

Paula Catarina Perestrelo Pilar

**Perceção de Saúde e Avaliação das Necessidades de Intervenção em
População Sem-Abrigo Institucionalizada**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

**Perceção de Saúde e Avaliação das Necessidades de Intervenção em
População Sem-Abrigo Institucionalizada**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

Paula Catarina Perestrelo Pilar

**Perceção de Saúde e Avaliação das Necessidades de Intervenção em
População Sem-Abrigo Institucionalizada**

Paula Pilar

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Professora Doutora Glória Jólluskin como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, ramo Psicologia Clínica e da Saúde

Resumo

A população em condição sem-abrigo tem aumentado de dia para dia. A par disto aumentaram também os estudos sobre esta problemática. Neste contexto, a presente investigação diz respeito a um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, realizada com dez utentes (oito do sexo masculino e dois do sexo feminino) de uma instituição de apoio aos sem-abrigo e com quatro elementos da Equipa Técnica da mesma. Os objetivos do presente estudo são: Explorar a perceção de saúde dos utentes da Associação dos Albergues Nocturnos do Porto (AANP); Explorar a perceção de saúde e a promoção da saúde dos utentes segundo a perspetiva da equipa técnica; avaliar as necessidades de intervenção dos utentes da AANP; Avaliar a satisfação dos serviços da AANP.

A recolha dos dados foi feita através de dois guiões de entrevista semi-estruturadas (um para os utentes e um para os técnicos) e de um questionário sociodemográfico. A análise dos resultados, foi feita através de análise de conteúdo segundo a perspetiva de Bardin. Assim, das entrevistas realizadas aos utentes obteve-se as seguintes classes temáticas: *saúde dos utentes; serviços da instituição e satisfação com os mesmos; alojamento e entraves à reabilitação e reinserção social*. Das entrevistas realizadas à Equipa Técnica obteve-se as seguintes classes temáticas: *saúde e comportamentos de saúde dos utentes; promoção da saúde; serviços da AANP e apoios aos Sem-Abrigo e entraves à sua reabilitação e reinserção social*.

Palavras-Chave: Sem-Abrigo; perceção de saúde; avaliação das necessidades; promoção da saúde; saúde.

Abstract

The homeless population is growing day by day. So as a consequence, the development of studies in this area is now increasing too. In this context, this investigation is in fact a descriptive study that will explore a qualitative approach, carried out with ten users (eight males and two females) of an institution that gives support to the homeless and with the participation of four members of the institution technical team. The goals of this study are: Explore the perception of health in the “Associação dos Albergues Nocturnos do Porto (AANP)” users; Explore the perception of health and promotion of health to the users of the institution AANP, from the perspective of the technical team; Evaluation of intervention needs of the AANP users; and Evaluation of the satisfaction with the AANP services.

The collection of data was made using two interview guides (one for the users and one for the technicians) and a sociodemographic questionnaire. The analysis of data recovered was made by content analysis following the Bardin perspective. So, from all the interviews realized to the users was possible to yield the following thematic classes: health of users; institution services and satisfaction with them; accommodation; barriers to reintegration and social rehabilitation. In the interviews performed to the technical team was possible to yield the following thematic classes: health and health behaviors of users; health promotion; AANP services; the support and help to the reintegration and social rehabilitation.

Keywords: homeless; homelessness; health perception; necessity evaluation; health promotion; health.

Résumé

La population sans-abris augmente de jour en jour. Ayant conscience de ce fait, les études sur cette problématique ont également augmentés. Dans ce contexte, la présente enquête aborde une étude descriptive, exploratoire portée sur une approche qualitative, réalisée avec dix utilisateurs (huit hommes et deux femmes) d'une institution de soutien aux sans-abris et de quatre membres de son équipe technique. Les objectifs de cette étude sont ceux; d'Explorer la perception de la santé des habitués de "l'Associação dos Albergues Nocturnos do Porto (AANP)"; Exploiter la perception de la santé et de la promotion de la santé relatifs aux utilisateurs selon le point de vue des membres de l'équipe technique; Évaluer les besoins d'intervention des utilisateurs de l'AANP; Évaluer la satisfaction des services de l'AANP.

La collecte des données a été effectuée à travers deux guides d'entretien (un pour les utilisateurs et un pour les techniciens) et un questionnaire sociodémographique. L'analyse des résultats a été réalisée grâce à l'analyse de contenu selon la perspective de Bardin. Ainsi, des entretiens menés auprès des utilisateurs ont été obtenues les catégories thématiques suivantes: la santé des usagers; les services de l'institution et la satisfaction des mêmes; l'hébergement et les obstacles à la réadaptation et la réinsertion sociale. Des entretiens menées à l'équipe technique ont été obtenues les catégories thématiques suivantes: la santé et les comportements de santé des utilisateurs; promotion de la santé; les services de AANP et le soutien aux sans-abris et les obstacles à leurs réadaptation et leurs réinsertion sociale.

Mots-clés: Sans-abris; la perception de la santé; l'évaluation des besoins, la promotion de la santé; la santé.

Resumen

La población sin hogar continua aumentando día a día. Los estudios en la área siguen aumentando también. Así, la presente investigación engloba un estudio descriptivo, exploratorio de abordaje cualitativa, realizada con diez usuarios (ocho de sexo masculino y dos de sexo femenino) de una institución de apoyo a personas sin hogar y con cuatro elementos del Equipo Técnica de la misma institución. Los objetivos del presente estudio son: Explorar la percepción de salud de los usuarios de la institución “Associação dos Albergues Nocturnos do Porto (AANP)”; Explorar la percepción de salud y promoción de la salud de los usuarios de la AANP, en la perspectiva de la equipa técnica; Evaluación de la necesidad de intervención en los usuarios de la AANP; y Evaluación de la satisfacción con los servicios de la AANP.

La recogida de datos que realizada a través de dos guiones de entrevista (uno para los usuarios y uno para la equipa técnica) y de un cuestionario sociodemográfico. El análisis de los resultados, fue realizada a través de un análisis de contenido según la perspectiva de Bardin. Así, de las entrevistas realizadas a los usuarios ha sido posible identificar las siguientes clases temáticas: salud de los usuarios; servicios de la institución y satisfacción con los mismos; alojamiento; barreras a la integración y rehabilitación social. Las entrevistas realizadas a las técnicas de la institución han sido posible obtener las siguientes clases temáticas: la salud y comportamiento de salud de los usuarios; la promoción de la salud; servicios de la institución; apoyos y barreras para la integración y rehabilitación social.

Palabras clave: personas sin hogar; percepción de salud; evaluación de las necesidades; promoción de la salud; salud.

Agradecimentos

Aos meus pais Anabela Sampaio e Paulo Morgado, avós e irmão por todo o apoio nos bons e maus momentos no decorrer destes cinco anos letivos, e essencialmente nesta reta final do meu percurso académico. Obrigada por me ajudarem sempre que precisei, por acreditarem em mim, por me darem força e por fazer com o que meu sonho se realizasse. Mamã, o maior obrigado é a ti, sem ti, nada disto era possível, obrigada pelos sacrifícios que fizeste para que o meu sonho se realizasse, obrigado por nunca desistires de mim e por seres um exemplo a seguir.

Aos meus tios e primos pelo carinho e força...

À Prof.^a Doutora Glória Jólluskin um especial obrigada pela orientação, dedicação, compreensão, disponibilidade, ensinamentos e partilha de aprendizagens nesta etapa da minha vida. Sem a sua orientação e ajuda este percurso seria bem mais complicado.

Um obrigado às melhores amigas do mundo: Sara Carvalho e Alexandra Sousa que me acompanharam exaustivamente no decorrer destes cinco anos, e me mostraram o significado de amizade verdadeira, apoiando-me em tudo e nunca me deixarem ir abaixo. À Joana Areia, à Paula Azevedo, à Margarida Vale e à Lucie Cardoso, obrigada pela amizade, pelos momentos de descontração e diversão nos fins de semana.

Um obrigado enorme à Juliana, à Sofia e a Lucinda por o companheirismos, entreajuda e amizade nestes últimos anos, tornando-os muito mais divertidos. Um especial obrigado à Lucinda, companheira e amiga de turma, onde juntas batalhamos e lutamos para chegarmos e alcançarmos os nossos objetivos. Sem ti, este percurso tinha sido muito mais difícil. Obrigada mesmo, minha querida, por nunca me deixares desanimar e teres sempre as palavras certas no momento certo.

A todos os meus amigos que se mantiveram no meu lado nos bons e nos maus momentos, não os vou enumerar todos porque nunca mais iria terminar, mas que sabem quem são.

À Associação dos Albergues Nocturnos do Porto, que me permitiu crescer a nível pessoal, profissional e académico. Em especial à Equipa Técnica (atuais e antigos) - Dr.^a Joana Iglésias, Dr.^a Milene Duarte, Dr.^a Joana Ribeiro, Dr.^a Sara Cruz, Dr.^a Maria João, Dr.^a Cristina Pinto, Dr.^a Lúcia Pinto e Dr.^a Daniela Silva - que tão bem me recebeu no decorrer de 7 meses de estágio, principalmente a “minha” Equipa Técnica, composta pela Dr.^a Joana Iglésias, Dr.^a Sara Cruz e Dr.^a Milene, com quem se desenvolveu uma enorme amizade.

À Dr.^a Joana Iglésias, que tanto me ensinou e apoiou no decorrer desta investigação, obrigada por todos os ensinamentos e por a grande amizade que se formou.

A todos os funcionários e utentes com quem convivia diariamente e contribuíram para que me tornasse uma pessoa melhor. E o maior agradecimento vai para os utentes Sem-Abrigo que participaram nesta investigação e por tudo aquilo que comigo partilharam, pois sem eles a mesma não se teria realizado.

Termino com um excerto que muito especial de Antoine de Saint-Exupéry, no livro Príncipezinho:

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós. Há os que levam muito, mas há os que não levam nada. Essa é a maior responsabilidade da nossa vida e a prova de que duas almas não se encontram ao acaso.”

Muito obrigada a todos!

ÍNDICE

Resumo.....	VI
Abstract.....	VII
Résumé.....	VIII
Resumen.....	IX
Agradecimentos.....	X
Índice de Tabelas.....	XIV
Índice de Quadros.....	XIV
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	XVI

Introdução	1
-------------------------	----------

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo I – Os Sem-Abrigo.....	4
--	----------

1.1. Descrição do Fenómeno Sem-Abrigo	4
--	----------

1.2. Fenómeno Sem-abrigo – variáveis que precipitam a fenómeno	9
---	----------

1.3. Características da população Sem-abrigo	11
---	-----------

Capítulo II – Saúde nos Sem-Abrigo.....	13
--	-----------

2.1. Saúde Mental e Saúde Física nos Sem-Abrigo - Patologias	13
---	-----------

2.2. Promoção da Saúde e Prevenção da Doença na População Sem-Abrigo17
---	------------

2.3. Intervenções Realizadas na Promoção da Saúde dos Sem-Abrigo.....	19
--	-----------

Parte II - Estudo Empírico

Capítulo III: Aspectos metodológicos	24
3.1. Pertinência do estudo.....	24
3.2. Objetivos	25
3.3. Método	25
3.3.1. Participantes.....	27
3.3.2. Procedimento	28
3.3.3. Instrumentos.....	29
Capítulo IV: Análise dos resultados.....	30
4.1. Análise das Entrevistas Realizadas aos Utentes.....	30
4.2. Análise das Entrevistas Realizadas às Técnicas.....	52
Capítulo V: Discussão dos Resultados	66
Capítulo VI: Conclusão	72
Referências Bibliográficas.....	75
Anexos	83

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Classe Temática: “Saúde dos Utentes”; categoria “problemas de saúde atuais e nos últimos dois anos”; subcategorias e frequência das respostas.....	31
Tabela 2 - Classe Temática: “Saúde dos Utentes”; categoria “Perceção dos comportamentos promotores de saúde”; respectivas subcategorias e frequências.....	39
Tabela 3 - Classe Temática: “Serviços da instituição e satisfação com os mesmos” e respetivas categorias, subcategorias e frequência de respostas.....	41
Tabela 4 - Classe Temática: “Alojamento” e respetivas categorias, subcategorias e frequência de respostas	46
Tabela 5 - Classe Temática: “Entraves à Reabilitação e Reinserção Social” e respetivas categorias, subcategorias e frequência das respostas	48

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Classe Temática: “Saúde dos Utentes”; categoria “procura dos serviços de saúde”; e respectivas subcategorias	33
Quadro 2 - Classe Temática: “Saúde dos Utentes”; categoria “Cuidadores”; e respectivas subcategorias.....	35
Quadro 3 - Classe Temática: “Saúde dos Utentes”; categoria “Perceção dos comportamentos de risco para a saúde”; e respectivas subcategorias	37
Quadro 4 - Classe Temática: “Saúde e Comportamentos de Saúde dos Utentes” e respetivas categorias e subcategorias	52

Quadro 5 - Classe Temática: “Promoção da Saúde” e respectivas categorias e subcategorias.....	55
Quadro 6 - Classe Temática: “Serviços da AANP” e respectivas categorias e subcategorias.....	59
Quadro 7 - Classe Temática: “Apoios aos Sem-Abrigo e Entraves a sua Reabilitação e Reinserção Social” e respectivas categorias e subcategorias.....	63

Lista de Abreviaturas e Siglas

A – Atuais

AANP - Associação dos Albergues Nocturnos do Porto

E. – Entrevistado

ETHOS – Tipologia Europeia de Exclusão Relacionada com Habitação

FEANTSA - European Federation of National Organisations working with the Homeless

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS – Instituto da Segurança Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

RSI – Rendimento Social de Inserção

SA – Sem-Abrigo

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SRRS – Serviço de Reabilitação e Reinserção Social

T. – Técnico

U2A – Últimos dois anos

Introdução

Nos dias que correm o número de pessoas em condição de sem-abrigo aumenta de dia para dia, devido não só às problemáticas subjacentes à conjuntura socioeconómica, mas também às quebras que há na retaguarda familiar provocadas por vários fatores, por exemplo, consumo abusivo de substâncias (Bento & Barreto, 2002). Este fenómeno despoleta e fundamenta a preocupação, quer do estado quer das instituições em compreender os fatores e as causas que estão a fazer com que esta situação aumente de dia para dia, bem como promover estratégia para lidas com a população nesta condição (Jesus & Menezes, 2010). Este fenómeno verifica-se em todas as sociedades, mesmo naquelas com elevados níveis de desenvolvimento socioeconómico.

Quando se fala em sem-abrigo, fala-se de pessoas que se encontram isoladas, sem retaguarda familiar e sem suporte social, em que, por vezes só contam com o apoio das instituições (Bento & Barreto, 2002). Isto é, uma pessoa em condição sem-abrigo, é uma pessoa que se encontra nas seguintes situações: a viver na rua; a ocupar legal ou ilegalmente casas abandonadas, barracas, fábricas; alojados em instituições e/ou centros de acolhimento para sem-abrigo (tanto no sector público como no privado); a residir em estabelecimentos prisionais, pessoas que não têm habitação ao sair de instituições; posse de uma casa que é considerada como inadequada ou socialmente inaceitável (Bento & Barreto, 2002). Contudo, no presente estudo importa os sem-abrigo que se encontram institucionalizados em centros de acolhimento para sem-abrigos, neste caso, a Associação dos Albergues Nocturnos do Porto, que corresponde a um Centro de Acolhimento Temporário (CAT) para sem-abrigos.

Os Sem-Abrigo são pessoas destituídas de tudo aquilo que é essencial para a vida de um ser humano: de comida, alojamento, cuidados de saúde, educação, trabalho e essencialmente de afeto. Visto isto, a saúde de um sem-abrigo degrada-se, inevitavelmente, pela inacessibilidade a um alojamento seguro e permanente e a cuidados de saúde adequados, pela impossibilidade de ter uma alimentação saudável e de manter hábitos de higiene pessoal e de repouso, entre outros aspetos (Quintas, 2010). Assim, pode-se dizer que a definição de sem-abrigo engloba todo um conjunto de

situações que têm em comum dois aspetos, nomeadamente, a falta de meios (pobreza) e a ausência de laços comunitários – exclusão social – para usufruir de um alojamento pessoal adequado.

A par disto, a saúde de um Sem-Abrigo degrada-se inevitavelmente devido às condições adversas com que se depara, tais como a inacessibilidade de um alojamento seguro e permanente, a falta cuidados de saúde adequados, a impossibilidade de terem uma alimentação saudável e de manter hábitos de higiene pessoal e repouso (Quintas, 2010). Acrescenta-se ainda, o facto de as pessoas que se encontram nesta condição social têm três a cinco vezes mais probabilidade de mortalidade do que a população em geral (Weber, Lisa, Schmiede, Peifer & Farrel, 2013).

Pretende-se assim examinar aqueles que se encontram na situação mais extrema de exclusão social, para que os seus testemunhos e experiências vividas possam contribuir para um maior reconhecimento público da perceção de saúde e das reais necessidades dos sem-abrigo e eventualmente para a conceção de novas formas adequadas de intervenção no que concerne aos intervenientes que com esta população interagem.

Procurar-se-á compreender certos padrões de comportamentos e atitudes relacionadas com a saúde, tentando verificar a perceção que os utentes têm sobre a mesma, abrangendo também as necessidades de intervenção desta população institucionalizada no Albergue dos Nocturnos do Porto.

A presente investigação encontra-se dividida em duas partes: a primeira parte correspondente ao enquadramento teórica e a segunda parte ao estudo empírico.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I. – Os Sem-Abrigo

1.1. Descrição do Fenómeno Sem-Abrigo

Antes de se explicar o fenómeno sem-abrigo é importante falar sobre a exclusão social, pois as pessoas em condição de desabrigo encontram-se para além do limiar da pobreza, estando mesmo no extremo da exclusão social. Assim, este termo surgiu em meados da década de 90, sendo introduzido pela Comunidade Europeia, de forma a substituir a noção de pobreza (Bento, 2000). Porém, este termo foi desenvolvido na escola francesa procurando expor não só os aspetos relacionados com a pobreza e a forma como a riqueza era distribuída, mas também expor os aspetos relacionados com a integração social.

Quando se fala em exclusão social já se está a remeter para um estado final de um processo que inicia na pobreza e que é caracterizado pela rutura com os mercados de trabalho, habitação, com o Estado-Segurança Social e com a família enquanto sistema de suporte socioeconómico, tratando-se assim dos três sistemas de suporte social essenciais à estabilidade emocional, física e psicológica da pessoa (Bento, 2002, 2009). Acrescenta-se ainda a carência de redes sociais estáveis, a ausência de recursos materiais que permita à pessoa usufruir de um nível de consumos aceitáveis à sua condição social e a dependência notória dos serviços sociais para conseguir ter acesso às necessidades mínima como comida e medicação.

O conceito de exclusão social recai de forma diferente em cada sociedade e em cada contexto social, apresentando uma relação com o modo como as questões políticas e sociais emergem e são tratadas nas diferentes épocas (Alcantara, Abreu & Farias, 2015). O presente fenómeno não se deve apenas centrar na campo económica, mas sim ser compreendido como todo um processo que abarca trajetórias de precariedade, vulnerabilidade, fragilidade e ruturas com os vínculos socio-afetivos nas vertentes comunitárias e familiares da própria cidadania e das representações socioculturais subjacentes.

Costa (2007) defende que a exclusão social ocorre devido a ruturas sucessivas, sendo que, quando há uma rutura ao nível familiar, laboral, habitacional e socioeconómico, por norma, resulta no fenómeno de sem-abrigo, sendo este, uma das formas mais visíveis e extremas de exclusão social, em que o carácter de privação dos bens essenciais está à vista. A verdade é que a exclusão social não só engloba a noção de pobreza e até mesmo miséria, mas também é caracterizada acima de tudo pelas ruturas ao nível do suporte e da retaguarda social, em que muitas vezes, as pessoas nesta situação envergam por caminhos como o tráfico e consumo de drogas ilícitas, ou o consumo abusivo de álcool (Antunes & Faria, 2009).

Resumidamente, a exclusão social corresponde a um conjunto de problemas que conduzem ao afastamento e ao isolamento da sociedade ou grupo em que está inserido. Segundo Castel, a exclusão social trata-se do ponto extremo de marginalização, sendo assim um processo progressivo em que a pessoa se vai afastando da sociedade até ao completo isolamento (Castel, 1995). Nos dias de hoje, quando se fala em pobreza não se está a falar apenas numa privação de recursos económicos, mas também de um estatuto social desvalorizado, inferior e até mesmo humilhante. A situação de pobreza é sentida e vivida como impotente e com um sentido de inutilidade, reprimindo a identidade das pessoas que se encontram nesta situação, não tendo qualquer estatuto social, nem pertencendo a nenhuma classe social. O processo de exclusão social é um processo descendente de perda sucessiva, em que o individuo passaria de uma integração social e estabilidade profissional, para uma instabilidade social e laboral, até se isolar totalmente numa clara condição de exclusão e marginalidade.

As pessoas em condição sem-abrigo são aquelas que se encontram numa situação extrema de exclusão social. Atualmente ainda não há uma definição exata e consensual sobre o conceito sem-abrigo, a verdade é que em diferentes épocas e culturas os sem-abrigo eram vistos de forma negativa e pejorativa, sendo considerados vadios, excluídos, mendigos, vagabundos e marginais, contudo, essa visão já não se verifica. Nos dias de hoje há uma nova geração de sem-abrigos, pois a maior parte encontra-se excluído devido às conjunturas económicas e políticas, do desemprego, da crise de valores, do consumo de substâncias e de rutura de relações familiares (Sousa & Almeida, 2001).

Muitos estudos anteriores sobre a população em condição de Sem-Abrigo apenas se limitavam a descrever as características e os comportamentos gerais (alcooolismo, dependência de substâncias, delitos) de forma a obter uma classificação desta população, acabando de certa forma por contribuir e prolongar alguns dos estereótipos negativos a eles associados (Shier, Jones & Graham, 2010). A verdade é que não muito longe do século XX, os Sem-Abrigo eram vistos como preguiçosos, desmotivados e desinteressados em trabalho. Nesta altura, eram poucos os investigadores que estudavam as experiências e perceções desta população.

Nesta linha de conta, foi notória a necessidade de mudar e até mesmo eliminar os estigmas relativos a esta população, uma vez que, os sem-abrigo ainda são julgados devido à sua condição, sendo o seu acesso aos serviços sociais, de saúde e até mesmo aos postos de trabalho dificultados pelos estigmas a eles subjacentes. Tudo isto acaba por influenciar negativamente não só o bem-estar físico, mas essencialmente o bem-estar emocional, condicionando e inibindo o acesso e a procura das ajudas sociais que necessitam.

O fenómeno de Sem-Abrigo apresenta dimensões de país para país, porém a falta de uma definição unânime e consensual dificulta a recolha de dados estatísticos que permita alcançar dados exatos que permita uma comparação entre países e o número de sem-abrigos existentes na União Europeia (Miguel, Ornelas & Maroco, 2010).

Perante isto e impulsionada pela necessidade de encontrar uma definição unânime e temporária para o conceito de Sem-Abrigo, a União Europeia administrou um questionário, onde definiu o Sem-Abrigo como aquele que não tem possibilidade de aceder a acomodações que possa ocupar de forma razoável, mediante as seguintes situações: legal de pertença habitacional, arrendada, facultada pela entidade patronal, ocupação sem pagamento de renda previamente acordado entre as partes envolvidas (Muñoz & Vazquez, 1998). Quando isto se verifica, a pessoa sente-se forçada a pernoitar ao ar livre, em locais que não têm condições habitacionais, em instituições públicas ou privadas, em centros de acolhimento temporários, ou até mesmo em casa de amigos ou familiares.

Porém esta definição não é unanimemente aceite por ser considerada muito limitada, uma vez que não contempla aqueles que vivem em casa de familiares ou amigos temporariamente, os que continuam em hospitais e enfermarias devido à ausência de habitação, os presidiários que não têm habitação quando saem em liberdade, entre outros.

Bento & Barreto (2002) definem Sem-Abrigo como pessoas isoladas, sem família e sem suporte social, que por vezes só contam com os apoios das instituições de solidariedade. Isto é, uma pessoa em condição Sem-Abrigo é uma pessoa que se encontra nas seguintes situações: a viver na rua; a ocupar legal ou ilegalmente casas abandonadas, barracas, fábricas; alojados em instituições e/ou centros de acolhimento para sem-abrigo (tanto no sector público como no privado); a viver em refúgios privados, pensões ou camaratas; a viver em casa de amigos ou familiar, em que podem ser forçados a coabitar; a residir em estabelecimentos prisionais, estabelecimento de cuidados infantis e hospitais, não tendo habitação ao sair destas instituições; posse de uma que casa que é considerada como inadequada ou socialmente inaceitável, revelando-se desta forma em pessoas, mal albergadas.

Por seu turno, a FEANTSA (2006), com base na ETHOS (Tipologia Europeia de Exclusão relacionada com a Habitação) estabelece uma definição conceptual da condição sem-abrigo que abrange quatro categorias concetuais de situações habitacionais que refletem a carência de residência, consistindo então nos sem-abrigo, nos sem alojamento, na habitação precária e na habitação inadequada. A categoria de sem-abrigo subdivide-se em duas categorias, nomeadamente aqueles que dormem na rua sem acesso a um alojamento de emergência e pessoas que dormem em alojamentos de emergência. A categoria de sem alojamento subdivide-se em cinco subcategorias, sendo elas: pessoas sem domicílio mas em fase de inserção que se encontram em lares de alojamento; pessoas em lares de alojamento para mulheres; pessoas em alojamento para imigrantes, pessoas que saíram de instituições (médica ou penal), beneficiários de um alojamento em acompanhamento (instituição de cuidados destinada a pessoas sem domicílio; alojamento acompanhado; alojamento de transição acompanhado e alojamento assistido. A habitação precária subdivide-se em três categorias, nomeadamente pessoas em habitações precárias (provisoriamente alojados em casa de

amigos ou familiares, sem arrendamento, ocupação ilegal de uma construção, ocupação ilegal de um terreno); pessoas que podem ser despejadas; pessoas vítimas de violência doméstica. Por último, a categoria habitação inadequada remete para as pessoas que se encontram a viver em estruturas provisórias que não se adequam às normas sociais (caravanas, barcos, estruturas provisórias); pessoas que vivem em alojamento indecente; pessoas que vivem em habitações com sobrepopulação severa.

Na Austrália a população Sem-abrigo é definida por três categorias: os Sem-Abrigo primários, os Sem-Abrigo secundários e os Sem-Abrigo terciários (Thomas, Gray, McGinty & Ebringer, 2011). Os Sem-Abrigo primários remetem para as pessoas que moram em habitações improvisadas; os Sem-Abrigo secundários dizem respeito às pessoas que vivem com amigos/familiares ou em centros especializados de apoio ao Sem-Abrigo; os Sem-Abrigo terciários correspondem aos Sem-Abrigo que vivem em residências, caravanas, carros.

Na Constituição Portuguesa (1976) o artigo 65º, nº1 sugere o direito à habitação, defendendo que “todos têm direito, par si e para a sua família, a uma habitação de dimensão adequada, em condições de higiene e conforto e que preserve a intimidade pessoal e a privacidade familiar” (Instituto da Segurança Social, 2015, p. 4).

A verdade é que a percepção dos outros sobre os Sem-Abrigo, bem como a percepção dos Sem-Abrigo sobre si mesmos acaba por influenciar as suas situações sociais, criando barreiras e enviesando a forma como estes acabam por interagir com os serviços de apoio e até mesmo com a própria sociedade em que estão inseridos (Shier, Jones & Graham, 2010).

De forma conclusiva, e dada a panóplia de conceitos de sem-abrigo, a segurança social criou um conceito único promovendo a sua utilização a nível nacional, assim, considera-se uma pessoa em condição de sem-abrigo aquela que independentemente da sua condição socioeconómica, religião, sexo, nacionalidade, condição de saúde física e psicológica, se encontre sem teto mas a viver num espaço público, albergada em abrigos de emergência, num local precário, e / ou se encontre sem casa, estando num alojamento

provisório para o efeito, como casa de amigos, familiares, pensões (Instituto da Segurança Social, 2015). Neste contexto, pode-se dizer que a definição de sem-abrigo engloba todo um conjunto de situações que têm em comum dois aspetos, nomeadamente, a falta de meios (pobreza) e a ausência de laços comunitários – exclusão social – para usufruir de um alojamento pessoal adequado (Bento & Barreto, 2002).

1.2. Fenómeno Sem-abrigo – variáveis que precipitam a fenómeno

Atualmente encontramos-nos perante uma sociedade cada vez mais individualista e competitiva a nível de estatutos e contextos sociais e culturais. Ao fazer a análise das variáveis que podem conduzir ao fenómeno sem-abrigo, é importante refletir sobre o ser e estar sem-abrigo (Cruz, Neves, Quintas, Quintas & Bastos, 2006). A condição de sem-abrigo trata-se assim de um estado e não de um traço, sendo um estado temporário. Trata-se assim de um processo transitório, em que a pessoa passa de estar sem-abrigo, para ser sem-abrigo.

Estar sem abrigo é entendido como anormalidade, em que está subjacente o receio e o desamparo, por seu turno, ser-se sem-abrigo é entendido como algo normal, consequência da acumulação de insucessos nas áreas já referidas anteriormente, pela adaptação e conhecimento de estratégias diárias de sobrevivência e conotado pelo sentimento da perda de existência de um estilo de vida e habitacional alternativo ao existente (Cruz *et al.*, 2006).

Posto isto, e como já foi visível anteriormente são diversas as causas que podem fazer com que uma pessoa fique em condição de sem-abrigo e de extrema pobreza. A desagregação familiar, os problemas psicopatológicos (p.e. consumo de substâncias, depressão), a privação econômica e material podem também levar à situação e desabrigo uma vez que estas pessoas se encontram esgotadas de recursos materiais, sociais e emocionais (Moyo, Patel & Ross, 2015. Instituto da Segurança Social, 2015).

However, Sullivan *et al.*, 2000 (cit in Moyo, Patel & Ross, 2015) referem que o facto de a pessoa ter uma doença mental não significa que seja um fator de risco suficiente para a pessoa ficar sem casa, mas acaba por contribuir para que esta situação. Contudo, alguns Sem-Abrigo acabam por desenvolver doenças mentais no período de tempo que se encontram a morar na rua, estas podem ser atribuídos à própria condição que se encontra, aos riscos subjacentes e ao facto de muitas das pessoas em condição sem-abrigo começarem a consumir substâncias abusivamente, desenvolvendo assim perturbações mentais.

Assim, as principais causas que podem levar uma pessoa a perder a sua habitação passam por toda uma panóplia de fatores estruturais e individuais, que se centram essencialmente na pobreza, no desemprego, na ausência de acesso a habitação com preços acessíveis, na violência doméstica, nos conflitos familiares, nas doenças mentais, no abuso de álcool e substâncias, na desinstitucionalização (Thomas, Gray, McGinty, Ebringer. 2011). Os próprios acessos e o próprio desempenho aos serviços sociais são entendidos como fatores que podem levar a esta condição precária (Sousa & Almeida, 2001). Por vezes os serviços sociais partem do pressuposto de que todos os indivíduos têm uma morada, um telefone, um meio de transporte, que sabem ler e escrever, e que têm capacidade para seguir todas as indicações, porém isso não se verifica. Juntando a isto, o facto de algumas vezes as instituições não trocarem informações entre si, ou haver falha e falta de informação, bem como algum preconceito e estigmatismo por parte destes serviços, podem levar a que a pessoa permaneça nesta condição.

Vários estudos realizados quer no Reino Unido, quer nos Estados Unidos da América refletem que cerca de um terço das pessoas que vivem na rua, têm histórico de problemas contínuos e significativos no consumo abusivo de álcool e outras drogas (Koegal & Burman, 1998 *cit. in* Moyo, et al., 2015).

No decorrer do tempo e dos anos o fenómeno sem-abrigo vai se tornando cada vez mais complexo devido às enormes ruturas com os vários sistemas sociais, pois a verdade é que encontramos-nos perante uma população de adultos que apresentam

características próprias que os colocam em condição de incapacidade, desvantagem e deficiência (Nogueira & Ferreira, 2007).

Concomitantemente, os processos que podem originar com que alguém fique em situação de desabrigo e que explicam a entrada da pessoa nesta condição, pondo em causa a dignidade humana, são como pode ser constatado anteriormente processos multifatoriais, com um acumular de perdas sucessivas nas mais diversas levando a pessoa a um grande estado de pobreza, miséria e privação dos bens essenciais (Costa, Baptista, Perista & Carrilho, 2008).

A verdade é que de dia para dia verifica-se um aumento do número de sem-abrigos que levou a uma procura de alternativas e soluções para resolver e minimizar as problemáticas subjacentes a esta população, mais concretamente o recurso a institucionalizações e a criação de albergues e refeitórios. (Sousa & Almeida, 2001). Dado o número de pessoas a recorrerem a estes serviços mais centrados na manutenção e nem tanto no trabalho do desenvolvimento da autonomia, é notório que esta população acaba por se manter indirectamente, dependente dos serviços. Há autores que defendem que as soluções para as situações de desabrigo não são apenas os centros de alojamento de emergência temporários, uma vez que o que perpétua as pessoas que se encontram nestas condições assentam essencialmente em aspetos como o desemprego, a ausência de programas interinstitucionais e os elevados preços das habitações (Shinn *et al.*, *cit in* Sousa & Almeida, 2001).

1.3. Características da população Sem-abrigo

A população em condição de Sem-Abrigo é uma população com características muito complexas e específicas. Devido às suas condições sociais e às carências subjacentes esta população, apresentam um grande número de comportamentos desviantes e de criminalidade (Cruz, et al, 2006).

Para além da criminalidade presente nesta população (assaltados, tráfico de droga, burlas) existem ainda outras problemáticas nos sem-abrigo que se encontram em

instituições. Assim, Saraiva & Miguel (2004) enumeram as seguintes problemáticas: o difícil e particular encaminhamento das inserções em instituições dos sujeitos com SIDA (síndrome de imunodeficiência adquirida) ou uma outra patologia que se encontre em fase terminal; a entrada de situações com duplo diagnóstico, no qual a gravidade do problema psicopatológico pode ser incapacitante para o sujeito; a permanência de casais com projetos diferentes, podendo criar uma dinâmica de influência negativa; o mantimento de consumos (álcool, ilícitas e benzodiazepinas) fora das instituições, interferindo negativamente com o funcionamento interior e com o comportamento dos outros utentes; a clara dificuldade para abandonar as estratégias de sobrevivência (arrumar carros, prostituição, tráfico de droga), funcionando como barreira na inserção da sociedade.

Está claro que a maior parte da população sem-abrigo é do sexo masculino, porém, na atualidade começa-se a verificar um aumento de mulheres nesta condição. As causas que estão na sua origem assentam essencialmente no facto destas mulheres serem em muitos casos vítimas de violência doméstica, dependentes de substâncias (álcool e ilícitas), bem como baixos rendimentos financeiros e escassez de habitações públicas (Speirs, Johnson & Jirojwong, 2013). Como as mulheres sem-abrigo são um grupo mais fragilizado, encontra-se mais suscetível a determinados riscos como violência física e sexual, assaltos, gravidez indesejada, doenças respiratórias e sexuais infecto-contagiosas, doenças do sangue, problemas dermatológicos e psicopatológicos, aumento do diabetes e hipertensão devido à falta de acompanhamento médico, entre outras.

Todas estas causas acabam por ser difíceis de gerir, o que acaba por desencadear um conjunto de problemas físicos, psicológicos e ocupacionais (Helfrich & Chan, 2013). A verdade é que para além de esta população se encontrar excluída na sociedade e abaixo do limiar da pobreza apresenta várias necessidades não só de vida mas também de saúde (Hino, Ciosak, Fonseca & Egry, 2009). Desta forma, entramos então no capítulo referente à Saúde no Sem-Abrigo.

Capítulo II – Saúde nos Sem-Abrigo

Como referido anteriormente os Sem-Abrigo apresentam uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade quando comparados com a população em geral. Esta população apresenta diversas psicopatologias como dependência de substâncias, esquizofrenia e psicoses. O facto de esta população viver na rua, faz com que tenham maior predisposição de agravamento e de desenvolvimento de sintomatologia derivada de doenças mentais (Moyo, Patel & Ross, 2015). A natureza e a doença mental dificulta e interfere na forma como esta população atende às necessidades básicas de alimentação, higiene, saúde, segurança e abrigo, deparando-se assim com problemas de saúde também eles oriundos de infeções respiratórias, problemas dermatológicos, com elevado risco de exposição ao HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e à tuberculose. Neste sentido, a saúde de um sem-abrigo vai entrando num processo de degradação, impulsionado pela inacessibilidade a um alojamento seguro e permanente e a cuidados de saúde adequados, pela impossibilidade de ter uma alimentação saudável e de manter hábitos de higiene pessoal e de repouso, entre outros aspetos (Quintas, 2010).

2.1. Saúde Mental e Saúde Física nos Sem-Abrigo - Patologias

Como já tem sido referido, para além de uma os Sem-Abrigo apresentarem uma má qualidade de vida, eles apresentam também uma má qualidade de saúde e um grande número de sintomas psicológicos quando comparados à população com uma habitação adequada (Chang, Fisher, Reitzel, Kendzor, Nguyen & Businelle, 2015). Vários estudos relacionados com jovens e adultos desabrigados, demonstram que doenças mentais graves como esquizofrenia e bipolaridade, é uma problemática de saúde que se encontra bastante presente neste grupo. As estimativas indicam que comparativamente à população em geral, cerca de 4.1 % dos sem-abrigo já vivenciaram uma doença mental grave. O mesmo acontece com os jovens desabrigados ou fugitivos, que apresentam uma prevalência de doença mental de 14% comparado aos jovens que têm um lar. Claro está que o facto de se encontrarem a dormir na rua agrava estas psicopatologias e os respetivos sintomas (Childress, Reitzel, Maria, Kendzor, Moisiuc, Businelle, 2015).

Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos da América e no Reino Unido demonstram que um terço das pessoas que se encontram a viver na rua apresentam problemas contínuos e significativos relacionados com a dependência de álcool e outras drogas (Moyo, et al., 2015).

Quanto ao consumo exagerado de álcool desde sempre que foi associado aos sem-abrigo, contudo, a partir da década de 80 às perspetivas mudaram com a entrada de drogas como a cocaína na vida destas pessoas. Este consumo de drogas pode ser iniciado precocemente quando se trata de crianças e jovens que se encontram a viver na rua. Torna-se claro que o consumo de drogas e álcool é uma crescente problemática aliada a população em condição sem-abrigo, pois por vezes é esta problemática aditiva que desencadeia a perda de todas as áreas de vida – inclusive o lar e a própria família (Cruz et al., 2006).

Um estudo desenvolvido por Morris, Thompson e Unell (2004) composto por uma amostra de 211 Sem-Abrigo, concluiu que 36% necessitava de tratamento de desabituação alcoólica, em que os homens se encontravam mais predispostos a realizarem tratamento do que as mulheres. Acrescenta-se ainda que os sem-abrigo com perturbações de substâncias ilícitas estavam mais propensos a receber tratamento do que os alcoólicos. O consumo elevado de álcool e substâncias ilícitas nesta população são justificados por Snow e Anderson (1992) pela pressão normativa para a participação nos rituais de rua, a necessidade de ocupar e passar o tempo, um refúgio das angústias e a ociosidade.

Logo, o consumo problemático e exorbitante de álcool e drogas ilícitas, associado às condições precárias de vida, revela-se uma das causas de origem da elevada taxa de psicopatologias entre a população sem-abrigo (Cruz *et al.*, 2006).

Um estudo desenvolvido por Nyamathi, Hudson, Mutere, Christiani, Sweat, Nyamathi, & Broms (2007) sobre jovens sem-abrigo, concluiu que cerca de 75% dos entrevistados preencheram os critérios clínicos para terem uma perturbação associada ao consumo de álcool e/ou drogas. Mediante outros estudos cerca 57% a 70% dos jovens

sem-abrigo afirmaram o consumo recente de álcool, e 57% a 68% afirmaram o consumo recente de marijuana e 50% referiram o abuso de drogas prescritas. Comparativamente à população em geral, esta população apresenta taxas de consumo muito mais elevadas.

Este consumo exagerado de substâncias por parte desta população, ocorre por diversos fatores, nomeadamente para atenuar os efeitos psicológicos negativos de viver na rua, para diminuir os sintomas depressivos e para se manterem acordados quando não conseguem encontrar um lugar seguro para pernoitar (Nyamathi, et al. 2007). Como muitas vezes os jovens desabrigados não conseguem perceberem como problemático o uso das substâncias faz com que na idade adulta estes consumos se mantenham e com que surjam outras problemáticas físicas e psicológicas a eles associados.

Um estudo desenvolvido por Bento & Barreto (2002) com uma amostra de 511 Sem-Abrigos de rua, constatou que 32% apresentava problemas de alcoolismo; 17% apresentava dependência de substâncias (opiáceos, canabinóides e cocaína); 10% da amostra tinha um diagnóstico de esquizofrenia; 10% de perturbações da personalidade; 9% apresentava perturbações psicóticas; 4% apresentavam debilidade cognitiva; 2% perturbações mentais orgânicas; 1% continha epilepsia e só 6% da amostra não tinha diagnóstico psiquiátrico.

Num outro estudo referente o despiste do HIV com uma amostra de 7229 Sem-Abrigos, desenvolvido por Desai & Rosenheck (2004), verificou-se que 49% da amostra tinha um diagnóstico de perturbação depressiva major; 36% apresentava um diagnóstico de esquizofrenia; 31% apresentava um diagnóstico de perturbações psicóticas; 22% foi diagnosticado com perturbações da personalidade; 20% com perturbação bipolar; e por fim, 18% com perturbação de ansiedade.

Através dos estudos anteriormente referidos, é mais que notório a prevalência de psicopatologias na população em condição de Sem-Abrigo. Desta forma, revela-se determinante e essencial a necessidade de técnicos especializados em saúde mental, e a necessidade de existirem serviços capazes de responder a este fenómeno (Cruz, et al., 2006).

A nível da saúde física, os indivíduos em condição Sem-Abrigo têm mais probabilidade (três a cinco vezes mais) de mortalidade do que a população geral, sendo responsáveis por uma quantidade significativa de custos hospitalares (Weber, et al., 2013). Neste sentido, devido à elevada percentagem das taxas de morbilidade e mortalidade revela-se fundamental o acesso a serviços primário e preventivos destinados a esta população.

A inacessibilidade aos serviços de saúde, a falta de recursos para ter hábitos de higiene necessários, a má alimentação, os consumos abusivos e a ausência de um alojamento seguro e permanente faz com seja criado um ciclo em torno da saúde precária desta população, em que se identificam inúmeras necessidades de saúde (Bernstein, Meyrer, Plumb & Jackson, 2015. Gozdzik, Salehi, O'Campo, Stergiopoulos, Hwang, 2015).

Vários estudos referiram que as pessoas em condição de desabrigo apresentam um aumento de prevalência de doenças cardiovasculares derivadas de vários fatores de risco como: tabagismo; consumo abusivo de álcool e substâncias ilícitas; *stress* crónico; ausência de habitação segura e permanente; psicopatologias; uso de antipsicóticos; má alimentação; obesidade; escassez de recursos financeiros, entre outros (Szerlip & Szerlip, 2002. Bernstein et al., 2015. Gozdzik, 2015).

Neste sentido, o estudo de Bernstein *et al.* (2015) desenvolvido nos Estados Unidos da América, concluiu que nas próximas duas décadas haverá um aumento de doenças cardiovasculares na população sem-abrigo. Acrescentaram ainda a importância de medidas preventivas como o incentivo à atividade física, melhorias dos conteúdos nutricionais nos programas de alimentação, maior facilidade no acesso aos tratamentos de desabituação alcoólica, disponibilização de cuidados de saúde direcionados para esta população, para que se possa combater este aumento de doenças cardiovasculares como diabetes e a hipertensão, e prevenir também outras possíveis doenças crónicas.

Um outro estudo desenvolvido por Gozdzik et al. (2005) com uma amostra de 352 Sem-Abrigos, concluiu que os Sem-Abrigo com psicopatologias têm um elevado risco

de desenvolver doenças cardiovasculares aos 30 anos, principalmente os de sexo masculino com diagnóstico de dependência de substâncias. A prevalência de diabetes era de 16,2% e hipertensão de 7,7%.

Uma outra doença física bastante prevalente nesta população é a SIDA, devido ao facto de esta população ser bastante suscetível a adotar comportamentos de risco tais como comportamentos sexuais de risco (p.e. sexo desprotegido, prostituição, relações promiscuas) e o consumo de drogas por via endovenosa, em que muitas vezes ocorre trocas e reutilização de instrumentos de consumo (p.e. seringas), sendo as duas principais formas de contágio nesta população (Cruz, et al., 2006).

Tendo por base os problemas físicos e mentais referidos e tendo os elevados comportamentos de risco adotados por esta população, revela-se pertinente abordar a temática de promoção da saúde e prevenção da doença.

2.2. Promoção da Saúde e Prevenção da Doença na População Sem-Abrigo

Analisando a evolução da saúde e da doença no decorrer do século XX, destaca-se o facto das doenças com mais prevalência serem determinadas pelos comportamentos individuais (Santos, 2010). Contudo, tendo por base modelos biopsicossociais, os profissionais de saúde procuram promover a saúde e prevenir a doença, com base na mudança de determinados comportamentos e na adoção de um estilo de vida saudável, em vez de comportamentos ditos de risco, tais como consumir álcool, drogas, fumar, ter um estilo de vida sedentário.

Na população sem-abrigo, estas vertentes têm uma conotação muito forte, uma vez que são poucos os que têm um estilo de vida saudável, pois a maior parte tem comportamentos bastante prejudiciais para a saúde.

Tendo por base esta perspetiva, a promoção de saúde tem sido desenvolvida como uma ação de saúde pública conduzida para o aumento do controlo individual mediante a implementação de políticas de saúde e do desenvolvimento de condições de vida em

diversas áreas (laboral, lazer, social), que de uma forma um pouco direta possam influenciar o comportamento (Santos, 2010). Sabe-se que uma das principais estratégias de promoção da saúde assenta essencialmente na educação para a saúde.

Do ponto de vista da Psicologia, a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de um conjunto de intervenções que permitam ajudar as pessoas a adquirir e a manter comportamentos saudáveis, bem como a mudar hábitos prejudiciais para a saúde (Grilo & Pedro, 2005).

A promoção da saúde é um conceito multidisciplinar que procura promover a mudança de comportamentos para que seja adotado um estilo de vida saudável (Ribeiro, 1994). Ou seja, o processo de habilitar as pessoas com competências que permitam ter um controlo sobre a saúde e melhorá-la. Acrescenta-se ainda, a importância de envolver a população como um todo no dia-a-dia, e não somente as pessoas em risco de doenças específicas, sendo essencial o acesso completo e contínuo à informação sobre saúde para toda a população, contando com o recurso a todos os métodos que permitam a divulgação da informação.

A promoção da saúde combina uma panóplia complementar de técnicas, métodos, abordagens tais como: educação, comunicação medidas fiscais, legislação, atividades locais contra os riscos para a saúde e mudanças organizacionais para desenvolver competências e aptidões de resolução de problemas, tomadas de decisão (individuais e /ou coletivas) direcionados para os comportamentos saudáveis (Ribeiro, 1994).

A tudo isto acresce o dever de os profissionais da área da saúde aperfeiçoarem e desenvolverem a sua contribuição no âmbito da defesa e na educação para a saúde (Ribeiro, 1994).

Porém, não só a área da saúde deve estar preparada no âmbito da educação e promoção da saúde, a verdade é que o desenvolvimento de projetos sobre a promoção da saúde em diversas áreas e contextos faz com seja possível alcançar todos os setores da população, justificando assim a importância da inclusão das áreas da saúde,

institucionais e na própria comunidade, de forma a promover a mudança nos hábitos de saúde (Stroeb & Stroeb, 1995).

2.3. Intervenções Realizadas na Promoção da Saúde dos Sem-Abrigo

No âmbito da promoção da saúde dos sem-abrigos foram desenvolvidos alguns programas que procuraram melhorar a saúde física e reduzir a dependência de drogas e os comportamentos sexuais de risco.

D'Amico, Barnes, Gibert, Ryan & Wenzel (2009) desenvolveram uma intervenção psicossocial com mulheres sem-abrigo onde se basearam na entrevista motivacional e na terapia cognitivo-comportamental, onde eram utilizadas técnicas para reduzir o álcool e o consumo de drogas entre as mulheres sem-abrigo, procurando alterar assim o seu pensamento e os seus padrões comportamentais. O uso da entrevista motivacional tinha como objetivo influenciar a motivação intrínseca das mulheres para que estas não voltassem para um parceiro abusivo nem para um comportamento de risco, e o uso do modelo cognitivo comportamental procurava incentivar o espírito de comunidade e desenvolver competências.

Um outro programa foi desenvolvido por Collins, Whitters & Braithwaite (2007) basearam-se no Modelo Cognitivo-comportamental utilizando 12 passos para o programa de reabilitação quem abrangem o orgulho étnico e de género, a psicoeducação sobre o HIV / SIDA, desenvolvimento de competências de assertividade, a autogestão comportamental e as estratégias de *coping*. Magee & Hurliaux (2008) utilizaram atividades recreativas de formas a reconstruir ligação familiar e desenvolver a confiança social. Por seu turno, outros programas desenvolvidos com mulheres sem-abrigo centravam-se em sessões de intervenção redirecionadas para procura de trabalho, para a gestão financeira e familiar, para a saúde e para a implementação de técnicas de relaxamento e de higiene (Stahler, Kirby & Kerwin, 2007).

Um estudo piloto junto dos jovens sem-abrigo de ambos os sexos, com uma média de idade de 21.2 anos, foi também implementado um programa de promoção de saúde

direcionada para a Hepatite e para o HIV / SIDA e dinamizado por uma enfermeira com um total de três a quatro sessões de grupo, em que cada sessão tinha uma duração de 45 minutos (Nyamathi, Kennedy, Branson, Salem, Khalilifard, Marfisee, Getzoff & Leake, 2013). Este estudo procurava avaliar a eficácia de dois programas de intervenção direcionados para jovens sem-abrigo de forma a melhorar o seu conhecimento sobre a SIDA e a Hepatite, procurando também avaliar o impacto do uso destas duas intervenções sobre o bem-estar psicológico e humor deprimido. Os resultados demonstraram que houve um aumento significativo relativamente aos conhecimentos sobre HIV/SIDA e sobre a Hepatite, comprovando assim a eficácia das intervenções junto desta população.

O programa em questão era composto pelos seguintes conteúdos: noções básicas de prevenção e transmissão de Hepatite (A, B e C) e de HIV/SIDA; vacinação para as hepatites virais; desenvolvimento e treino das competências comportamentais, de autogestão e das habilidades de comunicação; superação das barreiras de conclusão das séries de vacinação das hepatites, a implementação da mudança dos comportamentos de risco desta população, e por último, o desenvolvimento de relacionamentos, atividades e redes sociais que promovam e levem à manutenção do controlo e redução do consumo de álcool e drogas.

Neste programa de promoção para a saúde, o trabalho foi feito a par com a Faculdade de Artes da Califórnia, com dois elementos do corpo docente, onde nas duas primeiras sessões, estes se reuniram com um grupo de 4-6 jovens e exploraram os seus pensamentos e sentimentos relativos à sua vida, ao consumo de drogas e álcool, e os objetivos de vida, usando a poesia, vídeo, obras de arte e fotos para esse fim. Posto isto, o grupo de jovens decidiram o tema que gostariam de trabalhar (neste estudo os temas foram os perigos de iniciar o consumos de substâncias e os desafios de viverem na rua) nas próximas sessões, onde utilizaram um diversificado conjunto de modalidades artísticas para apresentarem os temas escolhidos (Nyamathi et al, 2013). Em todas as sessões, uma hora era destinada para informar os participantes sobre as noções básicas de transmissão, prevenção e vacinação da SIDA e da Hepatite.

O *The Nurse Case Managed Intervention* consiste num programa de intervenção multidisciplinar desenvolvida junto de sem-abrigos direcionado para a promoção da saúde, consistia em três sessões de grupo de 40 minutos liderada também por uma enfermeira com treino e pesquisa feito previamente (Tyler, Nyamathi, Stein, Koniak-Griffin, Hodge, Gelberg, 2014).

Nesta intervenção as temáticas consistiam na psicoeducação e no desenvolvimento de competências. Na psicoeducação informou-se os participantes sobre o HIV e as Hepatites A, B e C, nomeadamente como é feito o diagnóstico, a prevenção e a transmissão dos vírus bem como a importância dos acompanhamento médicos e no reforço da autoestima (Tyler *et al.*, 2014). No desenvolvimento de competências trabalhou-se a formação de competências de autogestão, da comunicação para reduzir o consumo de substâncias e os comportamentos sociais de risco, e também desenvolvimento de habilidades de confrontação social e comportamental.

Foram utilizados supostos cenários de confronto, de forma a discutir a importância dos relacionamentos sociais positivos, como mudar comportamentos que colocam as pessoas em risco de contrair hepatite e HIV, como devem lidar quando são eliciados a fazer ou ter determinado comportamentos de risco, e como lidar com contradições (Tyler *et al.*, 2014). Todo este treino é composto por técnicas de comunicação e negociação de forma a incentivar o uso de estratégias de sucesso para recusar ofertas de drogas ou para ter relações sexuais desprotegidas. Cada sessão começou com um participante da avaliação das necessidades, que incluiu referências e mecanismos que facilitem a nomeações para os cuidados médicos e de saúde mental, alimentação, moradia, transporte ou outros serviços sociais. Cada sessão era iniciada com uma avaliação das necessidades dos participantes, incluindo referências e programas de ação de forma a facilitar o acesso à alimentação, alojamento, transportes, os cuidados médicos e de saúde mental, entre outros serviços. Com este programa que foi implementado durante 6 meses, verificou-se que houve um aumento estatisticamente significativo sobre os conhecimentos relativos à Hepatite e ao HIV ($P < 0.000$).

Pode-se assim verificar que os programas propostos anteriormente acabaram por ter um impacto positivo no que concerne a melhoria da saúde física e na redução de comportamentos sexuais de risco e na redução da dependência de substâncias.

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo III: Aspetos metodológicos

3.1. Pertinência do estudo

A população Sem-abrigo é uma população com características muito específicas, pois como já foi referido, encontram-se destituídas de tudo aquilo que é essencial para a sobrevivência de um ser humano (Quintas, 2010).

A presente investigação revela-se pertinente, uma vez que os sem-abrigo são uma realidade social em acentuado crescimento nos grandes centros urbanos, cujas implicações em diversas áreas, tais como: a psicologia, sociologia, medicina, entre outros são evidentes e inquestionáveis. A verdade é que esta população demonstra carências a nível de saúde que merecem uma especial atenção

Posto isto, tudo o que foi exposto até ao momento, aleado a todo o período de estágio na associação em questão, motivaram a realização desta investigação, na qual se pretende o envolvimento do investigador com a população sem-abrigo de forma a ocorrer o aprofundamento de uma relação intersubjetiva com a finalidade de explorar as necessidades de intervenção nos utentes da Associação do Albergues Nocturnos do Porto, bem como a percepção que estes têm sobre a saúde, contando não só com as perspetivas dos utentes, mas também com as dos técnicos que com eles trabalham diariamente.

Neste sentido, ao longo do presente capítulo serão apresentados os objetivos e toda a metodologia da investigação. Posteriormente, serão apresentados os resultados da investigação, bem como a sua análise através da análise de conteúdo e a discussão dos resultados.

3.2. Objetivos

Os objetivos do presente estudo são:

- Explorar a perceção de saúde nos utentes da Associação dos Albergues Nocturnos do Porto;
- Explorar a perceção de saúde e promoção de saúde dos utentes da Associação dos Albergues Nocturnos do Porto, na perspetiva da equipa técnica;
- Avaliação das necessidades de intervenção dos utentes da Associação dos Albergues Nocturnos do Porto;
- Avaliação da satisfação com os serviços da Associação dos Albergues Nocturnos do Porto.

3.3. Método

Tendo em conta a temática e os objetivos, a presente pesquisa é de índole exploratória qualitativa, aplicada na forma de entrevista, recorrendo à consulta dos processos dos utentes da instituição. De facto, a metodologia qualitativa é composta por todo um conjunto de métodos de interpretação que permitem compreender melhor a experiência dos participantes bem como os processos em estudo (Denzin & Lincoln, 2005). Este método revela-se o mais adequado, dado que permite verificar o significado da experiência dos participantes tendo sempre à retaguarda uma abordagem fenomenológica. Importa ainda salientar que o método qualitativo encontra-se mais voltado para a vertente social, sendo caracterizado por abordagens complexas relacionadas com os problemas económicos, sociais, políticos, culturais, educacionais e em particularidades não quantificáveis (Oliveira, 2005).

Como forma de recolher informação, recorreu-se á entrevista exploratória semiestruturada (oral e com gravação de áudio com a finalidade de posterior transcrição e análise), composta por dois guiões de entrevista previamente elaborados que norteiam a investigação, procurando ampliar e aprofundar a comunicação, permitindo a captação do universo afetivo e existencial do sujeito (Corbetta, 2007). Igualmente, a ordem de

abordagem dos diferentes temas não obedece a uma sequência rígida, deixando-se ditar pelas preocupações, ênfases e associações de pensamento dos próprios entrevistados, sendo naturalmente adaptada a linguagem para acessibilidade dos participantes e a introdução e eliminação de algumas questões mediante a informação que é dada pela pessoa entrevistada.

Também se procedeu á consulta dos processos psicológicos dos utentes entrevistados de forma a ter acesso a todo um conjunto de questões sociodemográficas e de alguns aspetos da história de vida do utente que foram consideradas relevantes para o estudo. Desta forma, através da consulta dos processos foi possível aceder a questões como o trajeto profissional, a história clínica, as relações sociais e há quanto tempo está em situação de sem-abrigo, sem fazer com que a entrevista seja longa e exaustiva para o utente.

O tratamento dos dados obtidos foi feito através da análise de conteúdo de Bardin. Assim, através da análise de conteúdo foi possível estudar e analisar a informação de uma forma objetiva e sistemática, que no presente estudo será feita após a realização da entrevista (Martins & Theóphilo, 2007). Desta forma, é possível acedermos a padrões de comportamentos / pensamentos, à medida de clareza das mensagens e do discurso, e por último identificar intenções e características. A análise de conteúdo é uma técnica feita por etapas, passando pela organização, codificação, categorização e inferência das respostas obtidas na nossa entrevista, tendo em conta toda a informação verbal e não-verbal (Bardin, 2006. Patton, 2002). Neste contexto, demonstra-se relevante fazer a condensação das afirmações em formulações gerais sintetizando o material, ou seja, o máximo de informação com o máximo de pertinência (Flick, 2005). Posto isto, a utilizou-se a codificação e categorização das respostas, ou seja, procurou-se definir categorias de elementos comuns mediante as respostas (quer dos utentes quer dos técnicos) e as unidades de registo que obtivemos de forma objetiva e sintética, utilizando a informação que consideramos importante e relevante para compreender o fenómeno em questão (Bardin, 2006. Flick, 2005. Patton, 2002).

3.3.1. Participantes

Uma vez que se trata de um estudo qualitativo, importa referir que neste tipo de estudo entrevista-se um número limitado de pessoas, sendo que a representatividade no sentido estatístico não é relevante (Albarelllo, Digneffe, Hiernaux, Maroy, Ruquoy & Saint-Georges, 1997). Assim, o critério de inclusão da amostra teve como princípio a adequação aos objetivos da investigação, ou seja, como já dito anteriormente, os participantes não são escolhidos em função da importância numérica que representam mas sim em função do seu caráter e relevância para a compreensão do fenómeno. Partindo desta linha de pensamento, a amostra estudada e selecionada intencionalmente, é composta por dez utentes da instituição, oito homens e duas mulheres. No que respeita ao critério de inclusão, este engloba serem utentes da instituição sem perturbação da personalidade e sem consumos de substâncias ativas para que preenchessem o consentimento informado de forma consciente. Os utentes foram sugeridos em conjunto com o Diretor Clínico e a Equipa Técnica, pois como têm um contacto diário com os utentes indicaram aqueles que mais se enquadram nos requisitos necessários para participar no estudo em questão. Quanto à outra amostra, esta é composta por quatro elementos da Equipa Técnica, que como têm um contacto mais próximo com os utentes conseguem dar uma informação mais completa e de um ponto de vista diferente.

Fazendo agora a caracterização dos participantes, a média de idade dos utentes que participaram no estudo é de 39,20, onde a idade mínima é 22 anos e o máximo 51 anos, apresentando um desvio de padrão de 9.9. Quanto à média da escolaridade dos participantes é o 6º ano, onde o mínimo é o 4º ano e o máximo o 9º ano, sendo o desvio de padrão 1.37.

Foram então utilizados dez participantes com nacionalidade portuguesa, sendo oito do sexo masculino. Importa acrescentar que dos dez participantes sete são solteiros e três divorciados, o que demonstra que nenhum participante tem um companheiro.

3.3.2. Procedimento

Numa primeira fase procedeu-se à pesquisa bibliográfica sobre as temáticas que eram tidas em conta com maior interessa em revistas académicas, livros e *sites*, bem como à recolha de informação e pesquisa documental mais informal - tais como monografias, dissertações, documentos da entidade / instituição (Martins & Theóphilo, 2007). Desta forma, com base na pesquisa bibliográfica e na revisão da literatura delimitou-se os respetivos objetivos de investigação. Seguindo esta linha de conta, fez-se o desenho do estudo, ou seja, foi definido a metodologia (qualitativa), os instrumentos (guião de entrevista utentes; guião de entrevista técnicos e questionário sócio demográfico para os utentes) e a amostra a utilizar (utentes da Associação Albergues Nocturnos do Porto e elementos da Equipa Técnica da Associação dos Albergues Nocturnos do Porto).

Posteriormente a esta primeira fase, submeteu-se o projeto para a Comissão de Ética, de forma a receber o parecer favorável do mesmo (Anexo E). Recebido o parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, foi pedida a autorização à AANP para o desenvolvimento do estudo em questão (Anexo F).

Após recebidas a resposta da Comissão de Ética e a Autorização da instituição em causa, foi feita a seleção dos utentes que iriam participar no estudo. Assim os utentes selecionados foram questionados se aceitariam participar na investigação, aqueles que aceitaram foi agendado com eles um atendimento num dos gabinetes médicos da instituição. Assim, antes de serem iniciadas as entrevistas, foi explicado oralmente qual a finalidade do estudo, os objetivos e a confidencialidade do mesmo, referindo que a sua participação ou não participação não traria qualquer benefício ou prejuízo para eles. Respondidas a todas as questões e esclarecidas todas as dúvidas foram entregues dois consentimentos informados (um para o entrevistador e outro para o entrevistado) para serem assinados (Anexo A), fazendo também referência ao pedido para gravar as entrevistas em formato áudio, onde era assegurado a destruição das gravações finalizado o estudo. Após resposta positiva dos participantes e após assinatura do consentimento informado deu-se início às entrevistas individuais, que tinham uma duração que variava

entre 45 a 60 minutos. No caso dos utentes, no final de cada entrevista era feita a consulta do processo psicológico para responder às questões do questionário sociodemográfico e identificar possíveis variáveis que pudessem complementar as informações obtidas nas entrevistas. No caso dos técnicos agendou-se com cada um uma possível data para as entrevistas, em que foi explicado em que consistia o estudo e acrescentando que a participação não traria qualquer benefício ou prejuízo para eles. Após o esclarecimento de todas as dúvidas e após a assinatura do consentimento informado, procedeu-se ao início das entrevistas individuais, também elas com uma duração que variava entre os 45 e os 60 minutos.

Tendo em conta que todos os participantes aceitaram que as entrevistas fossem gravadas em formato áudio, após a finalização das entrevistas foi feita a transcrição das mesmas, começando então a análise de Bardin nos resultados obtidos. No final, todas gravações foram apagadas.

No que concerne ao tratamento dos dados obtidos, as transcrições das entrevistas bem como as informações recolhidas nos processos psicológicos, foram analisados indutivamente sem suposições prévias entre a prática e a teoria, procurando assim avaliar e as necessidades de intervenção dos utentes e compreender a perceção dos mesmos sobre a sua saúde (Patton, 2002).

Para tratar os dados utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin.

3.3.3. Instrumentos

- Declaração de Consentimento Informado para os utentes e para a Equipa Técnica (Anexo A);
- Questionário sociodemográfico, composto por questões referentes aos dados de identificação, à escolaridade e trajetória profissional, à situação económica, à caracterização geral de saúde e à caracterização geral da situação de sem-abrigo, este questionário foi respondido pelo investigador através da consulta dos

processos dos utentes, de forma a complementar a informação obtida através das entrevistas (Anexo B);

- Guião de entrevista para serem administrados aos utentes, composta por 29 questões criadas pelo investigador, relacionadas com questões de saúde que permitam explorar a perceção de saúde e as necessidades de intervenção dos utentes da AANP (Anexo C);
- Guião de entrevista para serem administrados aos técnicos, composta por 21 questões (Anexo D).

Capítulo IV: Análise dos resultados

4.1. Análise das Entrevistas Realizadas aos Utes

Através da análise das entrevistas realizadas aos utentes surgiram quatro grandes classes temáticas: *saúde dos utentes; serviços da instituição e satisfação com os mesmos; alojamento e entraves à reabilitação e reinserção social.*

Analisando a classe temática referente à saúde dos utentes (tabela 2) foram obtidas seis categorias: *saúde dos utentes; os problemas de saúde atuais e nos últimos dois anos; a perceção dos comportamentos de risco para a saúde; a perceção dos comportamentos promotores de saúde; a procura dos serviços de saúde; e por fim, quem seriam os cuidadores em caso de doença ou incapacitação.*

Nesta primeira classe temática analisar-se-á a perceção de saúde dos utentes, um dos objetivos da presente investigação.

Quando foi questionado aos utentes se se consideravam saudáveis oito dos participantes percecionaram-se como o sendo, em que na maior parte dos casos estes referiam o facto de se “sentirem bem” fisicamente e conseguirem fazer a sua rotina normal. Contudo, apesar de a literatura defender que as pessoas que se encontram em condição Sem-Abrigo se encontram mais vulneráveis a desenvolver problemas de saúde

quer físico quer mental, a verdade é que muitos não têm essa percepção nem consciência gravidade dos mesmos.

Tabela 1

Classe Temática: “Saúde dos Utentes”; categoria “problemas de saúde atuais e nos últimos dois anos”; subcategorias e frequência das respostas

Classe Temática: Saúde dos Utentes	
Categoria	Subcategoria
Problemas de saúde atuais (A) e nos últimos dois anos (U2A)	Gripe / Constipação – A (3)
	Hipertensão - A (3)
	Diabetes - A (3)
	Problemas de saúde oral - A (3)
	Problemas visão – A (2)
	Cancro – U2A (2)
	Anemia – U2A (2)
	Colesterol - A (2)
	Nenhum (1)
	Problemas cardíacos - A (1)
	Sinusite - A (1)
	Epilepsia- A (1)
	Hérnia Discal - A (1)
Ansiedade –A (1)	

Antes de mais importa referir que há mais de dez problemas de saúde identificados, devido ao facto de alguns dos participantes identificar mais que um problema de saúde- Assim, como se verifica na **tabela 1**, os problemas de saúde que mais foram referenciados pelos participantes foram a gripe, o diabetes, a hipertensão e o colesterol. Na realidade, estas doenças não apresentam, sintomas físicos e os entrevistados referiram que o diabetes, a hipertensão e o colesterol foram-lhes diagnosticados através de análises de rotina. Sendo assim, a percepção que estes têm da sua saúde, pode estar relacionada com o facto de grande parte não ter a consciência da gravidade e do que advém estas problemáticas. Um dos entrevistados chegou a referir que a sua “saúde era boa” e que se sentia bem, no entanto, com o desenrolar da entrevista acrescentou que se

encontrava a tomar medicação às refeições para o colesterol e para o diabetes, demonstrando falta de perceção relativa à gravidade dos seus problemas de saúde, como se pode verificar no excerto a seguir:

“Eu sinto-me bem, acho que a minha saúde é boa (...) fiz exames e análises (...) só que há alguma coisa que não está bem, porque estou a tomar medicação ao pequeno-almoço, almoço e jantar (...) Já tenho colesterol desde que jogava à bola (...) Descobri que tinha através de análises (...) Descobri o mês passado que tinha (diabetes) através de análises que diziam que tinha muito açúcar no sangue (...) repeti as análises para diabéticos (...) disseram que tinha diabetes e que estavam a 8.7, mas não sei o que é isso.” (E. 10, Homem, 48 anos).

Um outro aspeto a ter em conta é o facto de os participantes referirem apenas doenças físicas, e só um participante referiu um problema de foro psicológico que vivenciou no passado – ansiedade -, contudo mostrou desconhecimento sobre o assunto, o diagnóstico e o tratamento:

“(...) quer dizer, tive ansiedade... começou a faltar-me o ar e tinha febre, fui para o hospital, os médicos fizeram-me um exame a medula e tudo porque pensaram que era uma coisa, mas depois disseram que era ansiedade (...) antes tomava um comprimido quando tinha ataques de ansiedade, mas nunca acabei de tomar a caixa, já não precisava daquilo. ” (E. 2, Homem, 22 anos).

Ao comparar as informações das entrevistas com as informações que constavam no processo dos utentes, verificou-se que alguns dos utentes já vivenciaram psicopatologias. Contudo, não o referiram na entrevista, podendo isto estar relacionado com a falta de consciência sobre essas mesmas psicopatologias ou com o desconhecimento do seu diagnóstico. Nesta linha de conta, dois participantes atualmente apresentam um diagnóstico de Perturbação Distímica; um participante apresenta um diagnóstico com Perturbação Histeriónica da Personalidade; dois participantes foram diagnosticados com Perturbação do Controlo de Impulsos; três

apresentavam Abuso de Álcool e dois Dependência de Haxixe, com tudo estes cinco participantes atualmente encontram-se abstinentes dos seus consumos. Apenas dois participantes encontram-se sem psicopatologias de relevo.

E o mesmo acontece com as doenças e/ou problemas físicos, efetivamente todas aquelas que foram referidas pelos participantes constam nos seus processos, porém há participantes que não referiram todos os problemas de saúde que têm atualmente ou tiveram nos últimos dois anos, das quais se destacam: bronquite asmática (um participante em dez), acne severo (um participante em dez), obesidade (dois participantes em dez) e fracturação de membros (dois participantes em dez). Com isto é possível constatar duas possibilidades que justifiquem este aspeto nomeadamente o desconhecimento destas problemáticas e/ou a desvalorização das mesmas, porém, isto pode fazer com que acha um agravamento das problemáticas em causa ou até mesmo o surgimento de novos problemas, devido à banalização e não acompanhamento destas problemáticas.

Quadro 1

Classe Temática: “Saúde dos Utentes”; categoria “procura dos serviços de saúde”; e respectivas subcategorias

Classe Temática: Saúde dos Utentes	
Categoria	Subcategoria
Procura dos Serviços de Saúde	Não procuram
	Procuram

Nesta linha de conta, surge a categoria referente à procura dos serviços de saúde (**quadro 1**), em que oito dos dez participantes afirmou não recorrer, sendo que desses oito que afirmaram não procurar aos serviços de saúde, seis percecionaram-se como sendo saudáveis, e um participante como tendo a sua saúde baixa. Assim sendo, a forma como avaliam a sua saúde influência a procura dos serviços de saúde, neste caso como

se consideram saudáveis, só sentem a necessidade de recorrer a estes serviços em último recurso, ou quando lhes é solicitado.

“A minha saúde está baixa... as minhas pernas não estão boas (...) atualmente tenho problemas de vistas, na direita estou a perder a visão e na esquerda há não tenho uma vista (...) não (não recorre aos serviços de saúde) porque a minha médica diz que só preciso de ir lá quando for mesmo necessário.” (E3, Mulher, 48 anos).

“(...) não me dói nada, não tomo medicação, sinto-me saudável. (...) Não (não recorre aos serviços de saúde), porque primeiro não gosto de médicos. Depois tenho pavores a agulhas. Só mesmo mas mesmo se tiver a dar as últimas.” (E.5, Homem, 41 anos).

“(...) Neste momento sou hipertenso e diabético (...) mas apesar disso sinto-me saudável (...) Não (não recorre aos serviços de saúde), só vou quando necessito ir pedir medicação, para fazer análises e caso me sinta mal..” (E.6, Homem, 41 anos).

“(...) apesar de tudo isto, com certeza que me considero uma pessoa saudável, porque a minha cabeça não morreu, Apesar de fisicamente ter algumas limitações, mentalmente tenho um software autêntico (...). Estou viva, estou bem.(...) Apesar de ter muitos problemas não costumo recorrer (aos serviços de saúde), só vou quando me marcam consultas.” (E.1, Mulher, 51 anos).

Porém, importa acrescentar que este aspeto pode estar relacionado com o facto de não terem competências para procurar os serviços de saúde, pois como a literatura relata esta população depara-se com inúmeras barreiras e entraves para aceder aos serviços quer sociais quer de saúde, que se complica por exemplo, com a falta de competências comunicacionais e a baixa escolaridade, que na presente amostra a média ronda o 6º ano de escolaridade (Weber, *et al.*, 2013. Cruz, *et al.*, 2006). Se já para a população em geral o recurso aos serviços de saúde por vezes é “complicado” aceder a estes serviços devido

às complicações e aos entraves com que muitas vezes se deparam, para as pessoas que se encontram nesta condição agrava-se mais, devido à baixa qualificação e até mesmo a escassez de informação e competências comunicacionais. Contudo, através da informação obtida nos processos pessoais dos participantes foi possível constatar que todos os participantes possuem médico de família, encontrando-se desta forma inscritos em Unidades de Saúde Familiar, o que demonstra que apesar de acesso a este serviço, grande parte não usufrui dele.

Quanto aos dois participantes que referiram recorrer aos serviços de saúde destaca-se o facto de também eles se percecionarem como saudáveis. Um dos casos por questão de monitorização da saúde e outro devido aos problemas de saúde com que se depara atualmente. Podendo então ser encarado como um comportamento promotor de saúde.

“Sim, costumo ir à minha médica de família, medir a tensão (...) Eu gosto de saber como anda a minha saúde.” (E.8, Homem, 48 anos).

“Ao hospital já não vou há muitos anos, ao centro de saúde vou sempre, tenho lá consulta dia 4 de Dezembro. Tenho consulta de diabetes, porque como tenho diabetes tenho que ver se a medicação que estou a tomar está a fazer efeito ou não.” (E.10, Homem, 48 anos).

Quadro 2

Classe Temática: “Saúde dos Utentes”; categoria “Cuidadores”; e respectivas subcategorias

Classe Temática: Saúde dos Utentes	
Categoria	Subcategoria
Cuidadores	Sem cuidadores
	Companheiro

Uma outra categoria (**quadro 2**) encontra-se relacionada com quem seriam os cuidadores se por algum motivo ficassem doentes, em que nove dos dez entrevistados referiu que não têm nenhum cuidador caso isso acontecesse. Este aspeto pode ser

comparado com o estado civil dos utentes que participaram no estudo, em que sete são solteiros e três divorciados. Porém, apenas um utente referiu que teria o companheiro para cuidar de si, ou seja, ao contrário dos outros participantes e independentemente do seu estado civil (divorciado) o facto de ter um companheiro é importante para ter um cuidador em caso de incapacitação ou adoecimento:

“Ia ser o meu namorado, ele já disse que se me acontecesse alguma coisa que tratava de mim.” (E.3, Mulher, 48 anos).

Quanto aos restantes nove utentes que referiram não ter ninguém com quem pudessem contar para cuidarem de si, referiram que este aspeto é algo que efetivamente os preocupa, referindo que apenas poderiam contar com a segurança social, com a AANP e com os serviços de saúde. A verdade é que esta pequena amostra retrata bem aquilo com que acontece na grande parte dos Sem-Abrigo, pois como consta na literatura, a maior parte não tem retaguarda familiar nem suporte social, contando apenas com o apoio dos técnicos e das instituições direcionadas para esta população.

“Não sei... mas também penso muito nisso. Para lhe confessar, um dos motivos para não querer ser operado é esse, não sei quem iria tomar conta de mim... se não for uma doença muito grave penso que aqui no Albergue teria apoio.” (E.6, Homem, 46 anos).

“Neste momento, ninguém. Dificilmente o albergue me ia ajudar porque não tem condições nem pessoal especializado para isso.” (E.5, Homem, 41 anos)

“Olhe, eu espero que a segurança social, que alguém fizesse alguma coisa, porque a verdade é que eu não tenho ninguém que pudesse cuidar de mim.” (E.1, Mulher, 51 anos).

Ainda na classe temática relativa à perceção de saúde surgem duas categorias relacionadas com a perceção dos comportamentos de risco para a saúde e com a perceção dos comportamentos promotores de saúde adotados pelos participantes.

Quadro 3

Classe Temática: “Saúde dos Utentes”; categoria “Perceção dos comportamentos de risco para a saúde”; e respectivas subcategorias

Classe Temática: Saúde dos Utentes	
Categoria	Subcategoria
Perceção dos comportamentos de risco para a saúde	Sem comportamentos de risco Consumo tabágico Discussões e conflitos Consumo haxixe

Relativamente à categoria da perceção dos comportamentos de risco para a saúde (**quadro 3**) foi notória uma inibição em responder a esta questão devido também ao viés da desejabilidade social com receio até mesmo de serem sancionados devido a alguns comportamentos que refeririam. Inicialmente grande parte dos participantes afirmava não ter comportamentos de risco, contudo acabaram por enumerar alguns em que, o mais referido foi comportamento de risco para a saúde é o consumo tabágico em que metade da amostra o referiu devido ao facto de serem fumadores acrescentando que consideravam comportamento de risco uma vez que prejudicava a saúde a nível físico. Seguidamente o mais enumerado foi o envolvimento em conflitos e discussões, que independentemente de não pôr em risco a saúde física, para os participantes em questão é vista como risco para a sua saúde mental uma vez que os deixa mais agitados e impulsivos. Nesta linha de conta, dois participantes referiram ainda ter a perceção que o facto de consumirem esporadicamente haxixe acaba por ser um risco para a saúde mental, pois como um dos participantes referiu, apesar de não causar dependência física pode causar dependência psicológica.

“Comportamento de risco só se for fumar... de resto não (...) Por dia fumo cerca de 4 a 5 cigarros.” (E.2, Homem, 22 anos).

“Fumar, agora estou a diminuir, estou a fumar o cigarro eletrónico e intercalo com o tabaco (...) a nível psicológico é o consumo de haxixe que faço de vez

em quando, mas muito raramente, há meses que nem fumo” (E.4, Homem, 31 anos).

“É me chatear, quando me chateio fico doente da cabeça, porque a nível físico não tenho nenhum acho” (E.10, Homem, 48 anos).

“Muitas vezes é o sistema nervoso que fica alterado, e quando fica alterado já não há remédio que o meta no sítio (...) o tabaco lixa-me os pulmões e o haxixe lixa-me os neurónios, não causa dependência física mas se fumar muitos charros pode acabar em dependência psicológica” (E.7, Homem, 27 anos).

Uma outra categoria que apesar de ter sido referida por dois participantes, acaba por ter uma enorme relevância, que consiste na alimentação. Ou seja, os participantes que referiram este comportamento como de risco para a sua saúde têm a percepção de que a alimentação que fazem nem sempre é benéfica, mas que também é algo que não depende deles, visto que fazem as alimentações na instituição. Independentemente dos problemas de saúde dos mesmo, a instituição em questão faz as alimentações em grandes quantidades (mais de cem refeições) não podendo fazer pratos diferenciados para determinados utentes.

“A nível de alimentação que nos é dada aqui, e o próprio contexto da instituição acaba por ser um risco para a nossa saúde física e psicológico.” (E.6, Homem, 41 anos).

“A alimentação... aqui não dá para fazer uma alimentação saudável, às vezes até bem tudo mal cozido... enfim...” (E.9, Homem, 36 anos).

Tabela 2

Classe Temática: “Saúde dos Utentes”; categoria “Perceção dos comportamentos promotores de saúde”; respectivas subcategorias e frequências

Classe Temática: Saúde dos Utentes	
Categoria	Subcategoria
Perceção dos comportamentos promotores de saúde	Exercício físico (6)
	Controlar alimentação (6)
	Reduzir tabaco (2)
	Hábitos de higiene (2)
	Beber muita água (2)

Quanto á categoria referente aos comportamentos percecionados como saudáveis pelos participantes é notório na **tabela 2** que se destaca o exercício físico (prática de yoga, ida ao ginásio e caminhadas diárias) e o controlo da alimentação (fazer todas as refeições, ter uma alimentação saudável e controlada. Um aspeto que ressalta na tabela é o facto de dois dos participantes considerarem os hábitos de higiene como um comportamento promotor de saúde, o que acaba por contrariar aquele estigma associado ao facto de os Sem-Abrigo não terem cuidado com a sua higiene. Um outro aspeto também a destacar baseia-se no facto de, como vimos na categoria relativa aos comportamentos de risco, metade da amostra é fumadora, porém, só dois referiram estar a reduzir o número de cigarros fumados por dia. Em contrapartida, os participantes fumadores (cinco em dez) referiram que para melhorar a sua saúde poderiam reduzir este hábito, contudo afirmaram também que dado ao número de anos que fumam, ao contexto e à condição que se encontram é algo complicado.

Ainda nesta categoria os participantes apesar de não adotarem determinados comportamentos que promovam a sua saúde, têm a perceção e a consciência do que poderiam fazer para melhor a sua saúde, tais como reduzir e até mesmo cessar os hábito tabágicos (dois em dez participantes), fazer uma alimentação saudável (dois em dez participantes) e fazer mais atividades físicas (quatro em dez participantes). O que os participantes referiram e que também é notório na instituição é que a associação não apresenta as condições necessárias para que seja possível adotar estes comportamentos

(controle da alimentação e as atividades física) devido à impossibilidade de fazer comidas diferenciadas e a saída obrigatória às 8h da manhã e a permissão de subida para às mesmas às 18h da tarde.

“ (...) Vou começar a partir do próximo mês a ir para o ginásio puxar ferro. Fazer a minha higiene (...) é muito importante não só para a nossa saúde como para as dos outros (...) é importante para o nosso bem-estar. O que poderia fazer mais era se calhar reduzir no tabaco (...) fazer uma alimentação saudável.” (E.9, Homem, 36 anos).

“Tomar banho, comer bem, beber muita água, não entrar na camarata se ela estiver suja, tomar os comprimidos se tivesse mesmo de ser” (E.8, Homem, 48 anos).

“Tento caminhar bastante todos os dias. Comprei uma caneta para substituir os hábitos tabágicos, comer bem e não falhar nenhuma refeição. O que poderia fazer mais era deixar de fumar totalmente” (E.4, Homem, 31 anos).

“O que tenho feito é exercício físico (...) faço yoga, reduzir no tabaco (...) beber muita água, controlar a alimentação” (E.2, Homem, 22 anos).

“Faço exercício físico (...) todos os dias de manhã vou correr. Faço yoga uma horinha por semana (...) algo que me melhoraria a saúde era arranjar um trabalho (...).” (E.3, Mulher, 48 anos).

“Tento comer equilibrado, movimentar-me, tomar banho diariamente (...) O que poderia fazer mais para me manter saudável (...) ir ao ginásio, fazer umas corridas o que não é impeditivo mas é um bocado chato porque uma pessoa chega todo suado e pode não ser possível tomar banho e vou andar transpirado o dia todo (...) a gente sai de manhã e só pode subir à noite sendo raras as vezes em que deixam subir para trocar de roupa.” (E5, Homem, 41 anos).

Tabela 3

Classe Temática: “Serviços da instituição e satisfação com os mesmos” e respetivas categorias, subcategorias e frequência de respostas

Classe Temática: Serviços da Instituição e Satisfação com os mesmos	
Categoria	Subcategoria
	Alimentação (6)
	Maior acompanhamento por parte dos técnicos e aumento do número técnicos (5)
	Maior controlo na entrada dos utentes (5)
	Atitudes de funcionárias e vigilantes (4)
	Obras instalações (3)
Melhorias a fazer nos serviços, apoios e ajudas da AANP	Aumento do horário de entrada para as 22h (3)
	Melhorar limpeza (2)
	Divisão das camaratas (2)
	Higiene obrigatória a todos os utentes (2)
	Inovar atividade ateliê (2)
	Aumento das verbas financeiras (1)

Analisando a classe temática referente aos *serviços da instituição e satisfação com os mesmos* (**tabela 3**) foram obtidas quatro categorias nomeadamente: como tiveram conhecimento sobre a Associação dos Albergues Nocturnos do Porto; quais os serviços existentes na instituição; a capacidade da AANP para responder às necessidades dos utentes; e por último, as melhorias a fazer nos serviços, apoios e ajudas do Albergue.

Relativamente à categoria referente ao conhecimento da AANP, nove dos utentes entrevistados, tiveram conhecimento através das assistentes sociais quando procuram os serviços da Segurança Social, sendo assim encaminhados para a associação. Em dez participantes apenas um referiu conhecer o Albergue através de amigos, contudo, o encaminhamento para o Albergue foi feito também ele por uma assistente social. Ou seja, devido à condição de desabrigo em que se encontravam na altura e através dos serviços da Segurança Social, os utentes foram encaminhados para a instituição por intermédio de uma assistente social, responsável por todo o seu processo.

“Eu conheci o Albergue através da linha 144, porque eu estava na rua e veio um polícia ter comigo e eu disse que não tinha onde ficar, mandaram-me para uma pensão e depois a minha assistente social mandou-me para aqui, já cá estou à 9 anos.” (E.1, Mulher, 51 anos).

“Foi através da minha assistente social, recorri aos serviços da segurança social para acolhimento e mandaram-me para aqui.” (E.6, Homem, 41 anos).

“Foi através de amigos. Tenho amigos cá, mas quem me mandou para cá foi a minha assistente social.” (E.8, Homem, 48 anos)

No que concerne à categoria referente aos serviços existentes na AANP, a maior parte tem conhecimento sobre os mesmos, nomeadamente a satisfação das necessidades básicas (alojamento, alimentação e higiene) e o apoio da Equipa Técnica.

“Sei por alto, há um médico, as doutoras. Dá-nos um teto, dá-nos higiene, dá-nos comida.” (E.3, Mulher, 43 anos).

“Sei, ora bem... alojamento, alimentação, apoios para encaminhar para empregos e cursos.” (E8, Homem, 48 anos).

“Alimentação, alojamento e apoio técnico” (E.4, Homem, 31 anos).

“Dormida, higiene e alimentação. Depois tem as doutoras da Equipa Técnica.” (E.5, Homem, 41 anos).

Nesta linha de pensamento, foi também explorado junto dos participantes se a AANP tinha capacidade para responder às suas necessidades, ao que nove dos participantes referiram que sim, referindo as necessidades básicas como sendo aquelas que a instituição tinha capacidade para responder.

“Às minhas sim, nunca me faltaram em nada. Tenho tudo aqui. Teto, comida, cama, um sítio para tomar banho.” (E.8, Homem, 48 anos).

“Sim, às básicas da higiene, alimentação, descanso. Às secundárias como tabaco e assim não me podem responder.” (E.5, Homem, 45 anos).

“Para mim tem capacidade para responder às minhas necessidades (...) dá-me teto, comida e apoio no que preciso.” (E. 2, Homem, 22 anos).

“Tem toda a capacidade (...) dão-me cama, comida e um sítio para tomar banho.” (E. 10, Homem, 48 anos).

“Posso dizer que sim porque me dão uma cama e comida.” (E. 9, Homem, 36 anos).

Quanto ao participante que referiu que a instituição não tinha capacidade para responder às suas necessidades, devido ao facto de não se enquadrar na instituição em questão:

“Para mim não, a verdade é que aqui para de tudo um pouco (...) aqui acolhem tudo, e a verdade é que não me enquadro com alguns utentes (...) apesar de me dar um teto, comida e possibilidade de fazer higiene, acaba por não ter capacidade quando tenho de partilhar o sítio com pessoas com quem não me identifico (...) podia estar numa outra instituição mas não quis. Já estou habituado aos malucos daqui e não me quero habitar a outros maluquinhos.” (E. 9, Homem, 36 anos).

Através da análise do anterior excerto, é notório que este poderia estar numa outra instituição, contudo, apesar de a AANP não responder às suas necessidades devido a não se enquadrar na mesma, verifica-se que o seu discurso é contraditório. Este aspeto pode estar relacionado com o facto de se encontrar acomodado à sua condição atual e

não querer passar por uma nova fase de adaptação a uma nova instituição, onde há novos hábitos, novas rotinas, novas regras e novas pessoas.

Nesta linha de conta, surge uma outra categoria relacionada com as melhorias a fazer nos serviços, apoios e ajudas na instituição em questão. Como se pode verificar na tabela referente a esta categoria, as subcategorias com maior frequência no discurso dos participantes são a alimentação, um maior controlo na entrada dos utentes da instituição e um maior acompanhamento por parte dos técnicos e um aumento do número dos mesmos. Verifica-se assim, que há uma certa contrariedade quando comparamos com a categoria anterior, em que nove dos participantes referiram que a instituição tinha capacidade para responder às suas necessidades básicas, contudo, a subcategoria que mais destacada foi a alimentação, referindo que muitas das vezes a comida era mal confeccionada:

“Mudava o comportamento de algumas pessoas, mudava o refeitório, mudava as cozinheiras porque não cozinham comida boa, só carne de porco (...)”
(E.10, Homem, 48 anos).

“Reestruturava a equipa da cozinha, porque às vezes a comida, meu Deus é um Deus me livre, principalmente aos domingos que não está cá nenhum técnico.” (E.5, Homem, 41 anos).

“ (...) contratava-se uma equipa de fora que trouxesse refeições para cá, por quem está cá não sabe cozinhar (...) punha divisões nas camaratas (...) mudava alguns vigilantes e funcionários (...) arranjava o Albergue de Campanhã.” (E. 9, Homem, 36 anos.)

Seguidamente destaca-se o facto de metade dos participantes revelar a necessidade de maior acompanhamento dos utentes por parte dos técnicos e um aumento de técnicos para que consigam dar resposta a todos os utentes, independentemente de os participantes considerarem o seu papel como importante e fundamente nos apoios prestados aos utentes:

“É fundamental. Mas devia haver mais técnicos... São pessoas competentes e esforçadas mas devia ter mais técnicos para conseguirem dar resposta a todos os utentes, porque a brincar a brincar são 80 e tal e deve ser desgastante. Com mais técnicos funcionava melhor. Sem a Equipa Técnica isto aqui era o caos.” (E.4, Homem, 31 anos).

“Mais técnicos e mais acompanhamento por parte da Equipa Técnica, maior controlo dos vigilantes.” (E6, Homem, 41 anos).

É importante ter em conta o que já foi referido anteriormente, ou seja, esta contrariedade que se verifica pode estar relacionada mais uma vez com o viés da desejabilidade social, uma vez que as questões eram diretamente relacionadas com os serviços da instituição.

Um subcategoria importante a destacar é a do controlo da entrada dos utentes na instituição, em que os cinco participantes referiram ainda que seria uma mais valia se esporadicamente os utentes fossem submetidos a testes de alcoolémia e de consumo de estupefacientes de forma a permitir aqueles que estivessem sobre o efeito de drogas ou álcool pernoitassem na instituição. Justificando ainda que desta forma haveria menos conflitos e discussões nas camaratas.

“Devia haver um maior controlo na entrada, porque muitos entram embriagado (...) controlava a entrada, quem estivesse alcoolizado ou drogado não entrava. Fazia testes para comprovar isso, bufar ao balão ou assim.” (E.4, Homem, 31 anos).

“(...) punha certas regras cá dentro, chegava alguém alcoolizado, meu amigo infelizmente não entra (...). Obrigar as pessoas a bufar ao balão antes de entrar... suspeita de consumirem coisas ilícitas, urinavam para um copo e se acusasse algo, não entrava... ao fim de três vezes ficava suspenso.” (E.6, Homem, 41 anos).

Tabela 4

Classe Temática: “Alojamento” e respetivas categorias, subcategorias e frequência de respostas

Classe temática: Alojamento	
Categoria	Subcategoria
Motivo da mudança	Privacidade (8)
	Sossego (6)
	Maior espaço para os bens pessoais (1)
	Receber visita dos filhos (1)
	Não se quer mudar (1)
O que tem feito para a mudança	Nada (5)
	Formação (3)
	Procura ativa de emprego (2)
	Biscates (1)
	Ida às convocatórias da Equipa Técnica (1)
	Concurso para habitação social (1)

Analisando a classe temática referente ao alojamento (**tabela 4**), obtiveram-se quatro categorias, mais concretamente: o interesse de sair para outro tipo de alojamento; motivo da mudança; género de alojamento desejado e o que tem feito para a mudança.

Fazendo uma análise relativa ao interesse dos participantes em mudar para um outro tipo alojamento um participante referiu que não tem interesse em mudar para outro tipo de alojamento:

“Houve um tempo que sim (...) agora não quero sair da instituição, isto é a minha casa, tenho a minha cama. Apesar de isto não ser propriamente a casa ilegal, não é mau. É aqui que quero estar, é aqui que eu tenho ficar. Ir para outra instituição, ter que me adaptar a novas instalações e a novos utentes, Por favor, não me tirem daqui.” (E.1, Mulher, 51 anos).

O discurso desta utente é bastante interessante, pois como se verifica foi a única que referiu não ter interesse em mudar para outro alojamento. Ao consultar o processo desta participante constatou-se que a mesma já se encontra no Albergue há oito anos. O que podemos concluir aqui é a possibilidade de a falta de interesse em mudar para um outro alojamento pode estar relacionado com o facto de a participante se encontrar acomodada à sua situação atual, não se querer adaptar novamente a uma nova habitação, nem a novas rotinas e hábito. Importa ainda referir a falta de motivação para se reinserir na sociedade, pois no decorrer destes oito anos encontrou-se sempre desempregada ou em baixa médica.

No entanto, os restantes nove participantes revelaram interesse em mudar para um outro alojamento, nomeadamente para um quarto (sete participantes) ou para uma casa (dois participantes), justificando essencialmente, que assim teriam mais “*privacidade*” e “*sossego*”. Contudo, apesar do desejo de transitarem para um outro tipo de alojamento metade da amostra nada tem feito para que isso aconteça. Os restantes referiram a frequência de formações e a procura ativa de emprego como formas de promover a mudança.

“Claro que sim (...) aqui não podemos ter as coisas em condições (...) para ter espaço para as nossas coisas (...). Ter um local sossegado (...) não há dinheiro não posso fazer nada.” (E.10, Homem, 48 anos).

“Se tivesse condições para sair sim. Um quarto (...) Tinha mais sossego (...) não ia aturar as bebedeiras nem as discussões de ninguém, não se metiam na minha vida. Tenho procurado emprego e formações.” (E.5, Homem, 41 anos).

Na análise desta categoria, destaca-se o discurso de um participante que demonstra estar empenhado na procura de uma habitação social. No discurso do mesmo, é notório o interesse e o empenho em transitar para um outro tipo de alojamento, tendo já uma candidatura para uma habitação social:

“Sim, neste momento tenho um processo a decorrer na Câmara Municipal de Matosinhos para concorrer para uma habitação social (...) Vou à Segurança Social, à “Habitat”, à Câmara Municipal de Matosinhos (...) Eu tenho que me mexer não posso ficar parado à espera que as coisas venham ter comigo (...) numa casa que é nossa temos privacidade, sossego.” (E.6, Homem, 41 anos).

Tabela 5

Classe Temática: “Entraves à Reabilitação e Reinserção Social” e respetivas categorias, subcategorias e frequência das respostas

Classe temática: Entraves à Reabilitação e Reinserção social	
Categoria	Subcategoria
Entraves à reabilitação e reinserção social	Desemprego (7)
	Doença (4)
	Falta de apoios aos sem-abrigo (2)
	Facilitismos na atribuição do RSI (2)
	Falta motivação e organização das capacidades (1)
Apoios considerados fundamentais para a reinserção social	Regras Albergue (1)
	Apoio Equipa Técnica (4)
	Não responde (2)
	RSI (2)
	Reforma (1)
	Trabalho e formação (1)

Passando agora para a classe temática referente aos *Entraves à Reabilitação e Reinserção Social* (**tabela 5**), foram delimitadas três grandes categorias: os apoios que usufruem por parte da Segurança Social; os apoios considerados fundamentais para a reinserção social e os entraves à reabilitação e reinserção social.

Através do diálogo e da consulta dos processos dos participantes ficou-se a saber que a nível de apoios por parte da Segurança Social, seis dos participantes recebem o Rendimento Social de Inserção e quatro participantes não recebem qualquer tipo de

apoio. Os que não recebem o RSI deriva de duas variantes: ainda não lhes foi atribuído (dois participantes) e de ter sido suspenso (2 participantes). Quanto aqueles que foram suspensos, a suspensão num dos casos ocorreu por o participante ter continuado a receber RSI enquanto tinha um emprego com contrato; e outro devido ao facto de não ter cumprido o contrato de trabalho, tendo-se despedido sem justificação o que fez com que ficasse com o RSI suspenso, devido ao incumprimento das normas do contrato de reinserção social.

“Só recebo o RSI e estou a tentar receber apoio para habitação.” (E.4, Homem, 31 anos).

“Da Segurança Social é o RSI.” (E. 6, Homem, 41 anos).

“Nenhum, tinha o RSI mas cortaram-mo. Fiquei suspenso 2 anos.” (E. 8, Homem, 48 anos).

“Nenhum (...). Eu nunca dei despesa à Segurança Social.” (E.1, Mulher, 51 anos).

Quanto à categoria referente aos entraves à reabilitação e à reinserção social dos entrevistados (**tabela 5**) foram identificados pelos mesmos um diversificado conjunto de entraves, sendo que o que mais se destaca é o desemprego. A verdade é que o desemprego é sem dúvida uma problemática presente na população geral, e ainda mais presente nesta população, que se depara com muitas portas a serem-lhe fechadas devido à sua condição social. A par disto, segundo o discurso dos utentes, encontra-se também a falta de apoios direcionados para esta população específica; a facilidade na atribuição do RSI que acaba por fazer com que as pessoas não cumpram os objetivos estipulados nos contratos de inserção; e a falta de motivação para a procura de trabalho e a dificuldade na organização e orientação das capacidades e competências.

“Principalmente o trabalho (...).” (E.5, Homem, 41 anos).

“Falta de apoios financeiros, falta de motivação e organização das minhas capacidades, pouca oferta de trabalho, porque só tenho o 4º ano e pede tudo o 9º (...).” (E.7, Homem, 27 anos).

“Falta de trabalho e a minha saúde.” (E.3, Mulher, 48 anos).

“Facilitismos e falta de controlo na atribuição do RSI (...) falta de apoios às pessoas como eu.” (E.4, Homem, 31 anos).

Importa ainda referir que quando comparado com os dados da tabela referente à saúde dos utentes, verifica-se que os problemas de saúde não são de todo incapacitantes ao ponto de ser considerado como entrave de reinserção e de impedimento para arranjam um trabalho, pois como consta na **tabela 1**, os problemas de saúde mais referidos foram a gripe, hipertensão, diabetes e problemas de saúde oral. Porém, um dos utentes que referiu a saúde como entrave à reinserção referia-se ao facto de não ter grande parte dos dentes do maxilar superior, que faz com que não tenha confiança em si e que tenha uma baixa auto-estima. Contudo, este mesmo utente referiu estar à espera de parecer positivo por parte da “*Mundo a Sorrir*” (instituição sem fins lucrativos de saúde oral) para a colocação de uma prótese dentária para poder ingressar no mercado de trabalho:

“É assim, neste momento não tenho emprego porque não quero, prometi a mim mesmo que primeiro ia arranjar os dentes, porque não me sinto bem assim, e ainda para mais a minha área é restauração... Não vai passar deste ano, estou à espera da resposta do Mundo a Sorrir... No meu caso, o meu principal entrave são os meus dentes!” (E.9, Homem, 36 anos).

Um outro participante que referiu a saúde como entrave à sua reinserção, quando analisado os seus problemas de saúde por si identificados verifica-se que efectivamente o facto de se encontrar apenas com 10% de visão em uma das vistas acaba por ser invalidante, uma vez que o problema em questão impede com que desempenha qualquer

trabalho, no entanto este mesmo participante referiu o gosto e vontade de trabalhar junto de população idosa:

“Falta de trabalho e a minha saúde (principais entraves à reinserção) (...) Conforme o tempo vai passando vou perdendo a vista, neste momento e estou com 10% de visão... eu estou a olhar para si, mas só vejo as formas (...) algo me que me faria bem era arranjar um trabalho com alguma coisa que goste, que era trabalhar com velhos...” (E.3, Mulher, 48 anos).

Quanto à última categoria da presente classe temática, esta é referente aos apoios que os utentes consideram fundamentais para a reinserção social (**tabela 5**) é visível que o mais referido foi o apoio da Equipa Técnica no controlo e no acompanhamento dos utentes. Que de uma forma geral, este apoio técnico por vezes acaba por dar resposta e possíveis soluções aos entraves que foram identificados pelos entrevistados, tais como a informação sobre possíveis ofertas de emprego ou formação.

“Do Albergue (...) eu sei que se precisar de alguma coisa as doutoras me ajudam, e as ajudas da Equipa Técnica orientam-nos um bocado naquilo que devemos fazer, onde ir, procurar.” (E. 10, Homem, 48 anos).

“No albergue é o alojamento, e principalmente o apoio da Equipa Técnica, de resto não sei...” (E.2, Homem, 22 anos).

“Acho que o RSI é importante, mas deviam ter mais atenção a quem o dão (...).” (E.9, Homem, 36 anos).

“Os apoios fundamentais acho que são o trabalho e as formações.” (E.5, Homem, 41 anos).

Feita a análise do conteúdo das entrevistas realizadas aos utentes, de seguida proceder-se-á a análise de conteúdo das entrevistas realizadas a quatro técnicas da Associação dos Albergues Nocturnos do Porto.

4.2. Análise das Entrevistas Realizadas às Técnicas

Através da análise das entrevistas realizadas às técnicas surgiram quatro grandes classes temáticas: *Saúde e Comportamentos de Saúde dos Utentes*; *Promoção da Saúde*; *Serviços da AANP*; *Apoios aos Sem-Abrigo e Entraves à sua Reabilitação e Reinserção Social*.

Quadro 4

Classe Temática: “Saúde e Comportamentos de Saúde dos Utentes” e respectivas categorias e subcategorias

Classe temática: Saúde e Comportamentos de Saúde dos Utentes		
Categoria	Subcategoria	
Patologia física e psicológica	Físicas	Psicológicas
	HIV	Perturbações da Personalidade
	Hepatites	Dependências de Substâncias
		Perturbações de Humor
		Demências
		Debilidade Mental
Comportamentos de risco adotados pelos utentes	Automedicação e sobredosagem	
	Troca e reutilização de meios de consumo	
	Consumos abusivos de substâncias	
	Sedentarismo	
	Escassez de hábitos de higiene	
	Sexo desprotegido	
	Automedicação e sobredosagem	
Comportamentos saudáveis dos utentes	Cuidado com a alimentação	
	Hábitos de higiene regulares	
	Autonomia para gestão correta de medicação	
	Participação nas actividades de ateliê	

Fazendo a análise da classe temática “*Saúde e Comportamentos de Saúde dos Utentes*” através das entrevistas realizadas pelas técnicas (**quadro 4**) surgiram três categorias: patologias físicas e psicológicas mais presentes nos utentes da AANP; comportamentos de risco adotados pelos utentes, e por último, os comportamentos saudáveis dos utentes.

Relativamente à categoria correspondente às patologias físicas e psicológicas mais presentes nos utentes da AANP foram identificadas pelas entrevistadas as seguintes Perturbações da Personalidade (Psicose, Esquizofrenia), Dependências de Substâncias, Perturbações do Humor (Depressão), Demências e Debilidade Mental como patologias psicológicas; quanto às patologias físicas foram destacadas o HIV e as Hepatites. Contudo, através das análises das entrevistas dos utentes e dos processos dos mesmos, consta-se que há também prevalência de outras patologias físicas, essencialmente hipertensão, colesterol e diabetes. A própria literatura acaba por referir isso mesmo, que as doenças cardiovasculares têm grande prevalência junto desta população devido às privações com que se depararam e deparam e ao aos seus comportamentos de risco adotados (Szerlip & Szerlip, 2002. Bernstein *et al.*, 2015. Godzik *et al.*, 2015).

Nesta linha de pensamento, surge a categoria dos comportamentos de risco adotados pelos utentes, foi possível verificar no discurso das técnicas que os que mais se destacaram foram os consumos abusivos de substâncias (álcool e ilícitas); sedentarismo; escassez de hábitos de higiene pessoal; prática de relações sexuais desprotegidas; automedicação e sobredosagem de medicação; troca e reutilização de meios de consumos de drogas como seringas, “canecos” e “charros”:

“Uns continuam os consumos mesmo estando em programas de desabitação; outros tomam medicação em excesso (nem sempre os que são receitados); alguns têm comportamentos sexuais de risco, como sexo desprotegido.” (T.1)

“Sobredosagem de medicação e automedicação; ausência de hábitos de higiene; reduzido número de contraceptivos; partilha e reutilização de meios de consumo...” (T.2)

“(...) os comportamentos de risco mais evidentes são essencialmente a ausência de hábitos de higiene e o consumo de substâncias ilícitas, álcool e benzodiazepinas (...) estes comportamentos acabam por serem facilitadores no aparecimento de diversas doenças graves.” (T.3)

“O abuso de substâncias principalmente de álcool, a falta de cuidados de higiene. Grande parte chega ao albergue alcoolizada ou sobre o efeito de outras drogas, e muitos andam constantemente sujos.” (T.4)

Comparando com as informações obtidas pelos utentes verificasse que os comportamentos de risco que os utentes afirmaram ter, não se enquadram com os que foram referidos pelas técnicas. Uma vez que as mesmas referiram que se verifica nos utentes mais comportamentos nefastos para a saúde do que promotores da mesma. Esta falta de concordância pode estar relacionada com o facto de os utentes não terem percepção que alguns dos comportamentos que têm podem prejudicar a sua saúde.

A verdade é que, como se pode verificar através do discurso das técnicas, os utentes não demonstram ter grandes cuidados nem grandes preocupações com a sua saúde, o que reflecte a banalização e desvalorização da mesma, acabando por não dar importância a problemas de saúde que possam ter, adotando e mantendo comportamentos de risco que a prejudicam. Efetivamente, através do discurso dos utentes é possível perceber que estes têm conhecimento sobre comportamentos promotores de saúde, afirmando mesmo que põem alguns em prática, contudo, fica a questão até que ponto isso acontece mesmo. Pois como já foi referido pelas técnicas, e como a própria literatura acaba por retratar, esta população apresenta imensos comportamentos de risco.

Em contrapartida, segundo as técnicas, alguns dos utentes da instituição têm comportamentos promotores de saúde, tais como o cuidado com a alimentação (por exemplo: fazer todas as refeições e alimentarem-se de forma saudável); os hábitos de higiene regulares; a autonomia para gerirem de forma correta a medicação; e a participação nas actividades de ateliê:

“Aqueles que tomam banho e fazem a sua higiene diária, aqueles que fazem todas as refeições (...) alguns têm autonomia para fazerem a medicação e fazem-no de forma correta... alguns participam nas atividades que nós oferecemos estando a contribuir não só para a saúde física mas também para a mental... grande parte dos utentes têm mais comportamentos que põem em risco a sua saúde...” (T.1)

“Infelizmente a maioria dos nossos utilizadores apresentam baixos cuidados de saúde, para além das reduzidas competências que têm para esses cuidados (...)” (T.2)

“Na sua maioria, os utentes são negligentes quanto à sua saúde, não se evidenciando comportamentos promotores da saúde, mas (...) comportamentos de risco para a sua saúde...” (T.3)

“Muitos têm cuidado na alimentação, pedem pão simples sem compota ou manteiga. Outros pedem café e leite sem açúcar... Na maior parte dos casos, infelizmente não têm cuidado com a sua saúde...” (T.4)

Quadro 5

Classe Temática: “Promoção da Saúde” e respetivas categorias e subcategorias

Classe temática: Promoção da Saúde	
Categoria	Subcategoria
Atividades desenvolvidas pela instituição	Ações de sensibilização em grupo para prevenção de comportamentos de risco
	Ações de sensibilização em grupo para promoção de comportamentos de saúde
	Intervenção Técnica
Adesão dos utentes às actividades de promoção da saúde	Baixa adesão
Prevenção das doenças e comportamentos de risco	Prevenção primária
	Intervenção psicológica
	Criação de novas respostas sociais
	Intervenções na fase da prevenção

Ainda na linha de análise da saúde dos utentes, surge a classe temática relativa à “*promoção da saúde*” (**quadro 5**), no qual se obteve três categorias: as atividades desenvolvidas por parte da instituição para promoverem a saúde junto dos utentes; a adesão dos utentes as atividades de promoção de saúde; e, o que fazer para prevenir as doenças e comportamentos de risco.

Partindo para a análise da categoria sobre as atividades desenvolvidas por parte da instituição para promover a saúde junto dos utentes, foi referido pelas técnicas que são desenvolvidas na instituição ações de sensibilização em grupo e intervenção técnica em consultas individuais, ambas direcionadas para a promoção de saúde e prevenção dos comportamentos de risco. Importa acrescentar que as ações desenvolvidas em grupo na maior parte das vezes são desenvolvidas por técnicos voluntários do exterior, na qual as temáticas das mesmas são escolhidas pelos dinamizadores e em função das principais carências e necessidades dos utentes, tendo em conta que estes apresentam diversificadas patologias tanto físicas como psicológicas e apresentam uma atitude de negligência para com a sua saúde.

“(...) têm sido feitos workshops de nutrição, de doenças sexualmente transmissíveis, do hábito tabágico...” (T.1)

“A AANP aposta no modelo de intervenção técnica que disponibiliza a todos os utilizadores dois psicólogos, um médico de clínica geral, um psiquiatra e dois monitores que têm como função o desenvolvimento de competências a este nível. Por vezes ocorrem também algumas ações de sensibilização disponibilizada por técnicos externos (...)” (T. 2)

“Ações de sensibilização em grupo para a prevenção de comportamentos de risco e promoção de comportamentos de saúde (...) sensibilização em consulta individual (...)” (T.3)

Tendo em conta as necessidades dos utentes na área da saúde, a promoção da saúde e as ações para si direcionadas têm uma importância de grande relevo junto desta

população, uma vez que para além de informar sobre as doenças, vai procurar incutir comportamentos promotores de saúde e prevenir os comportamentos de risco.

Por conseguinte, as entrevistadas acrescentaram ainda atividades que poderiam ser desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde, tais como: ações de sensibilização mais frequentes com o envolvimento dos utentes na escolha das temáticas; uma maior distribuição dos produtos de higiene e supervisão efetiva dos cuidados da mesma; revistas sistemáticas de forma a prevenir os consumos e de uma intervenção mais individualizada:

“Sim... é necessário desenvolver acções principalmente na área da saúde física, higiene pessoal, na moderação dos consumos aditivos,... Penso que são os principais aspectos a serem promovidos.” (T.1)

“Mais ações de sensibilização, maior distribuição de produtos de higiene. Maior articulação entre os técnicos de saúde e técnicos que acompanham o utilizador, para que não haja sobreposição de intervenção e uso e abuso do sistema de saúde.” (T.2)

“Ações de prevenção de comportamentos de risco e acções de sensibilização para comportamentos de saúde mais frequentes no tempo; supervisão efectiva relativamente aos cuidados de higiene pessoal; revistas sistemáticas para a prevenção de consumos no interior do albergue.” (T.3)

“Sim, era importante que houvesse mais campanhas de sensibilização (de saúde) nesta população.” (T.4)

Nesta linha de pensamento, surge então a categoria relativa à adesão das atividades direcionadas para a promoção da saúde, em que foi referido que a adesão varia consoante os temas, havendo por vezes baixa adesão mediante os utentes considerarem as acções de sensibilização como algo do seu interesse ou como sendo importante. Contudo, quando há adesão, por vezes o que se verifica é que nem sempre há

interiorização daquilo que foi transmitido, nem a adoção de qualquer comportamento que tenha sido transmitido nessas sessões.

(...) quanto à adesão, penso que será baixa... ” (T.1)

“(...)por vezes há adesão, mediante os temas, contudo quando há adesão não significa que haja a interiorização de qualquer hábito e a sua reprodução. É necessário maior insistência, intervenção mais individualizada e maior disponibilização de cuidados de higiene, seja produtos, contraceptivos, entre outros.” (T.2)

“(...)os utentes evidenciam baixa adesão à maior parte das iniciativas, principalmente quando avaliam como não correspondendo aos seus interesses. Estes não atribuem grande importância à sua saúde, mas à satisfação das suas necessidades imediatas. Revela-se necessário envolver os utentes desde o início das acções, devendo partir deles a escolha das temáticas e o envolvimento no seu desenvolvimento, assim como serem dinâmicas e práticas.” (T.3)

“Varia dos temas, na acção de sensibilização dinamizada por mim na área da alimentação até houve adesão (...) foi muito importante para eles porque possibilitou a compreensão de o porquê de a alimentação no Albergue ser confeccionada assim e modificar alguns pensamentos errados que eles tinham.” (T.4).

Com este último exemplo podemos verificar que o facto de a acção ter sido dinamizada por uma técnica da instituição e composta por um tema do interesse dos utentes, a alimentação, fez com que houvesse uma maior adesão do que as que são desenvolvidas por técnicos externos.

Desta forma, com o envolvimento dos utentes na escolha das temáticas e até mesmo com a participação dos mesmos nas dinamizações das acções de sensibilização, seria

uma forma de aumentar a adesão nas atividades. Através de uma maior distribuição dos produtos de higiene com supervisão efectiva dos cuidados da mesma e das revistas sistemáticas para prevenir os consumos, acabaria por ser uma forma de inculcar hábitos e rotinas de higiene e até mesmo de redução de consumos.

A última categoria desta classe temática refere-se aquilo que poderia ser feito para prevenir as doenças e comportamentos de risco, assim, retirou-se as seguintes ideias das entrevistas: uma prevenção primária nas famílias e escolas; a intervenção psicológica; criação de novas respostas sociais e maiores recursos comunitários; intervenções feitas na fase da prevenção e principalmente na adolescência, que é uma altura do ciclo de vida mais propenso a desenvolverem comportamentos de risco e onde muitas vezes se iniciam os consumos de álcool e substâncias ilícitas.

“Impedi-los de consumir na adolescência. Porque a maior parte dessas perturbações (dependência de consumos) vêm daí, no fim da adolescência início da idade adulta.” (T.1)

“Toda e qualquer intervenção deve acontecer na fase da prevenção e não depois do problema estar instaurado, para isso acontecer são necessárias desenvolver novas políticas sociais, novas respostas sociais e maiores recursos comunitários que poderão dar respostas às diversas fragilidades que o sujeito vá sentindo, a nível relacional e ocupacional.” (T.2)

“Prevenção primária junto das famílias e escolas.” (T.3)

Quadro 6

Classe Temática: “Serviços da AANP” e respectivas categorias e subcategorias

Classe temática: Serviços da AANP	
Categoria	Subcategoria
Necessidades dos utentes	Básicas (alojamento, alimentação, higiene)
	Falta de emprego
	Baixas competências
	Acompanhamento ao nível da saúde mental
	Ausência de rendimentos
	Ocupação dos tempos livre
Capacidade de resposta às necessidades dos utentes	Necessidades básicas
	Apoio psicológico
	Orientação profissional
Melhorias a fazer nos apoios e ajudas	Aumento de apoios financeiro
	Alimentação
	Reestruturação do SRRS
	Colaboração com outras entidades e instituições de apoio aos SA

Entrando agora para análise da classe temática sobre os *Serviços da AANP* (**quadro 6**), na qual surgiram as seguintes categorias: as necessidades dos utentes; a capacidade da instituição para dar resposta às necessidades dos utentes; e por último, melhorias a fazer nos apoios e ajudas da AANP.

Na categoria referente às necessidades dos utentes foram identificadas pelas entrevistadas as seguintes necessidades: as necessidades básicas (alojamento, higiene e alimentação); a falta de emprego; escassez de competências pessoais, profissionais, relacionais e motivacionais; acompanhamento ao nível da saúde mental e dos comportamentos e problemáticas subjacentes; ausência de rendimentos e ocupação dos tempos livres.

“As principais necessidades que eles sentem é de abrigo e alimentação, a monitorização dos seus comportamentos e problemáticas, porque muitos deles têm dependências e necessitam de andar sobre vigilância.” (T.1)

“Os sujeitos que procuram os serviços da AANP primariamente é porque não têm as necessidades básicas de sobrevivência garantidas. Os outros níveis são pessoas que se encontram em situação de desemprego, com reduzidas competências pessoais, profissionais e relacionais, e com diferentes patologias a nível de saúde mental (...)” (T.2)

“Necessitam de bastante apoio psicológico e de ocupação do tempo, pois têm demasiado tempo livre e considero que isso os prejudica.” (T.3)

“Do ponto de vista da intervenção psicológica, considero que as principais necessidades são o acompanhamento ao nível da saúde mental, já que a maioria dos utentes alojados apresenta alguma perturbação psicológica, desde as psicoses às dependências de substâncias, assim como défice de competências de controlo dos impulsos e ao nível interpessoal, na base da atual condição de vida, como a ausência de rendimentos, isolamento social, e a conseqüente situação de desabrigo.” (T. 4)

Quanto à categoria sobre a capacidade da AANP para responder às necessidades dos utentes, concluiu-se através do discurso das técnicas que a capacidade varia mediante as necessidades dos utentes, contudo, a instituição tem capacidade para dar resposta as necessidades básicas, quanto às necessidades como apoio psicológico, orientação profissional entre outros, nem sempre é possível desempenhar responder devido ao elevado número de utentes, aos poucos recursos humanos e ao facto de todo este trabalho ter de ser feito a par com outras instituições e entidades de apoio aos Sem-Abrigo, que acaba por vezes na demora de dar resposta às necessidades desta população, tais como por exemplo inscrições em formações, ou acompanhamento de utentes em unidades de desabituação.

“Sim, se eles os soubessem aproveitar e utilizar na sua totalidade muitos estariam bem melhor. E se cumprissem as regras e as normas aqui impostas possivelmente estariam bem melhor.” (T. 1)

“A AANP garante a satisfação de algumas necessidades, porém sem o apoio de outras instituições não é possível a efetiva reinserção do sujeito.” (T. 2)

“De uma forma global, penso que o serviço de alojamento e alimentação vão ao encontro das necessidades dos utentes. Quanto à ação serviço de reinserção e reabilitação social, considero que apesar dos esforços nesse sentido, a forma como está organizado o trabalho, não permite o acompanhamento que seria desejável para alcançar um maior sucesso nas intervenções realizadas.” (T. 3)

“Sim. No geral como alimentação e higiene penso que sim, mas a nível de intervenção é complicado porque é um número elevado de utentes e muitas vezes temos que articular com outras instituições e demora sempre tempo.” (T. 4)

Ao compararmos os presentes resultados com os resultados obtidos nas entrevistas realizadas aos utentes, podemos verificar que ambas as amostras consideram que a AANP tem capacidade para responder às necessidades básicas dos utentes, atentando que nove dos utentes participantes responderam que a AANP tinha capacidade para responder às suas necessidades básicas como alojamento, higiene e alimentação, tal como as técnicas entrevistadas referiram. Verifica-se ainda que para haver melhor resposta a todos os utentes, seria necessário um possível aumento dos recursos humanos e uma reestruturação do serviço de reabilitação e reinserção social.

Nesta linha de conta, surge a categoria referente às melhorias a fazer nos apoios e ajudas da AANP, na qual foram referidos aumento dos apoios financeiros para finalizar a totalidade das obras; alimentação; reestruturação do funcionamento do Serviço de Reabilitação e Reinserção Social e maior colaboração com outras instituições e entidades de apoio aos Sem-Abrigo.

“É necessário um maior trabalho em rede com as entidades parceiras, rentabilização de recursos das outras instituições em detrimento do trabalho

fechado em volta da instituição, maior intercâmbio de experiências para melhorar a eficiência do trabalho técnico.” (T.2)

“Essencialmente reestruturar o funcionamento e intervenção do serviço de reabilitação e reinserção.” (T.3)

“Mais apoios financeiros para financiar a totalidade das obras e permitir ter melhores condições e apoios.” (T.4)

Ao fazermos a análise comparativa dos resultados das entrevistas dos utentes pode-se dizer que há alguns aspetos em comum identificados por ambas as amostras, tais como maior cuidado na confeção das refeições e o aumento dos apoios financeiros direcionados para a instituição. Assim, com os resultados obtidos nas entrevistas dos técnicos e dos utentes é possível ter uma visão mais completa sobre aquilo que é preciso melhorar nos apoios e nas ajudas da AANP. Desta forma, poderia ser feita uma maior e melhor intervenção não só na área da saúde, tendo em conta que esta população é bastante debilitada a esse nível, apresentando vários problemas físicos e do foro psicológico (Moyo, Patel & Ross, 2015).

Quadro 7

Classe Temática: “Apoios aos Sem-Abrigo e Entraves a sua Reabilitação e Reinserção Social” e respetivas categorias e subcategorias

Classe temática: Apoios aos Sem-Abrigo e Entraves a sua Reabilitação e Reinserção Social	
Categoria	Subcategoria
Intervenções e apoios mais importantes	Psicossocial
	Médica
	Ocupacional
Entraves a reabilitação e reinserção social	Condição social e falta de respostas sociais
	Falta de competências e motivação
	Desemprego
	Psicopatologias
	Má empregabilidade do RSI

A última classe temática subtraída das entrevistas às técnicas corresponde aos “*Apoios aos Sem-Abrigo e Entraves à sua Reabilitação e Reinserção Social*” (**quadro 7**), na qual foram identificadas no discurso das entrevistadas as seguintes categorias: as intervenções e apoios mais importantes para a reinserção social e os entraves à reabilitação e reinserção social.

Quanto à categoria relativa às intervenções mais importantes para a reinserção social, foram identificadas pelas técnicas as seguintes: a intervenção psicossocial, a intervenção médica e a intervenção ocupacional.

“Em primeiro ponto a intervenção social, porque eles têm muitas questões burocráticas para tratar e não o saber como fazer. Em segundo a intervenção psicológica no sentido mais lato porque muitas vezes os contactos com os utentes são informais (...)” (T.1)

“Acompanhamento social, psicológico, médico e ocupacional. Dependendo do diagnóstico, devemos definir as ações de intervenção nas diferentes áreas.” (T.2)

“A intervenção próxima ao nível dos problemas de saúde mental, quer por parte da instituição (...) quer por parte das instituições externas responsáveis por este acompanhamento (...)” (T.3)

“O desenvolvimento de actividades ocupacionais, intervenção psicológica, apoio social são importantes para trabalhar a motivação deles e a sua reabilitação.” (T.4)

Efetivamente estas três intervenções são fulcrais dado que estão direccionadas para o emprego e formação; para o desenvolvimento e competências e fomentação da motivação para a reinserção; para o acompanhamento e intervenção nas psicopatologias previamente diagnosticadas; para a avaliação e intervenção na saúde e para a própria

satisfação das necessidades. De grosso modo, estas intervenções acabam por funcionar como a base para uma reintegração na sociedade mais eficaz (Cruz, *et al.*, 2006).

Relativamente aos entraves à reabilitação e reinserção social dos utentes, identificou-se nos discursos das técnicas os seguintes entraves: a condição social e escassez de respostas sociais; baixa motivação e poucas competências profissionais, pessoais, relacionais e educacionais; desemprego; psicopatologias e má empregabilidade dos apoios financeiros (RSI).

“A sua condição, a falta de motivação, falta de aptidões para o trabalho, e o próprio mercado de trabalho em si.” (T.1)

“A escassez de respostas sociais, por vezes a má utilização dos apoios complementares da ação social, a ausência de respostas adequadas ao diagnóstico dos nossos utilizadores, entre outros.” (T.2)

“Os problemas de saúde mental que apresentam, a ausência de motivação e capacidade de esforço, e a acomodação aos serviços.” (T.3)

“Muitos dos utentes não querem trabalhar... os problemas psicológicos que muitas vezes não os deixa inserirem.” (T.4)

Quando comparada esta análise com a dos utentes verifica-se que há uma grande concordância nas respostas de ambas as amostras, tais como o desemprego; falta de apoios direcionados aos Sem-Abrigo; falta de motivação e poucas competências. Ao juntarmos as perspetivas dos técnicos e dos utentes sobre os entraves com esta população se depara diariamente, leva-nos a concluir que de facto estes podem ser os principais entraves com que se deparam na luta para a reabilitação e reinserção social.

Capítulo V: Discussão dos Resultados

Nesta etapa do trabalho procura-se efetuar a integração dos resultados mais significativos, que nos parecem ir de encontro aos objetivos estipulados inicialmente, interpretando-os à luz da literatura consultada.

Antes de ser feita a discussão dos resultados importa referir que uma vez que se trata de uma investigação qualitativa, tal como já foi referido anteriormente, foi entrevistado um número limitado de pessoas, sendo que a representatividade no sentido estatístico não tem tanta relevância (Albarello, Digneffe, Hiernaux, Maroy, Ruquoy & Saint-Georges, 1997). Assim, o critério de inclusão da amostra terá como principio a adequação aos objetivos da investigação, ou seja, os participantes não foram escolhidos em função da importância numérica, mas sim em função do seu carácter e relevância para a compreensão do fenómeno. Partindo desta linha de pensamento, a amostra estudada e selecionada é composta por 10 utentes da instituição (maioritariamente masculina e dentro da faixa etária dos 40 anos de idade, como forma de ser representativa, uma vez que são os parâmetros que prevalecem na instituição).

Tendo em conta que a génese do estudo é a percepção de saúde na população Sem-Abrigo, não é demais frisar que os indivíduos em condição Sem-Abrigo têm mais probabilidade (três a cinco vezes mais) de mortalidade do que a população geral, sendo responsáveis por uma quantidade significativa de custos hospitalares (Weber, et al., 2013). Neste sentido, devido à elevada percentagem das taxas de morbilidade e mortalidade, revela-se fundamental o acesso a serviços primários e preventivos destinados a esta população.

No objetivo referente à avaliação da percepção de saúde nos utentes da AANP, verificou-se que independentemente dos problemas de saúde apresentados, os participantes na sua maior parte percecionaram-se como sendo saudáveis. A verdade é que apesar da literatura defender que as pessoas em condição Sem-Abrigo se encontram mais vulneráveis a desenvolver problemas de saúde tanto físicos como mentais, muitos não têm essa percepção nem consciência gravidade dos mesmos, desconhecendo por

vezes a existência dos seus problemas e desvalorizando a sua saúde (Muñoz & Vazquez, 1998. Quintas, 2010), aspeto que pode justificar o facto de se considerarem, na sua maior parte, saudáveis.

A maior parte dos problemas de saúde atuais e passados dos participantes que mais foram referidos correspondem à hipertensão, ao colesterol, à diabetes e a problemas de saúde oral. Efetivamente a literatura comprova isso mesmo, como se verificou nos estudos de Muñoz & Vazquez (1998), Bernstein *et al.* (2015); Gozdzik *et al.* (2015). É importante ter em linha de pensamento que a saúde de um sem-abrigo degrada-se, inevitavelmente, pela inacessibilidade a um alojamento seguro e permanente e a cuidados de saúde adequados, pela impossibilidade de ter uma alimentação saudável e de manter hábitos de higiene pessoal e de repouso, entre outros aspetos (Quintas, 2010). Importa ainda acrescentar, que apenas um utente referiu já ter vivenciado um problema do foro psicológico, contudo, quando foi feita a consulta dos processos psicológicos constatou-se que apenas dois dos participantes não apresentavam psicopatologia do relevo. Este aspeto, pode demonstrar desconhecimento sobre o seu diagnóstico de saúde mental, ou mais uma vez, pode estar relacionado com o viés da desajabilidade social.

Como foi referido pelos técnicos e como a literatura retrata, os utentes apresentam cuidados com a saúde, nem evidenciam comportamentos promotores da mesma, o que consta é que muitos deles apresentam comportamentos de risco que podem danificar a sua saúde e intensificar muitos dos seus problemas. Esses comportamentos de risco centram-se essencialmente no consumo de substâncias ilícitas, do consumo exagerado de álcool, da ausência de cuidados e comportamentos de higiene pessoal, pela sobredosagem de medicação, pela prática de relações sexuais sem proteção, pela utilização e reutilização dos meios de consumos de substâncias como “canecos”, seringas e “charros”, a ausência de consultas e análises de rotina, a ausência de uma alimentação saudável e a falta da prática de exercício físico (Moyo, et al., 2015. Cruz et al., 2006. Bento & Barreto, 2002. Weber, et al., 2013. Szerlip & Szerlip, 2002). Neste sentido, surgem o acesso e o recurso aos serviços de saúde, em que a maior parte dos participantes referiu que não costuma recorrer, afirmando que só se dirigem aos mesmos em último recurso, não fazendo análises há já bastante tempo. Este aspeto pode estar relacionado com o facto de algumas barreiras no acesso aos serviços de saúde e esta

população colocar a sua saúde para plano secundário, uma vez que têm problemáticas maiores que querem ver resolvidas tais como alimentação, habitação, higiene e recursos económicos (Weber, et al., 2013). Acrescido a isto, está a baixa escolaridade e a falta de competências e informação relativas a esta área.

Por conseguinte, os utentes foram questionados sobre quem iriam ser os seus cuidadores se por algum motivo ficassem doentes, e a maior parte referiu que esta temática era algo que os preocupava, pois não têm ninguém a quem pudessem recorrer a não ser os técnicos ou os serviços da segurança social. Tal como a literatura refere, a população nesta condição social apresenta-se isolada, sem retaguarda familiar e sem suporte social, em que, por vezes só contam com o apoio das instituições (Bento & Barreto, 2002). Contudo, verificou-se que apenas um participante referiu que poderia contar com o companheiro para ser seu cuidador em caso de incapacitação ou doença, o que demonstra que apesar do estado civil e da condição atual, o facto de terem um companheiro é importante.

Mediante a revisão da literatura sobre a saúde física e mental nos Sem-Abrigo, e tendo em conta que são poucos os que têm comportamentos promotores de saúde, considerou-se pertinente abordar junto das técnicas a temática relativa à promoção da saúde, sobre as quais referiram que independentemente de serem desenvolvidas ações de sensibilização em grupo e individuais de comportamentos promotores de saúde e prevenção de comportamentos de risco, há a necessidade de que estas ações sejam mais frequentes com o envolvimento dos utentes nas escolhas da temáticas e na participação nas sessões de dinamização. Acrescentaram ainda que poderiam ser desenvolvidas mais atividades destinadas a promover a saúde dos utentes, consistindo numa supervisão efetiva aos cuidados de higiene, as revistas sistemáticas para a prevenção dos consumos, uma maior distribuição dos produtos de higiene e uma intervenção mais individualizada. Efetivamente, a promoção da saúde é importante junto desta população, uma vez que é um conceito multidisciplinar que visa promover a mudança de comportamentos de forma a seja adotado um estilo de vida saudável (Ribeiro, 1994).

Posto isto, revela-se mais do que necessário intervir na área da saúde junto desta população, uma vez que é necessário trabalhar junto deles a promoção e desenvolvimento das suas competências e habilidades que permitam ter um maior controlo sobre a sua saúde, e por seu turno melhorá-la, cabendo aos profissionais de saúde desempenharem este papel junto do esta população (Ribeiro, 1994).

Tendo em conta os objetivos do estudo, a literatura e centrado-nos nas necessidades de intervenção na vertente da saúde na população em questão, revela-se importante intervir no incentivo à atividade física; o desenvolvimento de competências promotoras de melhor a saúde desta população; maior número de ações de sensibilização em que sejam englobados não só temáticas alusivas a doenças físicas e mentais; mas também aspetos referentes com alimentação (Bernstein et al., 2015).

Relativamente aos serviços da instituição, tanto os utentes como os técnicos referiram que a instituição tem capacidades para responder às suas necessidades básicas. Porém, independentemente de a instituição ter capacidade para responder às suas necessidades, os utentes acrescentam aspectos dos quais consideram necessário melhor de forma a terem melhor resposta às suas necessidades como: um maior acompanhamento dos utentes; um maior controlo por parte dos técnicos e vigilantes nomeadamente aos consumos e aos cuidados de higiene. Importa ainda referir, que a AANP desempenha uma intervenção biopsicossocial que não se centra apenas na satisfação das necessidades básicas, mas também na reabilitação e reinserção dos seus utentes, seguindo a linha de apoio baseado num Modelo de Intervenção Multidisciplinar que procura promover a (re) inclusão familiar, social e profissional (Cruz et al., 2006). Contudo, tendo por base as informações de ambas as amostras, foi possível concluir que há necessidades de melhorar o serviço da instituição para que haja uma melhor resposta às necessidades dos utentes. Desta forma, foi apontado a necessidade de aumentar os recursos humanos para que haja um melhor e maior acompanhamento técnico; aumento dos apoios financeiros direcionados para a instituição e um maior trabalho em rede com as entidades e instituições direccionadas para esta população, de forma a que haja uma melhor resposta para esta população.

Importa também acrescentar que grande parte dos utentes gostaria de transitar para outro alojamento, nomeadamente para um quarto ou para uma casa, contudo grande parte também afirmou que nada tem feito para que isso aconteça. Isto reflete a falta de motivação que há nesta população e a acomodação que alguns apresentam a este estilo de vida, devido também às barreiras e entraves com que se depararam no processo de ter acesso a um outro tipo de alojamento, que não seja uma instituição (Bento & Barreto, 2002. Cruz, et al., 2006). Assim, entramos nos entraves que esta população se depara para reinserirem na sociedade. Esses entraves assentam essencialmente na doença física e mental; na elevada taxa de desemprego; da falta de apoios direcionada a esta população; nos facilitismos e na falta de controlo na atribuição do Rendimento Social de Inserção; na má utilização do RSI; na falta de motivação e de aptidões para o trabalho; na escassez de respostas sociais e na ausência de respostas sociais adequadas aos diagnósticos dos utentes. Claro está que com os entraves e barreiras que os Sem-Abrigo se deparam a sua reinserção na sociedade torna-se complicada, sendo necessário criar um maior número apoios e intervir em áreas como o desenvolvimento de competências pessoais, relacionais, sociais, profissionais e educacionais, na gestão financeira e da própria vida do utente.

Apesar de escassos há alguns apoios direcionados para esta população, como é o caso da Segurança Social que dispõe de apoios destinados aos sem-abrigo e às pessoas e famílias em situação de pobreza denominado “atendimento social”, que consiste num plano de inserção (com ações concretas que a pessoa se compromete a cumprir) e um apoio monetário (cerca de 178€) para as despesas essenciais (Rendimento Social de Inserção). Este apoio tem um prazo de três meses, havendo no término desses três meses uma reavaliação da situação (Instituto da Segurança Social, 2014). A presente instituição possui também entidades sinalizadoras responsáveis pela sinalização de pessoas que se encontrem sem-casa ou sem-teto. Contudo, como estas pessoas já se encontram acomodadas a sobreviverem sem fontes de rendimento, na maior parte dos casos, quando recebem esta primeira prestação, verifica-se um desaparecimento rápido, pouco proveitoso e válido deste mesmo apoio, sendo muitas vezes empregue em álcool, drogas ou no empréstimo a outros colegas de rua (Cruz et al, 2006). Desta forma, não só a empregam de forma errada os seus rendimentos, como também degradam a sua saúde

através da adoção de comportamentos que contribuem para a degradação da saúde física e psicológica.

Neste sentido os apoios apontados como importantes e fundamentais para a reinserção dos utentes da AANP, tanto pelas técnicas como pelas utentes centram-se: no apoio social (emprego e formação), no apoio psicológico (motivação e desenvolvimento de competências) e no apoio económico (RSI).

Concluindo, para que as necessidades dos utentes sejam satisfeitas importa acima de tudo que sejam criadas condições para que isso aconteça, nomeadamente o aumento do número de recursos humanos na instituição para que seja feito um maior acompanhamento dos utentes, uma melhoria das instalações da instituição, um aumento do controlo na entrada de pessoas que consumiram álcool e/ou ilícitas e uma melhoria na alimentação. A par disto, as necessidades de intervenção dos utentes assentam essencialmente no trabalho da motivação para se reinserirem na sociedade, o desenvolvimento de competências pessoais, relacionais, educacionais e profissionais, o desenvolvimento de estratégias de *coping* e de como gerir os apoios financeiros que recebem, bem como a medicação e a própria rotina diária.

Torna-se também importante intervir a nível da saúde nomeadamente na promoção dos comportamentos saudáveis e na prevenção dos comportamentos de risco. Neste sentido poderiam ser desenvolvidas ações de sensibilização abordando as temáticas referentes ao consumo de substâncias, ao sexo desprotegido, a importância de fazer análises e consultas de rotina, a importância dos cuidados de higiene, as doenças infetocontagiosas, a importância da prática de exercício físico e de manter uma alimentação saudável e controlada.

Capítulo VI: Conclusão

É notório que atualmente estamos perante uma sociedade cada vez mais individualista, com grandes desigualdades sociais que faz com que haja um aumento dos níveis de pobreza, repercutindo-se assim no aumento da população em condição de sem-abrigo, entrando no extremo da exclusão social.

Uma pessoa que se encontra Sem-Abrigo, não só carece de uma habitação segura e cómoda, mas também de todas as necessidades básicas como alimentação, higiene e rendimentos económicos. Estas pessoas carecem também de suporte social e/ou retaguarda familiar, sendo muitas vezes as instituições direcionadas para esta população a desempenhar esse mesmo papel de família e de suporte social.

Importa acrescentar ainda que, se em tempos passados a maior parte da população sem-abrigo era do sexo masculino hoje em dia é notório um aumento de mulheres nesta condição. Este fenómeno ocorre devido a estas mulheres serem na maior parte dos casos vítimas de violência doméstica; dependentes de substâncias; terem baixos rendimentos financeiros e devido à falta de abrigos públicos direcionados para as mulheres Sem-Abrigo (Speirs, Johnson & Jirojwong, 2013).

Esta investigação permitiu perceber a enorme importância que as instituições de apoio aos sem-abrigo representam, pois para além de procurarem satisfazer as suas necessidades básicas, fornecem também um acompanhamento técnico multidisciplinar direcionado para as áreas social, psicológica, médica e ocupacional, intervindo no âmbito da reinserção e reabilitação social, promoção da saúde, desenvolvimento de competências entre muitos outros.

No decorrer do presente trabalho foram tidas em conta as limitações que se prendem com a falta de estudos desenvolvidos com esta população em Portugal; com a impossibilidade da participação de todos os elementos da equipa técnica; com o número reduzido de participantes devido às características específicas desta população, levando a que os dados fossem tratados com toda a precaução, não podendo assim generalizar-se

o presente estudo. Outra limitação do presente estudo consiste no facto de se ter utilizado a entrevista semiestruturada gravada em formato áudio para a recolha dos dados, o que apresenta alguns limites tais como o viés da desejabilidade social, ou seja, a tendência para os utentes que participaram responderem às questões das entrevistas mediante o que é considerado socialmente correto. Contudo, a entrevista semiestruturada demonstra ser adequada para aceder às perceções de cada pessoa, principalmente com esta população que apresenta ter dificuldades de compreensão, interpretação, e alguns apresentam debilidade cognitiva. O facto de a investigação ser qualitativa acabou também por ser uma limitação dada a inexperiência da investigadora na utilização do método qualitativo, o que acabou por se repercutir nos resultados.

Após a análise e a discussão dos resultados é possível concluir que todos os objetivos foram atingidos. Mediante uma análise dos principais resultados obtidos na investigação, através do discurso dos utentes que participaram no estudo e da consulta dos respetivos processos que participaram no presente estudo é possível concluir que grande parte apresenta problemas de saúde física como diabetes, hipertensão, colesterol e problemas de saúde oral; a nível de psicopatologia apenas dois não apresentam psicopatologias de relevo, porém, os restantes apresentam diagnósticos psicopatológicos (passados e atuais). Importa acrescentar que esta perceção dos utentes participantes, possivelmente está relacionada com o facto de grande parte não ter a consciência da gravidade, do que advém estas problemáticas e da gravidade das mesmas.

Neste sentido, revela-se imprescindível intervir nesta área da promoção da saúde e prevenção dos comportamentos de risco, e apesar de serem desenvolvidas ações de sensibilização nesta vertente verifica-se que há pouca adesão e baixa assimilação dos conteúdos transmitidos.

Com isto, e tendo por base que o individuo é um ser biopsicossocial é importante que a problemática seja tratada de forma multidimensional com o intuito de se intervir adequadamente, uma vez que é necessário ter em conta os perigos inerentes à condição de desabrigo e os fatores favoráveis e desfavoráveis à situação em questão (Bento & Barreto, 2002. Cruz et al., 2006). Posto isto, e mediante os resultados que foram obtidos

os apoios fundamentais para a reintegração e reinserção social desta população assentam essencialmente no apoio social, psicológico e o apoio económico.

Assim, respondendo ao objetivo referente à identificação das necessidades de intervenção dos Sem-Abrigo institucionalizados na AANP centram-se: na promoção da saúde; prevenção de comportamentos de risco; no trabalho da motivação; no desenvolvimento de competências pessoais; relacionais; educacionais; profissionais; no desenvolvimento de estratégias de coping e de estratégias para a gestão de conflitos.

Contudo, para que a intervenção seja eficaz é importante que haja um aumento dos recursos humanos e um trabalho cooperante com outras instituições e serviços, dado que muitos utentes albergados na AANP apresentam psicopatologias como esquizofrenias, psicoses e dependências de substâncias (álcool e ilícitas) e nem sempre a instituição tem capacidade para dar respostas a estas problemáticas. A verdade é que muitos dos utentes com estas psicopatologias por vezes têm a necessidade de internamento para que haja melhoria nas suas condições de saúde e porventura de vida, podendo desta forma alterar e melhor de forma positiva o seu estado de saúde.

Nesta linha de pensamento, a experiência de trabalhar com a população Sem-Abrigo é sem margem de dúvida bastante enriquecedora e permitiu compreender que as instituições têm um papel fundamental para esta população. Na maior parte dos casos os sem-abrigo não têm qualquer retaguarda familiar ou suporte social, contando apenas com o apoio das instituições em que os técnicos e os funcionários são considerados como a família e o suporte dos sem-abrigo.

Para estudos futuros, seria interessante implementar alguns planos de intervenção para as necessidades anteriormente referidas, avaliando a eficácia e importância dos mesmos. Seria também relevante fazer estudos comparativos com outras instituições relativamente à avaliação de satisfação dos serviços e a avaliação das necessidades de intervenção dos sem-abrigo institucionalizados.

Referências Bibliográficas

- Albarello, L.; Digneffe, F.; Hiernaux, J.P.; Maroy, C.; Ruquoy, D. & Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Alcantara, S., Abreu, D. & Farias, A. (2015). Pessoas em Situação de Rua: das Trajetórias de Exclusão Social aos Processos Emancipatórios de Formação de Consciência, Identidade e Sentimento de Pertença. *Revista Colombiana de Psicologia*, 24 (1), 129-143.
- Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista de Referência*, 5, 53-63.
- Amaro, R. (2004). A exclusão social hoje. *Cadernos do Instituto S. Tomás de Aquino*, 9. Lisboa: Instituto São Tomás de Aquino.
- Antunes, M. & Faria, M. (2009). Diferença social e inclusão: contributos da educação não-formal. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia Braga. Universidade do Minho*. 2381-2393.
- Badea, V. & Badea, M. (2014). Psychosocial behaviour of adult homeless people according to age. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 127, 595-599.
- Bardin, L. (2006). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bento, A. (2000). Os sem-amor, na era da exclusão. *Psiquiatria na Prática Médica*, 14 (2).
- Bento, A. & Barreto, E. (2002). *Sem-Amor Sem-Abrigo*. Lisboa: Climepsi.
- Bernstein, R., Meurer, L., Plumb, E. & Jackson, J. (2015). Diabetes and Hypertension Prevalence in Homeless Adults in the United States: A Systematic Review and Meta-Analyses. *American Journal of Public Health*, 105 (2), 46-60.

- Brevidellia, M. & Cianciarullo, T. (2001). Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. *Revista Saúde Pública*, 35 (2), 193-201.
- Capucha, L. (1998). Pobreza, exclusão social e marginalidades. In Viegas, J.M.L. & Costa, A. F. (Eds.), *Portugal, que modernidade?* Oeiras: Celta Editora.
- Castel, R., 1995. *Les Métamorphoses de la Question Sociale – Une Chronique du Salarial*. Paris: Fayard.
- Chang, H., Fisher, F., Reitzel, L., Kendzor, D., Nguyen, M., Businelle, M. (2015). Subjective Sleep Inadequacy and Self-rated Health among Homeless Adults. *American Journal of Health Behavior*, 39 (1), 14-21.
- Childress, S., Reitzel, L., Maria, D., Kendzor, D., Moisiuc, A. & Businelle, M. (2015). Mental Illness and Substance Use Problems in Relation to Homelessness Onset. *American Journal of Health Behavior*, 39 (4), 549-555.
- Collins, C., Whithers, D. & Braithwaite, R. (2007). The Saved Sista Project: A Faith-Based HIV Prevention Program for Black Women in Addiction Recovery. *American Journal of Health Studies*, 22 (2), 76-82.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw-Hill.
- Costa, A., Baptista, I., Perista, P. & Carrilho, P. (2008). *Um olhar sobre a pobreza: Vulnerabilidade e exclusão social no Portugal contemporâneo*. Lisboa: Edições Gradiva.
- Costa, B. (2007). *Exclusões sociais*. Lisboa: Edições Gradiva.
- Cruz, S., Neves, M., Quintas, R., Quintas, A. & Bastos, V. (2006). *Vidas à parte – passado, presente e futuro*. Porto: Associação dos Albergues Nocturnos do Porto.

- D'Amico EJ, Barnes D, Gilbert ML, Ryan G & Wenzel SL (2009) Developing a tripartite prevention program for impoverished young women transitioning to young adulthood: addressing substance use, HIV risk, and victimization by intimate partners. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 37, 112–128.
- Davidoff, L. (2001). *Introdução à Psicologia*. São Paulo: Pearson Education.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2005). *Sage handbook of qualitative research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Desai, M. & Rosenheck, R. (2004). HIV Testing and Receipt of Test Results among Homeless Persons with Serious Mental Illness. *The American Journal of Psychiatry Washington*, 161 (12), 2287-2294.
- Doom, L. (2010). Perceptions of Time and Space of (Formerly) Homeless People. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20, 218-238.
- Egry, W., Oliveira, M., Ciosak, S., Maeda, S., Barrientos, D., Godoy, R., Fonseca, S., Chaves, M. & Hino, P. (2009). Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (2), 1181-1186.
- FEANTSA (2000). *FEANTSA proposal for Urban Audit 2000*. Brussels: FEANTSA.
- FEANTSA (2006). *ETHOS (Typology on Homelessness and Housing Exclusion)*. Disponível em: <http://www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en>
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor
- Godzik, A., Salehi, R., O'Campos, P., Stergiopoulos, V. & Hwang, S. (2015). Cardiovascular risk factors and 30-year cardiovascular risk in homeless adults with mental illness. *BioMed Central Public Health*, 15, 1-13.

Grilo, A. & Pedro, H. (2005). Contributos da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(1), 69-89.

Helfrich, A. & Chan, D. (2010). Changes in Self-Identified Priorities Competencies, and Values of Recently Homeless Adults with Psychiatric Disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16, 22-49.

Huffman, K., Vernoy, M. & Vernoy, J. (2003). *Psicologia*. São Paulo: Editora Atlas.

Instituto da Segurança Social (2014). Guia Prático – Atendimento Ação Social. *Segurança Social*, 1-7.

Instituto da Segurança Social (2015). Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo – Prevenção, Intervenção e Acompanhamento. *Segurança Social*, 1-43.

Jesus, M. & Menezes, I. (2010). A experiência de sem-abrigo como promotora de empoderamento psicológico. *Análise Psicológica*, 3 (28), 527-535.

Lima-Costa, M., Peixoto, S., Matos, D., Firmo, J. & Uchôa, E. (2007). A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (8), 1893-1902.

Magee, C. & Huriaux, E. (2008). Ladies' night: Evaluating a drop-in programme for homeless and marginally housed women in San Francisco's mission district. *International Journal of Drug Policy*, 19, 113–121.

Martins, G. A. & Theóphilo, C. R. (2007). *Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas*. São Paulo: Editora Atlas.

- Martins, R., Moimaz, S., Sundefeld, M., Garbin, A., Gonçalves, P. & Garbin, C. (2015). Adesão às precauções padrão sob o prisma do Modelo de Crenças em Saúde: a prática de reencapar agulhas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20 (1), 193-198.
- Miguel, M., Ornelas, J. & Maroco, J. (2010). Modelo de atitudes face aos sem-abrigo em Portugal. *Análise Psicológica*, 3 (XXVIII), 437-450.
- Morris, M., Thompson, C. & Unell, I. (2004). Down but not out - a survey of homelessness, substance use and service provision. *Drugs and Alcohol Today Brighton*, 4 (3), 36-40.
- Moyo, U., Patel, L. & Ross, E. (2015). Homelessness and mental illness in Hillbrow South Africa: a situation analysis. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 51 (1), 1-21.
- Muñoz, M. & Vazquez, C. (1998). Las personas sin hogar: aspectos psicosociales de la situación española, *Intervención Psicossocial*, 7 (1), 17-25.
- Nyamathi, A., Hudson, A., Mutere, M., Christiani, A., Sweat, J., Nyamathi, K. & Broms, T. (2007). Drug use and barriers to and facilitators of drug treatment for homeless youth. *Patient Preferences and Adherence*, 1, 1-8.
- Nyamathi, A., Kennedy, B., Branson, C., Salem, B., Khalilifard, F., Marfisse, M., Getzoff, D. & Leake, B. (2013). Impact of Nursing Intervention on Improving HIV, Hepatitis Knowledge and Mental Health Among Homeless Young Adults. *Community Mental Health Journal*, 49, 178-184.
- Nogueira, S. & Ferreira, J. (2007). A realidade psicossocial dos *sem-abrigo*: breve contributo para a sua caracterização. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41 (3), 195-205.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, M. (2005). *Como fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações e teses*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Praça, N., Souza, J. & Rodrigues, D. (2010). MULHER NO PERÍODO PÓS-REPRODUTIVO E HIV/AIDS: PERCEPÇÃO E AÇÕES SEGUNDO O MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE. *Texto Contexto Enfermagem*, 19 (3), 518-525.
- Quintas, S. (2010). *A percepção de técnicos e indivíduos “sem-abrigo”: Histórias ocultas de uma realidade no Porto*. Faculdade de Psicologia e de Ciências Sociais, Universidade do Porto.
- Ribeiro, P. (1994). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspetivas Futuras*.
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes e Obesidade*, 4(3), 127-134.
- Saraiva, J. & Miguel, N. (2004). Toxicodependentes Sem-Abrigo uma experiência de estabilização e encaminhamento. *Toxicodependências*, 10 (1), 3-14.
- Shier, M., Jones, M. & Graham, J. (2010). Perspectives of Employed People Experiencing Homelessness of Self and Being Homeless: Challenging Socially Constructed Perceptions and Stereotypes. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 37 (4), 13-37.
- Snow, D. & Anderson, L. (1992). *Desafortunados. Um estudo sobre o povo da rua*. Petrópolis: Editora Vozes.

- Sousa, F. & Almeida, S. (2001). E se perguntássemos aos Sem-Abrigo?! Satisfação e necessidades percebidas face aos serviços, num abrigo de Lisboa. *Análise Psicológica*, 2 (XIX), 299-312.
- Speirs, V, Johnson, M. & Jirojwong, S. (2013). A systematic review of interventions for homeless women. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1080–1093.
- Stahler, G., Kirby, K & Kerwin, M. (2007). A faith-based intervention for cocaine dependent Black women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39, 183–190.
- Stein, J., Nyamathi, A. & Zane, J. (2009). Situational, psychosocial, and physical health-related correlates of HIV/AIDS risk behaviors in homeless men. *American Journal of Men's Health*, 3 (1), 25-35.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. São Paulo: Artmed.
- Stroebe, W. & Stroebe. M. (1995). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Szerlip, M. & Szerlip, H. (2002). Identification of cardiovascular risk factors in homeless adults. *The American Journal of the Medical Sciences*, 324, 243-246.
- Thomas, Y., Gray, M., McGinty, S. & Ebringer, S. (2011). Homeless adults engagement in art: First steps towards identity, recovery and social inclusion. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 429-436.
- Tinoco, R. (2001). Abordagem Biográfica das Toxicodependências – o biograma como instrumento de Intervenção Clínica. *Toxicodependências*, 7 (2), 17-24.
- Tyler, D., Nyamathi, A., Strein, J., Koniak-Griffin, D., Hodge, F, & Gelberg, L. (2014). Increasing Hepatitis C Knowledge Among Homeless Adults: Results of a Community-Based, Interdisciplinary Intervention. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37–48.

Weber, M., Lisa, T., Schmiede, S., Peifer, K. & Farrel, E. (2013). Perception of Access to Health Care by Homeless Individuals Seeking Services at a Day Shelter. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 179-184.

Anexos
