

ISCSP

INSTITUTO SUPERIOR DE
CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Da “Garantia de Moradia” à “Melhoria da Saúde Mental”: Experiência do Programa Casas Primeiro em Lisboa

Júlia Carvalho de Andrade

Orientador: Professora Doutora Carla Cristina Graça Pinto

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Sociedade, Risco e Saúde

Lisboa
2020

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

Da “Garantia de Moradia” à “Melhoria da Saúde Mental”: Experiência do Programa Casas Primeiro em Lisboa

Júlia Carvalho de Andrade

Orientador: Professora Doutora Carla Cristina Graça Pinto

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Sociedade, Risco e Saúde

Júri:

Presidente:

Doutora Maria Paula Pestana de Freitas da Silva Faria de Campos Pinto, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Vogais:

- Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, Professora Catedrática do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Carla Cristina Graça Pinto, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de Orientadora.

Lisboa
2020

“O senhor... mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam, verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra montão”.

(João Guimarães Rosa, 2001, Grande Sertão: Veredas)

AGRADECIMENTOS

O ano de 2020 foi desafiador em diversos aspectos. Sentimentos de ansiedade, dúvidas e incertezas quanto ao futuro que vinha logo a frente fizeram-se presentes durante muitos meses.

O que hoje engrandece ainda mais a noção de gratidão e de dever cumprido.

Para que a concretização desse objetivo fosse alcançada tive ao meu lado pessoas que foram extremamente importantes neste longo processo de aprendizagem e amadurecimento enquanto mestranda. E devo agradecer a Deus por tê-los colocado em meu caminho.

Agradeço em especial à orientadora desta dissertação, Professora Doutora Carla Pinto, pela dedicação e paciência com todas as dúvidas e questionamentos;

Aos professores que tive a honra de conhecer nestes dois anos enquanto mestranda por todo o conhecimento e ensinamentos transmitidos;

Aos colegas de curso, em especial Carmen, Josélia, Carolina e Martha, pelos momentos de reflexão e descontração que sem dúvida tornaram todo o processo mais leve e divertido;

À toda a equipe do Programa Casas Primeiro pela disponibilidade em contribuir para a concretização desta pesquisa bem como aos moradores entrevistados, peças-chave deste trabalho.

À minha família, que mesmo do outro lado do oceano foi fundamental para me dar força e esperança.

E principalmente ao meu marido por toda atenção, carinho e paciência e por não me deixar pensar em desistir em nenhum momento.

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo analisar de que modo a adesão ao Programa Casas Primeiro impacta o acesso aos cuidados de saúde mental dos utentes – adultos com histórico de permanência em situação de sem-abrigo e com experiência de transtornos mentais. Trata-se de um tema relevante, devido ao aumento sistemático dos casos de doenças mentais no mundo inteiro, sobretudo em Portugal.

Como ponto de partida, a pesquisa apresenta a seguinte questão: De que maneira a participação no Programa Casas Primeiro afeta o acesso aos cuidados de saúde mental das pessoas em situação de sem-abrigo?

A fim de responder essa questão e atingir o objetivo proposto, realizou-se um estudo descritivo de abordagem qualitativa, na Instituição AEIPS que desenvolve o Programa Casas Primeiro. Inicialmente realizou-se uma pesquisa documental a partir dos documentos e de artigos cedidos e indicados pela instituição, e, posteriormente inquéritos por entrevista com o recurso de um roteiro estruturado com a diretora técnica e com 5 técnicos da equipe responsável pela gestão do Programa e inquéritos por entrevista semi-estruturada, com o recurso de um roteiro pré-elaborado que combinou perguntas fechadas e abertas com 8 utentes acompanhados pelo Programa. As entrevistas foram analisadas utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo.

Ao fim da pesquisa foi possível perceber mudanças importantes na vida dos participantes após a inserção no Programa e o acesso à uma casa, em aspectos relacionados a crises, internações, acesso a medicamentos e consultas médicas e a percepção do próprio estado de saúde e qualidade de vida. Realizou-se também uma análise acerca da percepção dos participantes sobre o acompanhamento da equipe psicossocial do programa.

Além disso, a pesquisa permitiu um melhor detalhamento da metodologia *Housing First*, seguida pelo Programa Casas Primeiro.

Em relação ao acesso aos cuidados de saúde, percebeu-se que com a inserção no Programa e o acompanhamento da equipe este é garantido por meio do encaminhamento e acompanhamento aos serviços de referência. Bem como a saúde mental, sobre a qual os participantes relatam melhora e associam à possibilidade de realização de ações que antes não eram vislumbradas como possíveis.

Palavras-chave: Saúde Mental, Sem-abrigo, *Housing First*, Determinantes Sociais da Saúde, acesso à moradia.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze how adherence to the Casas Primeiro Program impacts the access to mental health care of users - adults with a history of staying homeless and with experience of mental disorders. This is a relevant issue due to the systematic increase of cases of mental illness worldwide, especially in Portugal.

As a starting point, the research presents the following question: How does participation in the Casas Primeiro Program affect access to mental health care for homeless people?

In order to answer this question and achieve the proposed objective, a descriptive study with a qualitative approach was carried out at the AEIPS Institution, which develops the Casas Primeiro Program. Initially, a documentary research was carried out based on the documents and articles provided and indicated by the institution and, subsequently, inquiries by interview using a structured script with the technical director and 5 technicians from the team responsible for the management of the Program and semi-structured interview surveys, using a pre-prepared script that combined closed and open questions with 8 users accompanied by the Program. The interviews were analyzed using the Content Analysis technique.

At the end of the research, it was possible to perceive important changes in the lives of the participants after joining the Program and access to a home, in aspects related to crises, hospitalizations, access to medicines and medical consultations and the perception of their own health status and quality of life. An analysis was also carried out about the participants' perception of the monitoring of the program's psychosocial team.

In addition, the research allowed a better detailing of the Housing First methodology, followed by the Casas Primeiro Program.

Regarding access to health care, it was noticed that, with the insertion and monitoring of the Program team, this is guaranteed through referral and follow-up to reference services. As well as mental health, about which the participants report improvement and associate it with the possibility of carrying out actions that were not previously seen as possible.

Keywords: Mental Health, Homelessness, *Housing First*, Social Determinants of Health, access to housing.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VI
ACRÓNIMOS E SIGLAS	X
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	13
1.1.1. Pobreza e Exclusão Social.....	15
1.1.2. Habitação.....	16
1.2. SAÚDE MENTAL.....	17
1.2.1. Conceitos.....	17
1.2.2. Histórico.....	18
1.2.3. Desinstitucionalização e Saúde Mental Comunitária.....	19
1.2.4. Organização da Atenção em Saúde Mental.....	20
1.3. PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO.....	24
1.3.1. Conceito.....	24
1.3.2. Pessoas em Situação de Sem Abrigo e Atenção à Saúde.....	25
1.3.3. Breve panorama da situação atual.....	27
1.4. PROGRAMA CASAS PRIMEIRO E O MODELO <i>Housing First</i>	27
CAPÍTULO II - METODOLOGIA	30
2.1. SELEÇÃO DA ORGANIZAÇÃO.....	30
2.2. RECOLHA DE DADOS.....	30
2.3. SELEÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA.....	32
2.4. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	32
2.5. MAPA CONCEITUAL.....	33
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	34
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE UTENTES.....	34
3.2. CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA CASAS PRIMEIRO.....	35
3.3. PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES ACERCA DO ACOMPANHAMENTO.....	41
3.4. EFEITOS IDENTIFICADOS NO ACESSO À SAÚDE.....	44
CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

ANEXOS	58
Anexo 1 - Termo de Consentimento livre e esclarecido	58
Anexo 2 - Guião de entrevistas – Equipe técnica.....	59
Anexo 3 - Guião de entrevistas - Moradores.....	60
Anexo 4 – Esquema das respostas encontradas acerca do acompanhamento da equipe do Programa Casas Primeiro	61
Anexo 5 - Esquema das respostas encontradas acerca dos efeitos no acesso à saúde.....	63

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Marco Conceitual OMS – DSS	15
Figura 2- Rede de Serviços de Saúde Mental.....	23
Figura 3 – Mapa Conceitual.....	33
Tabela 1 – Plano Metodológico	31
Tabela 2 - Caracterização dos utentes entrevistados	34

ACRÓNIMOS E SIGLAS

AEIPS – Instituição Particular de Solidariedade Social

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CP – Casas Primeiro

DT – Direção Técnica

ENIPSSA – Estratégia Nacional de Intervenção para as Pessoas em Situação de Sem-Abrigo

ET – Equipe técnica

ETHOS - *European Typology on Homelessness and Housing Exclusion*

FEANTSA - Federação Europeia de Organizações Nacionais que Trabalham com os Sem-abrigo

HF – Housing First

M – Moradores

OMS – Organização Mundial da Saúde

PMPSSA – Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem-Abrigo

PSSA – Pessoa em Situação de Sem-Abrigo

INTRODUÇÃO

O presente estudo insere-se na temática da saúde e da saúde mental cujos conceitos são baseados no entendimento da Organização Mundial da Saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças e enfermidades” e “um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade”. Sendo assim, a saúde mental é considerada para além da ausência de transtornos mentais, sendo necessária a todos os indivíduos no desenvolvimento da vida em sociedade (OMS, 2011, 2016).

Tal temática torna-se relevante devido ao aumento sistemático dos casos de doenças mentais no mundo inteiro. Em Portugal os casos tem apresentado altas taxas de prevalência na população adulta ¹ (Ministério da Saúde, 2018), além de estarem associados tanto à incapacidade quanto à mortalidade prematura - pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves vivem, em média, 20 anos a menos em comparação com a população em geral (Gomes, Estrela e Ferreira, 2019).

Levando-se em consideração os estudos sobre os Determinantes Sociais da Saúde, que entendem que a saúde dos indivíduos e de grupos da população sofre influência tanto de fatores individuais quanto de condições de vida, habitação e trabalho: Condições socioeconômicas, psicológicas, comportamentais, entre outras (Buss & Filho, 2007), pressupõe-se que grupos mais vulneráveis da sociedade tendem a ter a saúde e principalmente a saúde mental com maiores chances de serem afetadas, como as Pessoas em Situação de Sem Abrigo com experiência de Doença Mental - público alvo deste estudo.

Apresentando-se como uma das formas de resposta a esta problemática encontra-se o alojamento na modalidade *Housing First*, realizado pelo Programa Casas Primeiro. Desenvolvido pela Instituição AEIPS - Instituição Particular de Solidariedade Social, tem o objetivo de apoiar pessoas com experiência de doença mental em situação de sem abrigo na obtenção e manutenção de uma habitação estável e integrada na comunidade (Ornelas, Duarte, Almas & Madeira, 2011 cit por Silva, 2014). Além da moradia o programa realiza um

¹ Situação que pode ainda ser agravada no ano corrente devido à epidemia de COVID-19 à qual, segundo estudos da OMS, tende a afetar negativamente a saúde mental da população devido a mudanças significativas e de maneira brusca na vida cotidiana, que podem aumentar os sintomas de stress e ansiedade e, consequentemente, sobrecarregar mentalmente aqueles que já possuem alguma vulnerabilidade (site <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>).

acompanhamento individual com intervenções que promovem o aumento da qualidade de vida e o bem-estar dos participantes, além de ações de mediação com os serviços e a inserção na comunidade, fatores que contribuem para a melhoria da saúde, e por sua vez, da saúde mental.

Partindo deste contexto, propõe-se como objeto de estudo os cuidados de saúde dos participantes após a adesão ao Programa Casas Primeiro. Tendo como pergunta de partida:

De que maneira a participação no Programa Casas Primeiro afeta o acesso aos cuidados de saúde mental das pessoas em situação de sem-abrigo?

Como objetivo geral pretende-se analisar de que modo a adesão ao Programa Casas Primeiro impacta o acesso aos cuidados de saúde mental dos utentes.

Além disso, apresentam-se como objetivos específicos: a) Caracterizar o Programa na cidade de Lisboa por meio da metodologia de acompanhamento utilizada, das dificuldades observadas nos momentos de implantação e do impacto gerado na comunidade; b) Descrever a percepção dos participantes sobre o acompanhamento da equipe psicossocial do Programa; c) Identificar os efeitos gerados no acesso à saúde e aos cuidados de saúde mental dos participantes, através de indicadores como: número de crises e internações, percepção do estado de saúde e qualidade de vida, número de consultas e acesso a medicamentos.

Em relação à metodologia adotada, realizou-se um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Para a componente empírica foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com a diretora técnica e com oito utentes acompanhados pelo Programa Casas Primeiro. Além disso foram enviados questionários via e-mail para cinco técnicos que compõem a equipe responsável pelo acompanhamento (os guiões utilizados encontram-se anexos à dissertação). Na fase do tratamento dos dados coletados foi utilizado o método da análise de conteúdo.

A dissertação está organizada em quatro capítulos, além da introdução. O primeiro refere-se ao enquadramento teórico, no qual apresentam-se os conceitos relacionados ao tema do presente estudo, quais sejam: Os determinantes sociais da saúde, saúde mental, pessoas em situação de sem-abrigo e o Programa Casas Primeiro e o modelo *Housing First*. O segundo capítulo detalha as estratégias metodológicas utilizadas bem como o mapa conceitual adotado. O terceiro traz a caracterização da amostra utilizada e a descrição e a discussão dos dados coletados por meio das entrevistas. Por fim, no quarto capítulo são apresentadas as considerações finais e principais conclusões deste trabalho, as limitações encontradas durante o processo e sugestões para estudos futuros sobre o tema.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A investigação foi realizada sob a perspectiva teórica dos Determinantes Sociais da Saúde e na forma como os fatores sociais, económicos e culturais podem influenciar a saúde mental dos indivíduos.

A intenção foi demonstrar, através de uma pesquisa empírica e por meio do relato dos próprios sujeitos participantes do Programa Casas Primeiro como que o acesso aos serviços de saúde mental e por sua vez, a situação de saúde, são alterados ao se garantir a moradia segura, o acompanhamento e o envolvimento na comunidade.

O entendimento do sujeito com transtorno mental como um cidadão de direitos e que pode ter responsabilidades sobre o seu tratamento e sua vida foi alcançado após muitos anos de estudo e de questionamentos quanto a efetividade de métodos que pregavam o isolamento e as longas internações. O movimento de desinstitucionalização, foi fundamental nesse sentido, bem como a alteração da legislação que trouxeram diversas mudanças sob a perspectiva biopsicossocial e de conceitos como *recovery* e *empowerment*.

“Melhorar a situação económica dos indivíduos, melhorar a conexão com a comunidade e combater as desvantagens da vizinhança e o isolamento social podem melhorar a saúde mental da população.” (Silva, M., Loureiro, A. & Cardoso, G. 2016), ter essa questão em mente ao formular as políticas públicas que visam interferir nessa área torna-se extremamente relevante.

1.1. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Os determinantes sociais da saúde, segundo conceito apresentado por (Solar & Irwin, 2005, cit por Rodrigues e Pedroso, 2013), referem-se a fatores de ordem económica e social que afetam as condições de saúde de uma população e estão relacionados tanto a aspectos específicos do contexto social como também com a forma como as condições sociais impactam a saúde.

Alves e Rodrigues (2010) referem que a saúde mental é cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais, dentre eles os autores citam educação, emprego, pobreza, habitação, urbanização, entre outros que influenciam sobremaneira o estado de saúde mental dos indivíduos. Para Caldas de Almeida (2018), tal entendimento foi possibilitado pelo avanço da ciência que permitiu entender a influência de tais fatores na saúde e perturbações mentais.

Ao realizar uma revisão dos estudos sobre a relação entre saúde mental e fatores demográficos e socioeconômicos individuais e comunitários, Silva, Loureiro & Cardoso, (2016), demonstraram que taxas mais altas de transtornos mentais podem estar associadas a diversos estressores sociais como desvantagens sociais, baixa renda, educação limitada, tipo de ocupação e tensão financeira. Os autores também apontaram como fatores de riscos psicossociais – que aumentam as chances do aparecimento de transtornos mentais – a falta de apoio social, alta demanda ou baixo controle sobre o trabalho, eventos críticos da vida, desemprego, características adversas da vizinhança e de habitação e desigualdade de renda. Por outro lado, o estudo revelou também os fatores de proteção, que podem amenizar, ou impedir o aparecimento dos transtornos, tais como confiar nas pessoas, sentir-se seguro na comunidade e ter reciprocidade social.

Corroborando com esse entendimento, Wilkinson e Marmot (2003) e Nooe e Patterson (2010), mencionam que viver sob a condição de pobreza, privação e exclusão social tem um grande impacto na saúde, tanto física quanto mental e na morte prematura, sendo que as pessoas que vivem nas ruas estão expostas de maneira mais aguda a estes riscos, além de uma maior vulnerabilidade em relação ao uso e/ou abuso de substâncias.

Documento elaborado pela OMS em 2011 por ocasião da Conferência Mundial Sobre os Determinantes Sociais da Saúde, considera que nem todos os determinantes são igualmente importantes, indicando que aqueles que merecem maior atenção são os determinantes estruturais, os quais geram estratificação social.

São eles as estruturas de governança formais e informais; sistemas de educação, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos produtos; sistemas financeiros, o nível de atenção dado a considerações distributivas no processo de formulação de políticas; e a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social.

Ainda segundo o documento, são esses mecanismos estruturais - que alteram o posicionamento social dos indivíduos - a causa mais profunda das iniquidades em saúde e que são essas diferenças - através do seu impacto sobre determinantes intermediários como as condições de vida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ou biológicos e o próprio sistema de saúde - que dão forma às condições de saúde dos indivíduos.

Conforme demonstrado na figura abaixo:

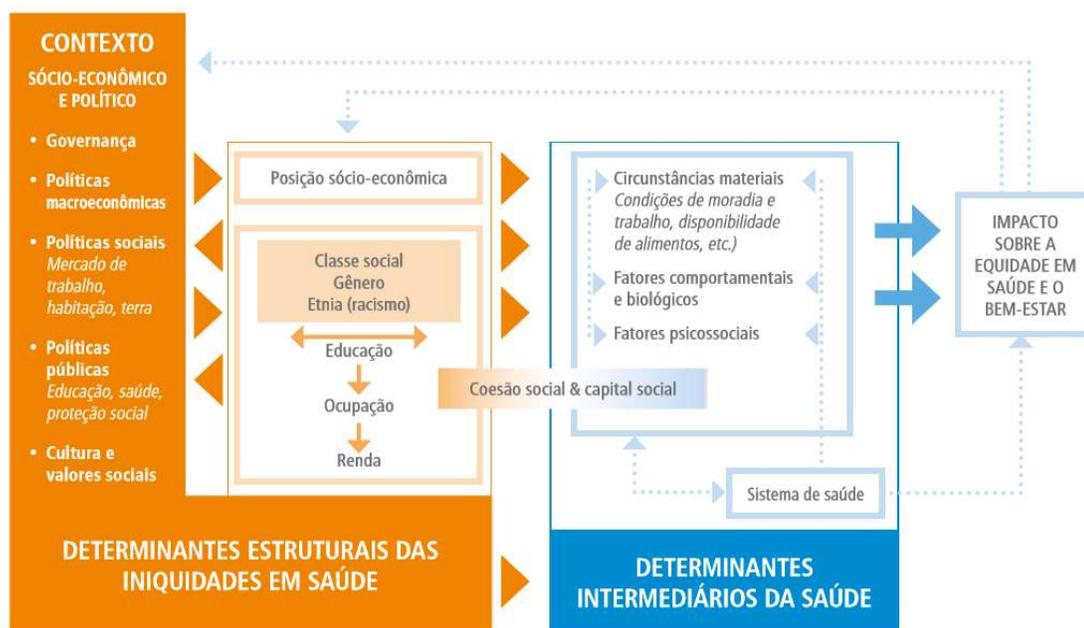


Figura 1 - Marco Conceitual OMS – DSS
 Fonte: OMS (2011)

1.1.1. Pobreza e Exclusão Social

Dentre os determinantes mencionados encontra-se a pobreza, a qual Bruto da Costa (2007) define como “uma situação de privação resultante da falta de recursos”. Essa privação tende a apresentar-se de múltiplas formas em relação a necessidades básicas: alimentação, vestuário, condições habitacionais, transportes, condições de trabalho, possibilidades de escolha, cuidados de saúde, educação, formação profissional, entre outras.

Da mesma forma, Sen, 2000 (cit por Evangelista, 2010) apresenta a pobreza como uma “privação de capacidades”, ou seja, a pobreza é vista como como um obstáculo ao exercício das capacidades de um indivíduo, ultrapassando o conceito da privação de recursos financeiros apenas.

Capucha (2005), apresenta a definição de pobreza sob duas perspectivas: A “culturalista”, que traz o conceito de “cultura da pobreza” ao explicar os modos de vida de grupos vistos como marginalizados e que funcionam como um “sistema de defesa contra a humilhação sem o qual a subsistência se tornaria impossível!” (Lewis, 1979 cit por Capucha, 2005). É o caso dos sem-abrigo, jovens em risco, minorias étnicas, entre outros, caracterizados por serem “comunidades fortemente integradas do ponto de vista interno, mas segregadas no contexto societal”. E a perspectiva socioeconômica, na qual a condição de pobreza está ligada à falta de acesso a

serviços de saúde, educação, segurança, recursos financeiros, prejudicando ou impossibilitando a subsistência de indivíduos e grupos sociais.

Marques e Lucio (2018), referem a definição de pobreza absoluta que se encontra associada à ideia de subsistência e necessidades básicas dos indivíduos, como ter um abrigo, roupas e alimentos. E a relativa, relacionada à satisfação das necessidades básicas em relação ao padrão de desenvolvimento e ao modo de vida de uma dada sociedade, sendo, portanto, determinada em termos culturais.

Além disso, os mesmos autores mencionam a pobreza urbana, fenômeno que decorre de uma crescente urbanização. Esse tipo de pobreza afeta sobretudo grupos que buscam as grandes cidades por maiores chances de emprego e melhor qualidade de vida, como trabalhadores assalariados e novos migrantes. Entretanto, mesmo conseguindo algum emprego, muitos não conseguem arcar com os custos, principalmente de moradia, devido ao baixo poder de compra e baixos salários, podendo acarretar graves situações de pobreza associadas também à exclusão social.

Ao elaborar suas considerações acerca dos tipos de exclusão social, Bruto da Costa (2007) cita Robert Castel (1990), o qual a definiu como "a fase extrema do processo de marginalização entendido este como um percurso descendente ao longo do qual se verificam sucessivas rupturas na relação do indivíduo com a sociedade".

Neste sentido, ainda segundo o autor, a pobreza se apresenta como uma forma de exclusão. Ou seja, devido à condição de pobreza, o indivíduo vai ser excluído em alguma medida dos sistemas sociais básicos classificados sob os domínios social, econômico, institucional entre outros, sendo assim vítima de tipos diversos de exclusão social, os quais aparecem na prática de maneira sobreposta. Ele exemplifica: "Uma situação de pobreza, e/ou de más condições de habitação pode agravar o modo como a família é afetada por certos problemas gerando rupturas relacionais que em outras condições econômicas não aconteceriam," ou, "o desemprego que leva à condição de pobreza, que por sua vez impede o pagamento da renda e assim coloca o indivíduo ou a família em situação de sem-abrigo" (Bruto da Costa, 2007).

1.1.2. Habitação

Um outro determinante importante para a saúde diz respeito às condições de moradia. De acordo com Ornelas, 2008, cit por Marques e Lucio (2018), a habitação é um direito fundamental e um elemento essencial para o bem-estar dos indivíduos.

De acordo com Evangelista (2010) baseado na teoria das Capacidades de Amartya Sen, a definição de habitação está ligada a um lugar que possibilite o aumento das capacidades da pessoa, que a permita descansar, guardar os pertences, realizar a higiene pessoal. Além disso, o espaço de moradia deve ser capaz de proporcionar relações pessoais e sociais, ser um espaço que contribua com a criatividade, que proporcione momentos de lazer, que seja um ponto de referência para o indivíduo e que contribua para o seu sentimento de pertença na comunidade, e assim poder alcançar um estado de bem-estar.

Por outro lado, como reflete Bruto da Costa (2007), más condições habitacionais, geradas também por situações de pobreza – pouco espaço, falta de privacidade, más condições de higiene e salubridade e falta de condições mínimas de conforto – podem ocasionar situações de fragilidade na saúde tanto físicas quanto psicológicas, além de ansiedades e insegurança, podendo estar na origem de rupturas conjugais e familiares. Fatores que também podem ser os desencadeadores das situações de sem-abrigo.

1.2. SAÚDE MENTAL

A Saúde Mental tem sido um importante campo de estudos e debates ao longo dos anos e o conceito como é entendido hoje foi se constituindo aos poucos.

O avanço da medicina, o progresso do conhecimento científico e uma maior aproximação com a problemática possibilitaram uma melhor compreensão da natureza e das causas das doenças mentais e abriram caminho para o desenvolvimento de novas terapêuticas que provaram ser possível lidar com a doença e os doentes mentais de uma outra forma - para além dos Hospitais Psiquiátricos (Caldas de Almeida, 2018).

Tais avanços também foram fundamentais para ações de combate ao estigma e ao preconceito sofrido por pessoas com transtornos mentais.

1.2.1. Conceitos

Conforme abordado rapidamente na introdução, a saúde mental, segundo conceito divulgado pela OMS, é considerada mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências, sendo

necessária a todos os indivíduos no desenvolvimento da vida em sociedade possibilitando a realização intelectual e emocional, bem como a integração nos diferentes contextos da sociedade (escola, trabalho, família). Além disso, abrange “o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa” (OMS, 2001).

Por sua vez, a doença mental, entendida por uma concepção ampliada, diz respeito a um conjunto de perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual (Fazenda, 2008). Ou: “caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social. Resulta de fatores biológicos, psicológicos e sociais” (OMS, 2001).

Disso depreende-se, como afirma Fazenda (2008), que a saúde mental, por depender tanto de fatores pessoais quanto ambientais, pode ser promovida através de programas de saúde, melhoria das condições sociais, prevenção dos fatores de risco e da luta contra o estigma.

1.2.2. Histórico

A doença mental, sendo considerada uma construção social (Miles, 1982 cit por Alves, 2011), foi encarada de maneira diversa ao longo da história e teve diversos mitos associados. Entre eles o da perigosidade, da incurabilidade, e o da incapacidade, tanto para o trabalho quanto para ser reconhecido enquanto cidadão. Tais fatores podem explicar o estigma ainda sofrido pelos indivíduos com transtornos mentais (Fazenda, 2008).

Na Idade Média a loucura era vista como algo influenciado pelo Divino, ou por forças ocultas. Os indivíduos nessa situação eram seres errantes, que vão precisar recorrer à caridade e à mendicância como forma de sobrevivência (Turner, 1995; Porter, 2002, cit por Alves, 2011).

A partir do século XVII a loucura é apreendida no contexto da lógica do mercantilismo burguês e do racionalismo cartesiano, nessa época inicia-se o exílio da loucura com a criação de Asilos por toda a Europa já no século XVIII, e que irão permanecer por muitos anos. Esses asilos não eram propriamente hospitais para tratamentos, e sim espaços de confinamento daqueles que eram considerados improdutivos pelo mercado (Foucault, 1987, cit por Alves, 2011).

Somente a partir dos anos de 1900 as práticas manicomiais começarão a ser questionadas principalmente em relação às condições de vida dos doentes mentais, ao agravamento das doenças nos asilos e à responsabilidade dos médicos na manutenção desse sistema. A loucura

passaria a ser considerada uma doença, uma questão de saúde e não de manutenção da ordem pública (Fazenda, 2008).

Surge a corrente da antipsiquiatria, cujo pensamento identificou a existência de processos sociais determinantes na avaliação diagnóstica e no tratamento da doença mental (Miles, 1982, cit por Alves, 2011) o que fez com que se passasse a questionar esses métodos de encarceramento como tratamento.

Assim teve início o movimento de desinstitucionalização, que começou nos Estados Unidos espalhando-se depois pela Europa e outros países. Na Itália, onde foi liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia, teve um papel fundamental na alteração da lei que decretou o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de outros dispositivos de cuidados como os centros de saúde mental e de residências para o alojamento daqueles que saíam dos hospitais (Fazenda, 2008).

Todo este processo, somando-se à descoberta de novos psicofármacos, possibilitaram uma transformação dos tratamentos oferecidos que passariam a ter o viés comunitário e a serem realizados junto da família (OMS, 1953; Fleming, 1976, cit por Alves, 2011).

1.2.3. Desinstitucionalização e Saúde Mental Comunitária

O modelo de saúde mental comunitária, baseado no paradigma da desinstitucionalização, é o resultado do entendimento que se passou a ter de que “os cuidados de saúde mental devem ser prestados em serviços abertos capazes de apoiar os doentes desde a crise aguda até as necessidades de carácter social” (Fazenda, 2017, p.95).

De acordo com o conceito apresentado por Fazenda:

“O modelo de saúde mental comunitária baseia-se na visão psicossocial que implica um conjunto de intervenções além do tratamento, como a psicoeducação, a reabilitação, o apoio residencial, o emprego apoiado, o treino de competências sociais e profissionais, para permitir que as pessoas com doença mental vivam na sua comunidade e participem em todos os contextos sociais” (2017, p.95).

Percurso também descrito por Ornelas, (1996), que defende que os cuidados a prestar aos doentes mentais e a todos os cidadãos deve ter lugar nas suas comunidades, evitando o seu isolamento em instituições distantes e por períodos indeterminados.

Leona Bachrach (2000, cit por Fazenda, 2017, p.95), define a desinstitucionalização como “a substituição dos hospitais psiquiátricos para internamentos prolongados por serviços alternativos de menor dimensão, menos isolados e com base na comunidade, para cuidar das pessoas com doença mental”.

O modelo de cuidado na comunidade inclui ainda a busca pela inclusão social, promoção dos direitos humanos e acesso à cidadania plena, além de incluir a participação e articulação de diferentes serviços e de vários profissionais numa visão interdisciplinar, englobando psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, animadores, etc. (Fazenda, 2017).

Caldas de Almeida (2018) também cita que os serviços de base comunitária proporcionam melhores condições para a garantia do respeito aos direitos humanos dos doentes. Além de incentivar os indivíduos a participarem na tomada de decisões sobre sua vida e tratamento.

1.2.4. Organização da Atenção em Saúde Mental

Em Portugal, o sistema que vigorou até meados dos anos de 1960, era predominantemente asilar e com pouca diferenciação de graus e tipos de adoecimento, bem como de tratamentos disponíveis. Desde então, os serviços vêm passando por transformações – transitando para serviços comunitários e unidades em hospitais gerais integrados no Sistema Nacional de Saúde e mais acessíveis à população em geral (Caldas de Almeida, 2018).

O novo modelo de cuidado foi oficializado pelas alterações e melhorias na legislação que foram de extrema importância para a sua consolidação, entre elas:

- A Lei de Saúde Mental nº 36/98 aprovada em 24 de julho de 1998, e regulamentada pelo Decreto-Lei nº 35/99 que traz em seu artigo 3º:

“a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social; b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível; c) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais; d) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na

comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes” (Assembleia da República, 1998).

Especifica que os encargos com os serviços de reabilitação psicossocial (inserção social, apoio residencial e reinserção profissional) são comparticipados em termos a definir pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde, segurança social e emprego. E que a prestação dos cuidados é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspectos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação (IBIDEM).

Posteriormente deu-se a criação de resoluções e portarias que previu a continuação do novo modelo de cuidado:

- O Despacho Conjunto nº 407/98 que regulamentou a coordenação dos setores sociais e de saúde na prestação de cuidados psicossociais para as pessoas com incapacidade causada por doença mental e viabilizou a criação e o financiamento de vários tipos de dispositivos de reabilitação psicossocial: Unidades de vida apoiada, unidades de vida protegida, unidades de vida autónoma e fóruns sócio-ocupacionais e a portaria nº 348-A/98 que promoveu a inserção de pessoas em processo de reabilitação psicossocial no mercado de trabalho através do emprego protegido.

Mais a frente deu-se a criação do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) de 2007, que viria a ser prorrogado até 2020. Cujos valores centrais consistiam no fato da saúde mental não ser separada da saúde em geral, na preferência pelos cuidados de saúde mental na comunidade, na proteção dos direitos humanos de quem sofre de perturbações mentais e na coordenação e integração de cuidados (Gomes, Estrela & Ferreira, 2019).

De acordo com os dados apresentados pelos mesmos autores no Relatório Primavera de 2019, com a implementação do Plano o que se viu foi uma redução de 40% do número de institucionalizados em hospitais psiquiátricos, além da criação de serviços nos hospitais gerais e na comunidade e de cuidados continuados integrados de saúde mental e programas residenciais com o apoio a pessoas em situação de sem-abrigo e jovens com problemas sociais.

Entretanto relatórios de avaliação identificavam pontos de fragilidade, entre eles, baixa autonomia e capacidade de decisão dos responsáveis pela implementação do PNSM, e dos centros de decisão locais, que por sua vez comprometia a melhoria dos cuidados na

comunidade; ausência de coordenação e grande concentração de recursos humanos nos hospitais centrais e modelos de financiamento e gestão inadequados.

A fim de desenvolver estruturas comunitárias de reabilitação psicossocial e programas de desinstitucionalização, o Decreto-Lei nº 8/2010 posteriormente alterado pelo Decreto-Lei nº 136/2015, definiu as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, para pessoas com doença mental grave - integradas mais tarde na Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados. Tal documento apresentou a definição da tipologia das estruturas residenciais baseadas na comunidade, centros de dia e equipas de intervenção.

Após 2010, e devido à crise econômica, houve uma interrupção de uma série de atividades previstas pelo Plano, situação que o fez ser prorrogado até 2020 com as propostas de criação de uma equipa que coordenasse a sua implementação e a mudança do modelo de gestão e organizacional dos atuais serviços de saúde.

Também se considerou fundamental o desenvolvimento de um novo modelo de pagamento destes serviços, de forma a desbloquear os problemas do atual modelo, tal como a criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados, a fim de diminuir as assimetrias territoriais a nível nacional.

Hoje os serviços estão organizados em rede de forma a serem prestados em 3 níveis e de acordo com as necessidades de cada indivíduo: Cuidados primários – prestados pelos Centros de Saúde; Cuidados especializados – serviços de saúde mental na comunidade e em hospitais gerais e cuidados altamente especializados – situações de internamento hospitalar em serviços de psiquiatria em hospitais gerais (Caldas de Almeida, 2018; Palha & Palha, 2016).

De acordo com a figura apresentada por Palha & Palha, 2016:



Figura 2- Rede de Serviços de Saúde Mental
Fonte: Palha & Palha (2016)

Entretanto, embora a legislação em Saúde Mental tenha avançado, o sistema ainda é marcado por diversas fragilidades.

Ainda de acordo com Palha & Palha (2016), os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são fundamentais na organização dos serviços de saúde mental, devido à proximidade das populações que permite um melhor acesso, qualidade e continuidade dos cuidados, envolvendo a família e a comunidade. Conforme a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) citada pelos autores, os CSP resolvem a grande maioria dos casos de saúde mental e referenciam os casos mais graves, assim os casos teriam o seguimento adequado evitando a sobrecarga dos serviços de especialidade. Esse aspecto foi observado quando da construção do PNSM, contudo foi uma das áreas em que não se observou uma melhoria importante.

Em relação aos hospitais, foi observada a necessidade de se criarem mais Serviços Locais de Saúde Mental, integrados nos diferentes hospitais gerais e próximos aos utentes. Onde seria possível tratar diversas patologias psiquiátricas com diferentes recursos – internamentos, consultas de psiquiatria, hospital de dia, entre outros.

Para os Cuidados Continuados Integrados, vistos como uma das respostas primordiais para o público que além de problemas graves de saúde mental também apresentam vulnerabilidades sociais e que necessitam uma articulação com outros setores como a Segurança Social, também era previsto um alargamento da oferta de serviços – unidades residenciais, sócio-ocupacionais,

equipes de apoio domiciliário, o que vem acontecendo lentamente ainda de acordo com o relatório anual do SNS (Palha e Palha 2016; SNS, 2019).

1.3. PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO

1.3.1. Conceito

A Federação Europeia de Organizações Nacionais que Trabalham com os Sem-abrigo (FEANTSA), numa tentativa de unificar os conceitos e permitir um melhor acompanhamento do fenómeno ao longo do tempo, desenvolveu a tipologia *European Typology on Homelessness and Housing Exclusion* (ETHOS), que classifica a situação de sem-abrigo em 4 categorias (Busch-Geertsema et al., 2010; Gonçalves, 2016):

- Sem-teto (pessoas que vivem na rua ou pessoas que pernoitam num albergue noturno);
- Sem-casa (pessoas em centros de acolhimento específicos para pessoas em situação de sem-abrigo, para imigrantes ou para mulheres, pessoas em vias de sair de instituições, pessoas em alojamentos de longa-duração próprios para pessoas em situação de sem-abrigo);
- Habitação insegura (a viver em casa de familiares ou amigos, subarrendamentos ilegais, em vias de serem despejadas ou vítimas de violência na residência onde estão);
- Habitação inadequada (pessoas a viver em estruturas não convencionais como barracas ou habitações móveis, a ocupar edifícios ou em situações de habitações sobrelotadas).

Em Portugal, de acordo com os conceitos adotados é considerada pessoa em situação de sem-abrigo aquela que, independentemente da sua nacionalidade, origem racial ou étnica, religião, idade, sexo, orientação sexual, condição socioeconómica e condição de saúde física e mental, se encontre:

- Sem teto (vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário) ou
- Sem Casa, (encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito) (ENIPSSA, 2018).

O termo “em situação” passou a ser utilizado por entender que “sem-abrigo” deve ser entendido como uma situação transitória, característica apenas de uma fase da vida do indivíduo. Tal alteração serviu para unificar o termo que passou a ser utilizado por todas as instituições que

lidam com este público, possibilitando também o monitoramento do fenômeno no país (ENIPSSA, 2018).

Na visão de Nooe & Patterson (2010) citando diversos outros autores, a situação de sem-abrigo pode ser entendida como o resultado da interação de uma série de fatores de risco biopsicossociais, que variam entre condições individuais, estruturas socioeconômicas, e circunstâncias ambientais. Apresentam um modelo conceitual através de um sistema hierárquico e numa perspectiva ecológica, associando esses fatores de risco às consequências individuais e sociais, a dimensão temporal do fenômeno e ao status de moradia vivenciados pelas pessoas em situação de sem-abrigo. O objetivo seria ultrapassar a discussão de que a falta de moradia seria resultado apenas de fatores individuais ou estruturais.

Apresentam assim, de acordo com o modelo os fatores de risco a nível individual: idade, estado civil, serviço militar, suporte social, passado enquanto criança ou adolescente institucionalizado, conflitos e violência familiar, histórico de abuso sexual, prisão, maus tratos, doença mental, estado de saúde, educação, abuso de substâncias e ser membro de uma minoria; E como fatores estruturais: a pobreza, o desemprego, os baixos salários, os cortes nos serviços de assistência social, os custos e disponibilidade de habitação, instabilidade no alojamento familiar, a desinstitucionalização e a forma como é conduzida, os custos de saúde, e a discriminação contra minorias. Segundo os autores esses fatores interagem, reforçando-se mutuamente contribuindo sobremaneira para a eclosão da situação (Nooe e Patterson, 2010; Gonçalves, 2016).

1.3.2. Pessoas em Situação de Sem Abrigo e Atenção à Saúde

Ainda de acordo com os conceitos apresentados por Nooe e Patterson (2010), a situação de falta de moradia é geradora de uma série de consequências, tanto sociais como o aumento da desigualdade, a pobreza, a sobrecarga aos serviços de saúde, entre outros, quanto a nível individual como a deterioração do estado de saúde, físico e mental, o abuso no consumo de substâncias, o isolamento social, a dificuldade de aceder ao sistema educativo, o abuso sexual, os maus-tratos, a exposição a atividades criminais, a perda de emprego e a incapacidade em procurar um novo, a autodestruição, entre outras situações.

Bento e Barreto (2002) referem as dificuldades pelas quais indivíduos em situação de sem-abrigo passam ao acessarem os serviços de saúde, principalmente consultas em centros de saúde. Geralmente os atendimentos acontecem via serviços de urgência ou internamentos. Por

outro lado, citam a importância de propostas terapêuticas com a estratégia de atendimentos em grupos e atendimentos na rua, por técnicos especializados, como as equipes de rua “A nossa experiência tem mostrado que pequenas equipes com assistente social, psicólogo, e psiquiatra resultam no sentido de uma avaliação *in situ* do caso, atuação imediata e preparação de um programa visando a saída da rua” (p. 233).

É o que também demonstra um estudo sobre os fatores determinantes que levam as pessoas em situação de sem-abrigo com esquizofrenia e transtorno bipolar a procurarem ou não os serviços de saúde que foi realizado com 671 pessoas na França. Neste estudo concluiu-se que do total, 61,1% dos participantes tiveram pelo menos uma internação nos últimos 6 meses anteriores ao estudo, e a maioria (51%) tinha visitado o serviço de emergência (tanto geral quanto psiquiátrico) durante o mesmo período (Loubière, S. et al, 2020).

Foram encontrados fatores que contribuíram para a não procura de serviços regulares como barreiras financeiras (recursos e seguro-saúde), ao passo que os principais preditores para a procura hospitalar foram um melhor funcionamento social e ter esquizofrenia. Entretanto aqueles que apresentavam outros problemas graves de saúde mental e dependência de álcool foram associados à não utilização dos serviços de emergência e ser “absolutamente sem-teto” previu um aumento do uso dos serviços de emergência e zero uso de serviços ambulatoriais. Essa não procura pode ser associada ao estigma social ou rejeição de profissionais sofridos por esse público, além da falta de recursos financeiros, que pode desencoraja-los a procurar as unidades de saúde ou consultórios médicos (Loubière, S. et al, 2020).

Conclusão semelhante foi alcançada por Ribeiro (2016), em sua pesquisa com 65 técnicos da área social que trabalham com este público nas diversas instituições da cidade de Lisboa sobre o acesso aos cuidados de saúde mental. Os resultados sugerem dificuldades de acessibilidade aos cuidados de saúde mental por parte das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo, em virtude de o acesso ocorrer, principalmente, por via do Serviço de Urgência Hospitalar e não pela via dos cuidados de saúde primários.

A garantia de atenção à saúde compõe um dos objetivos estratégicos do Eixo de Intervenção da ENIPSSA e, mais especificamente do PMPSSA 2019-2023. O documento prevê o alargamento das ações da Equipe Técnica da Saúde, a colaboração com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) além do estabelecimento de novos protocolos de colaboração com entidades no âmbito do encaminhamento de PSSA na área da Saúde em geral, Saúde Mental e Doença

Psiquiátrica e promoção de respostas de cuidados de saúde primários com recurso ao quiosque de saúde (ENIPSSA, 2018; Câmara Municipal de Lisboa, 2019).

1.3.3. Breve panorama da situação atual

De acordo com o Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem-Abrigo (PMPSSA), segundo levantamento realizado no ano de 2018, estavam a viver na condição de sem abrigo na cidade de Lisboa 2.328 pessoas. Entre eles, estavam na condição de sem casa 1.967 e sem teto 361 pessoas. Tais dados foram obtidos junto às instituições e às equipas que realizam o acompanhamento na rua. Também foi constatado que o maior número de casos foi identificado na zona centro sul da cidade (38,7%). Em relação à caracterização, a maioria era composta por pessoas do género masculino e 70% eram de origem portuguesa (Câmara Municipal de Lisboa, 2019).

O Plano, elaborado pela Câmara Municipal de Lisboa, faz parte da Estratégia Nacional de Intervenção para as Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (ENIPSSA) 2017/2023, e desde sua primeira edição (2016) veio estabelecer uma estratégia integrada de intervenção, em substituição a uma abordagem vista até então como assistencialista. Em sua nova edição previu o alargamento das respostas já existentes, bem como o financiamento necessário às ações a serem realizadas (Câmara Municipal de Lisboa, 2019).

Através de uma intervenção contínua e integrada entre os serviços, a ENIPSSA orienta ações de prevenção, intervenção e integração comunitária que sejam capazes de acompanhar o indivíduo e construir um caminho para saída da rua. Para a concretização dos planos individuais de integração como emprego, capacitação, educação, proteção social e saúde, prevê uma articulação entre as diversas áreas. O acompanhamento é realizado pelas equipas de rua que prestam apoio psicossocial e equipas técnicas, compostas por médico e enfermeiro. Os profissionais deslocam-se em unidades móveis e abrangem toda a cidade (ENIPSSA 2017-2023, 2018).

1.4. PROGRAMA CASAS PRIMEIRO E O MODELO *Housing First*

O Programa Casas Primeiro segue a abordagem *Housing First* (HF) e tem como objetivo promover a integração comunitária de pessoas em situação de sem-abrigo e com experiência de doença mental. Este modelo de habitação apoiada de intervenção ecológica e colaborativa foi

criado por Sam Tsemberis através da *Pathways to Housing, Inc* na cidade de Nova York no ano de 1992 (Padgett, Henwood & Tsemberis, 2016 cit por Martins, 2018).

A abordagem caracteriza-se por alguns elementos essenciais que a diferenciam de serviços considerados tradicionais ao público sem-abrigo, nomeadamente albergues e abrigos temporários, como a separação do ambiente habitacional do tratamento de saúde e de reabilitação; a possibilidade de escolha do tipo de habitação e o acesso imediato a uma moradia independente e individual, em bairros tradicionais; a disponibilização de um suporte individualizado e centrado na pessoa através de uma equipe multidisciplinar com o encaminhamento e suporte aos serviços de assistência social e saúde. De acordo com os estudos de avaliação realizados, esse tipo de abordagem demonstrou resultados significativamente melhores em termos de estabilidade e satisfação habitacional, bem-estar e integração comunitária (Greenwood et al, 2005; Tsemberis e Eisenberg, 2000; Tsemberis et al, 2004, cit por Ornelas, Martins, Zilhão & Duarte, 2014).

De acordo com Evangelista (2010) a abordagem HF acredita que o principal objetivo do trabalho com indivíduos em situação de sem-abrigo deve ser auxiliá-los a acessarem uma moradia permanente. Ao fornecer habitação, assistência, gestão de casos e serviços de apoio descentralizados e individuais, sem limite de tempo pré-estabelecido, após o alojamento do indivíduo, a linha de atuação pode reduzir significativamente o tempo de permanência nessa situação, o surgimento de novos casos, bem como reincidências na rua.

Baseando-se na abordagem, o Programa Casas Primeiro proporciona o acesso a uma habitação oferecendo apoio na escolha, obtenção e manutenção de uma casa individual, digna, permanente e integrada na comunidade sem a exigência prévia de que os candidatos participem de programas de tratamento ou reabilitação. Além disso, o Programa conta com uma equipe que realiza o acompanhamento caso-a-caso dos moradores.

Diversos estudos sobre essa modalidade de intervenção vêm sendo realizados nos países que implementaram programas semelhantes. Em uma pesquisa transversal sobre as experiências dos serviços de *recovery* para adultos com histórico de permanência em situação de sem-abrigo, realizada em sete países europeus, entre eles Portugal, os resultados encontrados, a partir de relatos dos participantes, foram maior chance de escolha, melhor percepção da qualidade da moradia e maior satisfação com os serviços. Além disso, os resultados sugerem menos sintomas psiquiátricos; maior integração comunitária e mais tempo de moradia independente, se

comparados aos resultados de serviços de acompanhamento considerados tradicionais (Greenwood et al, 2019).

Um outro ponto positivo a ser considerado refere-se à análise de custo-benefício, sendo este um argumento importante para a implantação de políticas públicas destinadas à este público. Os custos associados aos programas baseados no modelo HF são significativamente mais baixos, em relação aos custos associados aos outros serviços, abrangendo o custo da renda da casa e o custo da equipa técnica de suporte (Gulcur, Stefancic, Shinn, Tsemberis, & Fisher, 2003; Perlman, & Parvensky, 2006, cit por Martins, 2018).

As abordagens previstas no Programa são realizadas no próprio contexto habitacional e comunitário sob a perspectiva do *empowerment*. Em cuja proposta os utentes são envolvidos nos processos de planeamento e decisão das políticas de intervenção e da prestação de serviços (Rappaport, 1981, 1984, cit por Ornelas, 1996). Além do encorajamento da manutenção do controle sobre suas vidas, do estabelecimento de seus próprios objetivos e da participação nas decisões com eles relacionadas, como agentes ativos no processo de reabilitação.

Tal perspectiva está intimamente ligada ao processo de *recovery* que pode ser definido como um percurso de redescoberta de um novo sentimento de identidade, de auto-determinação e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade (Deegan, 1988; Leete, 1988; Ahern & Fisher, 1999, cit por Duarte 2007) ou como um processo pessoal e único de mudança, uma maneira de viver a vida de forma satisfatória, esperançosa e contributiva, mesmo com as limitações causadas pela doença e que envolve o desenvolvimento de um novo significado ou propósito na vida (Anthony WA, 1993 cit por Llewellyn-Beardsley, Rennick-Egglestone, Callard, Crawford, Farkas, Hui, et al. 2019).

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

A fim de alcançar os objetivos propostos, citados na introdução, foi realizado um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que, de acordo com Minayo (2002), trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das ações e das relações humanas.

Optou-se por esse tipo de abordagem por ela permitir que o pesquisador entre em contato com a história, as relações, as percepções e as opiniões dos sujeitos acerca de sua vivência enquanto público alvo da intervenção.

2.1. SELEÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

Para a realização da pesquisa foi selecionada a Instituição AEIPS, responsável pela execução do Programa Casas Primeiro e localizada em Lisboa. Além do Programa, a instituição promove atividades de reabilitação e integração social para adultos com experiência de doença mental por meio de programas e serviços de suporte nos domínios da habitação, educação, participação social e emprego.

A escolha da Instituição foi realizada levando-se em conta o seu longo período de funcionamento, além do elevado número de utentes atendidos por meio dos diversos serviços oferecidos. Também foram considerados os pressupostos identificados na missão e objetivos da instituição que vão ao encontro daqueles apontados na legislação e no modelo de atenção e cuidados comunitários.

2.2. RECOLHA DE DADOS

Para a recolha de dados foi realizada inicialmente uma pesquisa documental a partir dos documentos e de artigos cedidos e indicados pela instituição.

Além disso, foram realizados inquéritos por entrevista com o recurso de um roteiro estruturado com a equipe responsável pela gestão do Programa a fim de recolher informações acerca da metodologia utilizada, objetivos, dificuldades observadas nos momentos de implantação e do impacto gerado na comunidade. Foi escolhido este tipo de entrevista por serem perguntas mais objetivas acerca da implementação do programa.

A fim de recolher os dados referentes à percepção dos participantes sobre o acompanhamento da equipe psicossocial e aos efeitos gerados no acesso à saúde e aos cuidados de saúde mental

foram realizados inquéritos por entrevista semi-estruturada, com o recurso de um roteiro pré-elaborado que combinou perguntas fechadas e abertas.

Este tipo de entrevista permite que o sujeito entrevistado discorra sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador, além de ser um instrumento privilegiado para se perceber o processo social a partir das pessoas envolvidas possibilitando a narração dos fatos pelos próprios sujeitos que a vivenciaram (Minayo, 1994).

Uma outra motivação para a escolha dessa opção metodológica deve-se ao fato de que em saúde mental é cada vez mais importante que se proporcione estudos que deem visibilidade e voz aos próprios sujeitos.

As entrevistas foram realizadas na sede da instituição tendo dias e horários agendados individualmente com cada participante nos meses de agosto e outubro de 2020.

Plano Metodológico:

Objetivos específicos	Método de recolha de dados e instrumentos utilizados
Caracterizar o Programa na cidade de Lisboa por meio da metodologia de acompanhamento utilizada, das dificuldades observadas nos momentos de implantação e do impacto gerado na comunidade;	Análise Documental dos documentos cedidos e indicados pela instituição e inquérito por entrevista com o recurso de um roteiro estruturado com a equipe de acompanhamento do Programa.
Descrever a percepção dos participantes sobre o acompanhamento da equipe psicossocial do Programa;	Inquéritos por entrevista semi-estruturada com o recurso de um roteiro pré-elaborado;
Identificar os efeitos gerados no acesso à saúde e aos cuidados de saúde mental dos participantes, através de indicadores como: número de crises e internações, percepção do estado de saúde e qualidade de vida, número de consultas e acesso a medicamentos.	Inquéritos por entrevista semi-estruturada com o recurso de um roteiro pré-elaborado que englobe os pontos citados nos indicadores.

Tabela 1 – Plano Metodológico

Fonte: a autora

2.3. SELEÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

A pesquisa foi realizada com a equipe de referência do Programa e com o público alvo da intervenção, composto por indivíduos adultos com histórico de situação de sem-abrigo e com experiência de transtorno mental.

Foi realizada uma entrevista com a pessoa responsável pela direção técnica (DT) e com cinco técnicos que compõem a equipe de acompanhamento psicossocial (ET) de um universo de 10 profissionais com formações nas áreas de psicologia, serviço social e desenvolvimento comunitário. Para a escolha dos técnicos foi utilizada uma amostra de conveniência com aqueles que se mostraram disponíveis em contribuir com a pesquisa. A entrevista com a diretora foi realizada de forma presencial, o áudio foi gravado e transcrito posteriormente. As entrevistas com os técnicos foram realizadas por meio eletrônico, com o envio por e-mail de forma individual do mesmo questionário já aplicado anteriormente à diretora.

Em relação aos utentes, público alvo da intervenção, à época da pesquisa eram 50 já inseridos no programa. E mais 50 em processo de inserção após a abertura das novas vagas em 2020.

A seleção da amostra dos utentes foi realizada a partir da indicação da equipe técnica, levando-se também em consideração o tempo de permanência no Programa. A intenção era realizar 12 entrevistas, divididas entre aqueles que estavam desde o início do programa e aqueles que haviam sido inseridos recentemente. Contudo, durante a pesquisa foram vivenciadas algumas dificuldades impostas pelo período de isolamento devido a pandemia de Covid-19, soma-se a isso a impossibilidade de se utilizar outros meios de comunicação que não o presencial, sendo assim, ao fim foram realizadas apenas 8 entrevistas com os moradores (M) dentre elas: cinco moradores que participaram da primeira inserção (estão há aproximadamente 10 anos no Programa); uma moradora que está há 1 ano e meio e dois que entraram recentemente, há 6 meses.

2.4. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas, realizadas de maneira presencial, foram gravadas com a autorização dos sujeitos mediante o conhecimento e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido e posteriormente transcritas. Tais documentos encontram-se no anexo. As demais foram recebidas por e-mail.

O conteúdo das entrevistas foi classificado em categorias e relacionado com os objetivos específicos. Para a análise dos dados foi aplicada a técnica de Análise de Conteúdo. Bardin (1979 cit por Minayo 1994) a definiu como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que permite obter a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção do conteúdo. Essa técnica foi escolhida pois, como afirmou Gomes (2002), possibilita encontrar as respostas para as questões formuladas além de confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação. Outra função está ligada à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.

Encontram-se em anexo os quadros com as categorias e conteúdos relacionados.

2.5. MAPA CONCEITUAL

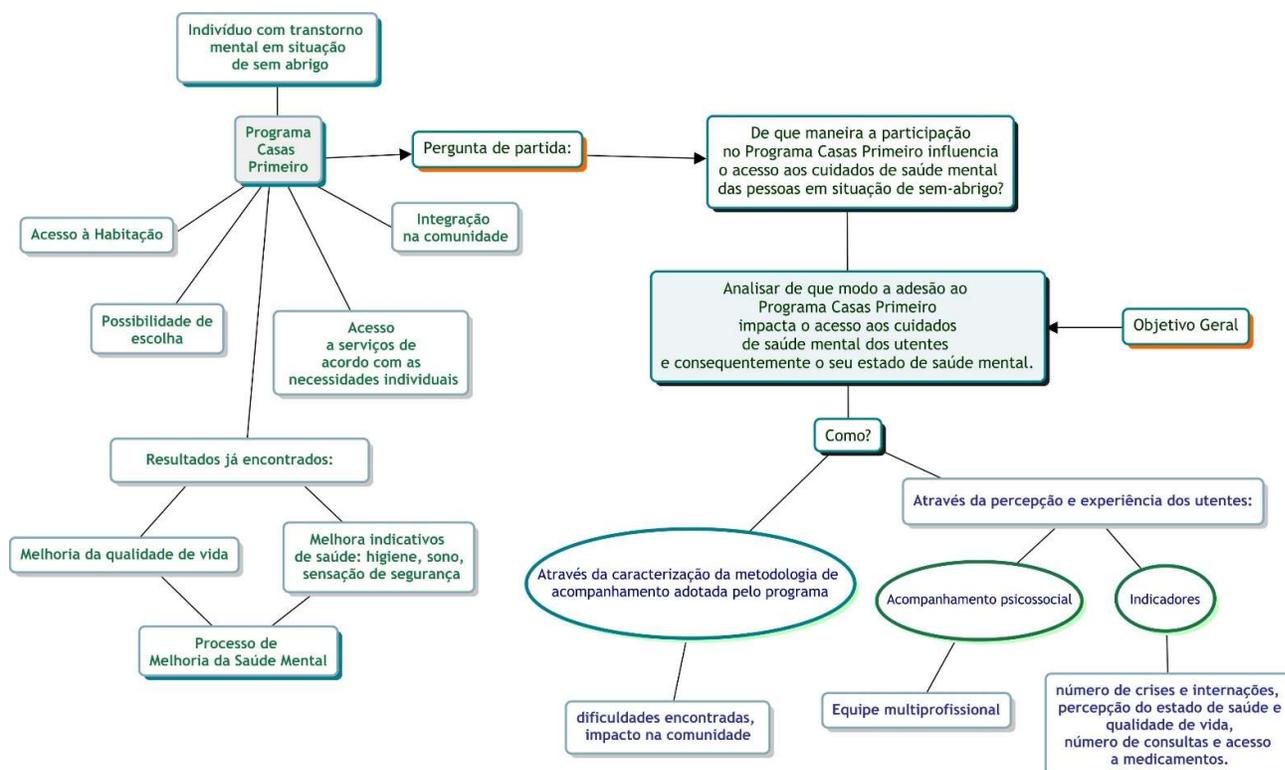


Figura 3 – Mapa Conceitual
Fonte: a autora

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo objetiva apresentar e discutir os dados recolhidos durante a investigação por meio de uma correlação entre o que foi encontrado no material teórico consultado, nos documentos e nas informações obtidas por meio das entrevistas.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE UTENTES

Entre os 8 utentes que participaram da coleta de dados, a maioria, 5, era composta por homens entre 45 e 65 anos. Entre eles apenas um havia terminado a licenciatura, o restante permaneceu entre o 6º e o 12º ano; somente um encontrava-se reformado e os demais na condição de desempregados inseridos no Rendimento Social de Inserção. Em relação ao tempo de permanência na rua antes da inserção no Programa, dois permaneceram na rua por 24 anos, um por 17 anos, um por 2 anos e o último não teve vivência de rua, porém encontrava-se morando de favor na casa de terceiros; sobre o tempo de acompanhamento no programa, três estavam entre 8 e 10 anos e os outros dois por seis meses. Entre eles apenas dois não mantinham mais vínculo com familiares. Entre as 3 mulheres entrevistadas, a escolaridade variou entre o 9º e o 12º ano; uma encontrava-se empregada e as outras duas recebendo o Rendimento Social de Inserção na condição de desempregadas. Sobre o tempo de permanência na rua, este variou entre 7 meses e 16 anos e o de acompanhamento no Programa, duas estavam há 10 anos e uma há 1,5 ano. As três ainda mantinham vínculo com familiares. Em relação à origem, 6 nasceram em Lisboa, um em Santarém e um em Guiné Bissau. E todos os oito moradores entrevistados possuíam algum diagnóstico de transtorno mental, e/ou situação de toxicod dependência.

Morador	Gênero		Idade	Local de Nascimento	Escolaridade	Rendimento	Situação profissional	Tempo de permanência em situação de sem-abrigo	Tempo de acompanhamento no programa	Possui algum problema de saúde diagnosticado	Mantém algum vínculo familiar
	F	M									
M1	x		57	Guiné Bissau	9º ano inc.	RSI	desempregada	4 anos	10 anos	sim	sim
M2	x		46	Lisboa	12º ano		empregada	7 meses	10 anos	sim	sim
M3		x	52	Lisboa	6º ano		reformado	24 anos	10 anos	sim	n/a
M4		x	47	Lisboa	7º ano	Subsídio doença	desempregado	24 anos	8 anos	sim	sim
M5		x	47	Lisboa	12º ano	RSI	desempregado	2 anos	10 anos	sim	sim
M5	x		50	Lisboa	9º ano	RSI	empregada	16 anos	1 ano e 6 meses	sim	sim
M7		x	45	Lisboa	6º ano	RSI	desempregado	17 anos	6 meses	sim	sim
M8		x	65	Santarem	licenciatura	RSI	desempregado	n/a	6 meses	sim	não

Tabela 2 - Caracterização dos utentes entrevistados
Fonte: a autora

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA CASAS PRIMEIRO

O Programa está previsto no PMPSSA no eixo de transição, que diz respeito a respostas com o objetivo central de promover o pleno exercício da cidadania e o processo de inserção social necessário à autonomização profissional e social do indivíduo em situação de sem abrigo por meio de intervenções de caráter psicossocial nas valências de saúde, formação, emprego e habitação (Câmara Municipal de Lisboa, 2019).

Assim, além do contexto habitacional, é disponibilizado por meio de uma equipe de referência, um conjunto de serviços de suporte individualizado realizado de acordo com as necessidades e prioridades estabelecidas por cada participante durante o acompanhamento. Através desse tipo de intervenção o Programa objetiva promover o aumento da qualidade de vida e o bem-estar individual dos seus participantes (Ornelas, Duarte, Almas & Madeira, 2011 cit por Silva, 2014).

As ações foram iniciadas no ano de 2009 com a abertura de 50 vagas com o objetivo de dar apoio às pessoas em situação de sem abrigo com problemas de saúde mental e com um histórico prolongado de permanência na rua.

- Custeio

O Programa é gerenciado pela AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial e recebe financiamento da Câmara Municipal de Lisboa através do Programa Municipal para a pessoa sem-abrigo. Em 2020, foram abertas mais 50 vagas. A Instituição é responsável por contratualizar e custear o arrendamento, o mobiliário e equipamentos básicos, bem como os consumos de água, eletricidade e gás e os participantes contribuem com 30% do seu rendimento mensal.

- Critérios de Inserção

Para inserção no Programa são priorizadas pessoas com transtorno mental e longo histórico de permanência na rua. A diretora observa que pessoas com transtorno e/ou doença mental são justamente as que encontram maiores dificuldades em ultrapassar a situação de rua com as respostas sociais consideradas tradicionais. Um exemplo é o caso dos centros de acolhimento ou albergues, que são um espaço coletivo e com diversas regras de conduta. Muitas vezes o indivíduo com transtorno mental por encontrar-se mais desorganizado e desestruturado não consegue se enquadrar e acaba por permanecer na rua.

Além disso, pontua uma das características principais da metodologia do “*Housing First*” que é o acompanhamento prestado às pessoas quando são inseridas no Programa:

“as pessoas todas que estão na rua precisam de uma casa, mas nem todas as pessoas que estão na rua precisam deste acompanhamento desta equipa, um acompanhamento tão intensivo.” (DT)

Para a inserção dos participantes, além do tempo de permanência na rua, e da situação de saúde mental é considerado também a necessidade desse tipo de acompanhamento.

É realizada uma articulação entre o CP e as equipas de rua de outros dispositivos, como a Santa Casa de Misericórdia, a Câmara Municipal de Lisboa, Comunidade Vida e Paz, entre outras, que, ao acompanharem os sujeitos na rua e nos centros de acolhimento percebem aqueles que se enquadram no perfil e podem ser beneficiados com o programa. Após essa identificação, é realizada uma aproximação e uma entrevista com a equipa do CP para avaliação.

Importante salientar que para a inserção nas vagas abertas no presente ano também foram consideradas as pessoas que estavam nos centros de acolhimento criados em resposta à pandemia de Covid-19, ou seja, algumas pessoas que não tinham um histórico longo de permanência em situação de sem-abrigo, mas que possuía alguma questão relacionada à saúde mental e necessitava de acompanhamento psicossocial.

- Processo de Escolha da Moradia

A partir do momento em que é verificado o enquadramento do sujeito no perfil e nos critérios do CP é realizada a apresentação do Programa e de seu funcionamento, além de visitas aos espaços disponíveis. Para a escolha da moradia é considerado se o utente possui alguma restrição ou preferência em relação ao bairro, e como é a própria Instituição que realiza o arrendamento das casas, faz-se um ajuste entre o que ele lhe considera mais adequado e as possibilidades da Instituição.

“é importante que a casa seja um espaço confortável e que as pessoas se sintam confortáveis porque isso também as ajuda a estarem melhor.” (DT)

Geralmente são apartamentos de tipificação t0 e t1 dispersos e localizados em bairros integrados, em locais mais centrais, com acesso facilitado ao comércio, meios de transporte, centros de saúde, etc. onde as pessoas consigam circular, fazer compras, em contextos mais integrados na comunidade.

- Metodologia de Acompanhamento

Após a inserção do utente no Programa, é iniciado o processo de acompanhamento por uma equipe multiprofissional formada por assistentes sociais, psicólogos e técnicos de desenvolvimento comunitário. Cada técnico é responsável por realizar o acompanhamento de até 10 moradores.

São realizadas visitas ao domicílio, agendadas previamente, uma vez por semana. Cada morador é acompanhado de acordo com as suas necessidades, e consoante à autonomia de cada um.

“... é realizado um plano individual de acompanhamento com cada participante com objetivos concretos e projetos futuros.” (ET 2)

É por meio da visita que o técnico se aproxima do morador, constrói um vínculo, e percebe possíveis fragilidades e necessidades que muitas vezes não são verbalizadas, podendo antecipar ações antes dos problemas se formarem. Além disso, o morador tem acesso à equipe de forma permanente através do telefone e por e-mail, disponíveis de maneira ininterrupta, por meio de plantão.

Nas primeiras intervenções são priorizados assuntos referentes a benefícios e documentação pessoal. O técnico responsável vai acompanhar o morador a fim de auxiliá-lo na tomada de decisões, e de mediar o atendimento em alguns serviços nos casos em que haja necessidade, ou quando ele tiver uma autonomia reduzida, embora o incentivo seja sempre para que o próprio morador tenha condições de resolver suas questões e participe de todas as etapas.

“Se desejarem ir sozinhos, clarificamos se tem conhecimento do local, dos transportes a utilizar e da informação que devem obter na atividade que vão realizar.” (ET 5)

Nas intervenções são trabalhadas questões relacionadas à educação para saúde, nutrição, boas práticas de higiene entre outras. São exemplos de encaminhamentos os realizados para atendimentos jurídicos, Segurança Social, centros de emprego, cursos, atividades sócio-ocupacionais, entre outros.

Neste momento da Covid-19 também foi realizado um trabalho de conscientização sobre a importância do uso de máscaras para proteção e sobre os cuidados a serem tomados para a prevenção do contágio.

Também são realizadas articulações com as Juntas de Freguesia e instituições da área social que atendem pessoas carenciadas de acordo com o bairro de cada morador a fim de se obter apoio com produtos alimentares, refeições, vestimentas, medicamentos, entre outros, para o

complemento das necessidades de cada um. Além disso, os moradores participam de uma reunião do Programa na sede da instituição uma vez por mês – atividade suspensa no momento devido às ações de mitigação do contágio da Covid-19.

De acordo com Kerman, 2019, a interação do utente com os diversos serviços é parte importante e integrante do processo de *recovery*. Além disso, ao citar Thompson et al. 2004; Padgett et al. 2008 e Patterson et al. 2015, pontua que os atendimentos com características de encorajamento, atitudes positivas e com provisão de apoio são fundamentais para auxiliar as pessoas a sair da condição de sem-abrigo, acrescenta que os prestadores de serviço quando se apresentam de forma calorosa e com boa vontade no atendimento também podem ter um efeito positivo no envolvimento daquele utente no serviço. Ao passo que sentir-se estigmatizado e discriminado pelos profissionais dos serviços, pode levar o utente à desconfiança e à negação.

Sendo assim toda a metodologia de acompanhamento do Programa é baseado numa troca de confiança entre o utente e o profissional, além do incentivo para que ele tome as próprias decisões baseadas do processo de *empowerment* e de combate ao estigma.

- Atenção à Saúde

Nesse ponto o Programa Casas Primeiro se diferencia sobremaneira dos demais serviços destinados aos sem-abrigo, visto que o objetivo principal é a inserção da pessoa em situação de rua em uma casa digna e segura. Ultrapassado esse estágio, quando ela já estiver instalada, as outras questões vão sendo pensadas em conjunto, inclusive o acompanhamento de saúde.

Sendo assim a saúde é promovida de acordo com cada indivíduo, conforme ele descreve suas necessidades e aceita as sugestões da equipe com a indicação dos serviços mais adequados.

O acompanhamento de saúde mental e/ou o tratamento para toxicod dependência por exemplo não são obrigatórios para a entrada ou permanência no Programa. Entretanto, sabe-se que:

“Todas as pessoas que passam muito tempo na rua precisam de um acompanhamento de saúde, principalmente a física.” (diretora CP)

Inicialmente os moradores são cadastrados no Centro de Saúde do local onde moram para passarem a ser acompanhados pelo médico da família, visto que, enquanto permaneciam na rua, os atendimentos de saúde eram realizados geralmente nos serviços de urgência.

“É realizado o acompanhamento desde a inscrição no Centro de Saúde, acompanhamento presencial a consultas e tratamentos, articulação com serviços administrativos e com as equipas de enfermagem e médicas.” (ET 3)

Por meio dessa articulação, são realizados também os pedidos de isenção de taxas moderadoras e avisos de agendamento de consultas, sendo que o objetivo da intervenção é sempre o livre acesso do morador aos serviços que ele julgar necessário, a equipe funciona como um ponto de apoio.

Segundo a diretora, geralmente são observados problemas de saúde que são comuns a pessoas que passaram muito tempo na rua sem o acompanhamento adequado, como complicações advindas do diabetes, de problemas cardiorrespiratórios, problemas de pele, HIV, entre outros.

Em relação à saúde mental acontece da mesma forma, o Programa incentiva que os moradores sejam acompanhados como as demais pessoas do território, num contexto integrado ao local onde residem, por essa linha o acompanhamento acaba por acontecer de forma natural em conjunto com a atenção à saúde física.

Quando não há atendimento de saúde mental nos centros de saúde locais, e caso seja percebida a necessidade, os moradores são acompanhados por psiquiatras de referência nos hospitais, por meio de consultas externas. O que não exclui o acompanhamento local, visto que algumas pessoas já identificam sua situação para o médico da família, outras não, elas vão precisar construir um vínculo de segurança para conseguirem expor alguma situação e assim terem o acompanhamento e encaminhamento adequados.

Sendo assim, busca-se estabelecer uma relação de confiança entre o técnico da equipe e o morador, afim dele ser auxiliado, quando for o caso, a buscar esse tipo de atendimento.

Além disso, a diretora pontua que algumas pessoas só por estarem numa casa e poderem dormir, descansar, já conseguem gerir melhor os problemas. Entende que a tranquilidade trazida por não precisar estar sempre alerta, estressado, como era na rua já influencia de maneira positiva a saúde mental.

Os moradores que fazem o uso de medicação psiquiátrica controlada realizam o acompanhamento nos centros de saúde ou nos hospitais de referência – Santa Maria e Júlio de Matos.

Não há, por parte da equipe técnica um controle rígido do uso da medicação, e sim uma supervisão e uma sensibilização para a importância de se fazer o tratamento corretamente.

“O suporte é dado conforme a autonomia individual e aplicando instrumentos de apoio como as caixas de medicação semanal e respectiva guia de tratamento, visível e acessível,

principalmente para aqueles que possuem doenças crônicas como cancro, diabetes, hipertensão arterial, entre outras.” (ET 5)

O técnico responsável também pode auxiliar na conversa com o médico para encontrar uma melhor alternativa quando há alguma recusa, por exemplo quando o motivo são os efeitos secundários. Os moradores têm controle e responsabilidade pelo seu tratamento e estado de saúde, e assim, com o olhar atento da equipe conseguem gerir da maneira em que eles se sintam mais confortáveis.

- Impacto na Comunidade/dificuldades

As casas selecionadas para o arrendamento geralmente localizam-se em bairros residenciais estruturados de maneira descentralizada. Devido ao respeito pela privacidade dos utentes, não há qualquer tipo de identificação, nem dos moradores nem das casas.

A equipe responsável não menciona qualquer tipo de dificuldades ou constrangimentos no momento da inserção do morador. Os problemas que podem vir a acontecer é passível de acontecer como com qualquer inquilino (independentemente de estar ou não atrelado ao programa), decorrente de seu próprio comportamento e convivência, como esquecer a porta aberta, ou fazer muito barulho, etc. E nesse ponto os utentes podem contar com o auxílio da mediação da equipe de acompanhamento, visto que são realizadas intervenções no contexto da comunidade e articulação com a vizinhança no sentido de alcançar a integração comunitária por completo daquele morador.

Entretanto, o que se observa no geral é o apoio da vizinhança que, em algumas situações, auxiliam e são auxiliados pelos moradores. Como no caso de pessoas idosas, com mobilidade reduzida para subir as escadas do prédio com compras, por exemplo.

Importa salientar que a vizinhança pode funcionar como um fator de proteção. Quanto mais a pessoa estiver integrada nos contextos do território, melhor vai ser para o seu processo de reconhecimento enquanto sujeito. Essa integração funciona como um fator de *recovery*. Quanto mais inserido na comunidade o utente estiver, maiores serão as possibilidades de aumento da autoestima e melhora da qualidade de vida: “os processos de *recovery* e de integração comunitária são fortemente influenciados pelas oportunidades, características e culturas dos contextos com os quais as pessoas interagem” (Duarte, 2007, p. 129).

“as pessoas também têm que se adaptar às regras do sítio onde estão, portanto vão se adaptando e vão se ajustando... como estar com os outros... como conviver... como se comportar...” (diretora CP)

Ao passo que, se eles forem deslocados para lugares isolados e confusos, o efeito poderá ser o contrário. Por esse motivo os chamados bairros sociais são evitados no momento da escolha por serem considerados locais com vulnerabilidades e conflitos acentuados.

- Integração Comunitária

Cada morador possui um plano individual de intervenção elaborado por ele em conjunto com o técnico responsável. De acordo com este plano e os objetivos nele pretendidos são buscadas atividades sejam elas de educação, emprego, cultura ou lazer, que podem ou não serem ofertadas na Instituição.

O incentivo é para que se alcance a integração comunitária no maior nível possível. Que os moradores experimentem e sejam capazes de construir relações sociais mais saudáveis, seja com os vizinhos, no supermercado, na mercearia, no café, etc.

“... por exemplo, a pessoa gosta de pintar, na junta de freguesia há umas aulas de pintura para os moradores daquele bairro.. se quer voltar a escola, volta à escola integrada, quer voltar a trabalhar num contexto, vamos procurar emprego num contexto integrado.”
(diretora CP)

Antes das restrições de convivência imposta pelo Covid-19, os moradores tinham livre acesso às reuniões de *empowerment*, ao grupo de ajuda mútua, atividades culturais, de convivência e de desporto, juntamente com os participantes do Centro Comunitário da AEIPS.

Entretanto, o que se observa na maioria dos moradores é a preferência por atividades individuais, inseridas nos contextos dos bairros, englobando seus interesses particulares, visto que nas atividades dos fóruns sócio-ocupacionais ou hospitais de dia, por exemplo, eles estarão limitados ao mesmo tipo de convivência, sempre com pessoas com questões de saúde mental, ou outras dificuldades, sendo que o objetivo é que eles tenham a oportunidade de serem expostos a outros tipos de experiência.

Em relação ao mercado de trabalho, a Instituição oferta o Programa de Emprego Apoiado, cuja equipe realiza a localização e a mediação com empresas, auxilia na elaboração de currículos e acompanha os moradores nesse processo. Oferece também formação profissional na área de informática entre outras.

3.3. PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES ACERCA DO ACOMPANHAMENTO

Durante as entrevistas com os utentes que aconteceram na sede da Associação foi possível perceber a existência de um vínculo de confiança entre eles e os técnicos, o que pode ser considerado um facilitador do acompanhamento que compõe um dos principais pontos de ação do Programa.

De acordo com as respostas obtidas, alguns moradores atribuem a melhora em seu estado geral e na qualidade de vida à entrada no Programa e conseqüentemente ao início do acompanhamento:

“Ajudou-me a estar mais calma, a compreender mais as coisas porque eu achava que não era compreendida, mas também não me fazia compreender, portanto, ajudou-me a perceber que tem que ser da minha parte, tem que partir de mim, conversar, explicar” (M1);

“O programa me ajudou em tudo, no descanso, a guardar os medicamentos direito, guardar as minhas coisas, guardar os meus livros, os meus filmes, ter uma playstation, um aparelho de dvd, ter coisas normais, ter uma vida normal, que eu não tinha uma vida normal, era só trabalho, trabalho, ‘mandado à fora’, era tratado como gado.” (M4)

Em relação ao acompanhamento propriamente dito, os moradores salientam o apoio na articulação com outros serviços e instituições e no repasse de informações de seu interesse:

“São eles que também auxiliam na parte de encaminhamento ao mercado de trabalho... quando tem alguma vaga disponível ou então um curso...a assistente social da equipa que me faz as visitas e pergunta se está tudo bem.” (M1)

“está tudo bom. A assistente social que me acompanha ajuda com os atendimentos nos serviços.” (M3)

Também citam a importância de ter alguém com quem contar em caso de necessidade. A equipe está sempre disponível e realiza o monitoramento das ações propostas aos moradores.

“é muito bom porque sempre temos uma equipa ao nosso dispor pra tudo que é necessário, é muito bom, estou muito grato a eles.” (M5)

“tem o dr. R. que é extremamente simpático sempre muito afável, vai lá todas as semanas e eu estou no meu canto.” (M8)

Em relação a questões ligadas ao estado de saúde, uma das moradoras fala sobre a importância da intervenção do Programa para que fosse possível dar início ao seu tratamento:

“eu me sentia incompreendida e gritava muito na rua, depois foi o Dr. O. que um dia encontrou-me a gritar na rua e me perguntou se eu queria ajuda, que ele queria me ajudar, se eu queria ajuda... se não fosse realmente o internamento da primeira vez se calhar ainda estava na rua aos berros.” (M1)

Faz parte do escopo do trabalho dos técnicos a comunicação constante com os moradores a fim de identificar as necessidades e oferecer-lhes apoio. Essa comunicação é realizada para além das visitas semanais por meio de ligações telefônicas. Além disso, foi referido o monitoramento das datas das consultas e medicamentos e do estado de saúde:

“quando eu me atraso pra injeção telefonam logo pra saber o que se passa, se preciso de acompanhamento pra ir à injeção, portanto, acho que da parte deles está tudo. Tem uma assistente social da equipa ... ela que liga para lembrar da data.” (M1)

Outros atribuem essa ajuda à aquisição do espaço físico, de uma moradia:

“o programa me ajudou quando eu saí do abrigo e fui para uma casa – agora eu que faço as coisas para mim mesma, tenho as obrigações de pagar a renda, vir nas reuniões quando sou chamada, e também de receber as visitas uma vez por semana.” (M2);

“ah tá melhor lá, já tenho a minha máquina de lavar, o meu colchão novo..” (M7)

De uma maneira geral, o conteúdo das entrevistas sugere que os moradores que estão há mais tempo no Programa percebem melhor o acompanhamento e o papel realizado pelos técnicos, em contrapartida, os que entraram há menos tempo associam esse acompanhamento a ter a casa somente, como se agora tudo dependesse somente deles.

Como é o caso de uma moradora que se queixou de ir sozinha nas consultas, e que sente falta de alguém junto com ela, embora não tenha conversado sobre o assunto com o técnico que realiza seu acompanhamento:

Podiam me acompanhar mais. Portanto saúde, quando preciso, tenho que ir ao médico... não sei como explicar, talvez se eu precisasse de ajuda para ir ao médico ou qualquer coisa, ou que me acompanhassem, ou qualquer coisa.. Pergunto então se ela já conversou sobre o assunto com alguém da equipe: “não.. nunca falei no assunto..” (M6)

Sobre a questão se deveria melhorar algo no acompanhamento, a maioria diz se sentir satisfeita e no geral demonstram sentimento de agradecimento por terem sido beneficiados com a inserção no Programa.

Dois moradores mencionam vontade de serem independentes no futuro e associam essa independência a deixar de precisar do auxílio do Programa.

As respostas encontradas também sugerem que cada morador, participante do Programa é um ser único, que entende suas necessidades e vontades de maneira diversa. Enquanto uma pessoa se sente “incomodada” por receber visitas semanalmente, outra sente que poderia ser mais acompanhada, ou aquele que já está no Programa há mais de dez anos, hoje vê o trabalho do

técnico como não tão necessário assim, visto que a vida já está mais organizada. Daí a importância de um acompanhamento individualizado e centrado nas necessidades de cada pessoa.

3.4. EFEITOS IDENTIFICADOS NO ACESSO À SAÚDE

De acordo com os critérios de inserção do Programa já mencionados anteriormente, entre os oito participantes entrevistados neste estudo, todos possuíam alguma questão relacionada à saúde mental. Alguns falavam sobre isso de maneira clara e explícita, dizendo o nome do diagnóstico e enumerando os tipos de tratamento pelos quais já havia passado, já outros eram mais reticentes, questionavam as consultas médicas e a necessidade de se tomar alguma medicação, a maioria também apresentava alguma questão relacionada a saúde física.

Como demonstrado modelo de análise, já era sabido de maneira genérica, de acordo com a literatura consultada, sobre a melhoria na qualidade de vida, bem como da melhora dos indicadores de saúde, higiene, sono e da sensação de segurança após a inserção de pessoas em situação de sem abrigo e com problemas de saúde mental em programas individuais de moradia supervisionada (Ornelas, Martins, Zilhão & Duarte, 2014; Martins, 2018).

Assim, a fim de identificar os efeitos gerados mais propriamente no acesso à saúde e aos cuidados de saúde mental, as respostas obtidas nas entrevistas foram agrupadas por categorias e separadas entre antes e depois da entrada no Programa.

- Número de crises e internações

Conforme informações da equipe técnica a avaliação da saúde do morador é realizada no momento da sua inserção e de acordo com as informações prestadas por ele, e pelas equipes que realizavam o acompanhamento anteriormente, entretanto todos são encaminhados para inscrição no centro de saúde correspondente ao seu novo local de moradia:

“temos pessoas entre os 30 e os 80 anos, com várias problemáticas psicológicas, e por consequência de anos de rua, físicos.” (ET1)

“a avaliação de saúde mental é feita pela equipe com base nas informações cedidas pelo próprio morador, e pelos intervenientes que o atenderam anteriormente, onde questões como se alguma vez foi diagnosticada doença mental, se algum vez foi internado, se toma alguma medicação, etc.” (ET3)

Quando existe a informação de alguma internação psiquiátrica prévia é realizado contato com o serviço responsável para dar continuidade ou retomar o acompanhamento. Entre os oito entrevistados, cinco já haviam passado por internações psiquiátricas antes da inserção no Programa. Alguns por via compulsória e com intervenção da polícia:

“Passei por alguns internamentos compulsórios, por indicação da polícia quando estava na rua, depois comecei a tomar medicação e ia às urgências.” (M2)

“Cheguei a ficar internada no hospital duas vezes. Uma primeira vez estive um mês, depois estive outra vez, também um mês... quando saía voltava pra rua.” (M6)

Sobre concordar com a internação:

“tinha de concordar...foi a polícia que me levou.” (M6)

De acordo com as informações prestadas pelos moradores e pelos profissionais, não havia uma regularidade no acompanhamento da saúde mental. A medida que surgia alguma crise, geralmente a pessoa procurava ou era encaminhada a algum serviço de urgência. Ficando lá por um tempo e depois retornando à rua. Alguns permaneciam tomando a medicação, outros não.

“normalmente a grande maioria das pessoas não tem acesso a cuidados de saúde há bastante tempo, e quando tem, recorreu a uma urgência por uma questão específica.” (ET3)

Daí a importância de se iniciar o acompanhamento pela inserção nos Centros de Saúde e nos CSP.

“Esta é também uma forma de integrar os serviços de saúde mental e promover um acompanhamento mais regular prevenindo situações de crise e internamentos, reduzindo também o número de ida às urgências”. (ET3)

De forma concreta, após a inserção no Programa entre os cinco moradores que relataram já terem passado pela experiência de internação psiquiátrica anteriormente, apenas 2 voltaram a necessitar deste tipo de intervenção. Com o diferencial de que, desta vez, tinham a equipe a acompanhar o processo e moradia para onde retornar.

Uma moradora relatou que não voltou a precisar de internamentos, por *“estar com mais segurança e mais tranquila (M6)* com a ida para casa.

Além do acompanhamento de saúde mental, também foi mencionado o tratamento para toxicod dependência. Realizado tanto nos hospitais de referência no serviço de psiquiatria, quanto por instituições, as quais os moradores chamam de “comunidades”.

Um deles mencionou a ida para uma dessas comunidades. Relatou que havia muitas regras, inclusive de abstinência. Além do trabalho, que era chamado de “terapia laboral”. Este morador relatou que preferiu deixar o tratamento. Relata não fazer mais o uso abusivo. Realiza o acompanhamento regular no Hospital permanecendo em casa.

- Consultas e Acesso a Medicamentos

Em relação ao acesso a consultas e medicamentos, antes do Programa, quando ainda estavam a viver na rua ou albergues, este era incerto e descontinuado. Quando procuravam atendimento médico era por alguma situação pontual, ou dirigiam-se diretamente aos serviços de urgência e não davam continuidade ao acompanhamento.

Já outros declararam que não realizavam qualquer tipo de acompanhamento de saúde.

“Precisava de ajuda e não tinha a quem pedir, deixava passar o tempo e as coisas passavam... Era preciso umas consultas de rotina, isso sim era preciso, mas não ia.” (M1)

Também houve os casos em que, mesmo na rua ou albergues, após o período da internação permaneciam tomando os remédios com o apoio da Santa Casa e retornavam à consulta agendada com o psiquiatra.

“Fazia consultas, marcavam, davam-me um cartão e marcavam a consulta e eu tinha que ir lá naquele dia. Antes, não tomava, só depois de ser internada (a medicação).” (M6)

Ainda em relação à ida a consultas, foi perguntado aos moradores se eles já haviam se sentindo discriminados ou se haviam passado por algum tipo de constrangimento ao procurarem algum serviço de saúde por estarem em situação de sem-abrigo. Nesse quesito mencionaram a necessidade do pagamento da taxa moderadora, ao qual ainda não eram isentos (M4; M7); atendimento considerado ruim (M2); ser atendido por último quando fornecido o endereço do albergue (M3); e sentimentos como vergonha, discriminação, falta de compreensão e falta de apoio, “*sentia-me muito mal*” (M6).

Já após a inserção no Programa, e com o início do acompanhamento da equipe as consultas tornaram-se frequentes e de acordo com a necessidade de cada um. Mencionam idas ao médico de família e aos serviços de psiquiatria dos hospitais.

“Os inquilinos passam a ter uma maior regularidade no seu acompanhamento de saúde, diminuem a utilização dos serviços de urgência e em muitos casos aumentam o número de especialidades em acompanhamento, uma vez que depois das avaliações clínicas se percebe

que têm alguns problemas que não tinham sido diagnosticados, podendo prevenir o agravamento das situações de saúde.” (ET 3)

“Faço consultas de rotinas, habituais, sou acompanhada pela psiquiatria, a mesma, desde então nunca mais deixei, no Hospital Júlio de Matos. Tenho minha médica que de vez em quando conversa comigo, vê se está tudo bem, se não está. Tenho minha medicação leve, pra andar mais calma. E as coisas vão correndo assim.” (M1)

“Vou a consultas, no Júlio de Matos, marcam comigo por telefone, me ligam para saber se ainda há medicação.” (M7)

“Vou ao Hospital Júlio de Matos, levar a injeção e tomo mais 2 comprimidos por dia. Vou na consulta com psiquiatra.” (M5)

Em relação ao uso da medicação prescrita, as respostas obtidas durante as entrevistas sugerem uma certa autonomia dos moradores. Mesmo sabendo que a indicação é o uso regular, manejam da forma como se sentem melhor e têm a possibilidade de negociar com o médico responsável. O técnico acompanha e faz o incentivo para o uso da forma correta, mas é respeitada a autonomia e o desejo do indivíduo.

“Eu não tomo todo dia, tomo de vez em quando... quando estou a sentir falta, porque é um comprimido (que) se eu tomar demais posso ficar a tremer. Aquele comprimido não é muito bom, é muito mal, fico mal. O outro comprimido, a buprenorfina só me faz bem.” (M4)

“Um (comprimido) toma a noite, é um relaxante cerebral. Tem um outro pra ansiedade e agora a médica me receitou estes pra agressividade e para humor, mas eu já não vou comprar isso, não sou agressivo mais...” (M7)

As consultas são agendadas diretamente com os moradores e as informações repassadas à equipe posteriormente.

- Percepção de Estado de Saúde e Qualidade de Vida

Nestes quesitos, os moradores foram inquiridos a respeito de como eles avaliavam a própria saúde mental antes e depois da entrada no Programa.

Durante o período em situação de sem-abrigo alguns utentes passaram por outros dispositivos de apoio como albergues, pensões e abrigos, além da rua. Neste período as respostas se relacionam a problemas de saúde específicos como: esquizofrenia e ataques de pânico, dificuldades para dormir, consumo abusivo de álcool e drogas, além da rotina desorganizada, violência, roubos e furtos (M6; M2; M4; M3). Alguns associam tais condições a uma desorganização mental. Sobre a permanência em albergues e abrigos temporários referem falta

de privacidade, insegurança e demasiado rigor na cobrança do cumprimento de regras e horários.

“roubavam-me tudo, tudo aquilo que eu tinha roubavam-me e tive situações em que era atacada.” (M6)

“mas nos albergues era uma insegurança horrível, aquilo era pior que uma prisão, aquilo é tipo... vais preso e não sabes a razão... já conhecia um pouco como aquilo funcionava e a cada verão que voltava pro albergue porque o inverno na rua era sempre desagradável eu pensava numa cama, num banho... era 300 ao mês para um duche, a minha camarata era uns 200 e tal e na mesma sala ... e um ronca, fazem barulho a noite ao dormir, a pessoa acorda e não consegue dormir... tem que ter comprimidos.. queres sair não pode, aquilo é prisão, completamente.” (M4)

Por outro lado, após a entrada no Programa, as respostas variaram entre: sentir-se bem, em segurança, sem medo de ser violentado ou ter o local onde dorme invadido (M6); (M7); com motivação para procurar emprego, e a buscar uma vida mais saudável, tanto física como mentalmente, sem pensamentos ruins (M1); melhora e estabilidade do transtorno mental com o acompanhamento médico regular e o uso da medicação (M5); estar mais descansado, resguardado, com autoconfiança, com boa vontade para realizar as atividades do dia-a-dia *“é a melhor coisa da vida”* (M4).

Sendo assim, pode-se inferir uma melhora no estado geral da saúde do morador ao ter uma casa:

“as pessoas melhoram a sua saúde de forma geral ao estarem numa habitação. Não estão expostas aos elementos extremos, não estão sujeitos a perigos por estarem a dormir na rua, a sua saúde melhora, problemas físicos ou problemas cutâneos melhoram consideravelmente. A nível psicológico o sentimento de segurança ajuda nas questões de saúde mental.” (ET1)

Além disso, nota-se também que as respostas acerca da autopercepção da saúde estão ligadas, de maneira geral às condições de habitabilidade e qualidade de vida. Sobre essa categoria, os moradores foram perguntados sobre como era ter uma casa, e sobre o que eles consideravam ser necessário para se ter uma boa saúde mental.

Sobre ter uma casa associaram a: ter independência e ser responsável por cuidar do espaço (M1); ter paz, tranquilidade e privacidade (M3); *“É o máximo, é fantástico”* é ter segurança, poder dormir com tranquilidade (M4); *“Ah! é uma maravilha. Ter uma casa é tudo, ter uma casa é o mais importante na vida”* (M6); ter um local apropriado para realizar a higiene pessoal (M7).

No que diz respeito sobre o que é necessário para ter uma boa saúde mental, os moradores associaram a: fazer o que se tem vontade, ter tranquilidade, e não ter aborrecimentos (M2); ter distrações, estar com a cabeça ocupada e estar mais ativo (M7); ter uma boa vida, ter rendimentos, casa, família, vida organizada (M5); estar bem psicologicamente, ter estabilidade emocional no trabalho, com a família (M8); Estar bem consigo mesmo e ter consciência daquilo que se quer (M1); Ter um trabalho e meios de sobrevivência (M6); se alimentar e tomar medicação no horário certo, ter uma ocupação, um emprego apoiado (M3).

Em relação ao emprego e à condição de alguns como “desempregado” foi percebido um certo desconforto e a vontade de ter um emprego com uma remuneração fixa. Relatam que antes realizavam alguns trabalhos esporádicos e que agora, mesmo com uma vida mais organizada, moradia fixa e o encaminhamento do serviço de emprego apoiado permanecem sem conseguir trabalhar.

Dos moradores que declararam manter ainda algum contato com família, relataram já terem recebido a visita deles em casa, demonstrando sentimento de orgulho em relação à isso.

Pode-se inferir que as questões mencionadas remetem à qualidade de vida, adquirida após a entrada no Programa, mesmo que os pontos mencionados não tenham sido ainda alcançados por todos eles, só de pensar, e imaginar sobre, já representa um grande avanço:

“Antigamente eu não tinha perspectivas de nada, não tinha planos de trabalho, não tinha planos de constituir família, não tinha planos de até de entrar para a sociedade, pronto, estava mesmo muito desmotivada. Sentia-me a parte de tudo um bocado, como se tivesse sido rejeitada pela sociedade, mas não. Eu é que não tinha mesmo vontade de procurar. Eu, na minha cabeça achava que estava a ser rejeitada, depois mais tarde é que vim a perceber que não, eu é que tinha de fazer um esforço para me integrar.” (M1)

“se tenho uma casa e tenho um trabalho já posso, pronto, estar um pouco mais tranquila, do que estar na situação em que estava. Estava desempregada, não conseguia, porque como era sem abrigo ninguém me dava emprego, não queria. E tenho maneira de fazer, de ter as minhas condições de higiene, tenho tudo, pronto, estar numa casa a gente pode ter as nossas condições né, e podemos estar no nosso canto, sossegadas, sairmos de manhã pra trabalhar, e pronto, voltamos a casa pra descansar e fazemos as nossas coisas.” (M6)

Conforme Zimmerman, 1995, cit por Martins & Ornelas, 2017, e de acordo com os estudos sobre o *empowerment*, as pessoas podem readquirir o controle sobre suas vidas somente com a mudança de seu contexto social.

“passei a ler mais, passei a conversar mais com as pessoas, passei a procurar sítios com jardins, estar mais ao ar livre, não tantos centros comerciais, de vez em quando também vou, mas não tanto.” (M1)

Outros moradores mencionaram ainda passeios pelo bairro, acesso a bibliotecas, atividades ligadas a arte e à cultura.

As respostas obtidas por meio da pesquisa empírica vão ao encontro dos resultados já encontrados em pesquisas anteriores conforme Zilhão (2013) que apontou que a partir da habitação, decorre um sentimento de segurança, estabilidade e privacidade, além da possibilidade de realização de rotinas, um maior controle sobre consumos de substâncias e aumento dos cuidados de saúde. Segundo a autora, a experiência de morar numa casa devolveu aos participantes a possibilidade de imaginar um futuro melhor, através do alargamento da rede social e reaproximação de familiares, além da participação na comunidade. Como também afirmou Martins (2018), que a percepção de qualidade de vida dos participantes pode ser maximizada de acordo com o nível de integração comunitária, uma vez que ao estarem integrados, demonstram maiores índices de satisfação com a vida.

CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo, baseado em uma análise qualitativa, permitiu compreender de que modo a inserção dos participantes no Programa Casas Primeiro os afetou em relação ao acesso aos cuidados de saúde mental e, consequentemente, ao estado de saúde como um todo.

Por meio da análise dos resultados foi possível perceber mudanças importantes na vida dos participantes após a inserção no Programa e o acesso à uma casa em aspectos relacionados a crises, internações, acesso a medicamentos e consultas médicas bem como na percepção do próprio estado de saúde e qualidade de vida. Os participantes também puderam relatar sua percepção acerca do acompanhamento da equipe psicossocial do programa.

Além disso, a pesquisa permitiu um melhor detalhamento da metodologia *Housing First*, seguida pelo Programa Casas Primeiro, no qual foi possível perceber as diferenças e particularidades que permitem uma efetividade maior em relação aos serviços tradicionais no objetivo de retirar os indivíduos com problemáticas de transtorno mental da situação de sem-abrigo, tendo em vista o caráter permanente da casa.

Em relação ao acesso aos cuidados de saúde, percebeu-se que com a inserção e o acompanhamento da equipe do Programa este é garantido por meio do encaminhamento e acompanhamento aos serviços de referência. Entretanto, insta ressaltar que o acompanhamento de saúde não é obrigatório, nem funciona como um pré-requisito de entrada no Programa, ele é construído com o utente, para que ele perceba as necessidades e busque também por conta-própria este cuidado.

Sobre a saúde mental especificamente, os participantes relatam melhora e associam à possibilidade de realização de ações que antes não eram vislumbradas como possíveis como sentimentos ligados a liberdade, vontade de encontrar e conversar com as pessoas, vontade de trabalhar, de ter uma vida melhor, perspectiva que foi propiciada com a melhora da autoestima e acesso a outras oportunidades após a ida para casa, visto como fundamental para o processo de *recovery* como prevê Duarte 2007, ao citar (Deegan, 1988; Leete, 1988; Ahern & Fisher, 1999) e o novo paradigma de atenção a saúde mental, cujo objetivo não é a cura mas a inserção social do sujeito.

Tais resultados vão ao encontro daqueles já relatados, encontrados em estudos anteriores com o mesmo público conforme citaram Ornelas, Martins, Zilhão & Duarte, 2014 e Evangelista, 2010.

Ainda sobre os cuidados de saúde mental, embora os participantes relatem apenas o acompanhamento com psiquiatra, o uso de medicamentos e a realização de psicoterapia, é possível afirmar que essas ações somadas à inserção no contexto comunitário, o acesso e a permanência em uma moradia independente e individual e a disponibilização de um suporte individualizado e centrado na pessoa através de uma equipe multidisciplinar com o encaminhamento e suporte aos serviços de assistência social e saúde, são capazes de promover mudanças significativas na saúde mental dos indivíduos. Mesmo que os utentes não participem de dispositivos comunitários ligados à saúde mental como grupos de ajuda mútua, hospital de dia, etc.

Entretanto, um ponto que sugere fragilidade é referente ao trabalho. O PMPSSA prevê a inserção social e a intervenção em diversas áreas além da moradia apoiada, como emprego, capacitação, educação, entre outras. Porém, o que se observou na fala dos moradores que entendem terem condições de exercer algum trabalho, foi um certo desconforto por não estarem a desenvolver nenhuma atividade remunerada, mesmo com o apoio do serviço de emprego apoiado como prevê a legislação. Mesmo aqueles que referiram estarem trabalhando relatam dificuldades financeiras, visto que a remuneração que recebem refere-se apenas ao Rendimento Social de Inserção e a pequenos trabalhos realizados de maneira esporádica.

A partir da pesquisa realizada e de acordo com a literatura consultada sobre os Determinantes Sociais da Saúde (Wilkinson e Marmot, 2003; Nooe e Patterson, 2010; OMS, 2011), pode-se depreender que é possível melhorar esses determinantes e, conseqüentemente a saúde e a vida das pessoas, ao se propor ações capazes de modificar seus eixos estruturantes, neste caso com o acesso à moradia, políticas de inclusão e proteção social e políticas redistributivas, como no caso apresentado das pessoas em situação de sem-abrigo. Assim, ações como as que foram apresentadas podem ser capazes de diminuir as iniquidades em saúde e por sua vez as desigualdades sociais, o que traz benefícios não só para os indivíduos, mas para a sociedade em geral.

Logo, levar em consideração questões como as citadas acima, torna-se fundamental ao se formular e propor políticas sociais que visem de fato a transformação do fenômeno dos sem-abrigo.

Por fim, resgata-se o conceito amplo de saúde mental, entendida para além dos transtornos mentais e sendo necessária a todos os indivíduos no desenvolvimento da vida em sociedade, como conceitua a OMS (2011). Este entendimento vai ao encontro dos resultados objetivados

e encontrados no desenvolvimento do Programa Casas Primeiro, ao considerar na metodologia *Housing First* as perspectivas do *empowerment* e do *recovery*, a busca pela inclusão social e o combate ao estigma tanto das pessoas com experiência de transtornos e doenças mentais, quanto daquelas que já estiveram na condição de sem-abrigo, assim, os resultados obtidos demonstram que os cuidados em Saúde Mental em meio comunitário são possíveis e efetivos.

Durante a pesquisa foram encontradas algumas dificuldades que precisaram ser enfrentadas para a continuidade e conclusão do trabalho proposto. Os limites de interação e convivência impostos pelas ações de combate à pandemia de Covid-19 foram os principais entraves. Deveu-se a isso o número reduzido de entrevistas realizadas, e a necessidade do envio dos questionários à equipe técnica por meio eletrônico. Porém acredita-se que a amostra considerada foi capaz de suprir as informações necessárias para a realização da pesquisa a contento.

Entende-se que estudos com temáticas ligadas à saúde mental e ao fenômeno dos sem-abrigo precisa ainda de bastante aprofundamento, visto que a cada ano é presenciado o aumento do número de pessoas nessas situações, e por motivos diversos. A cidade de Lisboa conta com diversos serviços e equipes de apoio para estes públicos e a realização de estudos que levem em consideração tanto a experiência de trabalho das equipes quanto as experiências de vida dos sujeitos afetados torna-se fundamental para o fomento e implementação de políticas públicas inovadoras e que sejam capazes de dar respostas duradouras e efetivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A. A. & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087090252010000200003&lng=pt&tlng=pt
- Bento, A. & Barreto, E. (2002). *Sem-amor, Sem-abrigo*. 1ª ed. - Lisboa: Climepsi.
- Bruto da Costa, A. (2007). *Exclusões Sociais*. 6ª ed. - Lisboa: Gradiva.
- Busch-Geertsema, V., Edgar, W., O'Sullivan, E., & Pleace, N. (2010). *Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research*. European Commission. http://noticiaspsh.org/IMG/pdf/4099_Homeless_Policies_Europe_Lessons_Research_EN.pdf
- Buss, P. M. & Filho, A. P. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
- Caldas de Almeida, J. M. (2018). *A Saúde mental dos Portugueses*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Camara Municipal de Lisboa. (2019). *Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem Abrigo 2019/2023*. Recuperado de: http://www.enipssa.pt/documents/10180/11876/apresentação_plano_sem_abrigo_17_nov_2019_1_01.pdf/a3db82d8-d51f-4671-8e30-7b213e3eea97
- Capucha, L. (2005). *Desafios da Pobreza*. Lisboa: Celta.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 25(1), 127-133. Recuperado em 10 de novembro de 2020, de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312007000100010&lng=pt&tlng=pt.
- ENIPSSA 2017-2023 (2018). Sumário Executivo. *GIMAE - Grupo para a Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2017-2023*. Recuperado de: <http://www.enipssa.pt/documents/10180/11876/ENIPSSA+2017-2023+ +Sumário+Executivo/4d02c057-6a26-4fa3-9b43-f1b7f77ae3c1>
- Evangelista, G.F. (2010). Poverty, Homelessness and Freedom: An Approach from the Capabilities Theory. *European Journal of Homelessness*, 4, 189-202.
- Fazenda, I. (2008). *O Puzzle Desmanchado: Saúde Mental, Contexto Social, Reabilitação e Cidadania*. 1ª ed. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Fazenda, I. (2017). *Saúde Mental em Portugal, Constrangimentos e Desafios para o Serviço Social*. In: Ciências e Políticas Públicas/Public Sciences & Policies, vol. III, nº. 1, pp.81-104.

Gomes, D., Estrela, M., Ferreira, P. L. (2019). Saúde Mental em Portugal. In *Saúde Um Direito Humano, Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS. Recuperado de: opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf

Gomes, R. (2002). A análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: Cecília Minayo (Org.), *Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade* (67-80). Petrópolis, Brasil: Vozes Editora.

Gonçalves, J.C.V.L (2016). *As Necessidades das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo da Cidade de Lisboa*. (Dissertação de mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Lisboa. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.12/5313>.

Greenwood, R., Manning, R., OShaughnessy, B., Vargas-Moniz, M., Loubiere, S., Spinnewijn, F., Wolf, J., Boksztzanin, A., Lenzi, M., Bernad, R. & Kallmen, H. (2019). *Homeless Adults' Recovery Experiences in Housing First and Traditional Services Programs in Seven European Countries*. American Journal of Community Psychology. 10.1002/ajcp.12404.

Kerman, N., Gran-Ruaz, S., Lawrence, M. & Sylvestre, J. (2019) *Perceptions of Service Use Among Currently and Formerly Homeless Adults with Mental Health Problems*. Community Mental Health Journal **55**, 777–783. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00382-z>

Llewellyn-Beardsley J, Rennick-Egglestone S, Callard F, Crawford P, Farkas M, Hui A, et al. (2019). *Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis*. PLoS ONE 14(3): e0214678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214678>

Loubière, S., Tinland, A., Taylor, O., Loundou, A., Girard, V., Boyer, L., Auquier, P. (2020). *Determinants of healthcare use by homeless people with schizophrenia or bipolar disorder: results from the French Housing First Study*. Public Health, Volume 185, 2020, Pages 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.019>.

Marques, F. & Lucio, J. (2008). *Sem Abrigo em Lisboa: Narrativas num Tempo de Crise*. 1ª ed. Lisboa: Chiado Books.

Martins, P.D.F. (2018). *Modelo Housing First como precursor da mudança social transformativa: Uma perspectiva ecológica sobre o impacto da percepção da qualidade da casa e da escolha na integração comunitária, no recovery e na qualidade de vida*. (Tese de doutoramento). ISPA – Instituto Universitário, Lisboa. Recuperado de: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6966/1/TES%20MART-P1.pdf>

Martins, P. & Ornelas, J. (2017). *Uma Perspectiva Ecológica Sobre o Papel da Qualidade da Casa e da Escolha na Promoção do Recovery e da Integração Comunitária no Programa Casas Primeiro - Lisboa*. Revista Psicologia. Vol. 31(2), p286-291. Atas do IX Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia.

Minayo, M.C.S. (1994). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 3ª ed. Rio de Janeiro, São Paulo, Brasil: HUCITEC-ABRASCO

Minayo, M.C.S. (2002). *Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social*. In: Cecília Minayo (Org.), *Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade* (9-29). 21ª ed. Petrópolis, Brasil: Vozes Editora.

Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde, Portugal*. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>

Nooe, R. M. & Patterson, D. A. (2010) *The Ecology of Homelessness*. Journal of Human Behavior in the Social Environment, 20:2, 105-152, DOI: [10.1080/10911350903269757](https://doi.org/10.1080/10911350903269757)

OMS (2011). *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão - Conferência Mundial Sobre Determinantes Sociais da Saúde*, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de: https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf

OMS (2016). *Mental health: strengthening our response*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

OMS (2020). <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>.

Ornelas, J. (1996). *Sistema de suporte comunitário*. Análise Psicológica, 2-3 (XIV): 331-339. Recuperado de: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/3849>.

Ribeiro, M. P. C. D. (2016). *População Sem-Abrigo e acessibilidade aos cuidados de saúde mental na Cidade de Lisboa: estudo sobre a percepção dos técnicos intervenientes*. (Dissertação de mestrado). ISCSP, Lisboa. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.5/12796>

Rodrigues, S. M. S. & Pedroso, J. S (2013). *Conceitos de saúde e seus determinantes sociais*. In: Rodrigues, S. M. S.; Pedroso, J. S.; Ferro, J. S. N.; Maluschke, B. (Orgs) *Saúde e Desenvolvimento Humano: Contribuições para Teoria e Prática*. 1. ed. Curitiba: Appris.

Palha, J., & Palha, F. (2018). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. *Gazeta Médica*, 3(2). <https://doi.org/10.29315/gm.v3i2.110>.

Rosa, J. G. (2001). *Grande Sertão: Veredas*. 19ª ed. Rio de Janeiro, Brasil: Nova Fronteira.

Silva, A. C.V. (2014) *A escolha e o recovery dos participantes do programa Casas Primeiro*. (Dissertação de mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Lisboa. Recuperado de: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3313/1/11428.pdf>

Silva, M., Loureiro, A. & Cardoso, G. (2016). *Social Determinants of Mental Health: A review of the evidence*. European Journal of Psychiatry. 30. 259-292.

SNS. Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental (2017). *Relatório de avaliação do plano nacional de saúde mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Portugal. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>

SNS (2019) Relatório Anual: Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas. Recuperado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf

Wilkinson R. & Marmot M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization. Recuperado de: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf.

Zilhão, M. T. (2013). *Programa Casas Primeiro: Uma perspectiva qualitativa das experiências de transição de pessoas sem-abrigo para uma habitação independente e permanente*. (Dissertação de mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Lisboa. Recuperado de: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2805/1/20756.pdf>

LEGISLAÇÃO

Assembleia da República (1998). Lei nº 36/98 de 24 de julho de 1998: Lei de Saúde Mental. Diário da República, Série I-A, nº 169/1998, 3544-3550. Recuperado de: <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>

Ministério da Saúde e do Trabalho Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1998). Despacho Conjunto nº 407/98. Diário da República, 2ª Série, nº 138, de 1998-06-18, Pág. 8328. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/703606>

Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1998). Portaria nº 348-A/98. Diário da República n.º 138/1998, 1º Suplemento, Série I-B de 1998-06-18, Pág. 2762. Recuperado de: <https://data.dre.pt/eli/port/348-a/1998/06/18/p/dre/pt/html>

Ministério da Saúde (2010). Decreto-lei nº 8/2010. Diário da República n.º 19/2010, Série I de 2010-01-28. Pág. 257. Recuperado de: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/8/2010/01/28/p/dre/pt/html>

Ministério da Saúde (2015). Decreto lei nº 136/2015. Diário da República n.º 145/2015, Série I de 2015-07-28. Pág. 5081. Recuperado de: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/136/2015/07/28/p/dre/pt/html>

ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Consentimento livre e esclarecido



Termo de consentimento:

Prezado,

Sou mestranda do curso de Sociedade, Risco e Saúde do ISCSP - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. Meu trabalho final, com o título: Da “garantia de moradia” à “melhoria da saúde mental”: Experiência do Programa Casas Primeiro em Lisboa tem o objetivo de perceber a influência da adesão ao programa na saúde mental dos participantes.

Sendo assim, te convido para fazer parte deste estudo participando de uma conversa sobre o assunto e respondendo algumas perguntas. Esta conversa será gravada em formato de áudio sendo transcrita posteriormente e utilizada somente para esta pesquisa.

A sua participação é inteiramente voluntária e não influenciará o apoio que recebe na associação. Pode desistir de responder a qualquer momento e caso o faça os dados não serão usados. Todas as informações que prestar são confidenciais, não havendo divulgação de nomes ou dados individuais, mas apenas dados e conclusões gerais.

Se concordar em participar, agradeço que assine este formulário de consentimento, o qual será arquivado. Deverá guardar uma cópia deste documento para si.

Li a informação acima fornecida e aceito participar deste estudo. Compreendo que a minha participação é voluntária e que sou livre para desistir em qualquer altura e sem que o apoio que recebo seja afetado.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da investigadora: _____

Local:

Data:

Anexo 2 - Guião de entrevistas – Equipe técnica



Pesquisa de mestrado: Da “garantia de moradia” à “melhoria da saúde mental”: Experiência do Programa Casas Primeiro em Lisboa

Guião de entrevistas – equipe técnica

- 1- Como os utentes são selecionados para participarem do programa?
- 2- Como é realizado o processo de escolha da casa?
- 3- Durante o processo de escolha da moradia e da ida do utente pra lá já foi encontrado algum constrangimento por parte da vizinhança?
- 4- Na seleção dos participantes como é avaliado o seu estado de saúde? Que indicadores são usados? Quem faz essa avaliação?
- 5- No geral, como caracteriza o estado de saúde e o acesso dos participantes aos cuidados de saúde quando iniciam o programa (com especial relevo para a saúde mental)?
- 6- De que maneira é realizado o acompanhamento individual aos utentes? Como é promovida a sua saúde?
- 7- Há incentivos para que o utente procure o serviço de saúde de referência? De que maneira? É comum os moradores pedirem ajuda em relação à saúde? Com que frequência?
- 1- Há algum contato da equipe de referência do programa com as equipes de saúde? (se não, porque? Se sim, como é esta relação?).
- 8- É realizado algum tipo de controle em relação à ida a consultas médicas ou uso de medicações prescritas?
- 9- Além das reuniões relacionadas ao Programa, os utentes participam de quais atividades na AEIPS?
- 10- De maneira geral, é percebido algum tipo de alteração em relação a saúde dos utentes após o início do acompanhamento?
- 11- Como você percebe o acompanhamento de saúde mental dos moradores?

Anexo 3 - Guião de entrevistas - Moradores



Instrumento de recolha de dados - Guião de entrevista – utentes

Primeiro vou fazer algumas perguntas gerais sobre a sua opinião em relação a alguns temas, importante notar que não existe certo ou errado, o importante é a sua opinião.

- 1- Como é para você ter uma casa?
- 2- Para você o que é saúde mental?
- 3- O que você considera ser necessário para que se tenha uma boa saúde mental?

Agora vou fazer algumas perguntas sobre como era antes da inserção no Programa, quando ainda estava a viver na rua ou em outros locais.

- 4- Como você avalia a sua saúde mental quando estava a viver na rua ou em outros tipos de moradia?
- 5- Antes de ter uma moradia você fazia algum tipo de acompanhamento de saúde? Se a resposta for sim, como era esse acompanhamento?
- 6- Já ficou internado em alguma instituição psiquiátrica? Por quanto tempo?
- 7- Você ia a alguma consulta médica com regularidade? Onde?
- 8- Você tomava algum tipo de medicamento?
- 9- Quando você se sentia mal, o que fazia? Tinha alguém a quem pedir ajuda?
- 10- Você sentia algum tipo de constrangimento por parte dos profissionais que o atendiam? Sentiu-se alguma vez discriminado?

Agora vamos falar sobre o tempo presente, desde que você está a morar na sua casa e sendo acompanhado pelo programa.

- 11- Como você considera que está a sua saúde/saúde mental hoje? O que está melhor? O que preocupa?
- 12- Tem realizado algum acompanhamento de saúde? Se a resposta for sim, onde, qual? Como está a ser esse acompanhamento?
- 13- Precisou ficar internado novamente? (caso já tenha ficado).
- 14- Toma alguma medicação? Tem alguma dificuldade relacionada com a medicação?
- 15- Você se sente à vontade para circular pelo bairro onde mora? Se não, porque? (Se a resposta for sim, em quais lugares você costuma ir?)
- 16- De que modo o Programa o ajuda com os seus problemas de saúde? Deveria mudar alguma coisa no acompanhamento?
- 17- Que planos tem para o futuro?

Pesquisa de mestrado: Da “garantia de moradia” à “melhoria da saúde mental”: Experiência do Programa Casas Primeiro em Lisboa

Ficha de Caracterização:

Nome:			
Sexo:	Feminino	Masculino	Data de Nascimento:
Local de Nascimento:			
Escolaridade:			
Renda:			
Situação profissional:			
Tempo de permanência na rua:			
Tempo de acompanhamento no programa:			
Possui algum problema de saúde diagnosticado:			
Mantém algum vínculo familiar:			

Anexo 4 – Esquema das respostas encontradas acerca do acompanhamento da equipe do Programa Casas Primeiro

Percepção dos moradores acerca do acompanhamento					
De que modo o Programa o ajuda com os seus problemas de saúde? Deveria mudar alguma coisa no acompanhamento?					
Melhora no estado geral e na qualidade de vida	Acompanhamento psicossocial	Estado de saúde	Espaço físico, moradia	Queixa companhia	Plano futuro de deixar o Programa

Anexo 5 - Esquema das respostas encontradas acerca dos efeitos no acesso à saúde

EFEITOS IDENTIFICADOS NO ACESSO A SAÚDE			
PERGUNTAS REALIZADAS AOS UTENTES	CATEGORIAS	ANTES DA INSERÇÃO NO PROGRAMA	DEPOIS DA INSERÇÃO NO PROGRAMA
<p>6- Já ficou internado em alguma instituição psiquiátrica? Por quanto tempo?</p> <p>13- Precisou ficar internado novamente? (Caso já tenha ficado).</p>	NÚMERO DE CRISES E INTERNAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Cinco já haviam passado por internações psiquiátricas; - Internações compulsórias, encaminhadas por força policial; - Retorno para a rua; - Falta de regularidade no acompanhamento de saúde e saúde mental; - Procura excessiva dos serviços de urgência; 	<ul style="list-style-type: none"> - Apenas dois voltaram a ser internados; - Tratamento mais eficaz para toxicod dependência;
<p>5- Antes de ter uma moradia você fazia algum tipo de acompanhamento de saúde? Se a resposta for sim, como era esse acompanhamento?</p> <p>7- Você ia a alguma consulta médica com regularidade? Onde?</p> <p>8- Você tomava algum tipo de medicamento?</p> <p>9- Quando você se sentia mal, o que fazia? Tinha alguém a quem pedir ajuda?</p> <p>10- Você sentia algum tipo de constrangimento por parte dos profissionais que o atendiam? Sentiu-se alguma vez discriminado?</p> <p>12- Tem realizado algum acompanhamento de saúde? Se a resposta for sim, onde, qual? Como está a ser esse acompanhamento?</p> <p>14- Toma alguma medicação? Tem alguma dificuldade relacionada com a medicação?</p>	CONSULTAS E ACESSO A MEDICAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de acompanhamento médico; - Constrangimento e sentimento de discriminação ao procurar serviços de saúde; - Irregularidade no acompanhamento após os internamentos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Inserção e acompanhamento regular nos Centros de Saúde Locais e na atenção primária; - Acompanhamento da saúde mental por psiquiatras nos hospitais de referência por meio de consultas externas; - Autonomia para realização da terapia medicamentosa; - Autonomia no agendamento de consultas;
<p>1- Como é para você ter uma casa?</p>	- PERCEPÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE E	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de saúde; - Dificuldades para dormir; 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentir-se bem, em segurança, sem medo de ser

<p>2- Para você o que é saúde mental?</p> <p>3- O que você considera ser necessário para que se tenha uma boa saúde mental?</p> <p>4- Como você avalia a sua saúde mental quando estava a viver na rua ou em outros tipos de moradia?</p> <p>11- Como você considera que está a sua saúde/saúde mental hoje? O que está melhor? O que preocupa?</p> <p>15- Você se sente à vontade para circular pelo bairro onde mora? Se não, porque? (Se a resposta for sim, em quais lugares você costuma ir?).</p> <p>17- Que planos tem para o futuro?</p>	<p>QUALIDADE DE VIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo abusivo de álcool e drogas - Rotina desorganizada; - Exposição a violência, roubos e furtos; - Desorganização mental; 	<ul style="list-style-type: none"> violentado ou ter o local onde dorme invadido; - Motivação para procurar emprego, e a buscar uma vida mais saudável, tanto física como mentalmente, sem pensamentos ruins; - Estabilidade do transtorno mental com o acompanhamento médico regular e o uso da medicação; - Estar mais descansado, resguardado; - Autoconfiança, com boa vontade para realizar as atividades do dia-a-dia; - Independência; - Ser responsável pelo local onde mora; - Ter um espaço adequado para realizar a higiene pessoal; - Tranquilidade; - Trabalho e meios de sobrevivência; - Alimentação e medicamentos no horário adequado;
--	--------------------------	--	--