

PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

Autores:

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Laura Maria Monteiro Viegas

Cristina Maria Rosa Jeremias

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

Fátima Moreira Rodrigues

Amâncio António de Sousa Carvalho

Anabela Salgueiro-Oliveira

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Volume 1

PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

Autores:

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Laura Maria Monteiro Viegas

Cristina Maria Rosa Jeremias

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

Fátima Moreira Rodrigues

Amâncio António de Sousa Carvalho

Anabela Salgueiro-Oliveira

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Volume 1

Editora Omnis Scientia

**PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA
DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Autores

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira
Laura Maria Monteiro Viegas
Cristina Maria Rosa Jeremias
José Edmundo Xavier Furtado de Sousa
Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço
Fátima Moreira Rodrigues
Amâncio António de Sousa Carvalho
Anabela Salgueiro-Oliveira
Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone
Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva
Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão
Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior
Dr. Walter Santos Evangelista Júnior
Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine
Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira
Dr. Leandro dos Santos
Dr. Hugo Barbosa do Nascimento
Dr. Marcio Luiz Lima Taga
Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são
de responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

P962 Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea : diversidade de perspectivas e contextos : volume 1 [recurso eletrônico] / Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá... [et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-626-9
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9

1. Cuidados de saúde. 2. Enfermagem – Prática. 3. Serviços de saúde. 4. Medicina social. I. Sá, Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de. II. Oliveira, Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de. III. Viegas, Laura Maria Monteiro. IV. Jeremias, Cristina Maria Rosa. V. Sousa, José Edmundo Xavier Furtado de. VI. Cabaço, Lina Maria de Jesus Antunes. VII. Rodrigues, Fátima Moreira. VIII. Carvalho, Amâncio António de Sousa. IX. Salgueiro-Oliveira, Anabela. X. Título.

CDD 610.736

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A coletânea de artigos que integram a obra com o título *Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea - Diversidade de perspectivas e contextos*, publicada pela Editora Omnis Scientia, apresenta diversas temáticas do conhecimento na área da saúde e também das ciências sociais. Os estudos apresentados neste volume abordam temas atuais e de interesse para diferentes tipos de público.

Agradecemos aos autores por todo esforço e empenho na elaboração do e-book, desejando que os materiais divulgados possam contribuir para a fundamentação, discussão e olhares renovados sobre questões contemporâneas na área da saúde, que interessam a estes profissionais, em diferentes domínios, mas também a docentes, estudantes e investigadores, potenciando a reflexão em torno da saúde na atualidade.

Fatima Moreira Rodrigues

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

CUIDADOS DE SAUDE CULTURALMENTE COMPETENTES-PRECONCEITO

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/10-20

CAPÍTULO 2.....21

CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL NUMA PERSPETIVA MULTICULTURAL

Cristina Maria Rosa Jeremias

Maria dos Anjos Pereira Lopes

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/21-39

CAPÍTULO 3.....40

O ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/40-52

CAPÍTULO 4.....53

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO CUIDADOR FAMILIAR

Laura Maria Monteiro Viegas

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/53-71

CAPÍTULO 5.....72

CIDADANIA (IN)VISÍVEL DA PESSOA EM CONDIÇÃO DE SEM-ABRIGO: PERCURSOS COM DIVERSOS ANDAMENTOS

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/72-88

CAPÍTULO 6.....	89
A DIMENSÃO HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
Amâncio António de Sousa Carvalho	
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/89-110	
CAPÍTULO 7.....	111
TRAJETÓRIA PEDAGÓGICA DE PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/111-124	
CAPÍTULO 8.....	125
MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CONTINUIDADE	
Fátima Moreira Rodrigues	
Cristina Maria Rosa Jeremias	
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/125-144	
CAPÍTULO 9.....	145
PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: CONTRIBUTOS PARA A PREVENÇÃO DE INFECCÕES	
Anabela Salgueiro-Oliveira	
Remy Cardoso	
Beatriz Serembeque	
Paulo Santos-Costa	
Rafael A. Bernardes	
Fernando Gama	
David Adriano	
Joana Bernardo	
Liliana B. Sousa	
Nádia Osório	
João Graveto	

Pedro Parreira

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/145-161

CAPÍTULO 10.....162

**CONHECIMENTOS ÚTEIS SOBRE PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL:
CONTRIBUTOS PARA A LITERACIA FAMILIAR**

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Lídia Susana Mendes Moutinho

Ana Isabel Fernandes Querido

João José Rolo Longo

Tânia Sofia Pereira Correia

Carlos António Laranjeira

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/162-176

CIDADANIA (IN)VISÍVEL DA PESSOA EM CONDIÇÃO DE SEM-ABRIGO: PERCURSOS COM DIVERSOS ANDAMENTOS

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-4412-2475>

RESUMO: Falar de cidadania e saúde é falar da consciência dos direitos, deveres e das oportunidades de participação de cada pessoa no debate social, político e na vida da comunidade, incluindo os processos que envolvem a saúde de todos e de cada um. A cidadania, e a possibilidade do seu exercício, não pode ser entendida fora do contexto social e político em que se desenrola e, conseqüentemente, a abordagem social dos processos de construção da cidadania pressupõe que se olhe para esta problemática como uma realidade culturalmente determinada e em transformação. Em Portugal e nas últimas duas décadas, a cidadania e a saúde têm feito parte das prioridades governativas, sendo parte integrante do vocabulário de decisores políticos e das linhas de atuação de profissionais de diversos setores de saúde, de investigadores de diferentes áreas do saber e ainda do cidadão em geral. Este tem sido entendido como o centro e a prioridade das medidas legislativas ao nível da *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*, priorizando-se o investimento em cuidados acessíveis, adequados, efetivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais, ainda que os responsáveis pelas medidas legislativas, avaliem a reforma como uma intenção legislativa em desenvolvimento. Neste trabalho, de natureza qualitativa, descritivo, com uma forte componente etnográfica e de trabalho de campo, pretende-se compreender os processos de construção de cidadania (in)visível em saúde das pessoas que vivem na condição de sem-abrigo, designadamente pela análise das conceções desta população acerca do que é a saúde, a doença e sobre os mecanismos de relação que estabelecem no acesso e utilização dos serviços de saúde. As orientações político-ideológicas inacabadas na democratização do acesso à saúde, parecem resultado de discursos e argumentos plurais aparentemente heterogêneos e não dialogantes com as pessoas na condição de sem-abrigo inviabilizando-lhes a efetivação de direitos e deveres.

PALAVRAS-CHAVE: Cidadania. Saúde. Sem-Abrigo.

(UN)VISIBLE CITIZENSHIP OF THE HOMELESS: PATHS WITH DIFFERENT MOVEMENTS

ABSTRACT: To talk about citizenship and health is to talk about the awareness of the rights, the obligations, and the changes of participating of each person in the social, political debate and in the life of the community, including the processes that involve the health of each person. Citizenship, and the possibility of its exercise, cannot be understood outside the social and political context in which it takes place and, consequently, the social approach to the processes of citizenship construction requires looking at this issue as a culturally specific and changing reality. In Portugal, in the last two decades, citizenship and health have been part of governmental priorities, an integral part of the vocabulary of political decision-makers and of lines of action of professionals from various health sectors, of researchers from different areas of knowledge, and of the citizen in general. This has been understood as the center and the priority of legislative measures at the level of Primary Health Care Reform, prioritizing the investment in accessible, adequate, effective, efficient care and responding to expectations of citizens and professionals, even though those responsible for the legislative measures, evaluate the reform as a developing legislative intention. In this qualitative and descriptive study, with a strong ethnographic and fieldwork component, we intend to understand the processes of construction of (un)visible citizenship in health among homeless people, namely by analyzing the conceptions of this population about what health and disease are, and about the mechanisms of relationship that they establish in the access and use of health services. The unfinished political-ideological guidelines in the democratization of access to health seem to result from plural discourses and arguments that are apparently heterogeneous and not in dialogue with people who are homeless, making it impossible for them to realize their rights and duties.

KEY-WORDS: Citizenship. Health. Homeless.

INTRODUÇÃO

O trabalho *Cidadania (in)visível da pessoa em condição de sem-abrigo: percursos com diversos andamentos* faz parte de um percurso de pesquisa, em desenvolvimento, no âmbito do projeto de doutoramento em sociologia, intitulado “Processos e trajetórias em saúde da pessoa em condição de sem-abrigo”, do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, sob orientação da Professora Doutora Graça Carapinheiro.

Pôr no papel as linhas principais que delimitam e caracterizam o trabalho de pesquisa não é tarefa fácil, por se tratar de um processo em curso, mas, sobretudo porque fazer pesquisa sobre esta população leva-nos a um permanente questionamento, a avanços e outros tantos retrocessos. A distância e a memória insistem em racionalizar as *histórias*

das vivências e experiências do presente, mas também aquelas que não deixam desligar as emoções e sentimentos que têm vindo a ser observados e partilhados no terreno em cada etapa deste trabalho. Estas vivências envolvem “o *Outro*”, isto é, pessoas, pessoas com rostos, pessoas com nomes, com identidades, com histórias, por vezes decepidas e difíceis de apreender enquanto realidades sociais e individuais.

Um ponto prévio prende-se com a delimitação do que se entende por pessoas sem-abrigo: o conceito aqui utilizado integra a classificação da ENIPSSA (ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM ABRIGO - e que recupera a redação da Resolução do Conselho de Ministros nº 107/2017, de 25 de julho) que abrange pessoas que vivem sem teto: pessoas a viver na rua e noutros espaços públicos (jardins, viadutos, estações de transportes públicos), abrigos de emergência (em centros de alojamento) ou em locais precários (carros abandonados, vãos de escada, casas abandonadas), mas também aqueles que vivem sem casa, ou seja, pessoas que se encontram a viver em alojamento temporário (incluindo as respostas da Segurança Social ou outras de natureza similar, e também os locais para indivíduos ou famílias onde a pernoita é limitada, sem acesso a alojamento de longa duração).

Este trabalho visa compreender os processos de construção de cidadania (in)visível em saúde das pessoas que vivem na condição de sem-abrigo.

A cidadania é um conceito abrangente que se estende da civilidade aos estilos de vida, da solidariedade à consciência dos direitos e deveres bem como à participação de cada pessoa no debate social e político e na vida da comunidade (MARSHALL, 1967; BARBALET, 1989).

A qualidade de membro de uma comunidade, com as responsabilidades de participação que daí decorrem, confere ao conceito de cidadania uma configuração que reflete não só a forma de governo instituída em cada sociedade, mas, de igual modo, a forma específica de relacionamento social dos indivíduos que a compõem. A cidadania não pode ser entendida fora do contexto social e político em que se desenrola e, como corolário, a abordagem social dos processos de construção da cidadania pressupõe que se olhe para esta realidade sempre como uma realidade política e social, culturalmente determinada. Digamos que o conceito de cidadania assume contornos diferenciados, portanto, em profundidade, extensão e conteúdo de acordo com as variáveis tempo e espaço (contexto), sendo estas dimensões que permitem distinguir os diferentes tipos de cidadania (MARSHALL, 1967; BARBALET, 1989).

Desde a conceção clássica grega de cidadania até à conceção atual, passou-se progressivamente de um sentido de pertença a uma comunidade, a uma aceção que incorpora a noção de *status* de cidadão, isto é, de reconhecimento atribuído àqueles que são aceites por terceiros como membros de uma dada comunidade. Utilizamos o termo comunidade enquanto agregado social com um conjunto de interesses vitais comuns, traduzida numa forte consciência de pertença, obrigando-se cada pessoa pela sua condição

de membro ao cumprimento de deveres, mas simultaneamente, à possibilidade de acesso a direitos sociais, económicos e políticos instituídos (BARBALET, 1989).

Em Portugal, desde 2005, a problemática da cidadania e saúde integra a agenda política, mas também orienta a ação dos profissionais de diversos setores de saúde, de investigadores de diferentes áreas do saber, do cidadão em geral (ANTUNES, 2015). Neste contexto, o trabalho de quase duas décadas em torno da reforma dos cuidados de saúde primários tem priorizado “a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde – acessíveis, adequados, efetivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais” (PORTUGAL, 2006, p. 4), assente no princípio da centralidade do cidadão. Contudo, parece existir uma grande discrepância entre as prescrições normativas da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2008), o que está estipulado na legislação nacional (PORTUGAL, 2006) e as práticas efetivas dos profissionais de saúde, onde os processos de participação dos cidadãos não têm passado de uma, ainda parca, intenção legislativa.

O cidadão, se por um lado, “tem vindo a ser tomado conceptualmente e por conveniência ideológica como o centro das reformas políticas ao nível da saúde em Portugal, dando a ilusão de estar a florescer uma nova cultura de saúde”, por outro lado, o reflexo dessa reforma na prática parece desvanecer-se “nas relações assimétricas de poder, muito acentuadas entre cidadãos e profissionais e nas restrições de acesso e utilização dos serviços de saúde” (ANTUNES, 2015, p. 66), designadamente daquelas que envolvem desde logo os domínios dos cuidados de saúde primário. Em termos sociológicos, estas discrepâncias no âmbito dos cuidados de saúde primários revelam-se como uma parte fundamental daquilo que é ou do que deve ser a Atenção Integral à Saúde na proteção de direitos fundamentais previstos, desde 1976, na *Constituição da República Portuguesa*.

Assentamos na ideia de que a cidadania, e uma faceta desta, a igualdade de direitos, como reforça CARAPINHEIRO “é atingida quando todos os indivíduos são iguais perante a lei que, em princípio, deve ser igual para todos. Há um consenso social relativamente ao facto de que as desigualdades de direitos são injustas e devem ser suprimidas. Mas a igualdade de direitos não assegura a igualdade de oportunidades. Esta igualdade de direitos é conseguida quando a situação atingida pelos indivíduos não fica presa a condições estruturais que potenciam as situações de desfavorecimento social ou mesmo de exclusão social, sejam elas de natureza estritamente económica, ou de carácter étnico, religioso e de classe” (2010, p. 57-58), bem como outras situações que envolvem e interferem com as necessidades e condições de saúde. Entende-se, pois, a igualdade de direitos e de oportunidades como um ideal a atingir, ainda que as estratégias e os mecanismos para o alcançar sejam muito diversos de indivíduo para indivíduo, bem como de grupo social para grupo social. Contudo, ainda na mesma linha de argumentação, CARAPINHEIRO, apoiando-se em Amartya Sen (2000), considera a “capacitação” como uma dimensão fundamental da igualdade de direitos e um contributo para alcançar a liberdade: “para que as sociedades assegurem aos cidadãos uma efetiva liberdade e uma real igualdade de

oportunidades, é necessário que protejam aqueles cuja situação individual e social reduziu essa capacitação” (p. 58).

Quando pensamos o conceito de cidadania em saúde assentamos na ideia-chave de construção de um sentido para as vivências pessoais e de saúde, que sejam geradoras de um sentido de pertença, de participação e de emancipação humana (empoderamento). Um envolvimento do cidadão enquanto expressão que reflete a consciência crítica e de construção que cada indivíduo faz de si mesmo, dos problemas de saúde que o afetam, dos meios disponíveis para o apoiarem e, simultaneamente, de uma consciência crítica acerca dos contextos, processos e práticas sociais. Assim, para refletirmos sobre o papel dos atores sociais em saúde no espaço comum da sociedade, enquanto democracia dialogante, necessitamos de promover o diálogo entre o Estado e os cidadãos, reconhecendo a existência de uma pluralidade de formas de pensar e de convicções/ visões do mundo, por vezes, dissonantes e em atualização.

Como foi referido, no contexto português se, por um lado, são notórios avanços muito significativos na definição de direitos de acesso à saúde, através de políticas inclusivas e universais, por outro lado, as instituições responsáveis por este garante, parecem deparar-se com barreiras sociais e financeiras que têm vindo a condicionar o acesso e utilização dos serviços de saúde. Da literatura percebe-se que as barreiras mencionadas agravam ou tornam ainda mais inacessíveis os apoios e os acessos aos circuitos institucionais e de apoio para aqueles que pela sua situação de vulnerabilidade, numa sociedade de risco (BECK, 1992), são (e têm sido) objeto de «desatenção cívica» (GOFFMAN, 1985).

Quando falamos da pessoa na condição de sem-abrigo percebemos que se trata de uma problemática social complexa, que não é nova na sociedade portuguesa e que resulta de uma acumulação de problemas sociais extensos e persistentes (BENTO e BARRETO, 2002; CAPUCHA 2005; ALDEIA, 2014). As lógicas sociais teimam em excluí-los e a deixá-los numa situação de desvantagem e invisibilidade, pois tendem a ser rotulados de vagabundos, indigentes, preguiçosos, doentes mentais, gente de esquemas e de vidas sem norte (ANTUNES, 2015) que, desde tempos transatos, são objeto de atuação caritativa do sistema de proteção social do Estado (BENTO e BARRETO, 2002; CAPUCHA, 2016).

Questionamos, portanto, que percursos e meios desenvolve a pessoa na condição de sem-abrigo para a afirmação e legitimação da sua condição individual e social.

Que representações exprimem sobre a saúde e que recursos de apoio utilizam em situação de doença?

Avançámos com três hipóteses de pesquisa:

- 1) as estratégias de construção da cidadania em saúde estão em estreita relação com o papel das organizações de saúde e as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde ao nível do acompanhamento e vigilância de saúde da

pessoa na condição de sem-abrigo, nomeadamente quando os próprios técnicos não reconhecem como legítimos e socialmente viáveis os seus meios e estilos de vida (CARAPINHEIRO, 2001).

2) as diferenças de recursos (materiais e simbólicos) da pessoa na condição de sem-abrigo e dos próprios profissionais de saúde, determinam e estruturam o desenvolvimento de trajetórias sociais e de relação com os serviços de saúde, nas suas diversas modalidades terapêuticas, e originam as condições subjetivas e objetivas de predisposição para a aproximação e para o estabelecimento de relações sociais entre ambos (CARAPINHEIRO, 2001).

3) Por último, partimos do pressuposto que as diferenças de recursos entre a pessoa na condição de sem-abrigo e os profissionais de saúde condicionam e determinam o tipo de trajetórias e as estratégias que estes sujeitos desenvolvem para a procura de cuidados e na afirmação da sua cidadania.

METODOLOGIA

Desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa, descritivo, com uma forte componente etnográfica e de trabalho de campo, procurando compreender os mecanismos de participação em saúde da pessoa na condição de sem-abrigo, na relação que estabelece com as instâncias de Cuidados de Saúde Primários e de saúde em geral enquanto processos que nos levaram a refletir sobre a complexidade do fenómeno no plano social em termos de acesso a direitos e a deveres. Parece-nos que estes processos são atravessados por determinantes globais, que geram riscos e incertezas que queremos (re)conhecer.

Com o objetivo de entender os princípios orientadores das políticas sociais e de saúde do moderno Estado de bem-estar, realizámos 13 entrevistas exploratórias a interlocutores institucionais privilegiados, que nos apontaram os aspetos de fundamentação, construção e de funcionamento que têm vindo a ser operacionalizados em termos de *Reformas dos Cuidados de Saúde Primários*.

Foram entrevistados os responsáveis do grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, representantes da classe médica e de enfermagem (mandatados e implicados no processo de reestruturação dos cuidados de saúde primários), responsáveis da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (que em Portugal, e na cidade de Lisboa, é a entidade que coordena as respostas sociais e de saúde a esta população) e também membros de associações humanitárias e de solidariedade social.

O trabalho de campo e de observação dos espaços de pernoita da população na condição de sem-abrigo foi realizado, de junho de 2013 a setembro de 2015 e de março de 2017 a maio de 2019, através do acompanhamento regular quinzenal das equipas de rua, da participação nos jantares comunitários e nas saídas de sinalização desenvolvidas por diversas Instituições Particulares de Solidariedade Social e pelas Equipas de Rua da

Câmara Municipal de Lisboa.

Durante os dois períodos prolongados de acompanhamento próximo do trabalho das equipas de rua, e do contato direto com as pessoas a viver na rua, fomos ouvindo e dando voz àqueles que se afiguram invisíveis face à reforma dos cuidados de saúde e tentando perceber como os processos individuais na ligação com as linhas de força política deslindam mecanismos individuais e processos sociais de construção da sua cidadania em saúde.

Realizámos 15 entrevistas em profundidade e privilegiámos uma análise compreensiva e em profundidade dos processos sociais e biográficos que a pessoa a viver na condição de sem-abrigo nos expressa. A presença prolongada da pesquisadora no terreno, a aproximação progressiva com estes atores e a confiança conquistada permitiu-nos recolher material empírico para a reconstituição dos seus “processos biográficos” e das suas histórias de vida interessando-nos aqui destacar os processos sociais que se relacionam com as experiências vividas (LAHIRE, 2005), as estratégias e opções individuais de saúde. Ou seja, mais do que querer saber ao certo a verdade das histórias e testemunhos destas pessoas (se o que nos diziam coincidia nos diferentes momentos com que interagimos nos seus espaços quotidianos), o que nos interessava era o sentido que atribuíam às suas vidas e às diversas etapas que atravessaram na relação com os (diferentes) sistemas sociais e particularmente daqueles que estão relacionados com as questões de saúde.

Todos os momentos de recolha de material empírico seguiram os procedimentos éticos de pesquisa. Assim, para o acompanhamento das equipas de rua e participação nas saídas e atividades das instituições particulares de solidariedade social, foram solicitadas autorizações às suas respetivas direções e ao Departamento de Coordenação da Câmara Municipal de Lisboa no caso do acompanhamento da equipa de rua desta instituição, que emitiram parecer favorável de acompanhamento e recolha de informação.

No que diz respeito às entrevistas exploratórias e às entrevistas em profundidade com as pessoas em condição de sem-abrigo foram diligenciados os procedimentos de pedido de assinatura de consentimento livre e informado e pedida prévia autorização para a gravação das entrevistas.

Recorrendo a uma abordagem metodológica assente na teoria dos fatos e dos relatos de vida dos sujeitos (GLASER e STRAUSS, 1967) foi-nos permitido aceder às narrativas dos percursos de rua na primeira pessoa, assim como às convicções sobre as prioridades nos diversos quadrantes das suas existências e percursos sociais. Nesta reflexão surgem destacadas as categorias que se afiguram mais pertinentes para uma eficaz caracterização das representações de saúde e doença e ainda para elencar perceções acerca das necessidades de saúde destes atores sociais.

O carácter qualitativo da pesquisa levou-nos à procura de significados em blocos de texto resultantes das comunicações dos participantes e à codificação destes de acordo com as orientações de análise do material empírico de Bardin (2015) e Minayo (2015). O

texto das transcrições das entrevistas (corpus de análise), seguindo o referencial teórico de BARDIN (2015) foi submetido à análise de conteúdo temática. Foram criadas categorias à priori e que emergiram da problemática teórica e categorias à posteriori resultantes das características concretas do material em análise: percepções subjetivas da situação e relação com o mundo; necessidades sociais e de saúde; acessibilidade aos serviços de saúde; percepções e práticas de saúde e cidadania e saúde. Detemo-nos, para efeito deste capítulo no conteúdo (parcial) do discurso extraído da dimensão necessidades sociais e de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A natureza hodierna e complexa desta problemática social conduziu-nos por referentes sociológicos, mas, também por uma consciência histórica, de representações sociais temporalmente consolidadas e outras em permanente transformação e atualização, a que o observador não consegue ser indiferente no questionamento das relações humanas e das lógicas (in)visíveis dos processos de construção da cidadania.

Os universos simbólicos historicamente construídos acerca do que é viver na condição de sem abrigo, a relação entre cidadania e saúde, levaram-nos a ouvir e a dar voz àqueles cujas existências se confrontam com este modo de vida: por opção, por imposição ou por quaisquer outros determinantes sociais e individuais, e a quem os suportes institucionais do Estado e as instituições da sociedade civil (designadamente as Associações Particulares de Solidariedade Social) intentam dar mais visibilidade social, acompanhamento e poder.

Como referido, foram entrevistadas 15 pessoas a viver na condição de sem-abrigo, dos quais 13 homens e 2 mulheres com idades entre 27 e os 73 anos e uma janela temporal de permanência de vida na rua que oscilava entre menos de 3 meses e mais de 20 anos.

Do total, apenas 1 não tinha nacionalidade portuguesa. Quanto às habilitações escolares, 1 entrevistado concluiu um curso superior universitário e 3 o ensino secundário, enquanto 5 alcançaram o 3º ciclo e outros 5 o 2º ciclo de estudos. Registou-se ainda 1 entrevistado possuir o 1º ciclo do ensino básico completo.

Relativamente às trajetórias profissionais destes indivíduos, destaca-se que apenas 1 nunca tinha tido qualquer vínculo ou relação laboral, enquanto 10 verbalizaram trajetórias interpoladas de emprego e 4 referiram uma presença continuada no mercado de trabalho.

O tipo de situação conjugal e familiar era para 4 pessoas casada ou em união de fato, 4 divorciados e os restantes 7 solteiros. Só 3 dos entrevistados não possuía filhos.

De acordo com os testemunhos recolhidos, surgem três principais ordens de motivos para a situação de vida na rua: a rutura de laços familiares na sequência de problemas de ordem diversa; a exclusão do mercado de trabalho e os comportamentos aditivos.

Assim, a partir destes dados de caracterização social e de outros que não cabe explorar no âmbito deste texto, percebe-se que a pessoa na condição de sem-abrigo, é

um sujeito só, à procura do seu próprio sentido numa sociedade onde a complexidade, a incerteza e a precariedade o tornam ainda mais vulnerável (ANTUNES, 2015; BENTO e BARRETO, 2002; PAUGAM, 1996).

O intuito orientador desta pesquisa - centrado nas percepções da pessoa na condição de sem-abrigo acerca dos seus percursos e situações de vida e nos modos como reconhecem e se apropriam dos meios e recursos existentes, designadamente em matéria de saúde - permitiu-nos atribuir relevo ao reconhecimento que estes atores veiculam acerca dos meios institucionais disponíveis e de que formas valorizam o papel das instituições nas suas vivências quotidianas.

Quando perguntamos aos sujeitos a viver na condição de sem-abrigo como é que definem saúde e como reconhecem a sua condição de saúde, percebe-se que não só a valorizam, como sabem definir o que é este conceito.

- Saúde é o bem-estar físico e mental, eu posso estar bem fisicamente, mas se a cabeça não estiver como deve de ser não me serve de nada...e vice-versa. E15_PP

- A saúde é ter o meu corpo bem e a minha cabeça no lugar também! E6_MP/DC

- Eu não posso dizer que tenho saúde, mas vou-me aguentando... mesmo assim ao que eu tenho feito... É bom!... E8_JPR

Preocupam-se em manter alguma vigilância de saúde, sobretudo, tendo em conta as suas condições e o seu estilo de vida. O ambiente social e físico é entendido como um determinante da saúde.

- Se a gente vai comendo e bebendo e vai vendo o sol todos os dias é porque tem saúde. Quem não tem saúde não tem nada! É o contrário... se vou desta para melhor, pronto! É apanhar aquelas m...[asneiras] se um gajo não tiver cuidado. Drogas eu não me meto... é só este vício! Só fumo um cigarro uma vez por outra, não sou viciado! E2_RS

- É o melhor que se tem é ter saúde. Este vício estragou a minha. E2_RS

A saúde é uma preocupação latente e é destacada nos discursos dos entrevistados, na medida em que estes reconhecem as suas trajetórias de consumos e de risco como fatores que os tornam ainda mais vulneráveis, mesmo que, por vezes, vejam nestes comportamentos de risco a única saída para as suas vidas errantes e de desvio.

- bebia os meus copos e depois deixei-me ir para a droga, mas eu já deixei a droga...o álcool é que não... E14_JCC

- eu fui fraco, das situações difíceis fui-me a baixo e fui fraco e, em vez de enfrentar, consumia. Eu trabalhava para consumir! E11_CA

- a malta hoje vicia-se, entra nisto e não sai... E eu também acho que já não consigo sair mesmo! E8_JPR

O conceito de saúde percebe-se como um conceito subjetivo que é visto por estas pessoas numa dimensão positiva, com a sua capacidade, potencial e sentido de realização.

- A saúde é o melhor..., é a vida. E8_JPR

- A saúde é alegria, é tudo! E2_RS

A saúde surge com dimensões plurais, associada a um equilíbrio pessoal, sinónimo de bem-estar psicológico e físico.

- Saúde é estar bem comigo, quando não estou bem, não é bom. E11_CA

Ainda que percecionem a doença como uma experiência pessoal decorrente das suas trajetórias individuais, concebem-na também a partir do fardo social de doenças específicas, de que se destacam o álcool, as infeções sexualmente transmissíveis e a doença mental.

- A doença depende do que me estiver a perguntar porque eu posso estar doente e não ter queixa nenhuma no corpo... Eu costumo dizer que tenho SINA - Sintoma de Inteligência Não Adquirida, porque a vida que eu levei foi mesmo falta de inteligência. E15_PP

As representações sobre a saúde e a doença são condicionadas pelas circunstâncias da existência e pelas formas ou estilos de vida que estes atores reconhecem nas suas práticas. Estas representações têm associadas as dimensões físicas/ biológicas, mas também os elementos psicossociais e culturais, comportando elementos cognitivos e referência a comportamentos sociais e individuais. O que definem como doença, não remete para um conceito estático, mas resulta do confronto das experiências individuais (algumas delas desenvolvidas e agravadas na vivência de rua) com as normas e informações coletivamente partilhadas, e em transformação.

- só agora é que começo a ouvir falar das doenças, é da droga...pois, do stress. Anda tudo stressado... Hoje é que não pode isto, que não pode aquilo..., para os meus velhos (refere-se aos pais) nunca houve isso, tás a ver! Eles tinham mais saúde...eles também bebiam e bebem..., bebiam á grande, mas a malta hoje vicia-se, entra nisto e não sai... E8_JPR. Acrescenta: Tenho asma, fiquei sempre com problemas respiratórios desde puto, o tabaco também não me ajuda percebes?! Uma úlcera no estomago, e o problema do derrame que nunca mais chateou. Tomo medicamentos, que não posso deixar de tomar, claro! Só que não é sempre! Falta-me o dinheiro, pá... E8_JPR

Regra geral, a porta de entrada a que recorrem na procura de cuidados surge apenas em situações de emergência de saúde e, por isso, o seu itinerário inicia-se pelos cuidados de saúde diferenciados, em concreto pelos serviços de urgência, sendo aqui que obtêm resposta imediata e também aqui admitem “que controlam um circuito que, se desconhecido e tomado como invasivo dos seus hábitos e (des)cuidados pessoais básicos, conseguem abandonar e tomar decisão por onde seguir, comandando o seu percurso individual” (ANTUNES, 2015, p. 67) e o seu itinerário terapêutico. Depreendemos dos percursos observados que a pessoa na condição de sem-abrigo ao reconhecer as lógicas organizacionais, de acesso e utilização da urgência hospitalar adquire estatuto de pessoa, com capacidade de decisão no plano da relação com os profissionais, o que não acontece nas lógicas de resposta propostas por outros serviços de saúde, designadamente nos cuidados de saúde primários.

- Se preciso mesmo de ajuda vou ali a S. José [nome de hospital], mas eles também não fazem nada, (...) mandam-nos dar banho e ficamos lá que tempos à espera. Eu aqui há tempo, o médico disse que eu ia passar lá a noite numa cadeira à espera, porque tinha que esperar e que eu ia fazer exames depois, só que ele [o médico] deu meia-volta e eu vi-me embora. E1_PJA

- Da parte da saúde tenho sido bem tratado porque nunca arranjei problemas com os doutores. Também vou lá pouco (...), tive ajuda quando tive a pneumonia, mais nada! [acompanhado sempre no Hospital e nunca em Centro de Saúde]. E8_JPR

Percebe-se que retardam a procura de cuidados de saúde e que apenas o fazem em situações de necessidade extrema ou inadiável.

- O meu pai dizia-me que quando entrares num hospital já não sais e eu estou de acordo com ele! Não gosto de hospitais, aquilo é como a prisão... não consigo! E15_PP

A maior parte dos apoios de saúde de que beneficiam, mesmo em situação de maior necessidade, é resultante de processos de referenciação sinalizados e diligenciados por intermédio das equipas de rua. As principais queixas de saúde e as doenças físicas sinalizadas são os problemas respiratórios e pulmonares, o HIV/SIDA, as doenças gástricas decorrentes de carências alimentares de diversa ordem e dos consumos de álcool. Por último, as queixas e os problemas dermatológicos, associados à falta de condições de higiene e à permanência prolongada na rua são identificados.

Percebe-se que estão atentos aos modos como os outros os interpretam e ao lugar social que lhes atribuem. Ainda que o tema da saúde mental não seja predominante nos seus discursos, é notório que esta é uma questão para a qual estão atentos e que os preocupa de forma particular.

Criticam as lógicas de atuação dos serviços de saúde, mas também apontam como desumana, fugaz e pouco integral a forma como, por vezes, sentem que são tratados pelas equipas de apoio e por alguns voluntários. O contato rápido, com as equipas de rua, na maioria das vezes apenas para distribuição dos bens essenciais (alimentação e roupa) é por estes entendido como pouco para as reais necessidades humanas e para as respostas de que necessitam dada a complexidade dos seus problemas de saúde.

- Aquilo é um abuso, eles podem e a gente não pode fazer nada (...) e estas instituições aproveitam-se disso. E11_CA

- Não correu bem e vim para a rua e depois pedi ajuda na.... (Nome da instituição de apoio) e não me quiseram lá a dormir porque não fiz uma micro. Não fizeste a micro vais dormir à rua. Não me quiseram lá! Entende?!... É como os miúdos pequenos. Isso não é ajudar! Pra já aquilo não tem condições nenhuma... aquilo também é muito interesse (...). E11_CA

A condição marginal, de exclusão e a doença são resultado da impossibilidade de participação nos privilégios materiais e sociais, na divisão do trabalho e na distribuição dos papéis sociais, nas normas e no *ethos* sociais dominantes na sociedade em sentido geral (PAUGAM, 1996; SOULET, 2004; WACQUANT, 2007).

Do que dizem, parece-nos que, são de facto as instituições da ordem estabelecida que reforçam a exclusão dos indivíduos no modo como reconhecem e valorizam as suas necessidades, por vezes, consideradas como “inúteis” à ordem comum ou até vistas como indignas, porque desrespeitam a “normalidade” instituída.

- A pessoa por estar nesta situação não quer dizer que seja burro e que nos tratem de qualquer maneira! [afirma em tom mais alto de voz e zangado]. E11_CA

Acrescenta:

- Às vezes vejo-os andar aí, mas não se aproximam de nós, andam aí com as mochilas, nem falam, só se nós dizemos alguma coisa é que falam. Eu acho que se deviam aproximar! Quem faz esse trabalho eu também acho que é que devia vir ter com as pessoas. (...) e acho que só passar também não é o suficiente. Se querem ajudar é perguntar às pessoas se querem alguma coisa, meter conversa, virem falar connosco... E11_CA

As instituições, através da implementação de decisões legislativas e do exercício da justiça, afirmam e impõem modelos de vida e condenam a recusa destes atores em participar socialmente quando estes não se revêm ou encaixam no sistema dominante.

Da análise do discurso dos entrevistados ficou claro que embora o Estado se assumia como a entidade tutelar de direitos e a autoridade maior para “proteger” os sujeitos e os seus interesses, essa função nem sempre parece ter sido cumprida em pleno e com a neutralidade necessária. Os entraves burocráticos, as lógicas organizacionais e de comunicação com as instituições de saúde parecem afastar a pessoa na condição de sem-abrigo da reivindicação de uma condição de cidadania plena no que diz respeito ao acesso à saúde.

O modelo hegemónico biomédico centra a sua atuação na procura de causas das doenças físicas, reproduzindo uma representação incompleta da saúde e da doença e do papel do cidadão. Ao invés do cidadão ser aproximado e integrado como centro do sistema, tende a ser visto como vulnerável. Percebe-se que não têm vindo a ser salvaguardadas as diferenças individuais, nem tão pouco a ser reconhecidas as aceções de risco e vulnerabilidade que atrás foram mencionadas, as quais matizam de forma singular as trajetórias sociais e individuais destes cidadãos. Nesse sentido, as pessoas em condição de sem-abrigo socorrem-se, por vezes, de estratégias e táticas para serem efetivamente reconhecidos enquanto cidadãos de plenos direitos.

- (...) Se existem ajudas eles deviam ajudar e deviam perceber o que é estar aqui, e não é esperar, esperar... e é só dizer: «hoje não está cá a doutora, venha cá amanhã...» para que é que essa ajuda serve? Temos de esperar e muito... e depois nem sempre dão nada, porra... deixa lá isso, não preciso.... Se a gente também está aqui a culpa é dessa gente toda! E8_JPR

- E uma pessoa às vezes é obrigado a mentir, porquê (?), porque senão não se safa, não é visto! E7_JR

Os sistemas de saúde estão longe de ser considerados as bases de apoio na construção da cidadania em saúde, na medida em que os serviços não reconhecem a singularidade das formas de expressão desse exercício enquanto experiências de subjetividade (KLEINMAN, 1998; SOULET, 2004).

O que é dito pelos atores foca-se e revela referências estruturantes dos percursos biológicos/clínicos (numa visão biomédica) mas também de experiências pessoais (visões singulares e vidas únicas) (visão individual e subjetiva), sendo estas últimas os elementos (mais) dominantes e aqueles em que a atenção integral em saúde deverá ter de atuar, designadamente a partir dos cuidados de saúde primários. Assim, mediante as diferenças entre a experiência da doença (*illness*) e a definição clínica da mesma (*disease*), parece-nos importante que o saber biomédico, entendido enquanto construção, tenda a incorporar a racionalidade leiga e socialmente enformada na delimitação e implementação de estratégias de atuação em saúde (KLEINMAN, 1998; CARAPINHEIRO, 2001).

Só assim se percebe que o imperativo moral para ser saudável (Mamo, 2010, citado por AUGUSTO, 2015, p. 88) seja, nesta população, um imperativo de sobrevivência que exige a cada um a procura de estratégias individuais de gestão dos recursos existentes. Os serviços de cuidados de saúde primários parecem estar longe de uma intervenção próxima das pessoas nesta condição, revelando-se ainda muito ausentes das trajetórias analisadas.

- Eu tomo o meu banho todos os dias assim como eu posso, não gosto de andar a cheirar mal, como alguns que andam aí. E13_EG

- [refere a propósito de uma situação de piolhos e pulgas] Mas a gente sente vergonha é dos que estão aqui também, mas, por exemplo lá no balneário, a malta percebe e ninguém perdoa! Ficam a perceber mesmo... é um bocado humilhante... percebes?! E8_JPR

- Há aí um indivíduo que até bichos tem na perna doente, ele ainda é pior que eu. E eles nem se interessam nada, até olham para o lado... E3_AL [refere-se aos voluntários das associações de rua que prestam apoio de saúde].

- Quando se entra aqui é difícil sair, vamo-nos abandalhando e também ninguém nos liga uma ponta dum... [asneira]. E1_PJA

O discurso da saúde pública assente nas escolhas e práticas pessoais de saúde enquanto assuntos de responsabilidade moral e social perde nestes contextos de rua (que são contextos da margem da estrutura social) o sentido de exequibilidade, revelando a sua crescente moralização (PETERSON e LUPTON, 2010).

- para quem está nesta situação, um gesto, uma palavra, até um olhar é muito importante. E eu já reparei, por experiência própria, que as pessoas não dão valor a isso, porque têm [refere-se aos suportes de apoio e conforto afetivo daqueles que não são SA] nós aqui não temos e estes momentos são importantes. Às vezes só precisamos mesmo de um bom dia, sério! Porque nós não estamos habituados a que falem conosco. E15_PP

- Faz-me falta pessoas que me respeitem e que falem comigo, de igual para igual, e isso há muito tempo que eu já não sei o que é ter esse carinho, essa atenção, percebes? Preciso de pouca coisa..., mas ainda sou uma pessoa e também preciso de ser acarinhado e respeitado como toda a gente. E às vezes parece que toda a gente se esquece disso. E13_EG

Os próprios espaços e contextos de circulação da pessoa na condição de sem-abrigo são *territórios de territórios*, por vezes esquecidos, por vezes, in(visíveis) (Santos, 2002) ainda que se preconize que cabe ao Estado assumir-se como entidade tutelar de direitos e a autoridade maior para “proteger” os interesses dos cidadãos (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2008).

CONCLUSÃO

A construção da cidadania em saúde parece definir ainda linhas de orientação com configurações contraditórias e inacabadas na democratização do acesso à saúde. Estes processos revelam-se pautados pela combinação de discursos e argumentos plurais (GIDDENS, 1994; SANTOS, 2002; ANTUNES, 2015) aparentemente heterogêneos e não dialogantes com as pessoas na condição de sem-abrigo, revelando marcas de uma regressão civilizacional no que respeita à efetivação de direitos e deveres em saúde.

Se o significado do que é ser cidadão tende a ser partilhado entre atores institucionais e individuais, conferindo-lhe um sentido de realidade coletiva, já o significado que cada cidadão lhe atribui parece não corresponder, em termos de representação, mas também de práticas efetivas, ao significado que o outro lhe dá, deixando, por isso florescer *cidadanias invisíveis e improváveis* (CARAPINHEIRO, 2010) que requerem um olhar Integral da Saúde e particularmente do âmbito dos cuidados de saúde primários.

Terminamos referindo que o trabalho aqui apresentado tem como objetivo a divulgação científica e profissional de resultados parciais de uma pesquisa, ainda em desenvolvimento, não refletindo a multiplicidade das dimensões da cidadania (in)visível da pessoa na condição de sem-abrigo pois estes estão para além dos aspetos da saúde aqui delimitados.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Na qualidade de autora deste trabalho, declaro que não possuo conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, académica e pessoal.

REFERÊNCIAS

- ALDEIA, João. De “cidadão” a “sem-abrigo”. O laço de cidadania no fenómeno dos sem-abrigo. **Interseções**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 229-244, 2014.
- ANTUNES, Lina. À procura dos trilhos da cidadania (in)visível: a saúde na pessoa com condição de sem-abrigo. *In*: CARAPINHEIRO, G.; CORREIA, T. (org.). **Novos temas de saúde, novas questões sociais**. Lisboa: Editora Mundos Sociais, 2015. p. 65-70.
- ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- AUGUSTO, Amélia. Comentário: da medicalização à biomedicalização da vida. *In*: CARAPINHEIRO, G.; CORREIA, T. (org.). **Novos temas de saúde, novas questões sociais**. Lisboa: Editora Mundos Sociais, 2015. p. 83-96.
- BARBALET, Jack. **Cidadania**. Lisboa: Editorial Estampa, 1989.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2015.
- BECK, Ulrich. **Risk society: toward a new modernity**. Londres: Sage Publications.
- BENTO, António; BARRETO, Elias. **Sem-amor: sem-abrigo**. Lisboa: Climepsi, 2002.
- CAPUCHA, Luís. **Desafios da Pobreza**. Oeiras: Celta, 2005.
- CAPUCHA, L. Inovação concetual e inovação nas políticas: chegar aos territórios onde estão as pessoas. *In*: IX CONGRESSO PORTUGÊS DE SOCIOLOGIA – PORTUGAL, TERRITÓRIO DE TERRITÓRIOS, Lisboa: APS, 2016. p. 3-7.
- CARAPINHEIRO, Graça. Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais. **Etnográfica**, Lisboa, CEAS, v. V. n. 2, p. 335-357, 2001.
- CARAPINHEIRO, Graça. Equidade, cidadania e saúde: apontamentos para a reflexão sociológica. **Alicerces**, Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, n. 3, p. 57-64, 2010.
- GLASER, Barney; STRAUSS, Anselm. **The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research**. Nova Iorque: Aldine, 1967.
- GOFFMAN, Erving. **Encounters**. Nova Iorque: MacMillan, 1985.
- KLEINMAN, Arthur. **The illness narratives: suffering, healing and the human condition**. Nova Iorque: Basic Books, 1988.
- LAHIRE, Bernard. Patrimónios individuais de disposições. Para uma sociologia à escala individual. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Oeiras: Celta Editora, n. 49, p. 11-42, 2005.
- MARSHALL, Thomas. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MINAYO, Maria. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2015.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. **Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas**. Coimbra: CEISUC, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais que Nunca**. Relatório Mundial de Saúde, OMS/Alto Comissariado da Saúde. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1. Acesso em: 2 dez. 2021.

PAUGAM, Serge. **L'exclusion, l'état des savoirs**. Paris: La Découverte, 1996.

PETTERSON, Alan; LUPTON, Deborah. **The New Public Health: health and the Self in the Age of Risk**. Londres: Sage, 2010.

PORTUGAL. Resolução do Conselho de Ministros nº 107/2017, de 25 de julho. Aprova a Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo: Prevenção, Intervenção e Acompanhamento, 2017-2023. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/107/2017/07/25/p/dre/pt/html>. Acesso em: 7 dez. 2021.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa, Grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Linhas-de-Acao-Prioritaria-para-o-Desenvolvimento-dos-CSP.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2021.

SERAPIONI, M. Participação pública nos sistemas de saúde. Uma introdução. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, 117, p. 91-98, 2018.

SOULET, Marc-Henry. Faire face et s'en sortir vers une théorie de l'agir faible. *In*: CHATEL, V.; SOULET, M. (dir.). **Agir en situations de vulnérabilité**. Quebec: Press de l' Université Laval, 2004, p. 167- 213

WACQUANT, Loic. Os excluídos da sociedade de consumo: toxicodependentes, psicopatas e sem-abrigo nas prisões americanas. **Análise Social**, Lisboa, XXII 185, p. 987-1003, 2007. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218641303E7nFS9qj1Jb14WA2.pdf>. Acesso em 22 nov. 2021.

Índice Remissivo

A

Acesso à saúde 72, 76, 84, 86
Acolhimento de enfermagem 40, 42, 43, 48
Adesão aos tratamentos 10
Administração de medicação intravenosa 146
Alfabetização 163
Assistência integral à saúde 89
Atentado aos direitos e liberdades 125
Autoeficácia do cuidador 53, 55, 56, 65, 67

B

Backgrounds culturais e religiosos 21
Boas práticas de cuidar 111, 114

C

Cateterismo periférico 147
Cateterização venosa periférica 147, 149, 151, 154
Cateter venoso periférico (cvp) 146
Cidadania 7, 12, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 85, 86, 87, 112, 114, 115, 119, 123
Cidadania e saúde 72, 75, 79, 87
Cidadania (in)visível em saúde 72, 74
Cidadão 12, 17, 72, 74, 75, 76, 84, 86, 87
Competência 10
Comportamento 89, 175
Comunicação terapêutica 40, 46
Conceitos de sexualidade 111, 113
Conflitos 10, 19, 36, 48, 50, 67, 87, 121, 137, 141, 157, 174
Consciência dos direitos, deveres 72
Crenças 10, 11, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 36, 45, 55, 56, 95, 98, 105, 113, 135, 164, 165, 174
Cuidado de enfermagem 40, 41, 43, 44, 45, 49, 50, 55, 61, 123
Cuidado de saúde culturalmente competente 10
Cuidador 14, 15, 23, 27, 36, 46, 47, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 65, 68, 69, 71
Cuidados de saúde 10, 12, 13, 15, 17, 18, 27, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 49, 51, 55, 75, 77, 78, 82, 85, 86, 90, 93, 99, 100, 121, 135, 156, 164, 174
Cultura 10, 17, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 75, 97, 114, 116, 117, 118, 119, 127, 129, 134, 136
Cultura e saúde 21

D

Debate social 72, 74
Desafios aos enfermeiros 21

Desafios aos profissionais de saúde 10
Desenvolvimento dos cidadãos 89, 92
Desenvolvimento sustentável 89, 91, 92, 122
Dimensão holística 89, 92, 107
Direito à integridade física e psicológica 125
Direitos humanos 37, 111, 113, 114, 119, 125, 140, 141
Direitos humanos fundamentais 111, 114
Direitos sexuais 111, 113, 115, 116, 120, 123, 124
Diversidade cultural 10, 27
Diversidade (sexual e de gênero) 111

E

Educação em enfermagem 111, 114, 152
Educação em saúde (es) 89
Educação e promoção em saúde 21
Educação para a sexualidade 111, 114, 117
Enfermagem 10, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 37, 38, 39, 40, 43, 46, 50, 51, 52, 53, 70, 71, 72, 108, 111, 112, 115, 118, 119, 121, 122, 125, 145, 146, 147, 148, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 174, 176
Enfermagem de saúde infantil 21, 23, 24, 27
Enfermagem transcultural 21, 26
Enfermeiro e equipe de saúde 40
Enfermeiro e família 40
Era da diversidade 10
Estilos de vida 10, 26, 74, 77, 81, 89, 94, 95, 96, 97
Estudos em enfermagem 111, 113
Experiência pedagógica 111, 113

F

Família 163
Famílias no serviço hospitalar de emergência 40

G

Gestão do stresse 53, 56, 60, 65

I

Igualdade da mulher 125
Indicadores de saúde 10, 101, 121
Intervenção de enfermagem 42, 43, 47, 49, 50, 53, 55, 56, 61, 65, 67, 164

M

Melhores oportunidades de vida 10
Migração no mundo 10
Mudanças sociais 10, 97, 117
Mutilação genital feminina 125, 127, 128, 142, 143

N

Natureza sexuada do ser humano 111

Normas sociais 10

P

Perturbação do uso do álcool (pua) 162, 164

Pirâmide terapêutica de cuidados 40

Pobreza 10, 11

Populações migrantes 10

Prática profissional 147

Práticas de higiene 10

Práticas de saúde 10, 32, 33, 34, 36, 79

Prevenção 21, 34, 35, 43, 47, 89, 91, 92, 93, 94, 96, 104, 118, 141, 146, 148, 149, 156, 157, 158, 160, 164

Problemáticas de saúde 10

Problemáticas individuais, familiares e comunitárias 21

Processo de acolhimento 40, 42, 46, 47, 48, 49

Processo de cuidar 10

Processo holístico 89, 98

Processos de construção da cidadania 72, 74

Processos de saúde/doença 10

Programa psicoeducativo 53, 56, 65, 67

Programas psicoeducacionais 163

Q

Qualidade de vida 47, 89, 92, 114, 119

R

Refúgio 10

Rejeição a procedimentos 10

S

Saúde infantil 21

Saúde mental e psiquiátrica 163

Saúde pública 86, 125, 127, 162

Saúde pública 37, 89, 92, 104, 108

Saúde sexual 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124

Sem-abrigo 7, 20, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 86, 87, 88

Serviço hospitalar de emergência 40, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50

Singularidades culturais 10

Sociedades saudáveis 89, 90, 92

Stresse de pearlin 53, 54

Stressores primários 53, 58, 61, 63

Stressores secundários 53, 59

T

Tradições 10, 23, 32, 36, 126, 137, 139, 140

Transtorno do uso de álcool 163

V

Valores 10, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 36, 45, 61, 65, 66, 89, 93, 95, 102, 103, 104, 105,
107, 108, 114, 118, 139, 140, 141, 166, 167

Violência 125, 141

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 
<https://editoraomnisscientia.com.br/> 
[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 
<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 
+55 (87) 9656-3565 