
O direito à saúde, a acessibilidade da população sem-abrigo aos serviços de saúde na cidade de Lisboa

Isabel Baptista, Ana Paula Silva e Mário Jorge Silva

Resumo

A comunicação que aqui se propõe sintetiza os principais resultados de um estudo – realizado pelo CESIS em 2002 para a Câmara Municipal de Lisboa – que nasceu da necessidade de aprofundar o conhecimento existente sobre as relações complexas que se estabelecem entre as populações mais carenciadas e a dimensão saúde.

Perceber até que ponto a situação concreta de marginalização extrema em que se encontra a população sem-abrigo se constitui como realidade paradigmática desse relacionamento fortemente lesivo da concretização dos direitos básicos de cidadania constituiu a interrogação de partida da pesquisa realizada.

Partindo da experiência contrastante - ao nível das estratégias de prestação de cuidados de saúde - de duas instituições de apoio aos sem-abrigo na cidade de Lisboa, procurou perceber-se as (im)possibilidades de acesso aos cuidados de saúde por parte da população sem-abrigo na cidade de Lisboa.

A adopção de um modelo analítico que identificou todo um conjunto de dimensões relativas quer ao universo da saúde, quer ao universo dos sem-abrigo permitiu uma operacionalização das variáveis consideradas relevantes para uma melhor compreensão do relacionamento existente entre ambos.

Perceber as (im)possibilidades de acesso aos cuidados de saúde da população sem-abrigo implicou conhecer os recursos, os percursos de vida, as necessidades expressas e as expectativas que nutrem (ou não) relativamente ao direito de protecção da sua saúde. Procurou-se também conhecer os padrões de utilização dos serviços de saúde por parte desta população bem como os critérios de acesso dominantes, as respostas disponíveis e os relacionamentos que se estabelecem entre esta população e os diferentes actores em presença no sistema de saúde (seguranças, pessoal administrativo e pessoal técnico).

Confrontando as necessidades e expectativas de uns (os sem-abrigo) e as respostas do sistema (e as percepções dos seus actores sobre o fenómeno em causa) procurámos, identificar a existência de barreiras decorrentes não apenas do funcionamento do próprio sistema de saúde, mas também da complexidade de percursos de vida que confluem para um acumular dificuldades /impossibilidades de aceder a um direito básico. Por outro lado, analisámos a emergência, neste tecido social, de iniciativas, de estratégias e de projectos específicos que procuram facilitar este acesso, promovendo uma maior aproximação entre as necessidades da população sem-abrigo e as respostas existentes.

Nesse tecido social que envolve o relacionamento complexo entre a população sem-abrigo e o sistema de saúde, surge ainda e inevitavelmente todo um conjunto de representações sociais que importa captar e que estão presentes também entre aqueles que, utentes do serviço nacional de saúde, partilham espaços e tempos, possibilidades e impossibilidades de acesso com uma população sobre a qual constróem todo um imaginário social repleto de conotações de sentido diverso.

Procurou-se através da adopção deste modelo e do recurso a uma estratégia metodológica diversificada perceber de que forma interagem os diferentes actores (população sem-abrigo, técnicos de saúde, técnicos dos dois centros de acolhimento, outro pessoal com contacto directo com os sem-abrigo e utentes dos serviços de saúde), de que forma se entrecruzam os elementos facilitadores/bloqueadores do acesso dos sem-abrigo aos cuidados de

saúde, até que ponto a diferentes padrões de utilização do sistema correspondem formas mais adequadas de dar resposta às necessidades de saúde, até que ponto estratégias diferenciadas de prestação de cuidados de saúde conduzem a diferentes níveis de acessibilidade ao sistema, a diferentes níveis de satisfação entre utentes e prestadores de cuidados e até que ponto contribuem para potenciar/bloquear processos de inserção social da população sem-abrigo.

Estas foram algumas das interrogações que, constituindo pontos de partida teóricos, se vieram a constituir como pontos de chegada empíricos.

Se a situação de marginalização extrema em que se encontra a população sem-abrigo se reflecte de forma clara nos resultados da análise efectuada, menos óbvia é a forma como estes processos se traduzem no relacionamento destas populações com o universo da saúde.

No primeiro caso, foi possível identificar a presença de elevados níveis de precariedade entre os entrevistados, precariedade essa visível através da análise das características sócio-demográficas e dos percursos de vida dos indivíduos. Dessa análise resultou a identificação de cinco dimensões chave (nível de isolamento social, baixos recursos financeiros e profissionais, elevada instabilidade residencial e habitacional, experiências marcantes na infância e juventude e tempo de exposição à situação de marginalização) e uma reflexão sobre os mecanismos de natureza societal que contribuem de forma decisiva para despoletar e/ou reproduzir/consolidar esses processos (persistência da pobreza, precariedade de emprego, insuficiente protecção social, funcionamento institucional, entre outros).

Entre as fragilidades de uns e as responsabilidades de outros, assiste-se à passagem de um tempo que se tem revelado, sobretudo um tempo de exaustão de recursos e, muito menos, um tempo de recomposição.

Indissociável destas rupturas várias que caracterizam as vidas e os percursos destes indivíduos é sem dúvida a identificação daquilo que designámos por ruptura sanitária. Ruptura que se traduz numa evidente deterioração das condições de saúde, numa fraca adesão aos serviços de saúde (em particular, no que se refere aos cuidados de saúde primários), privilegiando-se, ao contrário, uma utilização meramente de emergência (pese embora uma avaliação claramente mais crítica deste tipo de serviços) e na persistência de obstáculos de natureza administrativa ou relacional ao acesso à saúde.

Porém, o relacionamento entre a população sem-abrigo entrevistada e os serviços de saúde revela igualmente a presença de elementos que contrariam essas rupturas e que potenciam a concretização do direito básico de acesso aos cuidados de saúde. Veja-se a satisfação generalizada com os cuidados de saúde recebidos, a valorização dada à qualidade do relacionamento humano na relação com os técnicos de saúde, a capacidade de identificar necessidades e obstáculos, sugerindo soluções, o desejo de criar (ou manter) pontes com os serviços de saúde públicos que possam responder às necessidades sentidas, a existência de canais facilitadores entre os serviços existentes e a população sem-abrigo, facilitando o acesso aos cuidados, a identificação de um baixo potencial de conflitualidade entre os sem-abrigo e outros utentes do Centro de Saúde e o respectivo reconhecimento do direito à saúde por parte destes últimos.

A capacidade que revelarmos em ultrapassar obstáculos e fragilidades, fortalecendo e consolidando as pontes existentes será seguramente fundamental no sentido de concretizar "sonhos" e não já de "gerir" as existências destas cidadãs e cidadãos nas margens de uma "sociedade para todos", buscando e propondo retalhos de direitos básicos de cidadania.

Neste sentido, desenvolver estratégias de resolução dos problemas de saúde entre os sem-abrigo, sendo uma tarefa necessária e imprescindível, poderia pois constituir um dos pontos de partida para um processo de reinserção social, para o que será absolutamente vital que disso tenham consciência os diferentes actores que a nível técnico, ou político têm responsabilidades nesta área.

É neste sentido que os resultados do estudo que procurámos, nestes breves parágrafos, sintetizar incluem uma componente de recomendações que, suscitadas de forma mais ou menos directa pelos resultados da pesquisa, exigem seguramente uma discussão alargada entre os actores em presença (a diferentes níveis) neste complexo relacionamento entre a população em situação de marginalização extrema e o universo da saúde.