fui levado pela polícia. Fui muito bem atendido, dava-me bem com os médicos e com os enfermeiros, fui muito bem tratado, a comida nos últimos dias parecia de um hotel, (pausa) aqueles filetes de peixe e a posta de carne. Como lhe disse, nunca fui mal tratado no hospital, mas como para a maioria das pessoas não sou um ser humano, sou aquele bicho que dorme no banco da avenida da Liberdade, já não quero saber, prefiro morrer aqui na Av. da Liberdade, com muita honra a este lindo sítio de Portugal.”

Entrevista n. 3

| | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| | Na rua: 2 anos |
| Idade: 57 anos | Antecedentes Pessoais: Desconhece |
| Nacionalidade: Portuguesa | Hábitos Nocivos: Não tem. |

Sem-abrigo há dois anos, devido ao desempregado. “ Trabalho não há. Vejo os jornais e já concorri para carpinteiro, mas dizem que não tenho idade.”

- Qual a importância/prioridade que dá à sua saúde?

“Eu saúde tenho pouca. Já fiz uma cirurgia às pernas, já tive uma úlcera e tenho problemas de coluna (pausa) há alguns dias que nem me consigo levantar do banco por causa da coluna, mas tenho de me aguentar.”

- Recorre com frequência a serviços de saúde? Quais? Quando?

“Quando lá vou só me receitam remédios, tomo remédios para o estômago, porque eu sou mesmo obrigado a tomar, e é umas pastilhas para ver se o sangue circula. Lá os vou conseguindo comprar com o meu rendimento pequeno, mas às vezes não consigo. Mas sabe, eu quase não vou ao médico só em último recurso.”

- Sente alguma dificuldade, alguma barreira no acesso aos cuidados de saúde?

“Acho que não tenho grande assistência no hospital (pausa) só me receitam remédios quando lá vou. E eu não é fácil lá ir agora, não tenho documentos, não sei onde eles estão.”

Entrevista n.4

| | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| | Na rua: 3 ano |
| Idade: 55 anos | Antecedentes Pessoais: Desconhece |
| Nacionalidade: Portuguesa | Hábitos Nocivos: Nega |

Sem-abrigo há três anos, desde que ficou desempregado. Nega hábitos nocivos, bebe um “copinho de cerveja ou vinho para me manter integrado no grupo com que vivo”.

- Qual a importância/prioridade que dá à sua saúde?

“A minha prioridade é ir tomar banho todos os dias aos balneários dos Anjos, tomo banho e faço a barba e é isso. Em termos de saúde não, nada. Temos de ir à assistente social para passar uma credencial e depois é se há ou se não há assistente social, é muita confusão, em último caso vamos a S. José e temos de dar a morada aqui da segurança social da Trindade e só a partir daí é que se poderá conseguir alguma coisa, mas é assim lá no centro dos Anjos também têm uma médica para alguma situação de maior gravidade também posso ir lá.”

- Recorre com frequência a serviços de saúde? Quais? Quando?

“Eu não vou (pausa), geralmente quem vai mais é aquele gente mais velhota ou com problemas de droga, (ah) porque repare há aí uma grande quantidade de malta acabada, você se for ali abaixo a Alcântara até vem de lá doente, é degradante e de que maneira, não querendo ser racista (pausa) porque até eu já andei nos países dos “outros”, fui emigrante na Suíça e na França, mas ali aquela zona é mais africanos, é só droga e prostituição naquela zona. O recorrer aos cuidados é só mesmo em último caso, é o que a malta faz.”

- Sente alguma dificuldade, alguma barreira no acesso aos cuidados de saúde?

“Barreira? É assim (pausa), não é algo que seja muito difícil, mas também não é muito fácil de chegar lá, tem de se ir à assistente social e depois tem de se ir marcar lá (ah) e depois vamos imaginar que eu quero tirar um dente, (pausa) a assistente social manda-me ir lá para a semana, mas depois vou marcar e afinal é só para daqui um mês ou dois (pausa), mas depois ainda desmarcam porque têm muitas marcações e como são serviços bem pagos preferem agradar a quem os

paga (pausa), também por causa do negócio deles e nós ficamos assim para último, com isto passam às vezes meses. Vamos lá ver uma coisa (pausa), a Santa Casa a nível de higiene e alimentação funciona muito bem, muito mesmo, prende-se é a tal questão às vezes à gente que não colabora, danificam as instalações e por uns pagam todos. Andam por aí também umas equipas de rua (pausa), acho que se chamam os Médicos do Mundo, mas não, nunca precisei. Mas como lhe dizia anteriormente, a Santa Casa funciona muito bem nalgumas coisas (pausa), na saúde infelizmente ainda não, ainda se sentem algumas divisões, por exemplo as pessoas com SIDA ainda são postas um bocado à margem.”

Entrevista n.5

| | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| | Na rua: 3 anos |
| Idade: 28 anos | Antecedentes Pessoais: Desconhece |
| Nacionalidade: Portuguesa e Americana | Hábitos Nocivos: Álcool |

Sem-abrigo desde que veio dos Estados-Unidos da América – EUA, refere que tencionava encontrar algum emprego na área da tradução ou comunicação em inglês, mas que nunca conseguiu nenhum emprego, “estava a ter dificuldades com o pessoal daqui de Lisboa, mesmo nos trabalhos temporários [...] não gostavam da maneira que eu sou, pedi ajuda à Santa Casa e também havia muita fricção, há alguma coisa que não está a correr bem”. Tenciona voltar para os EUA para junto da família porque em Portugal “não vou vencer, não tenho categoria para estar cá em Portugal”.

- Qual a importância/prioridade que dá à sua saúde?

“Ah sim, sim, não sou seguido em nenhum médico, (ah) eu registo isso sozinho, eu estudei isso na escola no liceu, eles ensinaram a gente práticas de notar sentidos ou dores e o que se deve fazer para evitar essa dor.”

- Recorre com frequência a serviços de saúde? Quais? Quando?

“Eu não... Só vou se for esfaqueado (pausa), se levar um tiro e se estiver à beira da morte. De resto não preciso. O meu dia-a-dia (pausa) é arrumar carros, assim ganho trocos para o vinho (risos).”

- Sente alguma dificuldade, alguma barreira no acesso aos cuidados de saúde?

“A dificuldade é mesmo o medo que eu sinto em não ser percebido. Não me sinto discriminado num hospital pelos médicos (pausa), só pelas outras pessoas, mas isso até aqui na rua.”

Entrevista n.6

| | |
|---------------------------|--|
| | Na rua: 8 anos |
| Idade: 45 anos | Antecedentes Pessoais: Tuberculose ?? |
| Nacionalidade: Portuguesa | Hábitos Nocivos: Fuma, bebe e consumiu substâncias ilícitas. |

Sem-abrigo há oito anos, desde que a mulher o deixou, veio de Viana do Castelo para Lisboa “tentar a minha sorte”. “Ela deixou-me porque eu bebia e gritava com ela e de vez em quando ia-lhe ao pêlo, o vinho estragou a minha vida, não tenho mais nada a perder.”

- Qual a importância/prioridade que dá à sua saúde?

“O meu dia-a-dia é beber uns copos (pausa) não se ria, é verdade (pausa) mas agora a sério, dia 25 tenho uma consulta, sim senhora eu vim do hospital de St^a. Marta com o nome trocado com uma broncopneumonia mal curada. A médica disse que eu tinha de ir lá na terça-feira.”

- Recorre com frequência a serviços de saúde? Quais? Quando?

“Eu vou ao hospital algumas vezes (pausa), mas eles dizem que eu não tenho nada (pausa) e vou aqui às consultas ao centro de Saúde da Penha. Mas agora esta consulta na terça-feira em St^a Marta é para eu ficar lá internado (pausa) de certeza porque a minha doença penso eu que é tuberculose, (pausa) pode gravar não tenha medo (pausa) porque no outro dia eu estava ali ao pé da porta do centro de saúde e comecei a tossir sangue (ah), mas agora terça-feira ao meio-dia vou lá porque eu nunca fiz o tratamento correcto, porque eu aproveitei-me, sabia que havia esse problema com o meu processo ter vindo com o nome errado, tenho exames para fazer em St^a Marta há anos, aproveitei-me.”

- Sente alguma dificuldade, alguma barreira no acesso aos cuidados de saúde?

“Às vezes ali no centro de saúde (pausa) as pessoas ficam a olhar para mim de maneira esquisita, parece que sou um cão (pausa). Depois tenho um medo de agulhas, olhe aqui este braço todo picado. Mas não (pausa), não tenho dificuldade, eu até já tive os melhores médicos lá no S. José. Agora dia 25 não sei o que me vai calhar.”

Entrevista n. 7

| | |
|---------------------------|---|
| | Na rua: 4 anos |
| Idade: 59 anos | Antecedentes Pessoais: Desconhece |
| Nacionalidade: Portuguesa | Hábitos Nocivos: Fuma, bebe e consome substâncias ilícitas. |

Sem-abrigo há quatro anos, desde que ficou desempregado. “ Sou do norte, mas vim para Lisboa para arranjar trabalho, eu era electricista. Vivi num quarto alguns meses até o dinheiro acabar, e desde então estou na rua, nunca consegui que alguém me aceita-se para trabalhar, por causa da idade.”

- Qual a importância/prioridade que dá à sua saúde?

“Já me preocupei, mas agora não ligo nenhuma. Durante o dia (pausa), a minha preocupação é ir aos duches de manhã, porque eu não sou porco (ah), só por viver na rua. Fui uma vez à urgência do S. José (pausa), não sei... há uns dois anos, sentia uma falta de ar muito grande, fiquei internado três semanas (pausa) se não me engano, comi mesmo muito bem, já não era tratado assim há muito tempo.”

- Recorre com frequência a serviços de saúde? Quais? Quando?

“Não recorro (pausa), desde que estou na rua só fui essa vez ao S. José e nunca mais precisei (pausa), mas sei que posso ir ali acima à carrinha dos Médicos do Mundo às quartas à noite (ah), fui lá uma vez e também fui bem tratado, eles (pausa) conhecem-nos e sabem o que a gente precisa, dão-nos os comprimidos quando precisamos.”

- Sente alguma dificuldade, alguma barreira no acesso aos cuidados de saúde?

“Não sinto (ah), aliás quando fui internado fui muito bem tratado, nem me queria vir embora (pausa), aquela comida era mesmo boa. As pessoas são muito simpáticas (ah) e tratam-nos muito bem. No centro de saúde (pausa) é difícil lá ir porque nem médico de família eu tenho aqui, tinha lá na minha terra no norte, nunca (pausa) cheguei a ir ali ao da Penha. Prefiro ir às carrinhas (pausa), eles sabem e entendem-nos.”

APÊNDICE V

Categorização das Entrevistas

Categorização das Entrevistas

| Categoria | Unidade de contexto | Unidade de Registo |
|--|----------------------------------|--|
| Prioridades Dia-a-Dia | Baixa vigilância da Saúde | E1 (1): “A minha saúde ... passo anos ... que não vou ao médico.” E3 (3): ”... eu quase não vou ao médico” E5 (1): “ ... não sou seguido em nenhum médico.” E5 (3): “Eu não...” E7 (5): “Não recorro...” |
| | Higiene | E4 (1): “A minha prioridade é ir tomar banho todos os dias aos balneários ... ” E7 (2): “ ... a minha preocupação é ir aos duches de manhã ... ” |
| | Fonte de Rendimento | E5 (5): “O meu dia-a-dia é arrumar carros” |
| | Álcool | E5 (6): “assim ganho ... para o vinho.” E6 (1): “O meu dia-a-dia é beber uns copos ... “ |
| Motivo porque recorre aos cuidados de saúde | Traumatismo | E1 (5): “a única coisa que vou lá é por causa desta perna ... tive um acidente ...” |
| | Acesso à Medicação | E1 (6): “Vou ... aos Médicos do Mundo, lá dão-me os comprimidos e evito estar a comprar.” E3 (2): “Lá os vou conseguindo comprar com o meu rendimento pequeno, mas às vezes não consigo.” E7 (8): “ ... dão-nos os comprimidos quando precisamos.” |

| | | |
|------------------------------|---------------------------------|---|
| | Último Recurso | E3 (4): " ... só em último recurso." E4 (9): "O recorrer aos cuidados é só mesmo em último caso..." E5 (4): "Só vou se for esfaqueado, se levar um tiro e se estiver à beira da morte. De resto não preciso ... " |
| | Envelhecimento | E4 (7): " ... geralmente quem vai mais é aquela gente mais velhota ... " |
| | Comportamentos Aditivos | E4 (8): "... geralmente quem vai mais é aquela gente ... com problemas de droga ..." |
| | Doença Aguda | E1 (4): "a única coisa que vou lá é por causa desta perna, tenho ferros ... e às vezes dói-me ..." E6 (2): " ... eu vim do hospital ... com uma broncopneumonia mal curada." E7 (3): "sentia uma falta de ar muito grande, fiquei internado três semanas ..." |
| Barreiras Intrínsecas | Medo | E2 (3): "Não pretendo arranjar problemas com ninguém..." E5 (7): "A dificuldade é mesmo o medo que eu sinto em não ser percebido." E6 (7): " ... tenho um medo de agulhas, ... " |
| | Resignação face à doença | E2 (5) "... acabei por desistir da minha vida ...prefiro morrer na rua. " E3 (1): "Eu saúde tenho pouca. ... há alguns dias que nem me consigo levantar do banco por causa da coluna, mas tenho de me aguentar." E7 (1): "Já me preocupei, mas agora não ligo nenhuma." |

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| | <p>Resignação face à exclusão social</p> | <p>E2 (7): “ ... sou um bicho sabe.” E2 (11): “ ... já não quero saber, prefiro morrer aqui ... “</p> |
| | <p>Recusa à assistência de Socorro</p> | <p>E2 (6): “Mesmo que venham buscar-me para me levar para o hospital, eu vou recusar qualquer assistência ...”</p> |
| <p>Barreiras Extrínsecas</p> | <p>Factores Económicos</p> | <p>E2 (1): “Preocupava-me, mas como não tenho recursos já não faço nada.” E2 (4): “ ... não quero saber da saúde, porque não posso ...” E3 (2): “Lá os vou conseguindo comprar com o meu rendimento pequeno, mas às vezes não consigo.”</p> |
| | <p>Burocracia</p> | <p>E2 (2): “Tenho de ser operado ao glaucoma, mas como não tenho documentos... ” E3 (6): “ ... não é fácil lá ir agora, não tenho documentos ...” E4 (2): “... é muita confusão” E4 (4): “ ... em último caso ... temos de dar a morada aqui da segurança social ... e só a partir daí é que se poderá conseguir alguma coisa ... ” E4 (10): “ ... não é muito fácil de chegar lá ... “ E4 (12): “... nós ficamos assim para último, com isto passam às vezes meses.” E6 (6): “ ... eu nunca fiz o tratamento correcto ... aproveitei-me, sabia que havia esse problema com o meu processo ... ” E7 (11): “No centro de saúde é difícil</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | | lá ir porque nem médico de família eu tenho aqui ...” |
| | Discriminação | E2 (10): “ ... como para a maioria das pessoas não sou um ser humano, sou aquele bicho ... “ E5 (9): “sinto discriminado ... pelas outras pessoas, mas isso até aqui na rua.” E6 (7): “Às vezes ali no centro de saúde ... as pessoas ficam a olhar para mim de maneira esquisita, parece que sou um cão ... “ |
| Conhecimento dos Recursos Disponíveis a que tem Acesso | Médicos do Mundo | E1 (2): “Costumo ir ... aos Médicos do Mundo ...” E4 (13): “Andam por aí também umas equipas de rua, acho que se chamam os Médicos do Mundo” E7 (6): “... sei que posso ir ali acima à carrinha dos Médicos do Mundo às quartas à noite ...” |
| | Santa Casa da Misericórdia – Centro dos Anjos | E4 (6): “ ... no centro dos Anjos também têm uma médica para alguma situação de maior gravidade também posso ir lá.” |
| | Centro de Saúde | E6 (3): “vou aqui às consultas ao centro de Saúde da Penha.” |
| | Hospital | E4 (3): “... em último caso vamos a S. José...” E6 (4): “... esta consulta ... em Sta. Marta...” |
| Qualidades dos Serviços Utilizados | Compreensão da Situação de Sem-abrigo | E1 (3): “... Médicos do Mundo, eles dão-nos o que a gente precisa.” E7 (7): “... fui lá uma vez e também |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>fui bem tratado, eles conhecem-nos e sabem o que a gente precisa”</p> <p>E7 (12): “Prefiro ir às carrinhas, eles sabem e entendem-nos.”</p> |
| | <p>Bom Atendimento dos profissionais de Saúde</p> | <p>E2 (8): “Fui muito bem atendido ...”</p> <p>E2 (9): “ ... dava-me bem com os médicos e com os enfermeiros ... “</p> <p>E5 (8): “Não me sinto discriminado num hospital pelos médicos“</p> <p>E6 (9): “... eu até já tive os melhores médicos lá no S. José.”</p> <p>E7 (4): “... comi mesmo muito bem, já não era tratado assim há muito tempo.”</p> <p>E7 (9): “Não sinto, aliás quando fui internado fui muito bem tratado”</p> <p>E7 (10): “As pessoas são muito simpáticas e tratam-nos muito bem.”</p> |