



Paula Cristina  
Moreira Carrinho

## A SAÚDE MENTAL DOS SEM ABRIGO: COMUNIDADES DE INSERÇÃO

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Auxiliar com agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.



Dedico este trabalho aos meus sobrinhos Tiago, Diogo e Sara

*Dedico ainda à grande família dos “retornados”, na qual orgulhosamente me incluo. Sem casa, sem toda a moldura humana que um lar comporta e sem país, um dia houve em que conhecemos bem de perto o sentimento de desafiliação.*

*Sabemos que a perda de casa é bem mais do que a perda de quatro paredes e que os vínculos afectivos são insubstituíveis.*

*A todos vós o meu reconhecimento e admiração pela força, coragem, resiliência e capacidade de amar!*



## O júri

### Presidente

Prof. Doutor Fernando Manuel dos Santos Ramos  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor José Luís Costa Abreu  
Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina da  
Universidade de Coimbra

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira  
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro  
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves  
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de  
Viseu



## agradecimentos

- À Professora Doutora Anabela Sousa Pereira, o meu reconhecimento e admiração pela orientação, apoio científico, disponibilidade, confiança e carinho demonstrado. Para além de uma referência científica constitui-se como uma referência cívica e humana;
- À Professora Doutora Florbela Vitória, pela colaboração e ensinamento no tratamento estatístico do estudo e também pelo estímulo, confiança e paciência nos momentos de maior ansiedade; à Professora Doutora Cláudia Chaves por todo o apoio, amizade e reforço. Sem elas jamais este trabalho teria sido possível;
- A todos os que se disponibilizaram a colaborar neste estudo, pedra basilar na sua consecução;
- Aos meus utentes, que obrigaram a novos horizontes e aos profissionais que a esta área se dedicam, especialmente à Dr.<sup>a</sup> Teresa Caeiro;
- Ao Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, por ter criado as condições necessárias a implementação deste projecto de investigação e a elaboração da presente tese;
- À Associação Novo Olhar- pólo da Figueira da Foz, à Caritas Diocesana de Coimbra, à Euroexemplo e à Figueira Viva pela colaboração na realização do presente estudo, respectivamente Dr. João Sanchez, Dr.<sup>a</sup> Justina Dias, Dr. Ivete Carrinho e Dr.<sup>a</sup> Vânia Duarte;
- A todos os que gentilmente autorizaram a utilização dos seus instrumentos;
- Aos amigos que ao longo de anos comigo partilharam horas de trabalho, por tudo o que me ensinaram e apoiaram, especialmente à Dr.<sup>a</sup> Paula Carriço, Dr. João Santana Lopes e Dr. Augusto Roxo.
- Aos meus amigos por fazerem parte da minha vida;
- Ao Dr. Luís Ferreira parceiro de tantos sonhos e projectos;
- À minha querida família, pelo apoio e amor!

A todos os que me fazem acreditar, e que invariavelmente admiro, o sincero,

Muito Obrigado!





palavras-chave

Sem abrigo; vinculação; saúde mental; rede social; acontecimentos de vida stressantes, bem estar psicológico, Comunidade de Inserção

resumo

Pretendemos com este estudo caracterizar os sem abrigo, as suas redes e relações sociais, bem como os modelos de intervenção, de forma a que se possa ter um maior conhecimento acerca desta problemática. Para a consecução destes propósitos, foram delineados os seguintes objectivos: caracterizar a população sem abrigo em termos de variáveis sócio-demográficas; identificar a sua rede social de apoio; caracterizar as dimensões sociais associadas à vinculação adulta nos sem abrigo; caracterizar a incidência de psicopatologia nesta população; analisar o seu bem estar psicológico; caracterizar os acontecimentos de vida stressantes que contribuem para a emergência desta problemática.

Para atingir estes objectivos foram realizados dois estudos, um de carácter quantitativo e um segundo de carácter qualitativo. Participaram 225 indivíduos (105 sem abrigo e 120 pessoas carenciadas) garantindo a homogeneidade nas variáveis sexo e idade. A média de idades da amostra total (n= 225) é de 38 anos, sendo que a maioria dos sujeitos desta investigação pertence ao sexo masculino (78,5%). O grupo dos sem abrigo foi recolhido em duas comunidades de inserção, na zona centro do país, sendo importante destacar que todos nesta fase têm apoio residencial, satisfação das necessidades básicas, acompanhamento social e psicológico, bem como, projectos de inserção em curso. O protocolo de recolha de informação inclui dados pessoais, a versão portuguesa da (ASQ)-Questionário de Estilos de Vinculação nos Sem Abrigo (QEVSA), da escala de ocorrência de acontecimentos de vida stressantes relacionados com o surgimento do primeiro episódio de sem abrigo (EAVSSA), do Questionário de Morbilidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA), do Medical Outcomes Study's social support scale (MOS-SSS-P), a escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico (EMMBEP), o programa de intervenção da CINO e uma entrevista estruturada utilizada no estudo qualitativo.

Os principais resultados são: a) o perfil de sem abrigo encontrado é maioritariamente homem, em média com 39 anos, solteiro ou divorciado, com 1 filho, 2.º ciclo de escolaridade, desempregado e português; b) maioria viveu na rua mais de um ano, está na instituição há menos de meio ano, não teve nos últimos seis meses consumo de substâncias (álcool e drogas), frequenta consultas (saúde mental e toxicodependência), toma medicação (terapêutica de substituição e neurolépticos), afirma não ter comportamentos de risco, e na maioria têm patologia infecciosa (HIV ou hepatite c), tendo cerca de 40% estado detidos; c) a problemática dos sem abrigo é um fenómeno multicausal apontando como principais factores o conflito familiar, o desemprego e problemas de saúde; d) em termos de vinculação população sem abrigo parece corresponder a indivíduos com vinculação insegura, denotando uma falta de confiança generalizada; e) em termos de bem estar psicológico a média foi significativamente superior no grupo de pessoas carenciadas, quando comparado com o grupo dos sem abrigo; f) no que toca à saúde mental constatamos que 80% dos sem abrigo e 42.5% das pessoas carenciadas são portadores de transtorno mental; g) no que concerne ao apoio social os sem abrigo referem menor suporte social (apoio emocional, afectivo, instrumental e menor interacção social positiva) que as pessoas carenciadas; h) os sem abrigo têm menos familiares e amigos íntimos; i) os resultados do estudo qualitativo indicam que o programa de intervenção da CINO, parece contribuir para a emergência de uma rede social estável, activa, acessível e integrada que se constitui como um sistema salutogénico para o indivíduo, diminuindo o uso dos serviços. Parece ainda eficaz aos olhos dos próprios e destacam como factor fundamental a sua participação activa no mesmo, a importância de rotinas organizadoras, de espaços de terapia de grupo e a existência de equipa multidisciplinar. Destacam ainda como positivo o facto de existir um primeiro período de regime fechado como estratégia de prevenção de recaída, um programa faseado de aquisição de responsabilidades e autonomia, acesso a emprego no exterior da comunidade e o follow-up pós autonomização. Como implicação deste trabalho salienta-se a produção de conhecimentos acerca da realidade dos sem abrigo na região centro do país e de estratégias de intervenção.



## keywords

Homeless; attachment; mental health, social support, stressful life events, psychological well-being, Community Integration

## abstract

We intend with this study not only to characterize the homeless, their networks and social relationships, as well as the intervention models in order to get a greater knowledge on this issue. To achieve these purposes, were outlined the following objectives: to characterize the homeless population in relation to the sociodemographic variables; to identify their social support network; to characterize the social dimensions associated to the linking adult in the homeless; to characterize the incidence of psychopathology in this population, to analyze their psychological well-being, to characterize the stressful life events that contribute to the emergency of this problematic.

To achieve these objectives were carried out two studies: one of quantitative nature and other of qualitative nature. 225 participants attended in these studies(105 homeless and 120 poor people) ensuring uniformity in age and sex. The average age of the total sample (n=225) is 38 years old and the majority of the subjects of this investigation are males (78,5%). The group of homeless was gathered in two host institutions in the centre of the country, stressing that at this stage everybody is in a position to support residential, with guaranteed satisfaction of basic needs, psychological and social support as well as with integration projects underway.

The protocol for the collection of information includes personal data, the Portuguese version of the Attachment Style Questionnaire (ASQ) - Attachment Styles Questionnaire on Homelessness (QEVSA), the questionnaire of the occurrence of stressful life events related to the onset of first episode Homeless (EAVSSA), the Questionnaire of Psychiatric Morbidity in Adults (QMPA), the Medical Outcomes Study's social support scale (MOS-SSS) and the measurement scale of the manifestation of psychological well-being (EMMBEP), the intervention program of CINO and a structured interview used in the qualitative study.

The main results are: a) The profile of the homeless is mostly man, on average 39 years old, single or divorced with a child, 2nd cycle of education, unemployed and Portuguese b) the majority lived on the street more than a year, they are in the institution less than half a year, they have not had in the last six months of substance use (alcohol and drugs), they attend consultations (mental health and substance abuse), they take medication (replacement therapy and neuroleptic), they claim not to have risky behaviors, and most have infectious pathology (HIV or hepatitis), 40% of them were arrested, the problem of homeless is a multicausal phenomenon, main factors pointing to family conflict, unemployment and health problems, d) in terms of bonding, the homeless population seems to correspond to individuals with insecure attachment, denoting a general lack of trust, e) in terms of psychological well-being, the average was significantly higher in the group of people in need, when compared with the group of homeless, h) in relation to mental health we found that 80% of the homeless and 42.5% of the poor are suffering from mental disorder, g) regarding the social support the homeless report lower social support (emotional support, emotional, instrumental and less positive social interaction ) than the poor h) the homeless have fewer close friends and family; i) the results of the qualitative study indicate that the intervention program of CINO, appears to contribute to the emergence of a stable social network, active, accessible and integrated system that is constituted as a salutogenic to the individual, reducing the use of services. It still seems effective in the eyes of themselves and stand out as key to their active participation in it, the importance of organizing routines, space group therapy and the existence of multi-disciplinary team.

They still stand as positive, the fact that there is a closed system, the first period as a strategy to prevent relapse, a phased program of acquisition of responsibility and autonomy, access to employment outside the community and post follow-up empowerment.

As results of our study, we highlight the production of knowledge about the reality of homeless in the central region and intervention strategies.



Índice	
Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Índice	
Índice de quadros	
Índice de gráficos, figuras e esquemas	
Índice de tabelas	
Siglas	
Abreviaturas	

Introdução geral	27
------------------	----

## PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1: Desenvolvimento e a relação de Vinculação	39
1.O conceito de vinculação	39
2.Construção da relação de vinculação	43
3.A Teoria da Vinculação	46
4.Vinculação na Idade adulta	49
5.Sistema de vinculação no adulto	55
6. Transmissão intergeracional	60
7. Vinculação e psicopatologia	63
Síntese	70
Capítulo 2: Enquadramento psicossocial dos Sem Abrigo	75
1. Exclusão social	75
2. Evolução do conceito de sem abrigo	82
3. Evolução do fenómeno dos sem abrigo	95
4.Abordagem psicossocial dos sem abrigo	104
5. Intervenção em rede	111
Síntese	116
Capítulo 3: Modelos de Intervenção em estruturas Residencias para Sem Abrigo	121
1.Opinião pública acerca dos sem abrigo	123
2. Caracterização das respostas sociais para sem abrigo	134
3.Comunidade de Inserção para sem abrigo: bases e influências	136
4.Um projecto de empowerment: Comunidade de Inserção Novo Olhar	142
4.1.Reunião comunitária	143
4.2.Reunião de residentes	144
4.3. Reunião de equipa	146
4.4. Rotina diária	148
4.5. Fases estruturais do processo na CINO	155
5.Particularidades do acompanhamento dos sem abrigo	160
Síntese	160

Capítulo 4: Saúde mental e Sem Abrigo	163
1.A pobreza e a saúde mental	163
2.A Desinstitucionalização Hospitalar	167
3.A Re-institucionalização Comunitária	171
4.Patologia Dual	176
5. Toxicodependências	178
5.1.Modelos de compreensão da toxicodependência	180
5.2 Modelos de tratamento das patologias aditivas	193
5.2.1.Prevenção recaída	194
5.2.1.1 Suporte empírico do modelo de PR	197
5.2.1.2.Técnicas de intervenção ao nível da prevenção da recaída	203
Síntese	209

## PARTE II: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

### ESTUDO 1- CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS SEM ABRIGO

Capítulo 5: Metodologia	219
1. Enquadramento e desenho do estudo empírico	219
2. Questões de investigação e objectivos do estudo	222
3. Amostra do estudo	225
3.1. Selecção dos participantes	225
3.2. Caracterização da amostra	226
4. Instrumentos de avaliação	226
4.1. Ficha de dados pessoais	227
4.2. Questionário do estilo de vinculação da população sem abrigo	227
4.2.1. Contributo para a análise psicométrica da escala QEVSA	229
4.3. Questionário de Morbilidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA)	238
4.4.Escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico (EMMBEP)	238
4.4.1. Contributo para a análise psicométrica da escala EMMBEP	240
4.5. Medical Outcomes Study - Social Support Survey (MOS-SSS)	242
4.5.1 Contributos para o estudo das propriedades psicométricas do MOS-SSS	245
4.6. Escala de Acontecimentos de Vida Stressantes nos Sem Abrigo (EAVSSA)	247
5.Procedimentos operacionais e éticos da investigação	248
6. Análise dos Dados	251
6.1.Análise da consistência interna das escalas	252
6.2. Coeficientes de correlação: Pearson	253
6.3. Teste t de Student e teste de Mann-Whitney	253
6.4. Teste ANOVA	254
Capítulo 6: Apresentação dos Resultados	259
1. Caracterização sócio-demográfica dos sem abrigo	259
2. Acontecimentos de vida stressantes nos sem abrigo (EAVSSA)	272
3. Sem abrigo Vs população carenciada	283
3.1. Vinculação	283

3.2. Saúde Mental	284
3.3. Bem estar psicológico	285
3.4. Suporte social	286
3.5. Relação entre o bem estar psicológico, o suporte social e a vinculação	286
4. Exploração das relações entre variáveis no grupo dos sem abrigo	289
Capítulo 7: Discussão dos resultados	301
1. Caracterização das variáveis sócio demográficas	301
2. Caracterização dos sem abrigo	302
3. Acontecimentos de vida stressantes nos sem abrigo	315
4. Factores de risco	320
5. Vinculação	325
6. Saúde mental	328
7. Bem estar psicológico	331
8. Suporte social	332
9. Relação entre o bem estar psicológico, o suporte social e a vinculação	336
10. Síntese conclusiva do estudo 1	343
ESTUDO 2- ANÁLISE EXPLORATÓRIA DA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DA CINO	
Capítulo 8: Metodologia do estudo 2	347
1. Opções metodológicas	347
2. Questões e objectivos do estudo	350
3. Amostra do estudo	350
4. Breve nota sobre o desenho da investigação	351
5. Instrumentos de avaliação	352
5.1. Entrevista estruturada	353
5.2. Programa de Intervenção da CINO	357
6. Análise dos dados	361
Capítulo 9: Corpus de trabalho (resultados e discussão)	365
1. Dados biográficos	365
2. Vivência de sem abrigo e sua rede relacional	366
3. Avaliação do programa de intervenção da CINO	368
4. Implicações do programa na reinserção do utente	376
5. Síntese conclusiva do estudo 2	378
Capítulo 10: Conclusões Integrativas	387
1. Contextualização	387
2. Principais conclusões	392
3. Limitações	403
4. Implicações práticas	404
5. Sugestões para investigações futuras	405
Referências Bibliográficas	407





Anexos	437
Anexo 1: Protocolo de Protocolo de Recolha de Dados	439
Anexo 2: Informação ao Participante	440
Anexo 3: Consentimento informado	442
Anexo 4: Questionário de caracterização	443
Anexo 5: Questionário de caracterização da ocorrência de acontecimentos de vida stressantes relacionados com o surgimento do primeiro episódio de sem abrigo	444
Anexo 6: Escala de medida de bem estar psicológico	445
Anexo 7: Questionário do estilo de vinculação de sem abrigo	446
Anexo 8 Questionário rede social MOS-SSS-P	447
Anexo 9 Questionário de morbilidade psiquiátrico	448
Anexo 10: Pedido e Autorização de utilização de Escalas	449
Anexo 11: Pedido de Autorização às instituições	457
Anexo 12: Entrevista Ana	462
Anexo 13: Entrevista Rui	467
Anexo 14: Entrevista Francisco	473
Anexo 15: Entrevista Raúl	479
Anexo 16: Entrevista Vera	490



## Índice de Quadros

Quadro 1-	Diferenças no estilo de vinculação segundo os padrões, história de vinculação, modelos mentais e experiências amorosas	54
Quadro 2-	Modelo e funcionamento do sistema de vinculação no adulto	57
Quadro 3-	Ligação entre relações de vinculação e saúde mental, de acordo com recentes desenvolvimentos da Teoria da Vinculação	68
Quadro 4-	Tipologia Europeia sobre sem abrigo e exclusão habitacional	85
Quadro 5-	Definição da ETHOS de sem abrigo harmonizada a nível da união europeia para realização de estudos acerca do fenómeno dos sem abrigo	92
Quadro 6-	Fontes de informação e grupos de risco face à situação de sem abrigo	94
Quadro 7-	Sete categorias teóricas de sem abrigo	96
Quadro 8-	Conceptualização de serviços para pessoas sem abrigo	127
Quadro 9-	Tipologia de serviços para sem abrigo e pessoas em risco de ser sem abrigo	129
Quadro 10-	Possíveis vias para sair da situação de sem abrigo	132
Quadro 11-	Comparação entre modelos de prevenção da recaída e doença	195
Quadro 12-	Factores de risco em relação aos sem abrigo	323
Quadro 13-	Dados biográficos dos entrevistados	365
Quadro 14-	Dados sobre a vivência de sem abrigo e a sua rede relacional	366
Quadro 15-	Avaliação da integração no programa de intervenção da CINO	369
Quadro 16-	Avaliação do funcionamento do programa de intervenção da CINO	372
Quadro 17-	Implicações do programa na reinserção do utente	376

## Índice de Gráficos

Gráfico 1-	Scree plot do QEVSA	232
Gráfico 2-	Scree Plot do EMMBEP	240
Gráfico 3-	Scree Plot do MOS-SSS	245

## Índice de Figuras

Figura 1 -	Domínios da exclusão nos sem abrigo e nos grupos de risco	96
Figura 2 -	Processo de desenvolvimento da dependência: modelo unifactorial	182
Figura 3 -	Processo de desenvolvimento da dependência: modelo bifactorial	184
Figura 4 -	Processo de desenvolvimento da dependência: modelo biopsicossocial	185
Figura 5 -	O papel do toxicodependente no desenvolvimento de problemas de comportamento (discurso político-jurídico)	186
Figura 6 -	O papel do toxicodependente no desenvolvimento de problemas de comportamento (modelo biopsicossocial )	186
Figura 7 -	Modelo cognitivo-comportamental do processo de recaída	199
Figura 8 -	Estratégias específicas de intervenção	201
Figura 9 -	Representação gráfica das correlações $>.30$ entre suporte social, bem estar psicológico, transtorno mental e vinculação no GSA e GR	288
Figura 10-	Comparação dos resultados entre pessoas sem abrigo e pessoas carenciadas	338

## Índice de Esquemas

Esquema 1 -	Esquema geral da investigação	224
Esquema 2 -	Esquema geral da intervenção	398
Esquema 3 -	Modelo ecológico de leitura da problemática dos sem abrigo	399
Esquema 4 -	Modelo de intervenção comunitária em termos de saúde mental	401

## Índice de Tabelas

Tabela 1 -	Instrumentos utilizados na investigação e seus objectivos	227
Tabela 2 -	Valores próprios e variância explicada dos factores do QEVSA	232
Tabela 3 -	Comunalidades dos itens do QEVSA (ACP, forçada a 5 factores, rotação varimax)	233
Tabela 4 -	Distribuição dos itens pelos factores do QEVSA e respectivas saturações factoriais (ACP, forçada a 5 factores, rotação varimax)	234
Tabela 5 -	Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas da subescala necessidade de reforço e aprovação	235
Tabela 6 -	Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas subescala confiança em si e nos outros	236
Tabela 7 -	Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas da subescala vivência dos relacionamentos como secundários	236
Tabela 8 -	Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas da subescala preocupação com os relacionamentos	237
Tabela 9 -	Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas da subescala desconforto com a proximidade	237
Tabela 10 -	Média, desvio padrão e alfa de Cronbach do QEVSA	238
Tabela 11 -	Saturações factoriais, comunalidades, médias, desvios-padrão e correlação corrigida dos itens da escala EMMBEP	241
Tabela 12 -	Saturações factoriais, comunalidades, médias, desvios-padrão e correlação corrigida dos itens da escala MOS-SSS.	246
Tabela 13 -	Média, desvio padrão da escala e alfa de Cronbach	246
Tabela 14 -	Médias, desvios-padrão das idades e ANOVA função do género (n =105)	259
Tabela 15 -	Frequências absolutas e relativas do estado civil por género e amostra total (n=105)	260
Tabela 16 -	Frequências absolutas e relativas do número de filhos por género e amostra total (n=105)	260
Tabela 17 -	Médias, desvios-padrão e ANOVA do número de filhos em função do género	261
Tabela 18 -	Habilitações por género e amostra total (n =105)	262
Tabela 19 -	Situação profissional por género e amostra total (n =105)	262
Tabela 20 -	Nacionalidade por género e amostra total (n =105)	263
Tabela 21 -	Motivos da vivência sem abrigo (n =105)	264
Tabela 22 -	Tempo em que viveu na rua (n =105)	264
Tabela 23 -	Tempo que viveu na instituição (n =105)	265
Tabela 24 -	Prescrição de medicação por género e para a amostra total (n =105)	266
Tabela 25 -	Frequência de consultas por género e para a amostra total (n =105)	266
Tabela 26 -	Consumos recentes, por género e amostra total (n =105)	268
Tabela 27 -	Tempo e via de Consumo, por género e amostra total (n =105)	268

Tabela 28 -	Comportamentos de risco por género e amostra total (n=105)	269
Tabela 29 -	Patologia infecto-contagiosa por género e amostra total (n=105)	270
Tabela 30 -	Detenções por género e amostra total (n=105)	270
Tabela 31 -	HIV/SIDA vs. comportamentos de risco, tempo de rua e tempo de institucionalização (n=105)	271
Tabela 32 -	Detenção vs. HIV/SIDA e tempo de institucionalização (n=105)	271
Tabela 33 -	Incidência dos acontecimentos de vida stressantes do AVSSA (ordenação decrescente da frequência) (n=105)	273
Tabela 34 -	Comparação entre géneros da incidência dos acontecimentos de vida stressantes do AVSSA (n=105)	274
Tabela 35 -	Grau de influência dos acontecimentos na situação de sem abrigo	275
Tabela 36 -	Nível de influência de acontecimentos da dimensão pessoal no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo por temporalidade de ocorrência	277
Tabela 37 -	Nível de influência da dimensão afectiva no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo por temporalidade de ocorrência	278
Tabela 38 -	Nível de influência da dimensão económica no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo por temporalidade de ocorrência	279
Tabela 39 -	Nível de influência da dimensão institucional no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo por temporalidade de ocorrência	280
Tabela 40 -	Ocorrência de Acontecimentos de vida stressantes no que respeita ao surgimento do primeiro episódio de sem abrigo (n=105)	281
Tabela 41 -	Médias e desvios-padrão do grau de causalidade atribuída a cada acontecimento	282
Tabela 42 -	Média e desvio-padrão do número de acontecimentos de vida stressantes	283
Tabela 43 -	Médias e desvios-padrão do grupo dos sem abrigo e grupo de referência, no QVESA (n=225)	284
Tabela 44 -	Prevalência de transtorno mental no grupo sem abrigo e no grupo de referência (n=225)	284
Tabela 45 -	Médias e desvios-padrão do grupo dos sem abrigo e grupo de referência, no Bem estar Psicológico (n=225)	285
Tabela 46 -	Médias e desvios-padrão do grupo dos sem abrigo e grupo de referência na MOS SSS (n=225)	286
Tabela 47 -	Matriz de correlações entre suporte social, bem estar psicológico e vinculação no grupo de sem abrigo (n=105)	287
Tabela 48 -	Matriz de correlações entre suporte social, bem estar psicológico e vinculação no grupo de referência (n=125)	288
Tabela 49 -	Correlação entre bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes com a idade e o número de filhos no GSA (n=105)	290

Tabela 50 -	Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função do género (n=105)	291
Tabela 51 -	Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função da existência de consumo no último mês (n=105)	292
Tabela 52 -	Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função da toma de medicação (n=105)	293
Tabela 53 -	Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função de ter existido detenção (n=105)	294
Tabela 54 -	Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função do tempo de rua (n=105)	295
Tabela 55 -	Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função do tempo de institucionalização (n=105)	296
Tabela 56 -	Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função da situação que conduziu à ocorrência de sem abrigo (n=105)	297
Tabela 57 -	Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função da existência de transtorno mental (n=105)	298
Tabela 58 -	Estimativa do número sem abrigo em dois países e em algumas grandes cidades do mundo	308
Tabela 59 -	Síntese das questões colocadas na entrevista	356

## Siglas

AAI - Adult Attachment Interview

AMI - Assistência Médica Internacional

ASQ - Attachment Style Questionnaire

CI- Comunidade de Inserção

CINO - Comunidade de Inserção Novo Olhar

DGSP - Direcção Geral dos Serviços Prisionais

EAVSSA- Escala dos acontecimentos de vida stressantes nos sem abrigo

EMMBEP- Escala de medida de manifestação de bem estar psicológico

ETHOS - European Typology on Homelessness and Housing Exclusion EUA -  
Estados Unidos da América

AVS- Acontecimentos de vida stressantes

FEANTSA - European Federation of National Organisations Working with the Homeless GRGR-

GR- Grupo referência

GSA- Grupo sem abrigo

HIV - Human Immunodeficiency Virus

IEFP - Instituto do Emprego e formação Profissional

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições particulares de solidariedade social

ISS.IP - Instituto de Solidariedade Social - Instituto Público IST -

Infecções Sexualmente Transmissíveis

MOS-SSS- Medical Outcomes Study's social support scale

NPISA- Núcleo de prevenção e intervenção nos sem abrigo

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização não governamental

PACT - Program for Assertive Community Treatment

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

POAT - Programa Operacional de Assistência técnica

PR- Prevenção de recaída

QEVSA- Questionário do estilo de vinculação sem abrigo

QMPA- Questionário de morbilidade psiquiátrica em adultos

REAPN - Rede Europeia Anti Pobreza

RQ - Relationship Questionnaire

RSI - Rendimento Social de Inserção

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana



## Abreviaturas

$\alpha$  - Alfa

cf. - Confronte com, confira

CV - Coeficiente de variação

Dp - Desvio padrão

ed. - Edição

et al. - Entre outros

F- Frequência

K - Kurtosis

Lda. - limitada

Máx. - Máximo

X - Média

Min. - Mínimo

N - Número

p. - Página

% - Percentagem

P - Probabilidade

Sk - Skewness

vol. - Volume

$\chi^2$  Quiquadrado



## Introdução geral

Decidir sobre o tema de uma pesquisa é sempre algo de muito pessoal.

Ao longo da nossa experiência profissional somos confrontados com a situação de sem abrigo, o que nos permitiu um maior conhecimento na área e tendo tal proximidade suscitado um conjunto de questões que nos interessava compreender e estudar.

O tema que nos propomos explicar não é de todo simples. O fenómeno dos sem abrigo comporta um rol de questões multifactoriais que nos levam a questionarmo-nos a todos, enquanto profissionais, investigadores e em última instância enquanto cidadãos.

A proposta de pesquisa propõe-se assim, compreender, caracterizar e explicar os mecanismos que conduzem à situação de sem abrigo, bem como a necessidade de analisar e avaliar a intervenção nesta área. Ciente de que os seres humanos constroem as suas realidades num processo de interacção com outros seres humanos, reconhecendo simultaneamente a necessidade metodológica de «estar por dentro», num esforço para compreender esta realidade, tal como o sujeito a vive.

A Federação Europeia das Associações que Trabalham com os sem abrigo (FEANTSA), propõe que se adopte uma definição que denominou de ETHOS - European Typology of Homelessness (Tipologia Europeia sobre Sem abrigo e Exclusão Habitacional), dado que considera ser esta uma definição abrangente, na qual as diferentes realidades desta população, por toda a Europa, são integradas (Spinnewijn, 2005, p. 22). Esta é a definição actualmente aceite em Portugal: “Considera-se pessoa sem abrigo aquela que, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição socioeconómica e condição de saúde física e mental, se encontre: sem tecto - vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário; sem casa - encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito.” (Estratégia nacional para a inclusão das pessoas sem abrigo, 2010).

Segundo Dagrana Avramov (1999), a investigação sobre situação de sem abrigo sofreu alterações desde uma perspectiva muito restrita a um julgamento demasiado genérico. Só recentemente é que a investigação gradualmente se move de um focus de deficiências individuais para a análise de processo social que conduziu a diferentes graus e formas de exclusão habitacional, o que determina largamente o alcance da acção política, percepção da responsabilidade social e distribuição de recursos públicos para enfrentar a privação de habitação

(Xiberras, 1996; Soulet, 2000; Castel, 2000; Spinnewijn, 2005; Fitzpatrick et al. 2009; Edgar et al, 2007; Brandt, 2008; Ó Broin, 2008; Örnevall, 2008). Algumas das investigações sobre a evolução deste fenómeno (Bahr, 1973; Blumberg, 1973; Bogue, 1963; Daly, 1996, Rossi, 1990, Thelen, 2006; Martijn & Sharp, 2006; Örnevall, 2008; Kitzman, 2008; Pezzana, 2008; Busch-Geertsema, 2010; Batista, 2010) apresentam consideráveis diferenças entre os actuais sem abrigo e os existentes há duas décadas. Kitzman (2008) defende ainda que maioria das pessoas que ficam na situação de sem abrigo desconhecem o acesso a benefícios financeiros e subsídios que os podem ajudar a sair das situações de crise em que se encontram. Igualmente na realidade nacional, num estudo realizado pela AMI (2006), constatou-se que o Rendimento Social de Inserção abrange unicamente 10% da população sem abrigo.

Em Portugal «o fenómeno dos sem abrigo parece (...) não ter, até ao momento despertado o interesse da comunidade científica (...) sendo escassos os estudos ou reflexões sobre os fenómenos de marginalização extrema, (...) que partindo da complexidade e heterogeneidade normalmente associada a este tipo de situações e processos, tenha procurado explicitar as interacções que se estabelecem entre diferentes níveis de causalidade que se combinam e reforçam mutuamente, permitindo explicar o processo que conduz os indivíduos a situações de marginalização extrema, bem como à persistência dessas situações ao longo do tempo» (Baptista, 2005:59). No quadro legal actual, deixa de ser punível dormir na rua, estando as autoridades obrigadas a intervir junto desta população com base no consentimento voluntário (Bento, 2002:44). Nos diversos estudos realizados em Portugal (Pereira, 2000; Bento e Barreto, 2002; Baptista, 2005; Thelen, 2006) encontramos um esforço de caracterização que reconhecemos como essencial para o conhecimento do fenómeno, mas ao fixarem o enfoque num conceito mais restrito que limita a perspectiva mais compreensiva do fenómeno, influenciam a percepção social da situação de sem abrigo como situação marginal que afecta um número pequeno de pessoas. Exemplo desta restrição do conceito é a identificação dos mais recentes estudos do Instituto da Segurança Social nesta matéria, realizados entre 2004 e 2005, e publicados em Dezembro de 2005, que apenas caracterizam a realidade de 467 pessoas sem abrigo a viver na rua, ou seja, a categoria operacional utilizada foi a de sem tecto.

Ao analisar a condição de sem abrigo como um processo social, mais do que uma simples condição de “não habitação”, a comunidade de investigadores necessita de identificar factores, grupos e formas de risco, materializadas por indivíduos e famílias pertencentes ao grupo de risco. O termo «sem abrigo» que é utilizado na actualidade parece acentuar a questão da habitação, num

sentido restrito, mas decerto também a da pobreza e da exclusão social num sentido mais amplo. A abertura do conceito de sem abrigo a outras categorias operacionais teve a eficácia de alertar para o fenómeno que se inicia muito antes de se estar a viver na rua.

Em Portugal a utilização desta terminologia tem vindo, a ser debatida, procurando ganhar maior impacto na percepção de que esta está cada vez menos assente numa linearidade causal explicativa centrada nas características individuais dos sem abrigo, «sendo urgente promover uma reflexão que permita dar visibilidade às causas estruturais destes fenómenos de marginalização extrema e que se encontram, aliás, inscritas nas trajectórias individuais e familiares mais ou menos explícitas» (Baptista, 2005:60).

No entanto, a indefinição do conceito não é uma realidade unicamente nacional. Através do levantamento bibliográfico realizado, é visível, a discrepância de dados relativamente ao número de sem abrigo, tendo em consideração a definição adoptada nos diferentes estudos (Burt, 1992; Avramov, 1995, Salinas, 1993, Koegel, 1996, Toro, 1997, Munoz & Vasquez, 2001, Martijn & Sharp, 2006).

Na União Europeia estimava-se em 1995 existirem próximo de 18 milhões de pessoas em situação de sem abrigo ou mal alojadas (Avramov, 1995). Brandt (2008) afirma que tal como em toda a Europa, na Dinamarca se confirma o aumento de jovens adolescentes e o decréscimo do número de sem abrigo idosos. Ao nível da realidade Irlandesa, Ó Broin (2008) confirma a existência, em Dezembro de 2008, de 366 pessoas sem abrigo a viver na cidade de Dublin, o que representa um aumento de 4% face aos números encontrados em 2005. Na Suécia o número de sem abrigo aumentou cerca de 15%, de 1999 a 2005. Em Abril de 2005, foram identificadas cerca de 17.800 pessoas (Önnevall, 2008).

Em termos da realidade portuguesa, Fernandes (1993) estimava que existissem em Lisboa próximo de 4500 pessoas nessa situação. Por seu lado Bento, Barreto, e Pires (1996) situaram a população sem abrigo entre os 2000 e os 3500 indivíduos. Mais recentemente Pereira e Silva (1998) apontavam para um número mínimo de 654 e um máximo de 859 indivíduos a pernoitar nas ruas de Lisboa. Em Lisboa, o Grupo de Ecologia Social do Laboratório Nacional de Engenharia Civil, entre Fevereiro e Abril de 2000, contabilizou 1366 sem abrigo (Grupo de Ecologia Social, 2000). Em 2001, segundo os resultados dos últimos Recenseamentos Gerais da População e Habitação, 81983 pessoas residiam em alojamentos não clássicos, ou seja, barracas, casas rudimentares de madeira, entre outros; representando 0,8% do total da população residente em Portugal e dos quais 52,7% eram homens e 47,3% eram mulheres (INE, 2001). Num estudo efectuado pelo Instituto de Segurança Social em 2004, resultou num número

global de 2717 pessoas a viver em situação de sem abrigo (Instituto de Segurança Social, 2005).

Segundo dados do INE, em 2001, cerca de 20% da população portuguesa encontrava-se numa situação de risco de pobreza. Portugal, conjuntamente com a Irlanda (21%), Grécia (20%), Espanha e Itália (19%) e Reino Unido (17%), apresenta uma taxa de risco de pobreza superior à média da UE, que se situa nos 15% (INE, 2001).

Os poucos estudos que existem não permitem perceber a multidimensionalidade do fenómeno, nem estudam as variáveis psicológicas associadas ao mesmo. Acreditamos que a implementação da Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo possa contribuir para unificação de conceitos e procedimentos e, desta forma, permitir chegar a números sobre esta realidade no país. A Estratégia incide sobre três áreas específicas Prevenção, Intervenção e Acompanhamento, que estabelecem entre si estreitas conexões ao nível da realidade concreta em que vivem as pessoas sem abrigo, mas às quais correspondem frequentes rupturas dos dispositivos de respostas existentes. A Estratégia assenta num conjunto de princípios orientadores, dos quais se destacam: Consagração dos direitos de cidadania; Promoção da igualdade de oportunidades e de género; Conhecimento actualizado da dimensão e natureza do fenómeno que sustenta o desenvolvimento das estratégias; Reconhecimento da multidimensionalidade e complexidade do fenómeno e consequente necessidade de adequação e persistência na implementação das medidas; Definição e implementação de medidas de prevenção, intervenção e acompanhamento; Responsabilização e mobilização do conjunto das entidades públicas e privadas para uma intervenção integrada e consistente; Reconhecimento e adequação às especificidades locais; Garantia de uma intervenção de qualidade centrada na pessoa, ao longo de todo o processo de apoio e acompanhamento; Participação proactiva e promoção do *empowerment* da pessoa sem abrigo em todos os níveis do processo de inserção social; Educação e mobilização da comunidade; Monitorização do processo e avaliação dos resultados da implementação da Estratégia. Todos os planos de intervenção dirigidos ao fenómeno das pessoas sem abrigo devem ter em consideração três níveis de intervenção: medidas que se dirijam à prevenção junto de grupos de risco; à intervenção em situação de rua e alojamento temporário; e intervenção ao nível do acompanhamento posterior ao acesso a alojamento e respectiva inserção.

Este conjunto de pressupostos levou-nos às seguintes questões: a) qual o perfil do sem abrigo, integrado em comunidade de inserção, na região centro do país? b) quais os factores que estão na origem do primeiro episódio de sem abrigo? c) terá a população sem abrigo maior índice de patologia mental do que a população carenciada? d) terá a população sem abrigo menos suporte social que a população carenciada? e) qual a avaliação que os residentes da comunidade de inserção novo olhar fazem do programa de intervenção daquela estrutura?

Face às questões apresentadas, optámos por dirigir o nosso estudo para a caracterização psico-social dos sem abrigo. A sua finalidade, não é testar modelos ou fundamentar teorias, o que se pretende é, sobretudo, caracterizar os sem abrigo de forma a que se possa ter um maior conhecimento acerca desta problemática e analisar possíveis estratégias de intervenção nesta área. Foram assim considerados os seguintes objectivos gerais: perceber a forma como os sem abrigo se relacionam com o outro; conhecer a sua rede social de apoio; contribuir para um maior investimento na reinserção dos sem abrigo e maior reconhecimento da importância de um trabalho técnico de qualidade, da necessidade de criação de linhas orientadoras de intervenção e da importância da participação dos próprios na organização e implementação de medidas de intervenção. Para a consecução destes propósitos, foram delineados objectivos específicos: caracterizar a população sem abrigo em termos de variáveis sócio-demográficas; identificar a sua rede social de apoio; caracterizar as dimensões sociais associadas à vinculação adulta nos sem abrigo; caracterizar a incidência de psicopatologia nesta população; analisar o seu bem estar psicológico; caracterizar os acontecimentos de vida stressantes que contribuem para a emergência desta problemática.

Estruturalmente, esta pesquisa consta de duas partes estando cada uma organizada em capítulos. A primeira integra o quadro teórico, no qual damos conta da incursão feita pela literatura científica nacional e internacional, permitindo-nos desta forma contextualizar o problema em estudo, bem como sustentar as nossas hipóteses teóricas. Assim, a revisão teórica resultante da leitura bibliográfica e pesquisa em base de dados na área, procurou abranger de forma sistematizada e aprofundada as áreas de estudo, consideradas como as mais relevantes para introduzir a nossa investigação, dando corpo a quatro capítulos principais. Nestes será focado o contributo dos autores para o acréscimo de conhecimento sobre o tema, salientando os aspectos relacionados com o modelo de análise para o qual, na segunda parte procuraremos suporte.

No Capítulo I apresentaremos a vinculação enquanto processo de vital importância à sobrevivência física, emocional e psicológica dos indivíduos. Iniciando com os estudos de Bowlby sobre vinculação a perspectiva desenvolvimentalista, presente na génese da teoria da Vinculação

será igualmente abordada, apresentando algumas das investigações empíricas realizadas no âmbito desta temática, em todo o ciclo de vida. Dado que o presente estudo foi realizado com população adulta, damos naturalmente algum destaque ao sistema de vinculação no adulto. Posteriormente dedicaremos especial atenção ao processo de transmissão intergeracional e à psicopatologia.

Ao longo do Capítulo II apresentaremos alguns conceitos fundamentais à compreensão da problemática dos sem abrigo, iniciando por abordar a exclusão social, a importância de ter uma casa, analisando a definição do conceito de sem abrigo e evolução deste fenómeno a nível nacional e internacional.

No Capítulo III apresentaremos as comunidades de inserção, começando por abordar de forma mais pormenorizada os fundamentos e filosofia de base das comunidades de inserção, enquanto resposta residencial para públicos em situação de exclusão social. Em segundo lugar e mais particularmente, apresentaremos a Comunidade de Inserção Novo Olhar, como exemplificativa das estruturas físicas onde decorre a investigação, detalhando o programa de intervenção desta e finalizando com a reflexão acerca de algumas particularidades decorrentes do acompanhamento desta população.

O Capítulo IV será dedicado à saúde mental e suas particularidades no contexto da população sem abrigo. Reflectiremos acerca da política de desinstitucionalização hospitalar e exploraremos as particularidades da reinserção comunitária prevista na lei de base da saúde mental. Faremos uma sumária apresentação do processo de desinstitucionalização na área da mental e as necessidades comunitárias que tal impõe, bem como, o seu efeito no aumento de casos de sem abrigo e no tipo de abordagem necessária nestas situações específicas. Finalizamos o capítulo com a apresentação da patologia aditiva. Faremos uma breve contextualização da patologia dual, do fenómeno da toxicodependência e do alcoolismo e por fim apresentaremos os conceitos da prevenção de recaída, estratégia comportamental que nos parece adequada para as situações de patologia aditiva em população mais carenciada.

A segunda parte do trabalho dedica-se ao seu contributo empírico, sendo dividido em dois estudos, um de carácter quantitativo e um segundo de carácter qualitativo.

O Capítulo V será dedicado à apresentação da metodologia do estudo 1 dedicado à caracterização da saúde mental dos sem abrigo. Este foi realizado com uma amostra de sem abrigo integrados em comunidade de inserção e pessoas carenciadas com situação residencial assegurada. Exploraremos os objectivos, questões e o desenho do estudo. Posteriormente,



referimo-nos à selecção dos participantes e à caracterização da amostra. Finalizamos com os procedimentos levados a cabo na presente investigação e os instrumentos de avaliação utilizados.

Ao longo do Capítulo VI apresentaremos os resultados dos estudos dos instrumentos de avaliação, tendo em conta as questões e objectivos da investigação inicialmente formuladas.

As variáveis estudadas resultantes da caracterização sócio demográfica serão objecto de cotação e classificação para tratamento estatístico dos dados.

No Capítulo VII discutiremos os resultados obtidos no primeiro estudo. Para o efeito seguiremos a mesma estrutura de apresentação utilizada no capítulo anterior, articulando a apresentação com a contextualização teórica. Começaremos por sintetizar os dados sócio demográficos, efectuando, de seguida, uma leitura crítica sobre as variáveis e a forma como os seus resultados se foram alterando ao longo do estudo. Dada a natureza desta pesquisa, a apreciação dos resultados obtidos será, na globalidade, objecto de comparação entre os grupos.

Concluimos com uma breve síntese conclusiva.

No Capítulo VIII apresentaremos a metodologia do estudo 2. Este é um estudo de carácter qualitativo que pretende avaliar junto dos residentes da Comunidade de Inserção Novo Olhar (CINO) o seu programa de intervenção. Para tal responderam a uma entrevista estruturada que visa avaliar a vivência de sem abrigo e a sua rede relacional; o programa de intervenção da CINO e por último, as repercussões deste na reinserção do utente.

No Capítulo IX apresentaremos os resultados da análise das entrevistas realizadas, bem como, a sua discussão. Concluimos com uma breve síntese conclusiva.

No Capítulo X são apresentadas as conclusões integrativas dos estudos, tecendo algumas considerações sobre os resultados significativos e as limitações do mesmo. Retiraremos elações sobre as implicações práticas do mesmo e sugestões para investigações futuras. Em anexo, coligiremos os materiais mais relevantes para o desenvolvimento da investigação, incluindo os instrumentos de avaliação utilizados, a informação fornecida aos participantes do estudo e a folha de consentimento informado, que foi assinada por estes de modo a confirmar o seu acordo em participar no estudo. Integramos ainda o pedido de autorização aos autores dos instrumentos e às instituições onde decorreu o estudo, bem como, a transcrição das entrevistas realizadas no âmbito do estudo 2.



## **PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **CAPÍTULO 1**



## Capítulo 1: Desenvolvimento e Relações de Vinculação

### 1. Conceito de vinculação

Começamos então pelo início.... Pela primeira relação possível de estabelecer - entre o bebé e a mãe (ou a figura que lhe presta cuidados). Onde surge e como se forma o vínculo afectivo? Qual a sua natureza e que importância terá no desenvolvimento da personalidade do sujeito? A tão complexa questão da saúde e da doença mental é abordada, permitindo um amplo repertório de respostas provenientes de diferentes linhas teóricas.

Embora já haja concordância sobre o facto de a vinculação ser um factor de grande importância no desenvolvimento da personalidade, muitas dúvidas e desconhecimentos sobre as implicações da relação mãe-criança na vida adulta ainda persistem.

Bowlby (1958, 1969/1980), psiquiatra inglês, como assessor da OMS na área de saúde mental, pesquisou sobre a privação da figura materna em crianças com idades entre 2 e 4 anos observadas antes, durante e depois da separação de suas mães. Na sua obra *A Natureza da Ligação com a Mãe*, ele revolucionou a psicologia do desenvolvimento, propondo que a relação mãe-filho passasse a ser designada *attachment* (vinculação, apego), referindo-se a um afecto específico de um indivíduo com o outro, contracenando as concepções psicanalíticas com aspectos da etologia. O autor postulou que a conduta humana pôde ser melhor entendida a partir da aplicação das teorias etológicas, que traduziram os conceitos evolucionistas biológicos em termos de conduta.

Sabe-se que o comportamento dos pais representa um papel central na predição de problemas de comportamento das crianças. Pesquisas têm mostrado que a sensibilidade parental é um dos melhores preditores da qualidade do apego (Paquette & Bigras, 2001).

Segundo Bruner (1969/1997), os bebés necessitam dos seus pais e da afeição deles, bem como de um mundo de impressões variadas e dotadas de regularidade para que possam ter um desenvolvimento saudável.

Sendo assim, a doença mental parece estar inserida num contexto amplo e complexo, cercado por inúmeros mistérios e incessantes tentativas de esclarecimento. Na actualidade, o estudo da psicopatologia humana parece estar cada vez mais a visualizar o indivíduo a partir de

uma totalidade integrada - mente, corpo, mundo interior e mundo exterior - bem como a valorizar a questão da vinculação no contexto etiológico (Brazelton, 1988/1992).

A vinculação, segundo Bowlby (1969/1980), é vista como algo que possibilitaria o desenvolvimento da capacidade de estar só; em que o vínculo afectivo bem estruturado representa o alicerce para um desenvolvimento saudável da personalidade. A noção da capacidade de estar só, que Winnicott fundamenta no paradoxo de se engendrar na experiência infantil de estar só na presença da mãe. Contudo, “a capacidade de estar só permite um espaço interno no qual o sujeito é simultaneamente espectador e agente, porque pode conservar um bom objecto interno introjectado, ultrapassadas que foram as angústias persecutórias e depressivas que estiveram na sua origem.” Sendo assim, “decorre do paradoxo da experiência vivida „de estar só na presença de alguém.” (Soares, 1996, p. 120).

Para o autor, existe uma relação importante entre as experiências de vinculação na infância e na adolescência e a possibilidade de estabelecer ligações afectivas na idade adulta. Segundo Marazziti (2002/2007), essas experiências possibilitariam “ao ser humano tornar-se mais autónomo, capaz de lançar-se ao mundo externo” (p. 72).

Sabendo que todo o ser humano tem a propensão para estabelecer vínculos afectivos com outros, levando a separação ou a quebra desses vínculos a múltiplas formas de consternação emocional e perturbações várias, teremos de concordar que, directa ou indirectamente, a qualidade das relações primárias que desenvolvemos com determinada “figura” ocupa um lugar central em todo o processo de desenvolvimento do sujeito. Esta propensão resolveu o problema da necessidade de protecção e suporte imprescindível à sobrevivência do ser humano, munindo a criança com um sistema de comportamentos que asseguram a proximidade com o adulto.

Autores tão conhecidos como René Spitz, Anna Freud, James Robertson, entre outros, deram contributos acerca dos efeitos da privação de cuidados maternos no comportamento da criança, fizeram com que o interesse pela área aumentasse, bem como os estudos sobre a mesma. Pareciam então prevalecer duas ideias: a importância da perda (temporária ou definitiva) da figura materna no desenvolvimento de psicopatologia e uma certa continuidade, quer nas acções quer nas defesas do indivíduo, entre essa experiência de perda ou separação e algumas perturbações do funcionamento do sujeito.

O estudo da vinculação permanece associado a John Bowlby e à sua Teoria da Vinculação, apresentada pela primeira vez em 1958. O interesse de Bowlby pela compreensão dos efeitos das múltiplas vertentes das relações significativas no desenvolvimento iniciou-se nos anos 20, altura em



que era médico numa instituição para crianças consideradas inadaptadas. Nas suas observações considerou a hipótese de que experiências ocorridas em contexto familiar tinham um papel determinante em posteriores perturbações da personalidade, tanto em crianças como em adolescentes.

A figura de vinculação serve de base segura, a partir da qual se explora o mundo numa interacção entre proximidade e afastamento relativamente aos cuidadores. Da qualidade dos vínculos iniciais e actuais dependerá a maior ou menor capacidade de autonomização da criança e, posteriormente, do adolescente e do adulto (Fleming, 1993). No fundo, é o sistema de vinculação que controla o sistema exploratório, sendo que ambos são activados de forma alternada, isto é, um sistema poderá ser activado quando o outro se encontrar num estado de baixa activação: a exploração de novos estímulos só ocorre quando a acessibilidade da figura de vinculação está garantida, enquanto que a diminuição da activação do sistema de vinculação possibilita a activação do sistema de exploração (Soares, 1996). O sistema de vinculação, ao possibilitar a manutenção da proximidade e a obtenção de segurança, promove a exploração, favorecendo a aprendizagem e o contacto com o meio. A criança constrói modelos internos acerca da acessibilidade e responsividade das figuras de vinculação, que constituem verdadeiras estruturas cognitivas, sendo posteriormente possível a sua correcção por objectivos. Ou seja, para além da acomodação dos objectivos da criança ou dos seus comportamentos, aos da mãe, aquela começa também a influenciar e a tentar mudar os planos desta, no sentido de obter uma maior convergência relativamente aos seus. A criança vai revelando progressivamente uma maior capacidade em aceitar a separação mais prolongada das figuras de vinculação, focalizando-se menos na manutenção da proximidade mas mais na sinalização mútua e na coordenação de planos.

O modelo interno dinâmico da vinculação (*internal working model*) integra aspectos dinâmicos, estruturais e funcionais das representações, incluindo componentes cognitivos e afectivos. Proporciona ao indivíduo um conjunto de regras que o regulam para a orientação do comportamento e para a avaliação das experiências, bem como regras para a organização e direcção da atenção e da memória, reflectindo-se estas últimas na organização do pensamento e da linguagem, directa ou indirectamente relacionada com a vinculação (Neves, 1995). Para a criança o principal objectivo de vinculação é garantir a segurança. A dinâmica entre estes dois objectivos- manutenção da proximidade e obtenção de segurança- traduz-se na utilização da figura de vinculação como base segura, para explorar o ambiente em alturas tranquilas, e como refúgio de segurança, em alturas conturbadas.

A criança elabora um conjunto de expectativas acerca do próprio, dos outros e do mundo em geral, que correspondem à interiorização de características das suas interações com os pais, que Bowlby (1973) designou de “working models” - modelos representacionais ou modelos internos dinâmicos, descrevendo-os como representações mentais, conscientes e inconscientes, de si e do mundo externo, que influem na qualidade da percepção dos acontecimentos e no planeamento do futuro. Estes modelos actuarão de uma forma quase automática na interpretação e na antecipação de comportamentos, influenciando os padrões de interação nas relações. São sistemas afectivamente carregados que regulam o sistema comportamental de vinculação, tendem a resistir à mudança e influenciar o comportamento na vida adulta, embora sensíveis a transformações resultantes de alterações nas interações do indivíduo com o meio.

As relações significativas podem ser factores de risco ou de protecção, consoante promovam o sentimento de segurança e auto-estima contribuindo para o bem-estar global do indivíduo, ou, pelo contrário, gerem condições adversas e impliquem considerável sofrimento (Canavarro, 1999; Machado 2004).

Relativamente à Teoria da Vinculação, poderemos considerá-la num percurso evolutivo, sendo a primeira fase relativa à mencionada apresentação de Bowlby, descrevendo noções e conceitos fundamentais. Entre 1969 e 1980, Bowlby publicou a famosa trilogia sobre vinculação e perda ("Attachment and Loss: Volume I - Attachment; Volume II - Separation - anxiety and anger; Volume III - Loss - Sadness and Depression"), na qual faz uma revisão da sua obra e sustenta a sua teoria na exploração empírica. Nesta apresentação centrou-se essencialmente na infância, em colaboração com Mary Ainsworth. Na década de 70 e até meados de 80, considerada por Soares (2007) como uma segunda fase, analisa-se a relação entre a qualidade da vinculação e outras variáveis, nomeadamente o desenvolvimento cognitivo, a relação com o self e a relação com o jogo. De destacar nesta fase de desenvolvimento do tema, a elaboração do procedimento experimental conhecido como “Situação Estranha”, desenvolvido por Ainsworth e colaboradores, em 1978. Este permitiu a exploração empírica da teoria da vinculação.

Em meados da década de 80 o foco de análise, inicialmente restrito à infância, é alargado aos pais, passando do domínio comportamental para o representacional, no qual se inscrevem os modelos internos dinâmicos, através de uma reconceptualização da vinculação (Main, Kaplan & Cassidy, 1985, Soares 2000). A elaboração de um instrumento clínico, tipo entrevista biográfica, designado por Adult Attachment Interview - AAI (George, Kaplan & Main, 1984), cria novas

possibilidades de estudo da vinculação ao longo do ciclo de vida, com semelhanças significativas entre os padrões encontrados nas diferentes fases do referido ciclo (Soares, 2000, 2007).

Em 1985, Mary Main publica uma investigação, com resultados de um estudo longitudinal que, para além de apresentar uma certa relação entre a vinculação feita pela criança de doze meses e a dos pais (analisada através do seu discurso), aponta para a existência de características semelhantes e de continuidade entre crianças e adultos (Main, 1996). Assim, desde meados dos anos 80 que o desenvolvimento humano é analisado numa perspectiva global ao ciclo de vida, conceptualizando as relações afectivas como "processos em curso ao longo da ontogénese" (Antonucci, 1976). Procuram-se identificar sequências típicas ao longo do desenvolvimento, avaliando o impacto das relações afectivas umas nas outras, ou tentando conhecer a evolução que uma ou várias relações afectivas específicas têm ao longo do ciclo de vida. Ou seja, "(...) para qualquer relação interpessoal, os indivíduos trazem consigo memórias de relações passadas e expectativas sobre relações futuras" (Canavarro, 1999, p.70).

Desta forma, alguns autores sentiram necessidade de postularem a existência de estruturas cognitivas responsáveis pela representação das relações interpessoais e pela mediação entre as mesmas. Bowlby, como já referido anteriormente, designou estas estruturas por *working models*, enquanto que outros adoptaram a designação de esquemas interpessoais ou unidades de representação das experiências relacionais como veremos mais adiante.

## **2. Construção da relação de vinculação**

Como se constroem os laços vinculativos que unem a criança ao cuidador?

Até meados da década de 50 predominavam dois pontos de vista, o psicanalítico e o behaviorista. Ambos defendiam que os laços entre as pessoas se desenvolviam porque para satisfazer determinados impulsos é necessário outro indivíduo. Identificam dois tipos de impulsos: o primário (que incluía o alimento e o sexo) e o secundário ("dependência" e outras relações pessoais). Assim, os laços afectivos que o bebé estabelece com a mãe resultariam da satisfação das necessidades alimentares. O interesse do bebé pela mãe seria então consequência da satisfação oral e da descoberta do objecto que a proporciona - o seio, a mãe. Contudo, as pesquisas sobre os efeitos negativos da privação dos cuidados maternos sobre o desenvolvimento da personalidade e as preocupações de Bowlby com a compreensão e explicação dos mesmos levaram o autor a questionar-se sobre a adequação desta abordagem (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

Insatisfeito com o modelo psicanalítico tradicional acerca da relação de vinculação mãe-bebé, torna-se sensível aos contributos de outras abordagens teóricas. É assim que em 1951, toma conhecimento dos estudos de Konrad Lorenz (1952) sobre *imprinting* e começa a interessar-se pelos princípios da etologia, como possíveis contribuições para a compreensão do fenómeno da vinculação no ser humano. Lorenz (Bowlby, 1969, 1979; Montagner, 1993; Soares, 2007) demonstrou, em experiências efectuadas com pintos ou patos, que estas aves, após eclosão, seguem automaticamente qualquer objecto móvel ou qualquer indivíduo, mesmo que este não pertença à sua espécie.

Simultânea e independentemente, Harlow e a sua equipa (Harlow, 1958; Bowlby, 1969, 1979) publicaram os resultados das pesquisas com filhotes de macacos rhesus que foram separados das suas mães e criados por dois modelos de mãe (bonecos). Estes mostraram que as crias preferiam o contacto com a "mãe" artificial de pano que não fornecia leite, à "mãe" de arame lactante. A importância desse contacto era evidente não só pela maior quantidade de tempo passado junto dessa figura como também pelo facto da mesma constituir, por um lado, uma base (segura) a partir da qual o bebé macaco explorava o meio e, por outro, um refúgio (seguro) sempre que se deparava com alguma situação de perigo durante as suas incursões. A partir destas observações, os autores concluíram que o conforto do contacto é essencial para o desenvolvimento das relações precoces.

A formação do vínculo não é, portanto, um processo automático, uma vez que a componente que se salienta neste tipo de relação é a da prestação de cuidados. Se no início, os comportamentos inatos do bebé para promover a proximidade de um cuidador, são indiscriminados (destacamos que não é inata a propensão para se ligar à mãe, mas sim a um cuidador), progressivamente o bebé vai discriminando a(s) figura(s) que cumpre a função de vinculação. Um conjunto de investigações empíricas levadas a cabo por Klaus e Kennell (1976) mostrou que as mães que têm oportunidade de estabelecer contacto corporal com os seus filhos, apresentam melhores práticas de cuidados maternos e os filhos apresentam melhores indicadores de desenvolvimento, manifestando ambos, mais tarde, menos dificuldades na relação do que nas situações em que as mães não estiveram tão próximas, e a prestação de cuidados não pôde efectivar-se logo após o nascimento.

Ainsworth (1994) definiu ligações afectivas, por oposição ao conceito geral de relações interpessoais, distinguindo os seguintes aspectos particulares: 1) As relações interpessoais são diádicas, triádicas, dependendo do número de indivíduos que participam na relação, enquanto que

as ligações afectivas são características apenas do indivíduo pois, embora se desenvolvam no contexto da relação, passam a ser representadas na sua organização interna; 2) Enquanto que as relações interpessoais podem ter uma longa ou curta duração, as ligações emocionais têm, por definição, uma duração prolongada; 3) As relações interpessoais são constituídas por uma série de componentes, muitos deles irrelevantes para a formação de ligações emocionais. Ainsworth (1994) acabou por definir as ligações emocionais como uma ligação relativamente duradoira, em que o parceiro é importante como indivíduo único, que não poderá ser substituído por nenhum outro. São apontadas como características das ligações afectivas: o desejo de manter a proximidade do parceiro (existindo resistência a factores como a ausência ou separação e o desejo intermitente para restabelecer a proximidade e a interacção); a percepção da reunião como agradável; as separações inexplicáveis serem causadoras de stress e a perda permanente ser sentida como dolorosa. A autora fez ainda a distinção entre ligação afectiva e vinculação, considerando que a vinculação é um tipo específico de ligação afectiva, não sendo os dois conceitos equivalentes. É de salientar que uma ou várias relações interpessoais podem ser importantes para o indivíduo, sem isso implicar relações afectivas, em geral, ou vinculação em particular. No entanto, as relações interpessoais que possuem características de ligações afectivas parecem ser as mais relevantes e significantes de toda a esfera social, pelo papel que desempenham no desenvolvimento humano (Ainsworth, 1994; Sameroff, 1993; Weiss, 1982).

Três características foram apontadas como critérios de distinção entre vinculação (na infância) e outras formas de relações interpessoais. Sendo descritas por Weiss (1991): (a) Procura de proximidade - A criança procura manter-se num raio de protecção dos seus pais. Esse contexto de protecção encontra-se reduzido, em situações ameaçadoras ou que se encontram fora dos padrões de rotina habituais. (b) Efeito de base de segurança - A presença de uma figura a quem a criança esteja vinculada promove-lhe sentimentos de segurança. (c) Protesto na altura da separação - Com o objectivo de manter a acessibilidade da figura de vinculação a criança protesta, de forma activa, tentando impedir a separação. O mesmo autor refere mais cinco características da vinculação na infância, que incluem: 1. Ser activada por situações ameaçadoras - Em situações rotineiras, de segurança, os pais podem ser tratados como companheiros de brincadeira ou mesmo ignorados. Os comportamentos de vinculação surgem quando a criança se sente ansiosa; 2. Especificidade da figura de vinculação - Depois de estabelecida a vinculação com uma pessoa particular, só essa figura é

objecto de vinculação no sentido da sua proximidade promover uma base de segurança e o seu afastamento conduzir a manifestações de protesto; 3. Impossibilidade de controlo consciente - Os sentimentos de vinculação persistem mesmo quando há a percepção que não poderá haver reencontro com a figura de vinculação, no caso de morte desta. As manifestações de protesto persistem mesmo quando se encontra disponível uma pessoa alternativa adequada; 4. Persistência - O grau de vinculação não diminui com a habituação, parecendo mesmo manter-se na ausência de reforço. A separação permanente da figura de vinculação traduz-se em ansiedade, que só de forma muito lenta e imperfeita se esbate. Se a separação acontece de forma contínua, durante um grande intervalo de tempo, são visíveis sinais de astenia, que gradualmente conduzem a padrões comportamentais de desespero; 5. Independência de outras características da relação - As relações de vinculação persistem mesmo quando a figura de vinculação é negligente ou abusiva. Nestas condições, sentimentos de raiva e cólera podem associar-se às relações de vinculação, acarretando conflitos. No entanto, em condições de perigo ou ameaça, a segurança continua a ser procurada através da relação.

De acordo com o exposto, a análise das relações interpessoais é extremamente importante para o estudo dos fenómenos mentais e do desenvolvimento, pelo que nos surgem algumas questões: Como se desenvolvem os indivíduos nas relações com Outros significativos? Em que medida as relações influenciam ou estão subjacentes a quem nós somos e ao que seremos?

Na procura de respostas a estas e outras questões, analisemos o percurso de John Bowlby na elaboração da sua teoria e os contributos desta para a compreensão do processo desenvolvimental do indivíduo.

### **3. A Teoria da Vinculação**

A principal ideia que Bowlby retira da etologia consiste em considerar que o stress associado à separação, bem como os comportamentos de vinculação que têm por objectivo evitar o seu aparecimento, ocorrem em numerosas espécies animais, sendo de natureza essencialmente instintiva e biológica (contrariamente às hipóteses clássicas da psicanálise e por outro lado comportamentalistas). Bowlby acrescenta ainda que a propensão para estabelecer vínculos emocionais sólidos com determinadas pessoas é uma componente fundamental da natureza humana, existindo desde o nascimento até à velhice (Bailly, 1997).

Bowlby (1980; 1973; 1979) demonstrou que a acessibilidade de figuras parentais é a única capaz de produzir sentimentos de segurança na criança e utilizou o termo vinculação para designar este tipo de relação. Como vimos o autor considera que a necessidade de vinculação do recém-nascido para com a sua mãe é uma necessidade primária, cuja não-satisfação provoca o aparecimento de uma angústia primária. Esta angústia é compreendida como o resultado da impossibilidade da criança encontrar o seu objecto de vinculação normal. Ou seja, a angústia primária de separação não surge como reacção a uma situação traumática mas como um sinal activador do comportamento de vinculação.

As experiências de separação (temporal) e de perda (definitiva) em relação à figura de vinculação são, segundo o autor, mecanismos patogénicos, que desencadeiam uma sequência de reacções: protesto (que corresponde à angústia de separação), por vezes intenso e com o objectivo de reencontrar a figura de vinculação, ao mesmo tempo que o bebé rejeita figuras alternativas; desespero, se a separação continuar, manifestando o bebé preocupação pela ausência da mãe, comportamento de desânimo e de pesar através de uma postura passiva e não envolvida com o meio que o rodeia; e desvinculação, em que a criança parece recuperar de uma certa letargia, começando a aceitar certas figuras que dela se aproximem.

Bowlby considera que as diferentes formas de experiência de separação em relação à figura de vinculação (separação física temporal, perda definitiva, presença sem disponibilidade ou sem responsividade adequada, ameaça de abandono com fins educativos, etc.) têm em comum a capacidade de criar situações de stress capazes de direccionar o desenvolvimento da criança para a saúde mental ou para a psicopatologia (Bailly, 1997).

No entanto, essa emoção é simultaneamente estruturante para o Eu pois, ao perceber a dor da solidão, o indivíduo toma consciência da sua própria existência enquanto ser único e em relação com o outro, diferente dele, pelo que a angústia de separação funda o sentimento de identidade do Eu e do Outro.

Relativamente ao desenvolvimento do comportamento vincutivo, os trabalhos de Ainsworth e as observações dos etologistas parecem constituir a prova do que prevê a teoria da vinculação de Bowlby: a qualidade do vínculo afectivo mãe-bebé vai moldar os outros sistemas relacionais da criança ao longo de todo o seu desenvolvimento. É de salientar, contudo, que Bowlby prevê a possibilidade de alterações a este determinismo.

Assim, considera-se que durante o primeiro ano de vida o bebé estabelece uma relação privilegiada com uma figura específica - a mãe ou o seu substituto. À medida que a mãe vai sendo identificada com maior precisão, o bebé começa, progressivamente, a manifestar medo e ansiedade perante indivíduos estranhos. Este comportamento tem o seu início entre o sexto e o oitavo mês (Spitz, 1979) e deve-se, segundo Bowlby à ocorrência de uma dupla maturação: o aumento das capacidades perceptivas da criança que lhe permitem descobrir o carácter novo ou estranho de um objecto ou pessoa; e o aumento, com a idade, do medo e da ansiedade em relação a pessoas estranhas. Estas manifestações têm como consequência aumentar a probabilidade da mãe se aproximar do filho, sendo ela quem fica associada à diminuição da ansiedade e do medo e às sensações de segurança e protecção.

Bowlby (1969) refere, assim, três tipos de condições de activação do comportamento de vinculação relativos: a) Ao comportamento da criança; Quando esta está cansada, doente, com dores, com frio ou com fome, tende a requerer a proximidade da mãe. O comportamento de vinculação tende, então, a ser desactivado pelo contacto corporal ou quando as condições expostas desaparecem; b) Ao comportamento materno; A ausência, partida, ou desencorajamento da proximidade pela mãe constituem condições de activação do comportamento de vinculação. Pelo contrário, disponibilidade e a atenção materna são muitas vezes suficientes para desactivar o comportamento de vinculação e estimular a exploração do meio pela criança; c) Às condições do meio; As situações de alarme, de susto ou o surgimento de uma figura estranha ou de um acontecimento não esperado, tendem a activar o comportamento de vinculação.

Ao longo da vida, as condições de activação e de desactivação do comportamento de vinculação vão-se alterando. Se no primeiro ano de vida a presença efectiva da mãe é determinante, a partir do final do segundo ano de vida, é a confiança ou a antecipação da disponibilidade ou indisponibilidade da figura de vinculação que assume o papel preponderante. Progressivamente, o comportamento de vinculação vai sendo activado com menos frequência e menos intensidade, e pode ser desactivado por um leque muito mais vasto de condições (Bowlby, 1979; Soares 1992).

Em síntese, se uma criança não tiver oportunidade de se vincular a uma pessoa específica no decorrer de um período crítico do seu desenvolvimento - os três primeiros anos, segundo Bowlby, o primeiro ano segundo Sroufe (Montagner, 1993) - tal poderá levar a uma incapacidade ou inadaptação para formar relações afectivas satisfatórias com os outros. De forma similar, a perda da figura de vinculação no decorrer deste período crítico terá, provavelmente,



como consequência o desenvolvimento da ansiedade na criança.

#### **4. Vinculação na Idade adulta**

A vinculação no adulto está intimamente ligada à expressão de Bowlby "do berço ao túmulo", conferindo uma amplitude impar à teoria da vinculação - em todo o ciclo de vida.

A primeira definição de vinculação no adulto foi proposta por Sperling e Berman, e sustenta "uma tendência estável do indivíduo para manter a proximidade e o contacto com uma ou algumas figuras específicas, percebidas como potenciais fontes de segurança física e/ou psicológica" (Berman & Sperling, 1994, p. 8)

Por sua vez, West e Sheldon-Keller (1994) falam-nos de outro conceito, o de vinculação recíproca do adulto, definindo-o como "relações diádicas, nas quais a proximidade a uma figura, considerada especial e preferida das outras, é mantida com o objectivo de sensação de segurança" (p. 19)

Em algumas investigações recentes (Feeney, 1999; Mikulincer & Shaver, 2007) a vinculação no adulto é considerada um traço e é apresentada por "padrões", "estilos" ou "perfis". Os padrões de vinculação reportam-se a modelos internos dinâmicos específicos que influenciam o comportamento do indivíduo.

O estudo de Skolnick (1987), que teve como objectivo avaliar a presença de uma associação entre padrão de vinculação na infância e qualidade das relações interpessoais na idade adulta, concluiu que esta associação embora seja consistente não é linear, pois "as ligações entre passado e presente aumentam com a proximidade entre as fases de desenvolvimento; isto é, a infância prediz a adolescência e a adolescência prediz a idade adulta" (p. 134).

Reforçamos que a grande função do sistema de vinculação é a de permitir a emergência de um sentimento de segurança constante ao longo do ciclo de vida, alterando apenas a forma como as relações são estabelecidas e mantidas, "em função das sucessivas conquistas desenvolvimentais" (Soares, 1996, p.89).

Canavarro (1997) defende que para activar um comportamento de vinculação na idade adulta são necessários acontecimentos indutores de stress mais fortes e intensos. Tal deve-se à já referida capacidade de representação que permite "reter" a figura de vinculação mesmo na sua ausência.

Weiss (1982) dedicou-se ao estudo da vinculação nos adultos postulando-a como um desenvolvimento da vinculação durante a infância. Esta analogia baseou-se nos seguintes pressupostos: a) Similaridade de características emocionais, ou seja a direcção da atenção e a presença de protesto no momento de separação é movida por componentes emocionais; b) Generalização de experiências; c) Ligação temporal, sendo que a vinculação aos pares na idade adulta é predominante em detrimento da intensidade dos comportamentos de vinculação com as figuras parentais.

O mesmo autor refere como principais diferenças entre a vinculação na infância e na idade adulta as seguintes:

- As relações de vinculação no adulto, ao invés de se estruturarem em torno de relações de protecção, são mais frequentemente estabelecidas entre pares, remetendo-nos para uma dimensão de reciprocidade, uma vez que os adultos simultaneamente procuram e garantem segurança. Esta reciprocidade pode incluir padrões intermitentes de complementaridade, no entanto, estes nem sempre ocorrem na mesma direcção. Os pares podem ser uma fonte de estabilidade e de conforto, mas não têm necessariamente de ser percebidos enquanto tal, podem em vez disso ser vistos como potenciadores da capacidade do sujeito para aceitar desafios.

- Nos adultos as relações de vinculação não são tão omnipresentes como noutros sistemas comportamentais. Assim, enquanto as crianças parecem ficar incapazes de dar atenção ou de se concentrarem noutras dimensões quando a figura de vinculação não está acessível, os adultos são capazes de dar atenção a outras relações e outros contextos independentemente das ameaças à vinculação.

- Destacamos ainda a maior capacidade do adulto para suportar a separação temporária das figuras de vinculação, uma vez que são mais capazes de antecipar o futuro, são mais autoconfiantes e conseguem representar a figura de vinculação para além da sua presença física. Esta maior tolerância à separação por parte do adulto é tanto mais real quanto maior a capacidade do "...sujeito representar mentalmente essa situação como gratificante para si e para o outro" (Soares, 1996, p.50). No caso de ocorrência de morte ou divórcio, o adulto dispõe de mais recursos na procura de segurança junto de outros adultos.

- Em último lugar destacamos uma diferença fundamental que diz respeito ao facto de, frequentemente, a vinculação nos adultos incluir as figuras com as quais se possui uma relação sexual.

Do mesmo modo que Bowlby, Ainsworth (1985, 1989) sublinhou uma extensão de vinculação na vida adulta, argumentando que esta é sobretudo visível nos "affectional bonds". Uma relação específica, insubstituível onde outro desejo de proximidade assume um papel central. Exemplo deste tipo de relação é o caso de uma díade amorosa, em que se entrelaçam uma singular inscrição de três sistemas comportamentais distintos: o sistema sexual, o sistema de vinculação (procurando o apoio do parceiro) e o sistema cuidador (fornecendo o cuidado ao parceiro e/ou a prestação de cuidados aos descendentes). A atracção sexual e a paixão são particularmente intensas nas primeiras fases da relação conjugal. No entanto, se a relação conjugal prevalecer por um longo período de tempo, é possível que o sistema de vinculação e o cuidador se tornem mais activos. Crê-se que dos três sistemas o fundamental é o sistema de vinculação, porque é o primeiro que surge no curso do desenvolvimento do indivíduo, desempenha um papel fundamental na formação representação de si e dos outros sendo, por isso, a base do desenvolvimento dos outros sistemas.

Fenney e Noller (1996), baseadas na investigação de Hazan e Shaver (1987, 1988) postulam que a relação conjugal pode conceptualizar-se como uma relação de vinculação, uma vez que se baseia em vínculos afectivos duradouros caracterizados por complexas dinâmicas emocionais. A qualidade da relação conjugal tem repercussões na saúde dos pais e, por conseguinte, nos cuidados que proporcionam aos filhos.

Hazan e Shaver (1988) identificam algumas semelhanças de conduta e emocionais, entre as relações de vinculação e a relação conjugal, destacando o contacto visual, a frequência de manifestações de afecto (sorrisos, abraços, entre outras manifestações de afecto), o desejo de partilhar descobertas com o outro e uma intensa empatia. Também se verificam, em termos de dinâmica relacional, grandes semelhanças entre a relação de vinculação criança/cuidador e a relação conjugal. Em ambas a disponibilidade da figura de vinculação transmite segurança e tranquilidade, pelo contrário a sua indisponibilidade provoca a emissão de sinais na tentativa de restabelecer o sentimento de segurança.

Lopez (2001) defende que os dados das investigações são concordantes, no que se refere ao papel da vinculação no comportamento dos adultos, relativamente às seguintes questões: a) Há uma relação entre a avaliação das relações de vinculação que se estabelecem na infância e os estilos de vinculação dos adultos; b) Existe uma relação entre os estilos de vinculação, a capacidade de regulação dos afectos e desenvolvimento das relações pessoais. Os adultos seguros demonstram menor ansiedade, hostilidade, depressão e menor ansiedade social, bem como níveis de auto-estima e de confiança mais elevados;

c) Denota-se uma interligação entre os estilos de vinculação nos adultos e o funcionamento em díades. Os indivíduos com um estilo de vinculação seguro revelam maior capacidade de procurar o outro e proporcionar-lhe o suporte necessário em situações de stress, evidenciando maiores aptidões de resolução de problemas e de comunicação empática.

A extensão da investigação sobre vinculação no adulto abrange áreas tão diversas como: relações entre pares e amigos (por exemplo: Bartolomeu & Horowitz, 1991; Shaver et al., 2000; Matos, 2002), amor romântico e relacionamentos (por exemplo, Hazan & Shaver, 1987; Shaver et al., 2000) relações íntimas (por exemplo, Hazan & Shaver, 1990; Shaver et al., 2000); área clínica (por exemplo, Golder et al., 2005; Newcom-Rekart et al., 2007; Sund & Wickstrom, 2002), área educativa e académicas (por exemplo, Burge et al., 1997; Perris & Andersson, 2000), e contexto profissional (por exemplo, Krausz et al., 2001; Mikulincer et al., 1997).

Apresentamos em seguida alguns estudos que pretendem clarificar as diferenças entre as relações de vinculação no adulto e outro tipo de relações inter-pessoais, designadamente nas relações de dependência e relações de afiliação.

Relativamente às relações de dependência West e Sheldon-Keller (1994) classificaram as principais diferenças relativamente à vinculação através dos seguintes parâmetros: a) especificidade de ambas (as relações de vinculação são diádicas enquanto as de dependência são generalizáveis a diversos indivíduos); b) relativamente à duração constataram que as relações de vinculação são mais duradouras; c) quanto ao nível de maturidade, as relações de vinculação são desejáveis e positivas em qualquer idade, enquanto que as relações de dependência poderão ser reveladoras de imaturidade; d) relativamente às implicações afectivas constatam que as relações de vinculação são caracterizadas por afectos fortes, enquanto que as relações de dependência se pautam essencialmente por interesses instrumentais, sendo estes mais superficiais; e) quanto à procura de proximidade, esta converge para uma pessoa específica na relação de vinculação, sendo típico algum isolamento na sua ausência; f) quanto à aprendizagem, os autores constatam que as relações de vinculação requerem alguma aprendizagem discriminativa que não é necessária para as relações de dependência.

Relativamente à distinção entre relações de vinculação e de afiliação podemos afirmar que relações de afiliação frágeis colocam em risco o nível de sentimento de pertença social, encontrando-se a pessoa destituída de um estatuto. Por sua vez, a pessoa fragilizada ao nível da sua vinculação é afectada em termos emocionais, na segurança e confiabilidade dos seus laços

afectivos com as suas figuras significativas. Numa relação de vinculação o indivíduo, ao sentir-se ameaçado, procura conforto e suporte no outro, ao passo que na relação de afiliação, nenhum dos elementos se sente ameaçado, e a interacção visa o bem-estar ou interesses comuns (Weiss, 1998).

Ou seja, a relação de vinculação remete-nos para a protecção do perigo e manutenção da segurança, enquanto que a relação de afiliação nos remete para a pertença a uma estrutura e é baseada no desempenho de um determinado papel e estatuto.

Após revisão de alguns estudos acerca da vinculação nos adultos (Dozier & Kobak, 1992; Roisman, Tsai & Chiang, 2004; Mikulincer & Shaver, 2007) percebemos que a combinação de estratégias do padrão ansioso com o padrão evitante origina um quarto padrão, que Bartholomew & Horowitz (1991) denominam por desorganizado ou receoso evitante.

Os indivíduos que possuem um sentimento de vinculação segura, confiam usualmente nas figuras de vinculação, tem expectativas positivas em relação à sua disponibilidade e responsividade, sentem-se confortáveis com a proximidade e as relações de interdependência, demonstrando capacidade para ultrapassar situações ameaçadoras de forma construtiva.

Os indivíduos com padrão de vinculação ansioso apresentam um forte desejo de proximidade e protecção, constantemente preocupados com a disponibilidade da figura de vinculação e com o valor que esta lhes atribui, recorrendo a estratégias de hiperactivação para lidar com a insegurança.

Os indivíduos com padrões de vinculação evitantes demonstram desconforto em relação à proximidade e às relações de dependência, preferindo envoltimentos baseados na auto-confiança e na distância emocional do outro.

Os indivíduos com um padrão de vinculação evitante receoso tem tendência a sentir desconforto com a proximidade emocional do outro. Têm necessidade de se sentir próximos dos outros, no entanto temem confiar completamente ou depender deles, receando ser magoados.

De um modo geral, sujeitos classificados como seguros relatam experiências relacionais mais positivas, caracterizadas por níveis mais elevados de satisfação, intimidade, confiança, investimento, compromisso e interdependência, por contraste com os sujeitos evitantes. Por sua vez, os sujeitos ansiosos/ambivalentes tendem a reportar mais experiências emocionais percebidas como negativas, com níveis mais elevados de conflito e desconfiança.

Também Bifulco e colaboradores (2002a; 2002b) verificaram que os sujeitos com estilo de vinculação inseguro evidenciam maior número de conflitos no casamento e menos suporte por parte do cônjuge, quando comparados com os sujeitos com vinculação segura.

Hazan e Shaver (1987) pretenderam identificar os principais traços que caracterizam os três tipos de padrões de vinculação no adulto. Concluíram que as frequências relativas dos três padrões de vinculação nos adultos, segundo a avaliação feita com a medida de resposta forçada, por eles desenvolvida, estão muito próximas dos encontrados nas crianças. Mais de metade dos sujeitos classificaram-se, eles próprios, como fazendo parte da categoria dos sujeitos seguros (56%), o número de sujeitos que se definiram como evitantes (23%) foi ligeiramente superior ao dos sujeitos que se definiram como ansiosos-ambivalentes (20%). Os indivíduos que se definem com fazendo parte dos diferentes padrões de vinculação evidenciam diferenças nas suas histórias de vinculação (percepções das relações familiares precoces), na selecção dos factores importantes para a construção da representação de si e das suas relações, bem como das experiências que relatam sobre as suas relações amorosas, tal como se apresenta no seguinte quadro:

Padrão de vinculação	Seguro	Evitante	Ansioso-ambivalente
História da vinculação	Relações afectivas satisfatórias com ambos os pais e entre os pais	As mães são definidas como frias e com tendência à rejeição	Pais percebidos como injustos
Modelos mentais	Fáceis de conhecer; poucas dúvidas sobre si mesmo; os outros têm boas intenções e o amor conjugal é duradouro	O amor conjugal raramente dura; o amor perde intensidade	Dúvidas sobre si mesmo; sentem-se incompreendidos pelos outros; é fácil enamorar-se, mas o amor verdadeiro é difícil de encontrar; os outros não se querem comprometer.
Experiências amorosas	Felicidade; amizade e confiança	Medo da intimidade, dificuldade em aceitar a relação	Obsessão e ciúmes; desejo de união e reciprocidade; forte atracção sexual; extremos emocionais.

**Quadro 1 - Diferenças no estilo de vinculação segundo os padrões, história de vinculação, modelos mentais e experiências amorosas (adaptado de Feeney & Noller, 2001)**

## 5. Sistema de vinculação no adulto

Para caracterizar a activação e funcionamento do sistema de vinculação no adulto Mikulincer e Shaver, (2003 e 2007), propuseram um modelo que integrou contributos da teoria de Bowlby (1969/1982), Ainsworth (1991), Cassidy e Kobak (1988), e Main (1985). Este modelo comporta os seguintes etapas: 1) Procura de proximidade após a activação do sistema de vinculação (estratégias primárias do sistema de vinculação); 2) Sucesso do uso das estratégias para conseguir suporte e segurança da figura de vinculação; 3) activação de estratégias secundárias (designadas por hiperactivação ansiosa e desactivação evitante) que ocorrem perante a não disponibilidade da figura de vinculação. O modelo (quadro n.º 2) também inclui os objectivos das estratégias de vinculação primárias e secundárias, associados às crenças e expectativas que o indivíduo tem acerca de si e dos outros, bem como, formas de lidar com o stress e relações interpessoais.

O primeiro componente deste modelo inclui a monitorização e apreciação de acontecimentos que possam ser tidos como ameaçadores - processo responsável pela activação do sistema de vinculação. O segundo componente compromete-se com a monitorização e apreciação da disponibilidade da figura de vinculação. O terceiro componente envolve a monitorização e apreciação da viabilidade da procura de proximidade como forma de lidar com a vinculação insegura. Este terceiro componente representa a possibilidade de utilização de uma estratégia de hiper activação ou de desactivação, como forma de lidar com a insegurança. A primeira (hiper activação) relaciona-se com um tipo de vinculação ansiosa enquanto que a segunda (desactivação) demonstra um tipo de vinculação evitante.

Embora os autores do modelo considerem a hiper activação e a desactivação como estratégias independentes, reconhecem a existência de estratégias “desorganizadas” ou “evitantes receosas” que envolvem tanto ansiedade quanto evitamento. Afirmam ainda que a vinculação segura deriva da ausência de necessidade de recorrer a estratégias, quer de hiper activação quer de desactivação contudo, consideram igualmente possível que, em algumas ocasiões os indivíduos recorram a ambas, embora daí possam resultar comportamentos atípicos ou inconsistentes.

Este modelo é sensível tanto ao contexto quanto às especificidades de cada indivíduo. Cada um dos componentes do modelo pode ser afectado pelo contexto (ex. perigos, ameaças, percepção relativa à disponibilidade ou não da figura de vinculação, e percepção da viabilidade da procura de proximidade e protecção na figura de vinculação numa situação específica), o que dá origem a influências invertidas na operacionalidade do sistema de vinculação. Por exemplo, o

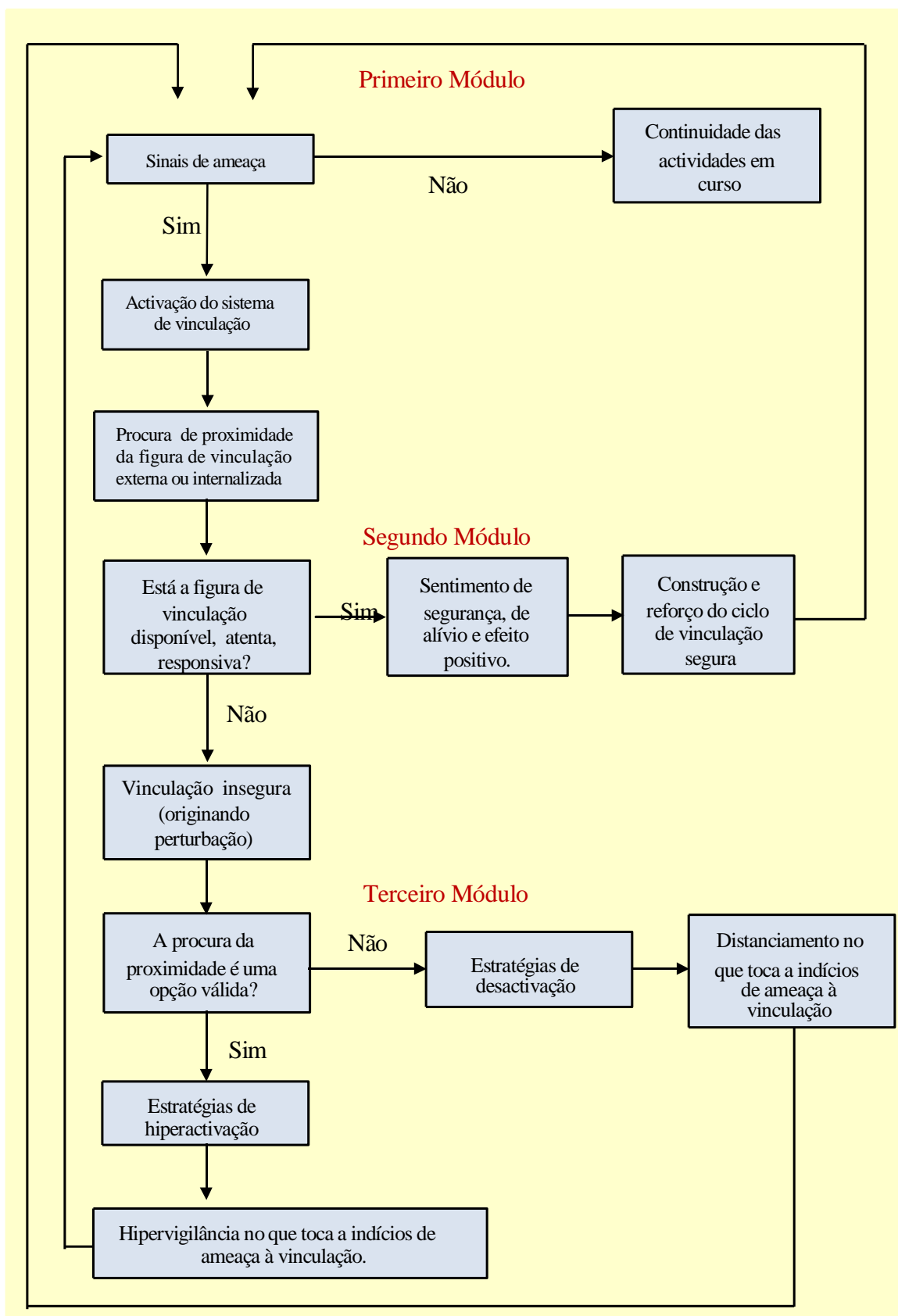
recorrer a figuras de vinculação segura, passadas ou presentes, pode auxiliar um indivíduo inseguro a sentir-se momentaneamente em segurança e, a actuar de acordo com essa sensação.

Cada componente do modelo é ainda afectada pelos modelos dinâmicos internos do self e do outro, os quais irão influenciar a percepção das ameaças, da disponibilidade da figura de vinculação e a viabilidade da procura de proximidade. Estas influências integram-se num processo -“top-down” - através do qual o estilo de vinculação de um indivíduo afecta o funcionamento do sistema de vinculação. Por exemplo, um indivíduo ansioso tenderá a exacerbar o valor da ameaça e a manter-se vigilante aos sinais mais ínfimos da ausência de resposta por parte da figura de vinculação, o que conduz à manutenção do sistema de vinculação hiper activado.

Em suma, o modelo enfatiza simultaneamente: a realidade - o contexto em que o modelo de vinculação é efectivamente activado; e as fantasias - defesas, influências cognitivas associadas a padrões, estratégias e estilos específicos de vinculação.

Mikulincer e Shaver (2007) postulam que o objectivo principal das estratégias de hiperactivação é conseguir que a figura de vinculação, percebida como indisponível ou insuficientemente responsiva, preste mais atenção, protecção e suporte ao indivíduo. Esta estratégia traduz-se na dependência do outro para se sentir confortável; na excessiva necessidade de atenção e cuidado; no forte desejo de proximidade; na existência de comportamentos controladores destinados a garantir a atenção do parceiro, bem como, na rejeição de qualquer afastamento físico, emocional ou cognitivo do parceiro. O recurso a estratégias de vinculação ansiosa surge porque estas se mostraram eficazes nas suas relações de vinculação primárias. Infelizmente, embora obtenham sucesso, pelo menos com alguns parceiros, estas estratégias facilmente se tornam coercivas, geradoras de comportamentos agressivos, de insatisfação na relação, conduzindo, paradoxalmente, à rejeição e ao abandono. Para obter a desejada atenção e cuidados, os indivíduos ansiosos tendem a dramatizar: as ameaças físicas e psicológicas, a sua incapacidade de lidar com as exigências de vida, as experiências e expressão do stress, os protestos relativamente à indisponibilidade da figura de vinculação. Desta forma, apresentam-se como algo infantis e excessivamente necessitados de apoio, ou seja, pessoas com padrão de vinculação ansioso, frequentemente e de forma deliberada (consciente ou inconscientemente) enfatizam as suas necessidades e vulnerabilidades, esperançados que este exagero capte a atenção e preocupação da figura de vinculação (Cassidy e Berlin, 1994; Mikulincer e Shaver, 2003).





Quadro 2: Modelo e funcionamento do sistema de vinculação no adulto (adaptado de Mikulincer & Shaver, 2007)

Este movimento apelativo de protecção é vivenciado com culpabilidade, em parte atribuída ao parceiro (visto como alguém que não é digno de confiança, traidor e maltratante), em parte assumido pelo próprio, reforçando a representação negativa de si e, a dúvida de ser merecedor do amor do outro. Assim, as estratégias de hiperactivação têm um impacto negativo ao nível da estabilidade das relações, sendo pouco provável que indivíduos com padrão de vinculação ansioso consigam atingir a segurança e calma necessárias a uma boa saúde mental, autonomia e desenvolvimento pessoal. De destacar que não são necessárias ameaças reais para que surja a necessidade de activar o sistema de vinculação, existem igualmente fontes de ameaça internas (pensamentos perturbadores e ruminativos, sonhos, imagens, ideias catastróficas), não sendo necessário que o indivíduo se confronte literalmente com a ameaça.

As pessoas adoptam estratégias de desactivação quando a procura de proximidade é vista como perigosa ou é desvalorizada. Estas estratégias incluem a negação das necessidades de vinculação, a desvalorização das ameaças e da necessidade da disponibilidade da figura de vinculação. São estratégias características de padrões de vinculação evitantes, e têm como principais objectivos: a) satisfação das necessidades mantendo a distância e o controlo; b) desvalorização dos sentimentos evitantes negativos que possam activar o sistema de vinculação. O primeiro objectivo manifesta-se através da tentativa de controlar a distância psicológica do outro e no evitamento de relações que impliquem proximidade afectiva e intimidade. O segundo objectivo traduz-se na relutância em pensar na sua fragilidade para lidar com as tensões relacionais, conflitos e pensamentos acerca da rejeição, separação, abandono e perda, bem como na incapacidade de lidar com o desejo de proximidade e segurança manifestado pelo parceiro, Mikulincer e Shaver (2007)

As estratégias de desactivação afectam igualmente a organização mental do indivíduo. As pessoas com um padrão de vinculação evitante, ao excluírem determinadas situações, podem ignorar informações importantes acerca de possíveis ameaças físicas ou psicológicas, vulnerabilidades pessoais e as próprias respostas das figuras de vinculação. As memórias relativas aos comportamentos de vinculação são armazenadas de forma segregada, não permitindo o recurso a uma estrutura mental integrada e completa. A este processo Bowlby (1980); George e West (2001), apelidaram de “sistemas segregados”. A activação destes sistemas contribui para a falta de eficácia que os indivíduos evitantes demonstram para lidar com experiências negativas.

As estratégias de desactivação associadas a estes processos mentais têm um efeito de distorção na percepção do próprio e um efeito destrutivo na percepção dos outros. Indivíduos

evitantes, de forma defensiva, inflamam a sua auto-concepção, presumivelmente para se sentirem menos vulneráveis. Tendem a denegrir os parceiros, menosprezando as suas necessidades e maltratando-os.

Outro efeito das estratégias de desactivação actua directamente sobre a capacidade de regular as emoções negativas, permitindo que estes indivíduos mantenham activos sentimentos de fúria e de ressentimento, embora continuem a esforçar-se para não os exteriorizar. Estes indivíduos têm igualmente tendência para perceber as relações enquanto pouco satisfatórias, o que lhes permite evitar relações demasiado íntimas, com um nível de envolvimento emocional demasiado exigente, Mikulincer e Shaver (2007).

#### Utilização simultânea de estratégias de hiperactivação e de desactivação

Nalguns casos, pessoas com altos níveis de insegurança são incapazes de decidir entre estratégias de desactivação e hiperactivação. Simpsons e Rholes (2002) constatam que indivíduos receosos evitantes agilizam, simultaneamente, de forma confusa e caótica as duas abordagens. Tal como os evitantes, frequentemente mantêm-se distantes das relações de proximidade, mas, ao contrário destes, manifestam ansiedade e ambivalência relativamente ao desejo de suporte emocional e de ter um parceiro afectivo. Esta mistura de estratégias de vinculação é identificada por altos padrões de ansiedade e evitamento, o que a aproxima do padrão de vinculação desorganizado observado por Ainsworth na situação estranha.

Teoricamente o padrão de vinculação receoso evitante advém da não concretização dos principais objectivos das estratégias de vinculação: segurança oriunda da procura da relação de proximidade (estratégia do padrão de vinculação seguro); desactivação defensiva do sistema de vinculação (estratégia do padrão de vinculação evitante); ou intensa e crónica activação até que a segurança e a proximidade seja conseguida (estratégia do padrão de vinculação ansioso). Este padrão de vinculação é característico de indivíduos com histórias prévias de abuso sexual na infância, filhos de pais toxicodependentes, sendo a sua condição similar, em alguns aspectos, às desordens de stress pós traumático (Carlson, 1998).

Shaver e Clark (1994), encontram evidências de que indivíduos receosos evitantes são os menos seguros, os menos confiantes e os mais problemáticos da amostra estudada. Apresentam uma representação especialmente negativa dos parceiros sexuais, são mais propensos a envolverem-se em relações conflituosas e violentas, apresentam alguma rigidez cognitiva, demonstram pouca empatia pelo sofrimento dos outros e apresentam graves distúrbios de personalidade e uma frágil saúde mental.

Bowlby (1980) defende que os indivíduos internalizam as experiências com os seus significantes na forma de modelos de relacionamento e que estes, uma vez formados, são resistentes a mudanças. Quando as pessoas exploram os relacionamentos fora da família, provavelmente escolhem parceiros que validam as suas estratégias internas e, quando se tornam pais, geralmente estabelecem com os seus filhos um padrão de relacionamento similar ao que conheceram na sua infância. Tendo em conta a probabilidade de repetição de modelos relacionais, parece-nos fundamental explorar mais aprofundadamente o processo de transmissão intergeracional dos padrões de vinculação, de forma a compreender as possibilidades de intervenção no sentido de quebrar o ciclo de replicação da vinculação insegura (Safran & Segal, 1990).

## **6. Transmissão intergeracional**

No decurso da sua prática clínica Bowlby, refere que as informações relativas às experiências afectivas podem ser armazenadas a dois níveis: nível episódico e nível semântico. A memória episódica refere-se a recordações, tanto factuais como emocionais, sobre acontecimentos específicos da vida do indivíduo. Por sua vez, a memória semântica refere-se às generalizações que o indivíduo faz a partir do conjunto das suas experiências ou, de outras fontes para além do que é de facto vivido, em particular, de outrem. Ao contrário do que acontece na memória episódica, o indivíduo é capaz de se consciencializar desta memória através da verbalização e da reflexão.

Uma vez que o modelo de funcionamento permanece relacionado com o estabelecido com as primeiras figuras de vinculação, a capacidade para se ajustar e responder de forma adequada às solicitações do outro, é limitada. Esta insensibilidade não intencional conduz à repetição de atitudes pouco tranquilizadoras, levando a criança a confrontar-se com o mesmo tipo de afectos e a desenvolver o mesmo tipo de defesas que outrora o seu progenitor desenvolveu. Este fenómeno é denominado por transmissão intergeracional.

A impermeabilidade relacional explica, em grande medida, o porquê dos indivíduos replicarem os modos de interacção vividos anteriormente, nas novas relações que estabelecem, quer amorosas, quer parentais. Contudo, esta transmissão não tem um carácter determinista, havendo a possibilidade, desde que reunidos os condicionantes necessários (interesse do próprio, ambiente estável e tranquilizador, relação de segurança, entre outros) para uma revisão dos modelos internos.

Há evidências empíricas de que a dinâmica de relacionamento estabelecida com os cuidadores numa geração é geralmente recriada na próxima (Kretchmar e Jacobvitz, 2002). Mulheres que tiveram um relacionamento caracterizado por proximidade e suporte à sua autonomização, parecem recriar este tipo de relação com os seus próprios filhos.

Na comparação intergeracional fica evidenciado um papel de maior destaque da figura materna na contribuição da educação dos filhos, sugerindo que a função da mãe seja mais sólida e próxima do que a do pai (Vitali, 2004; Monteiro & Pereira, 2008).

Investigadores identificaram que o suporte do companheiro é um dos factores que contribui para que as mães reestrutem os padrões disfuncionais aprendidos com a sua família (Egeland & Sroufe, 1981). Identificam igualmente que a capacidade de reinterpretar a sua história relacional familiar pode contribuir para identificar e reparar os padrões disfuncionais.

Num estudo desenvolvido por Capaldi e Clark (1998) concluiu-se que a agressividade pode ser um dos padrões passíveis de ser transmitidos de geração para geração. Resultados semelhantes foram encontrados por Ehrensaft e Cohen (2003), ao seguirem durante vinte anos uma geração de crianças. Concluíram que as crianças expostas à violência entre os pais durante a infância têm mais riscos de se tornarem adultos agressivos.

Belsky e Fearon (2002), chamaram a atenção para a importância dos primeiros relacionamentos de vinculação como organizadores de um possível padrão de vinculação. Estes estudos sublinham que uma vez alcançada a segurança, está longe qualquer garantia de mantê-la, e também fomentam a ideia de que a sensibilidade medeia a transmissão intergeracional da vinculação. A maior parte destes resultados foram confirmados no estudo do Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano (NICHD, 2003), no qual a sensibilidade materna foi o preditor mais forte de todos os resultados. Quando as mães apresentavam maior sensibilidade com os seus bebés, estes demonstram maior competência social e menos comportamentos problemáticos.

A análise dos estudos revelou que intervir ao nível dos padrões de vinculação é uma tarefa difícil e que as intervenções apenas provocam mudanças relativamente moderadas (BakermansKranenburg et al., 2003). Além disso, os autores postularam que a sensibilidade não está directamente dependente da intervenção oferecida aos pais e mães.

Sagi e colaboradores (1997) constataram que a transmissão da vinculação ao longo das gerações não é de forma alguma um "fenómeno universal", mas sim fruto da criação de mecanismos específicos. Analogamente, Tienary e colaboradores (1994) desenvolveram uma

investigação numa grande amostra de crianças adoptadas na Finlândia, com crianças com mães biológicas esquizofrénicas. Os resultados mostraram que as crianças em risco foram mais susceptíveis de desenvolver problemas psiquiátricos, mas apenas quando o seu ambiente foi disfuncional (Bohman, 1996, encontrou resultados semelhantes quanto a comportamentos criminosos). Assim, há um ambiente dinâmico e de interacção entre factores genéticos e ambientais. Todos estes estudos demonstraram que a genética é um factor a ter em conta, mas por si só, não tem um carácter determinista.

Dixon e colaboradores (2005) revelaram a presença de três principais factores de risco envolvidos na transmissão intergeracional, a saber: parentalidade antes de 21 anos, história de doença mental ou depressão, e residência com um adulto violento. Dixon e colaboradores (2005) verificaram também que os três factores de risco acrescido de um novo elemento, o estilo parental, explicaram 62% do total do efeito e, como tal, foram incapazes de fornecer uma plena relação de causalidade da transmissão intergeracional.

Um grande número de investigadores discutiu o processo de transmissão do comportamento das mães em relação a seus filhos (Perris & Andersson, 2000; vanIjzendoorn, 1996; Belsky, 2002). Ao estudarem a transmissão intergeracional, concluíram que há correlação entre os valores experienciados e os que são passados a futuras gerações. No entanto, esta situação nem sempre se verifica, podendo mesmo ocorrer transformação dos padrões entre gerações.

Com base neste pressuposto Kochanska (1995, 1997) centrou o seu âmbito de intervenção na aplicação de um programa de desenvolvimento da consciência em crianças jovens. Constatou que com as crianças tímidas, receosas e as crianças com temperamento reactivo, uma atitude de poder paternal assertiva não parece promover a consciência. Mas para as crianças ansiosas, a firmeza é a prática mais eficaz de lidar com o desenvolvimento de um estreito vínculo emocional da criança e a responsividade materna. Isso significa que as crianças ansiosas são mais propensas à socialização, mais capazes de obedecer e sentem mais desconforto interno quando transgridem (Kochanska, 1997).

Monteiro e Pereira (2008) apresentam um estudo que defende a importância de estabelecer relações afectivas privilegiadas na adolescência. Uma vinculação segura (aos pares e aos pais) parece actuar como factor de protecção para a emergência de psicopatologia, sugerindo que se intervenha terapêuticamente em jovens com padrões de vinculação inseguros. Trabalhando aspectos como a análise e avaliação das representações disfuncionais de si próprios e dos outros, perspectivam que a relação terapêutica actue como uma experiência desconfirmatória, podendo

intervir no sentido da reelaboração dos modelos internos dinâmicos e da reestruturação dos esquemas interpessoais, contribuindo para a ruptura de ciclos transgeracionais negativos (Safran & Segal, 1990, Guidano, 1991).

Tendo em conta que o desenvolvimento vincutivo é um factor determinante, que pode actuar como factor de protecção para a emergência de psicopatologia, ou pelo contrário, predispor para esta, apresentamos de forma mais detalhada a relação entre vinculação e psicopatologia.

## **7. Vinculação e Psicopatologia**

Bowlby, (1969, 1973, 1980) propôs um modelo de desenvolvimento numa articulação clara com a psicopatologia. De acordo com este, o desenvolvimento vincutivo de uma criança com o cuidador é um ponto-chave que influencia não só as representações que a criança faz do self e do outro, como ainda as estratégias para processar emoções e pensamentos relativos a processos de vinculação. Acontecimentos como abandonos e situações de abuso conduzem a modificações nestas representações internas afectando o processamento de emoções e pensamentos. Bowlby (1973, 1980) sugeriu que, quando as crianças desenvolvem representações negativas de si próprias e dos outros, ou quando adoptam estratégias para processar emoções e pensamentos que comprometam abordagens realistas, tornam-se mais propensos a psicopatologias. Como vimos Bowlby (1973) considera que a necessidade de vinculação do recém-nascido é uma necessidade primária, cuja não-satisfação provoca o aparecimento de uma angústia primária. Esta angústia primária de separação não surge como reacção a uma situação traumática mas como um sinal activador do comportamento de vinculação. Bowlby (1973) considera que as diferentes formas de experiência de separação em relação à figura de vinculação (separação física temporal, perda definitiva, presença sem disponibilidade ou sem responsividade adequada, ameaça de abandono com fins educativos, etc.) têm em comum a capacidade de criar situações de stress capazes de direccionar o desenvolvimento da criança para a saúde mental ou para a psicopatologia (Bailly, 1997). As crianças desenvolvem expectativas relativamente à disponibilidade dos seus cuidadores através de interacções primárias. De acordo com Bowlby estas expectativas funcionam como a base dos modelos que a criança adquire para lidar consigo próprio e com os outros. Quando estas experiências conduzem a expectativas positivas, que o cuidador seja responsivo e afectuoso, desenvolvem um modelo do self enquanto passíveis de serem amadas

e valorizadas, e do outro, enquanto capaz de responder de forma eficaz às suas necessidades. Pelo contrário, quando a figura cuidadora não responde de forma adequada às necessidades da criança, esta desenvolve estratégias alternativas e inseguras de lidar com situações de stress. Quando estas crianças usam estratégias de minimização de danos, defendem-se deslocando a atenção dos seus problemas e da falta de disponibilidade de cuidador.

Assim sendo, ficam com um acesso bastante limitado aos seus próprios sentimentos, criando necessariamente uma imagem idealizada da disponibilidade dos pais. Quando as estratégias utilizadas são de maximização dos danos causados, a atenção é deslocada e centralizada nos seus problemas e na disponibilidade do cuidador, não se distanciando, portanto, da falta de responsividade do cuidador. Estas crianças dificilmente conseguem identificar uma verdadeira ameaça, bem como a verdadeira disponibilidade do cuidador. Qualquer uma destas estratégias pode conduzir a patologias associadas. Em situação de minimização a criança pode apresentar patologias de externalização, uma vez que a atenção é deslocada do self dada a não resolução de representações negativas. Em situações de maximização a criança pode apresentar patologias de internalização, uma vez que a atenção é centrada na disponibilidade do cuidador e, as representações negativas mantêm-se presentes e dolorosas.

Bowlby (1980) sugere que há 3 grandes tipos de circunstâncias que podem ser causadoras de uma depressão em termos de ciclo vital: a) Quando um dos progenitores morre e a criança experimenta uma falta de segurança e perda de controlo em relação à situação, estará mais propensa à desilusão e a desenvolver sentimentos de desespero relativamente a acontecimentos traumáticos; b) Quando a criança se sente incapaz, mesmo após várias tentativas, de criar laços estáveis e seguros com os cuidadores, desenvolve uma auto-imagem de fracasso. Qualquer perda ou desilusão subsequentes serão sempre percebidas como um reforço do sentimento de fracasso; c) Quando os pais transmitem à criança que esta não é merecedora do seu amor, esta criará um modelo interno dinâmico que se irá reflectir na forma como se percebe a si própria - pouco merecedora de afecto, e aos outros - enquanto incapazes de o proporcionar. Em consequência disto, a criança e, mais tarde o adulto, sempre que confrontado com uma situação de carência, irá experienciar a hostilidade e a rejeição por parte dos outros. Cummings e Cicchetti (1990) sugeriram que experiências de um cuidador psicologicamente indisponível são semelhantes à perda de facto do cuidador (morte), no sentido em que a criança experiencia abandonos frequentes ou crónicos do cuidador. A sensação de incapacidade e de desilusão surge face a acontecimentos desagradáveis, vivenciados pelo



indivíduo como estando fora do seu controlo. Cada um dos conjuntos de circunstâncias referidos por Bowlby remete para um sentimento de incapacidade por parte da criança. No segundo e terceiro conjuntos de circunstâncias a criança experiencia um sentimento de ausência de controlo que resulta da falta de responsividade dos progenitores. Em circunstâncias que envolvam a morte da figura cuidadora, a criança sente que não tem controlo sobre a perda dessa figura e subsequentemente poderá experienciar este sentimento com outros cuidadores.

Diversos estudos longitudinais oferecem provas convergentes de que a morte de um dos progenitores na primeira infância coloca a criança em risco de mais tarde vir a sofrer de depressão (Harris, Brown & Bifulco, 1990). Estes autores chegaram à conclusão de que, quando a mãe da criança morre antes de esta ter atingido os 11 anos o risco para desenvolver depressão futuramente é acrescido. Para além do mais, a perda por morte encontra-se associada a tipos de depressão mais graves (severos), os quais se fazem acompanhar por sintomas vegetativos tais como atrasos psicomotores. A perda por separação associa-se a tipos de depressão menos graves mas de índole mais violenta (ataques de fúria, manifestações de hostilidade). Bowlby (1980), esclareceu esta distinção sugerindo que a morte do progenitor pode conduzir a sentimentos de desespero completo, enquanto que a separação pode levar à crença de que os acontecimentos são reversíveis. Harris, Brown e Bifulco (1986), concluíram que cuidados inadequados seguidos de perda podem duplicar o risco de depressão na idade adulta, mais especialmente em casos de separação do que de morte. Cuidados desadequados, muitas das vezes traduzem-se por negligência, indiferença e índices baixos de controlo por parte dos pais. Cummings e Cicchetti (1990) sugeriram que o impacto causado por uma perda também depende da qualidade dos modelos dinâmicos internos da criança anteriores a esse acontecimento bem como da qualidade da relação com a figura de vinculação.

São diversos os estudos (Raskin, Boothe, Reatig, Schulerbrandt & Odel, 1971) em que indivíduos com depressão descrevem os seus progenitores enquanto figuras mais rejeitantes do que os indivíduos sem qualquer distúrbio psicológico diagnosticado.

Em síntese, se uma criança não tiver oportunidade de se vincular a uma pessoa específica no decorrer de um período sensível do seu desenvolvimento - os três primeiros anos, segundo Bowlby (1973), o primeiro ano segundo Sroufe (1978) - tal poderá levar a uma incapacidade ou inadaptação para estabelecer relações afectivas satisfatórias com os outros. De forma similar, a perda da figura de vinculação no decorrer deste período sensível poderá ter como consequência o desenvolvimento da ansiedade na criança.

No entanto, e sem prejuízo do papel fundamental dos vínculos primários no desenvolvimento do sujeito, convém subtrair aos modelos de funcionamento das relações a noção de determinismo que daí possa resultar, uma vez que, a vinculação insegura não prevê necessariamente ulteriores comportamentos perturbados e a vinculação segura também não garante, por si só, que tais manifestações não ocorram, permanecendo a convicção que a vinculação continuará a sofrer transformações e integrações com novas conquistas relativas a autonomia do sujeito no decurso do seu desenvolvimento. É ainda de salientar que esta abertura a novas transformações funciona em ambos os sentidos, ou seja, podem-se adquirir novas “forças” ou novas “vulnerabilidades”.

Assim sendo, "em qualquer fase (...) mudanças nos cuidados prestados e acontecimentos da vida como rejeições, separações e perdas, mas também experiências positivas (...), ou a própria adesão terapêutica, podem provocar alterações no decurso do desenvolvimento da vinculação" (Van IJzendoorn, 1995, p. 412).

Recentemente vários estudos tentaram compreender a relação existente entre os vários padrões de vinculação e a saúde mental (Golder et al., 2005; Newcom-Rekart et al., 2007; Sund & Wickstrom, 2002). No entanto são muitas as limitações neles encontradas, pois a análise longitudinal e a implicação de outras variáveis no processo não têm sido contempladas nas diversas investigações. Apesar das variáveis em causa serem diversas, da constituição da amostra não ser simples, entre outros factores que tornam esta uma área de investigação complexa, apresentaremos um conjunto de estudos que consideramos importantes analisar tendo em conta os objectivos do presente trabalho.

Sroufe e colaboradores (2005) concluíram que, especialmente o padrão de vinculação desorganizado foi mais fortemente associado com psicopatologia do que qualquer outro padrão de vinculação. A vinculação insegura foi sobretudo associada com ansiedade, e a evitante mostrou - se relacionada com problemas comportamentais e de conduta, mas previu psicopatologia.

Main e colaboradores (2005) postulam que o início da investigação da representação da vinculação abriu o campo para cognição, emoção e regulação dos estados de espírito. (Dozier et al., 2004; Grossmann et al., 2005) defendem que a utilização do AAI como instrumento de avaliação da vinculação na idade adulta, aprofundou a curiosidade dos investigadores em desvendar o desenvolvimento através do tempo e do espaço.

De facto, foi essa atitude que deixou claro que a criança é construtora da sua própria realidade e um agente activo do seu desenvolvimento. A construção das representações orienta a

dinâmica do processo de desenvolvimento, e são definidas em função das consequências da interação diária e das experiências. A descoberta da maior parte desses factos sobre o desenvolvimento humano foi feita ao longo de estudos longitudinais (Sroufe et al., 2005).

Destacamos que o interesse pelo estudo da relação entre a vinculação e a psicopatologia é uma consequência natural de todo o império teórico descrito ao longo da trilogia Bowlby (1969, 1973, 1980). No entanto, este legado não teria passado da teoria à prática sem alguns estudos, dos quais destacamos os seguintes: a) problemas sociais durante os anos 70 (por exemplo, Bowlby & Parkes, 1970), a separação conjugal (por exemplo, Weiss 1973); b) os estudos longitudinais de Minnesota (Morris, 1982; Sroufe, 2005), e Bielefeld (Grossmann et al., 2005) sobre o relacionamento mãe-filho e a transmissão intergeracional da vinculação.

Os resultados destes estudos destacaram a importância da vinculação no adulto, e das representações que o indivíduo tem das primeiras experiências de vinculação, bem como o modo como estas influenciam as relações de vinculação presentes.

Waters (1994) aponta para vários aspectos para os quais a capacidade de representação é crucial para a teoria da vinculação. Refere a representação mental da vinculação e clarifica o peso das relações precoces no desenvolvimento, permitindo que o indivíduo ao longo da vida (re)interprete o significado de experiências anteriores e actuais. As representações mentais permitem compreender a forma como os laços entre as pessoas são mantidos e desenvolvidos no tempo e espaço e, como tal, fornece uma maneira de compreender o passado e o futuro relacional de cada indivíduo.

A ideia de Bowlby de que o estudo da vinculação poderia dar importantes pistas para a compreensão da psicopatologia do adulto ganha sustentabilidade e os processos dissociativos desde logo se afiguraram como os melhores candidatos a ter um lugar de destaque nesta relação (Perris, 1994). Os processos dissociativos surgiram como uma defesa primária em relação ao trauma.

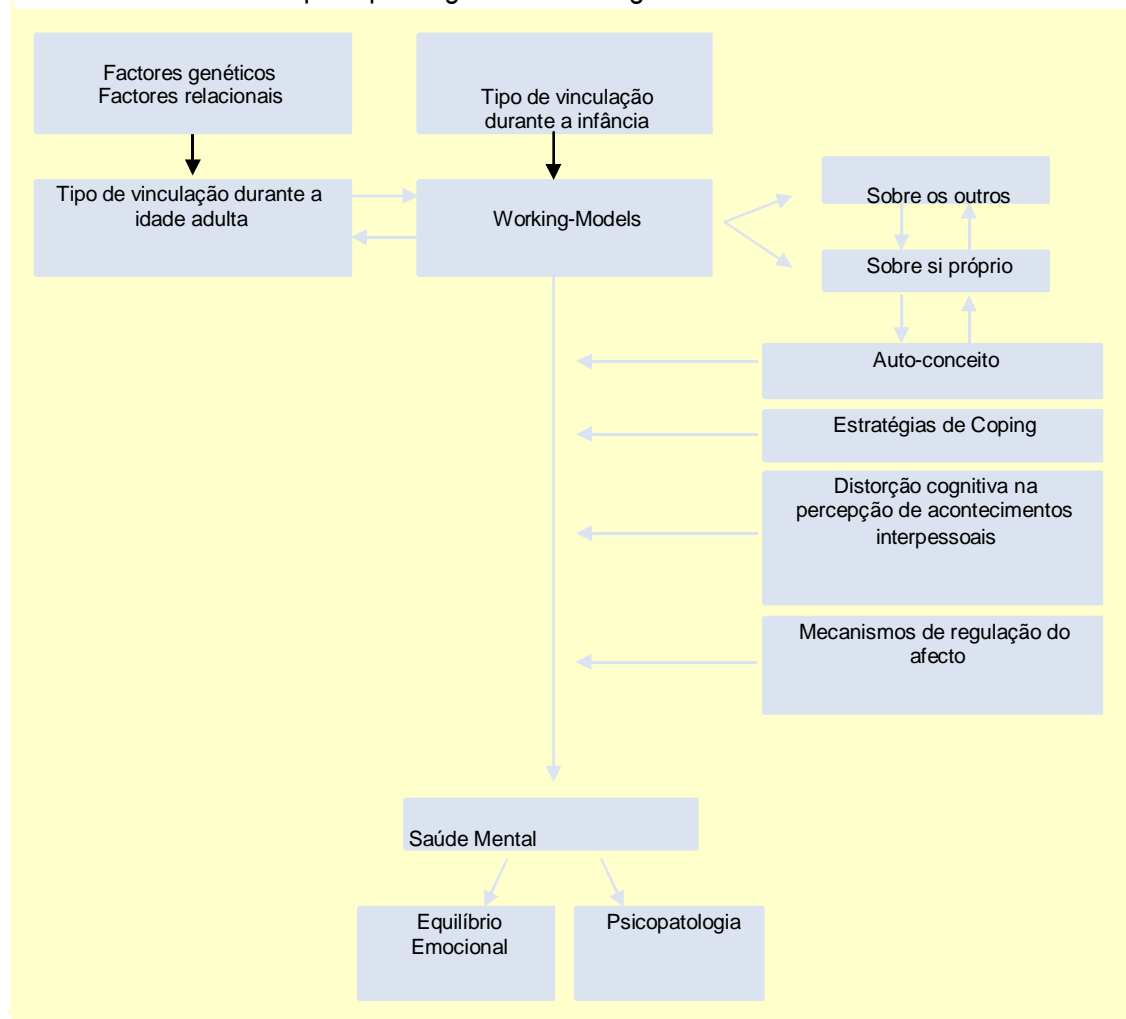
Para Bowlby os mapas cognitivos, designados por *working models* são os melhores mecanismos para analisar a saúde mental dos adultos e caracterizam-se por incluir componentes afectivas e cognitivas, resultando da generalização de uma representação. Estes são normalmente estáveis e não conscientes, sendo passíveis de modificação através de experiências concretas (Perris, 1994).

Ao serem considerados relativamente estáveis os *working models* determinam o que é importante ou não perceber, e estabelecem planos de acção para lidar com as situações, ou

seja, apresentam características de auto-regulação, pelo que quanto mais precoce for a construção de working models disfuncionais maiores serão os riscos para a saúde mental. Embora Bowlby não tenha considerado a existência de factores mediadores entre a construção de working models e o desenvolvimento de psicopatologia, outros autores desenvolveram vários estudos neste âmbito.

Destacamos Bartholomew (1990) e Hazan e Shaver (1987) que consideraram que a representação das experiências de infância influenciariam a integração de experiências relacionais na idade adulta. Para Belsky (1988) estes factores mediadores eram traduzidos em expectativas de auto-eficácia ou, mais concretamente de auto-conceito.

De seguida representamos a forma como as estratégias de *coping*, as distorções cognitivas na percepção de acontecimentos interpessoais e os mecanismos de regulação do afecto, podem ser mediadores entre a psicopatologia a os working models:



**Quadro 3: Ligação entre relações de vinculação e saúde mental, de acordo com recentes desenvolvimentos da Teoria de Vinculação (Bartholomew, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Main et al., 1985; Ruitter, 1995; Sroufe & Fleeson, 1986; Waters et al., 1993) Fonte: Canavarro, 1997, 142.**

Em estudos recentes (Bartholomew, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Main et al., 1985; Ruitter, 1995; Sroufe & Fleeson, 1986; Waters et al., 1993, Sroufe et al., 2005) considera-se que a figura de vinculação não serve apenas de base segura mas, ao ser sensível e responsiva para o indivíduo, permite-lhe a sensação de que ele próprio é capaz de despertar cuidados por parte dessa figura e de outras. Tal irá aumentar a sua sensação de auto-eficácia que posteriormente se alargará a outras esferas da sua vida.

Relativamente às estratégias de coping, os autores defendem que um indivíduo sente-se ansioso se a sua figura de vinculação não apresenta, de forma consistente, comportamentos adequados às suas necessidades, organizando respostas ambivalentes ou de evitamento para minimizar o tipo de respostas percebidas, acabando por generalizá-las a outras áreas da sua vida. No que concerne às distorções cognitivas na percepção de acontecimentos interpessoais, constataram que, indivíduos com padrões de vinculação inseguro tendem a interpretar os acontecimentos interpessoais indutores de stress como rejeições ou, como mais uma certeza da sua falta de competências sociais, podendo por tal facto apresentar sintomatologia depressiva.

Relativamente aos mecanismos de regulação do afecto, Rosenstein e Horowitz (1996) afirmam que a vinculação evitante é característica de perturbações nas quais a ansiedade é evitada. O afecto será assim contido e a expressão dos comportamentos disfuncionais direccionam-se ao outro; a vinculação ansiosa é característica das perturbações em que existe consciência da ansiedade sentida, no entanto o afecto não é modelado e o comportamento disfuncional é dirigido em relação ao próprio.

A designação de MOI (modelo operacional interno) é originária do psicólogo britânico Kenneth Craik em 1943 e foi repescada por Bowlby na intenção de evidenciar o carácter dinâmico que assumem os modelos mentais que a criança vai construindo, tendo em conta as interações que estabelece com os que lhe são mais próximos. Estes modelos confluem simultaneamente numa imagem criada de si como sendo mais ou menos merecedor de ser amado e, do outro, como mais ou menos disponível e sensível às suas necessidades (Guedeney, 2004).

Bowlby considera que desde meados do primeiro ano, a criança é já capaz de formar um modelo interno, depois de ter adquirido um princípio básico que Piaget (1947,1948) apelidou de “permanência do objecto”. Esta aquisição permite à criança reconhecer e recordar-se da figura do cuidador mesmo quando este não está presente, impondo assim a uma representação do “objecto”.

A partir do momento que a criança percebe que a figura de vinculação ausente pode voltar, desenvolve estratégias de adaptação do seu comportamento em função do que imagina ser

mais eficaz para retomar o contacto com essa mesma figura. Esta adaptação comportamental, segundo Main (1990), poderá levar a criança a accionar duas estratégias distintas: a) estratégia de minimização - o sistema de vinculação é inibido fruto das frustrações repetidas na procura duma resposta materna adequada; b) estratégias de maximização - o sistema de vinculação é hiperactivado, aumentando progressivamente os sinais de vinculação, quando a criança verifica que só com manifestações de aflição extrema consegue obter a atenção da mãe.

Bowlby (1973) distingue dois momentos no desenvolvimento de um MOI. Num primeiro momento assiste-se à constituição do modelo em função das interacções vividas, ao passo que, num segundo momento, são-lhe assimiladas novas experiências embora a correspondência possa não ser perfeita. Podem surgir informações dolorosas das quais a criança se defende utilizando um mecanismo que Bowlby designou de “exclusão defensiva” impedindo a integração das mesmas no MOI, bem como a sua representação.

A cristalização do MOI impede a vivência de novos modos de interacção, condicionando assim a disponibilidade para a construção de padrões relacionais que se diferenciem dos adquiridos na infância.

### **Síntese**

Tentámos neste capítulo explorar a vinculação enquanto processo de vital importância à sobrevivência física, emocional e psicológica dos indivíduos.

Começámos por apresentar o modelo desenvolvido por Bowlby, bem como os pressupostos nos quais se baseia a construção da relação de vinculação. A perspectiva desenvolvimentalista, presente na génese da Teoria da Vinculação foi igualmente abordada, apresentando algumas das investigações empíricas realizadas no âmbito desta temática, em todo o ciclo de vida. Dado que o presente estudo foi realizado com população adulta, damos naturalmente algum destaque ao sistema de vinculação no adulto (estratégias de hiperactivação, desactivação e uso simultâneo de ambas).

Posteriormente dedicámos especial atenção ao processo de transição intergeracional e à psicopatologia. Toda a intervenção que vise alterações de comportamento o grande agente de mudança é a relação. No entanto, com a maioria da população sem abrigo a dificuldade consiste em estabelecer e manter uma relação durante tempo suficiente para que possa emergir ingredientes tão importantes como a confiança. Assim, ao longo da vida as relações significantes podem ser factores

de risco ou de protecção consoante promovem o bem-estar global do indivíduo, ou pelo contrário, gerem condições adversas que impliquem sofrimento (Machado, 2004).

De facto a vinculação é um processo de vital importância e que pode influenciar todo o nosso ciclo de vida, quer pela positiva como pela negativa. Neste capítulo, explorámos um tema em que as palavras-chave são: relações interpessoais; afecto; sensibilidade; ligações emocionais; segurança; vínculos afectivos. Palavras chave que raramente se constituíram como realidade da vida dos sem abrigo, sendo que esta ausência tem grande parte das vezes uma duração tão longa como a vida dos mesmos.

O capítulo que desenvolvemos em seguida tem como objectivos perceber as particularidades da população sem abrigo.





## **CAPÍTULO 2**



## Capítulo 2: Enquadramento Psicossocial dos Sem Abrigo

### 1. Exclusão social

Sendo a condição de sem abrigo a “doença dos laços”, (Xavier, 2000), a intervenção junto destes, nos seus vários níveis estrutural-sistémico, organizacional e da relação técnico-utente, deve privilegiar a dimensão relacional e um estudo atento a este síndrome de dessocialização e de exclusão social. O que remete para outro conceito complexo, que nos parece ser a base desta problemática: o que é afinal a exclusão social? Em termos da problemática do desemprego, historicamente, sempre houve a tentativa de diferenciar os que não trabalhavam por não poder dos que não o faziam por não querer, sendo que os primeiros seriam merecedores de ajuda e os segundos de castigo. Tal diferença de posturas está bem patente nas diferentes legislações existentes no país sobre esta temática. Assim: 1211- D. Manuel I: Homens bons/homens maus; 1349- Afonso IV: autorização para mendigar ou mudar de emprego; A lei das sesmarias (1373) decreta a prisão para os mendigos e ociosos, mas permite a mendicidade aos fracos, velhos e doentes. Para tal eram emitidos alvarás de autorização à mendicidade; O código penal de 1886 contempla pena de prisão para o crime de se ser vadio. No entanto exclui desta situação os “casos de força maior” nomeadamente “o cego e o aleijado” (artigo 261); Em 1912 surge a chamada “lei da vadiagem” que permite a mendicidade desde que haja licença para o efeito. Se não houver pune-a com espaços correccionais de trabalho; Em 1947 o Decreto-Lei n.º 36 448 regulamenta a mendicidade, distinguindo os doentes inválidos e menores e proibindo a existência de mendigos e vadios; Em 1976 foi abolida a repressão à mendicidade, no entanto com a ressalva, no preâmbulo da lei, de que 70% dos residentes em albergues de mendicidade pertenciam a doentes de foro psiquiátrico. Tendo em conta esta pequena resenha histórica ao nível da legislação portuguesa é bem patente a necessidade do Estado em clarificar que só é merecedor de apoio e de “estatuto especial” o sujeito que tem alguma justificação de saúde para não cumprir o seu dever moral e social - de trabalhar. O reconhecimento que damos à produtividade é desta forma castrador de outra ordem de prioridades que não aquela pela qual o regime se sustenta. Nem ao próprio filho de Deus foi permitido ser desempregado, era carpinteiro como o pai e essa foi a ordem da inserção laboral que predominou até à escassos anos no nosso país. Neste momento as profissões já não são um legado familiar e se para uns esta flexibilidade lhes permite ascender no acesso a novas oportunidades outros há que ficam fora mercado de trabalho. Perdem assim o emprego, a identidade,

o reconhecimento social e familiar e em última instância o acesso à condição de cidadão.

O conceito de exclusão é hoje de uso generalizado, embora não seja claro que todos quantos o utilizam tenham a mesma “leitura” do seu significado. Utilizaremos neste trabalho a noção de exclusão que advém de Robert Castel (2000) e que a define como a fase extrema do processo de “marginalização”, enquanto um processo “descendente”, ao longo do qual as rupturas na relação do indivíduo com a sociedade são uma constante. No entanto não podemos deixar de referir que a noção de exclusão social advém de duas escolas: a britânica que se ocupa sobretudo de aspectos distributivos, ou seja da questão da pobreza que a exclusão comporta e a escola francesa que se dedica mais aos aspectos relacionais da exclusão (Room, 1995). Estão patentes nestas tradições as duas faces da exclusão social: pobreza e rupturas ao nível das relações sociais. De acordo com Bruto de Costa, para além destas duas perspectivas de entendimento do conceito de exclusão social, mais recentemente a Comunidade Europeia assimilou a noção de pobreza à de marginalização sob o mesmo chapéu da exclusão social (Costa, 1998, 2004).

A primeira questão que se nos coloca ao pensar numa definição de exclusão reside sobre o contexto de referência a que nos reportamos. Excluídos de quê? Todos nós somos e sentimo-nos excluídos de algum contexto, mas isso fará de nós excluídos? Ao alargamos a definição da exclusão social passamos a interpretá-la como estando relacionada com a sociedade. Segundo Costa (1998) a exclusão pode ter causas imediatas, intermédias e estruturais, podendo ainda agrupá-la nos seguintes tipos:

a) De tipo económico, refere-se fundamentalmente à pobreza, entendida como uma situação de privação múltipla, por falta de recursos. Como consequência da pobreza, temos as más condições de vida, baixos níveis de escolaridade, desemprego ou emprego precário, falta de condições de saúde e habitação, falta de possibilidade de escolha o que conduz a uma perda de esperança no futuro e toda a fragilidade psicológica do “pobre”. De facto com o decorrer do tempo o contexto empobrecedor vai-se alastrando a dimensões mais internas, sendo que o grau de profundidade está directamente relacionado com a persistência e intensidade dessa vivência.

Costa (1998) defende que neste processo em espiral de pobreza externa e interna, se vão modificando os hábitos e os valores, e as estratégias iniciais de sobrevivência e revolta vão dando lugar ao conformismo. Cede-se assim ao contexto, esbatendo-se a capacidade de iniciativa, declinando a auto-estima e auto-confiança o que conduz a uma alteração da rede de relações, à perda de identidade social e, eventualmente, à perda da identidade pessoal e do sentimento de pertença à sociedade.

O autor destaca que este processo não é o percurso pelo qual passam todos os pobres, mas sim trajetória possível a que a privação profunda e persistente conduz. Este percurso de degradação se esbate nos meios rurais devido às solidariedades informais aí existentes.

b) De tipo social, que se refere aos casos em que a exclusão se situa no domínio dos laços sociais. Reporta-se a privações do tipo relacional e isolamento, por vezes associada à falta de auto-suficiência e autonomia pessoal. São indicados na literatura enquanto exemplos deste tipo de exclusão, os idosos, os deficientes e os acamados (Costa, 1998). No entanto, questionamo-nos se os sem abrigo não farão parte deste grupo que sofre de uma exclusão de tipo social. Perderam todo e qualquer vínculo com a família, não têm emprego, não têm amigos e os que têm encontram-se na mesma situação, sem aceder aos serviços de apoio. Os sem abrigo que vemos a dormir nos passeios e pelos quais passamos com aparente indiferença não serão um dos mais visíveis exemplos da exclusão de tipo social? Segundo o autor esta exclusão pode não ter qualquer relação com falta de recursos e resultar da falta de serviços de bem-estar, ou de uma cultura pouco sensível à solidariedade. No entanto também podem estar sobrepostos os dois tipos de exclusão.

c) De tipo cultural, que pode advir de fenómenos como racismo, xenofobia ou outras formas de segregação de minorias étnico-culturais. Podemos aqui referir-nos às dificuldades de inserção de um ex-recluso ou alguém de etnia cigana, como à aparente inserção da população chinesa ou outros emigrantes que habitam no nosso país sem se integrarem realmente nele. Podemos eventualmente colocar a hipótese de alguns elementos destes grupos contribuírem activamente para a sua não inserção.

d) De origem patológica, que menciona designadamente os factores de natureza psicológica ou mental. Uma das causas do aumento de número de sem abrigo na Europa é a mudança de política dos hospitais psiquiátricos, uma vez que passaram a privilegiar o tratamento em ambulatório de alguns doentes institucionalizados (Costa, 1998). Ora estes doentes ou não têm casa, ou existe um corte relacional com a família de origem, devido ao longo período de internamento. No entanto, mais adiante, o processo de desinstitucionalização será alvo de uma análise detalhada.

e) Por comportamentos auto-destrutivos, uma vez que algumas pessoas que se encontram em situação de marginalização são vítimas de um percurso de auto-exclusão em consequência de comportamentos auto-destrutivos, tais como, toxicod dependência, alcoolismo, prostituição, entre outros. Surge-nos como algo paradoxal a constatação de que na literatura a

toxicod dependência e alcoolismo, muitas vezes, são ainda considerados enquanto doenças algo diferentes das outras e colocadas num tipo de exclusão que o autor denomina de “comportamentos auto-destrutivos”, estando bem patente a crença de que se o indivíduo quisesse, de facto, poderia acabar com a sua doença. Será que no fundo de nós não reside a convicção de que só é sem abrigo quem o quer ser. Que se está nesta condição por opção e não por incapacidade de mudar.

Podemos em última instância perguntar de quem será responsável pela existência de pessoas excluídas? Do próprio, da sociedade ou de ambos? De facto só nos assumimos como responsáveis pelo que sentimos como pertença. Somos responsáveis por nós, pelas pessoas que sentimos que “são nossas”, pelo nosso emprego, pela nossa casa, pela nossa família. Dito de uma forma simples: sentimo-nos responsável por “tudo o que é nosso”.

Na tentativa de estabilizar um quadro conceptual acerca do crescimento da população que se admite estar em situação de exclusão, bem como, de evitar a conotação estigmatizante, Soulet tenta inverter o conceito de exclusão colocando a seguinte questão: “em que termos é que a sociedade já não parece capaz de integrar a totalidade dos seus membros?” (Soulet, 2000, p. 15). Formulada deste modo, a questão da exclusão deixa de ser um problema exclusivamente dos sujeitos, pondo a descoberto a fragilidade e dificuldade da sociedade no seu conjunto para integrar todas as pessoas. O mesmo autor avança ainda com uma possível explicação para o fenómeno, atribuindo vital importância ao esgotamento do trabalho, como “grande integrador” (Soulet, 2000).

Para Robert Castel, nas sociedades industriais e pós-industriais surgiu uma nova categoria de pessoas, que o autor apelida de “supranumerária... de quem continuaremos a cuidar mais ou menos porque não somos maus e porque ainda falamos de solidariedade, mas que renunciaremos a integrar numa plena cidadania” (Castel, 2000, pp. 36-37). Segundo Xiberras, “o insucesso numa esfera do social não conduz à exclusão. No entanto, multiplica a má sorte de um revés noutras esferas, por proximidade. Assim, o insucesso é vector de insucesso e a acumulação de insucessos, ou a acumulação de deficiências, torna-se, uma causa certa de exclusão social. Tudo se passa como se a sociedade de acolhimento pudesse, em rigor, aceitar a diferença ou o desvio em relação à normalidade, ao menos no que respeita a um ponto, mas a acumulação, ou a soma, de demasiadas diferenças tornar-se-lhe-ia insuportável” (Xiberras, 1996, p. 31).

Segundo Esteves (2000) o conceito de exclusão social não se resume ao nível económico, abrangendo igualmente o plano moral, cultural, educacional, ético e físico.

Na perspectiva de António Sousa, exclusão social consiste “numa degradação no campo das trocas sociais e (...) erosão do (...) estatuto de cidadão...” (2000, p.161). Porventura será já banal a constatação de que sempre que nos referimos a uma problemática psicossocial não possamos deixar de penetrar nas suas causas ou questões de base. Ora, se para contextualizar a problemática da toxicod dependência não podemos deixar de falar das drogas, se para contextualizar a questão do alcoolismo não podemos esquecer o álcool, se para falarmos de saúde não podemos esquecer a doença, torna-se evidente que não podemos contextualizar a questão dos sem abrigo sem falar do abrigo. Qual é o abrigo a que todos nós regressamos no fim do dia, que nos acolhe, dá segurança e nos confere identidade? A casa. Assim, torna-se fundamental nesta reflexão sobre os sem abrigo contemplar outra questão que nos parece basilar: O que significa afinal não ter casa? O direito de cada pessoa a um nível de vida condigno está consignado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) (Artº 25, nº 1) onde se inclui entre outros, o direito à habitação. Este mesmo direito é reforçado no Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (1966) (artigos 2º,3º,11º), que obriga todos os Estados-Signatários a adoptarem medidas no sentido da plena realização de todos os direitos, nomeadamente o direito de vida condigno, voltando a ser referida a habitação como um destes direitos. Também a Constituição Portuguesa (1976) preconiza o direito à habitação (artigo 65º, nº 1). “Todos têm direito, para si e para a sua família, a uma habitação de dimensão adequada, em condições de higiene e conforto e que preserve a intimidade pessoal e a privacidade familiar”.

Para além do espaço físico que a casa representa comporta igualmente uma questão de identidade. Por vezes podemos retirar elações sobre traços de personalidade do outro através da observação das características do seu espaço. A casa assume assim um papel bem mais complexo do que um simples espaço. Aliás, a necessidade de nos revermos no espaço que ocupamos é tal, que a simples secretária onde trabalhamos pode espelhar um pouco de nós.

Para alguém organizado, uma secretária desarrumada e sem ordem aparente é desconcertante. Para quem necessita de estabilidade, a mudança de espaço físico é igualmente desconcertante.

Se no nosso dia-a-dia o espaço físico assume uma importância tão preponderante, como poderão os sem abrigo relacionar-se de forma indiferente com este? Ou será que não é assim tão indiferente e o estar sem abrigo é por si só revelador de algo mais do que a indiferença perante a “casa”? Ainda que de forma tangencial, ao reconhecer-se que a casa proporciona maior saúde, atribuímos à rua uma maior vulnerabilidade às doenças e à precariedade das relações familiares.

Da palavra latina “casa”, enquanto morada, habitação, derivam palavras como “acasalamento”, “casamento”, que lhe confere o sentido de união entre pessoas. A casa é, assim, um dos pilares do nosso mundo e um ponto de união entre nós e os outros significativos. Enquanto espaço privado, ela estabelece um sentido de separação e de interioridade, a partir do momento em que nela entramos retomamos à nossa intimidade. Por outro lado, é também em torno desta que convergem todas as coisas, fornecendo-lhes um sentido de ligação, de relação e de protecção (Bento e Barreto, 2002). Sobretudo no contexto social actual, ter um espaço físico é sinónimo de reconhecimento de competência e validade pessoal e social, sendo este associado ao estatuto de cada um, assumindo uma importância crescente na definição da identidade e da integração comunitária que se alcança.

Retomando o exemplo da secretária, facilmente nos identificamos com o sentimento de desconforto quando alguém altera a ordem das nossas coisas, como se tal movimento representasse o desrespeito por nós próprios, sendo estes episódios vivenciados como intrusivos. Como se a forma como o outro se relaciona com o nosso espaço traduzisse a forma como se relaciona connosco.

Podemos descrever a casa enquanto estrutura, caracterizá-la do ponto de vista da forma, do conteúdo, das dimensões. Tal como por vezes sentimos que fazemos, com a realidade dos sem abrigo: quem são, quantos são, que características têm? Mas isso, embora caracterize a estrutura, deixa de fora o essencial do processo, porque uma casa não é um simples espaço físico quando nela habitamos; e um sem abrigo deixará por certo de ser um simples sem abrigo quando passa a fazer parte da vida de alguém. Permitam-nos ir colocando questões que nos inquietam no decurso destas linhas, pois pretendemos não só uma reflexão teórica sobre o tema, mas também induzir ao desconforto de pensar como diariamente contribuimos para a existência de pessoas sem abrigo. Sem dúvida que habitar uma casa significa criar com ela uma rede de vínculos interpessoais que a convertem não já num simples espaço físico mas num lar.

“Não sei o que é uma casa. É um refúgio. Esqueci-me o que é uma casa. Neste momento é o quarto onde estou, é um espaço privado. A minha casa é onde me dispo”.

Bruno, sem abrigo de 30 anos

Note-se como a casa pode simbolicamente representar o espaço mental. Tal como este, ela permite estabelecer uma delimitação entre o dentro e o fora, entre um espaço privado e um espaço público (Bento e Barreto, 2002). É neste “refúgio” que nos podemos despir e ser



quem somos, por oposição ao traje que nos obrigamos a vestir na exposição ao espaço público, representando o papel social que se impõe. A forma como o indivíduo se sente pressionado para o desempenho de um papel social, que muitas vezes não entende ou não aceita, pode toldar a vivência afectiva da casa, limitando-a ao sentimento de refúgio. Este empobrecimento da vivência subjectiva do espaço pode remeter-nos igualmente para períodos de risco de perda de identidade social. Sem grande noção da continuidade entre o espaço mental e a casa, muitas vezes verbalizamos em períodos de maturação ou elaboração pessoal, que “estamos a arrumar a casa”, ou em períodos de maior preocupação podemos dizer que “andamos com macaquinhos no sótão” (Barreto, 2006, p.2). Dentro da mesma linha de raciocínio, constatamos que em períodos de mudança pessoal podemos alterar a disposição da casa ou ainda, nas fases de reconstrução tendemos a retirar alguns objectos. Assim, a remoção do nosso espaço físico, dos objectos que nos vinculam às pessoas de que nos afastámos materializa o afastamento psicológico e emocional das mesmas, na mesma medida que as mudanças de disposição da casa simbolizam alterações comportamentais desejadas. Por outro lado, ao guardar objectos significativos, dispendo-os de forma ajustada às nossas fantasias, possibilitamos que outros habitem simbolicamente o nosso espaço. A casa permite-nos não só uma vivência enquanto sujeitos singulares, como também enquanto sujeitos em ligação e interdependência com outros e a relação que com ela estabelecemos demarca determinadas fases do ciclo de vida. O momento em que o jovem se decide sair de casa dos pais e ter o seu próprio espaço, é também um momento de conquista de autonomia, de afirmação de identidade. A partir daí o indivíduo conta com os seus próprios recursos para enfrentar o mundo e encontrar o seu caminho. Ou seja, a capacidade de separação psicológica é o factor essencial que a construção da sua própria casa materializa. A forma como vamos oscilando entre fases nas quais estamos mais tempo em casa e outras em que por lá passamos, sem perder muito tempo, permite traçar um paralelismo com as fases de maior procura de interioridade ou de exploração do exterior. A fase em que o casal passa mais tempo sozinho em casa para a fase em que passa a receber visitas, também ela caracteriza um paralelismo entre as fases mais centrípetas e centrífugas da realidade do ciclo familiar. Fleming (1995) defende que o modelo centrípeta corresponde a famílias altamente aglutinadoras onde os comportamentos infantis são gratificados, os movimentos de autonomia e afirmação da diferenciação não são estimulados, o que provoca nos seus elementos sentimentos de culpa face à separação, sentimentos de incapacidade e de dependência. O modelo centrífugo corresponde a famílias que têm tendência a rejeitar os seus elementos, empurrando-os precocemente para comportamentos adultos, provocando nos filhos a tendência para

estabelecer relações afectivas precoces com elementos exteriores à família. A estes dois modelos corresponderiam diferentes modos de transacção patológica do processo de separação-individação. As três formas principais definidas por (Madanes, 1982) na patologia da separação são: a) o encadeamento (binding), que resulta da impossibilidade de obtenção das satisfações fundamentais ou das seguranças essenciais fora da família; este acorrentamento pode exercer-se a vários níveis (intelectual, cognitivo, afectivo, moral) sendo que toda a tentativa de separação é vivida pelos pais como “crime número um”; b) na delegação (delegating) o sujeito é encarregado de uma missão no exterior da família, tornando-se assim, uma simples extensão do self parental; c) a expulsão (expelling) corresponderia ao abandono ou rejeição contínua do jovem, que nos casos mais graves se traduz pela ideia de que o desaparecimento físico ou emocional do adolescente é julgado necessário para a resolução da crise parental. O que significa ser sem abrigo nos dias de hoje? Para além da ausência de casa, de vínculos sociais e familiares que mais particularidades encontramos nesta população.

## **2. Evolução do conceito de sem abrigo**

Sem abrigo advém da tradução do francês *sansabri* e do inglês *homeless*. O termo *sansabri* data de 1935 e reporta-se à ideia de falta de habitat mínimo, que protegeria o homem do frio, do vento ou da chuva, que, da mesma forma que a alimentação e/ou o vestuário, assegura uma necessidade essencial à sobrevivência humana (Bento e Barreto, 2002, p.23). O termo *homeless* provém da expressão *houseless* que refere a simples falta de residência física, enquanto *homeless* se refere à pessoa que para além da falta de residência mostra algum grau de isolamento social ou desafiliação. Por desafiado entende-se aquele que se libertou das constricções dos laços afiliativos estáveis que são de seis tipos: família, escola, trabalho, religião, política e recreação (Main, 1998). Embora em França tenha um significado um pouco diferente, definido por Robert Castel, (2000) como o culminar da ruptura do laço social, derradeira etapa da vulnerabilidade social. Ou seja, a noção de *homeless* é mais abrangente e refere-se também à ausência de recursos e laços comunitários que permitam ao indivíduo reverter a situação de exclusão em que se encontra (Costa, 2004).

Considerando nós importante o significado das palavras, realçamos que o termo abrigo deriva do latim - “*apricus*” que significa alperce ou, fruto que amadurece ao sol (Moita, 2004). Por conseguinte, ter abrigo significa ter direito ao sol e, não ter abrigo remete-nos para uma situação de vivência sombria. Logo, abrigar é muito mais do que dar uma casa, é prover condições para a

construção de um lar que nos permita aceder a um leque variado de benefícios - a um “lugar ao sol”. Desde as primeiras expressões do interesse profissional sobre os sem abrigo, o corpo de conhecimentos tem sido dificultado pela ausência de um padrão de definição do conceito (Bachrach 1984; Milburn & Watts 1986; Rossi, 1990) Mais do que mera semântica, esta dificuldade reflecte como que uma inabilidade básica. Para ajudar na confusão, ter uma casa não constitui uma variável que defina com precisão quem são os sem abrigo, sendo alguns deles frequentemente invisíveis para os pesquisadores, (Hope & Young 1986; Ropers 1988). Assim passamos a apresentar um conjunto de definições veiculadas sobre a população sem abrigo no sentido de clarificar a complexidade do conceito.

Segundo a definição inglesa transmitida no The Housing Act de 1985, “uma pessoa é sem abrigo se não possui o direito legal ou se encontra impedida de ocupar uma casa de forma segura ou com razoável conforto” (Munoz & Vasquez, 1998, p. 25). Conforme a United States Alcohol, Drugs Abuse and Mental Health Administration (1983) sem abrigo é qualquer pessoa que não dispõe de alojamento, dos recursos nem dos laços comunitários adequados (Munoz & Vasquez, 1998). O Conselho da Europa (1992) definiu os sem abrigo como pessoas ou famílias que estão socialmente excluídas de ocupar permanentemente um domicílio adequado e pessoal (Munoz & Vasquez, 2001). A Federação Europeia das Associações que Trabalham com os sem abrigo (FEANTSA), propõe que se adopte uma definição que denominou de ETHOS - European Typology of Homelessness (Tipologia Europeia sobre Sem abrigo e Exclusão Habitacional), dado que considera ser esta uma definição abrangente, na qual as diferentes realidades desta população, por toda a Europa, são integradas (Spinnewijn, 2005, p. 22). Divide a população em quatro grandes grupos que se enquadram nas situações de sem abrigo, sem casa, habitação precária e habitação inadequada, ou mais especificamente: Sem Abrigo - pessoas que vivem na rua ou pessoas que vivem em alojamentos de emergência; Sem Alojamento - lares de alojamento provisórios ou em fase de inserção, lares de mulheres, alojamento para Imigrantes, pessoas que saíram de hospitais ou estabelecimentos prisionais, alojamentos assistidos; Habitação Precária - habitação temporária/precária, casa de amigos, familiares, sem arrendamento, ocupação ilegal, pessoas à beira do despejo, vítimas de violência doméstica; Habitação Inadequada - pessoas que vivem em estruturas provisórias, inadequadas às normas sociais, pessoas em alojamento indigno ou com sobrepopulação (Spinnewijn, 2005).

Construída em torno do conceito de casa, a FEANTSA considera a existência de três elementos fundamentais, na ausência dos quais se esboçará a situação sem abrigo: ter uma habitação adequada sobre a qual a pessoa e família podem exercer uma posse exclusiva; poder

manter a privacidade, conseguir relacionar-se e ter um estatuto legal para ocupação. Partindo destes elementos foram definidas categorias operacionais de sem abrigo: Os sem tecto -alguém que se encontra a viver no espaço público, ou fica num abrigo nocturno mas é forçado a passar várias horas por dia num local público; Sem casa - que tendo uma acomodação temporária, não tem espaço privado nem estatuto legal para ocupação; Habitação insegura ou inadequada - ou seja, tem um espaço para viver, mas não é seguro, não tem condições de habitabilidade e existe a incapacidade para o manter em termos económicos. A abertura do conceito de sem abrigo a outras categorias operacionais teve a eficácia de alertar para o fenómeno que se inicia muito antes de se estar a viver na rua.

CATEGORIA CONCEPTUAL		CATEGORIA OPERACIONAL	SUB-CATEGORIA	DEFINIÇÃO	
SEM TECTO	1	A viver em espaço público	1.1. 1.2.	A dormir na rua Contactado por equipas de rua	
	2	Alojado em abrigo de emergência nocturno e/ou forçado a passar várias horas por dia num espaço público	2.1. 2.2. 2.3.	Abriço nocturno de acesso directo Alojamento precário Centro de acolhimento temporário (< 3 meses)	
	SEM CASA	3	Pessoas alojadas em centro de acolhimento temporário / Alojamento temporário	3.1. 3.2.	Centro de acolhimento temporário para sem-abrigo Alojamento temporário (tempo de permanência indefinida, definida e longa)
		4	Pessoas em casas-abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica	4.1. 4.2.	Casas abrigo /centros acolhimento Alojamento apoiado
5		Pessoa em centros de acolhimento para imigrantes e refugiados/requerentes asilo	5.1. 5.2. 5.3.	Centros de acolhimento Alojamento para repatriados Centros para trabalhadores imigrantes	
6		Pessoas sujeitas a desinstitucionalização	6.1. 6.2.	Instituições penais (período definido a nível nacional) Instituições hospitalares (hospitais psiquiátricos e unidades de prestação de cuidados sociais)	
7		Pessoas em alojamento apoiado (devido a carência/ausência de habitação)	7.1. 7.2. 7.3. 7.4.	Habitação assistida (grupo) Habitação assistida (individual) "Foyers" Alojamento para mães pais adolescentes	
HABITAÇÃO INSEGURA		8	Sem contrato de arrendamento ou aquisição	8.1. 8.2.	A viver temporariamente com família ou amigos (não por opção) A viver em domicílio sem arrendamento legal (exclui squatters)
		9	Pessoas sujeitas a ameaça de despejo	9.1. 9.2.	Com ordem legal de despejo (arrendamento) Com direito de resolução (inquilinato)
	10	Pessoas a viver sob ameaça de violência por parte do/a companheiro/a ou família	10.1.	Incidentes registados na polícia	
	HABITAÇÃO INADEQUADA	11	A viver em estruturas temporárias não comuns	11.1. 11.2.	Casa móvel / caravana ou carinhas Ocupação ilegal de terreno (ex. Roma, ciganos)
		A viver em habitação sem condições	11.3.	Ocupação ilegal de prédio	
12		Situações de sobrelotação habitacional extrema	12.1.	Alojamentos não adequados à legislação nacional	
13			13.1.	Padrão nacional relativo ao índice de sobrecupação <sup>14</sup>	

Quadro 4: Tipologia Europeia sobre sem abrigo e exclusão habitacional, adaptado: Edgar, 2009, p.73

Em Portugal, o INE define um índice de lotação do alojamento, mediante o qual determina a situação de sub ou sobre ocupação do mesmo: Os cálculos são feitos com base nos seguintes parâmetros considerados normais: 1 Divisão-sala de estar; 1 Divisão - para casal; 1 Divisão - para outra pessoa não solteira; 1 Divisão - para pessoa solteira com mais de 18 anos; 1 Divisão -

para duas pessoas solteiras do mesmo sexo com idade entre os 7 e 18 anos; 1 Divisão - para cada pessoa solteira de sexo diferente com idade entre os 7 e 18 anos; 1 Divisão - para duas pessoas com menos de 7 anos. (INE).

Em Portugal a utilização desta terminologia de sem abrigo tem vindo, mais recentemente, a ser debatida procurando ganhar maior impacto na percepção de que está cada vez menos assente numa linearidade causal explicativa centrada nas características individuais dos sem abrigo, “sendo urgente promover uma reflexão que permita dar visibilidade às causas estruturais destes fenómenos de marginalização extrema e que se encontram, aliás, inscritas nas trajectórias individuais e familiares mais ou menos explícitas” (Baptista, 2004, p. 60) Nos últimos anos, os relatórios conjuntos da Comissão Europeia sobre os Planos Nacionais de Acção para a Inclusão (PNAI's) têm vindo a identificar o fenómeno sem abrigo e as políticas dirigidas a este problema, como uma das prioridades em quase todos os países. Nomeadamente o relatório de 2007, que identifica o fenómeno sem-abrigo e exclusão habitacional como um dos três principais desafios no âmbito da protecção social e da inclusão social. Em Março de 2008, o Parlamento Europeu aprovou uma declaração escrita, na qual os Estados se comprometiam a solucionar a situação das pessoas sem-tecto até 2015.

Em Novembro de 2008, decorrente da 17ª reunião dos Ministros da União Europeia da área da Habitação, com o tema “ o acesso ao alojamento de pessoas em situação de vulnerabilidade”, foi feita uma recomendação de compromisso para que as políticas ligadas ao fenómeno sem-abrigo sejam tidas em conta no quadro do Ano Europeu 2010 de Luta contra a Pobreza e Exclusão. A necessidade de envolvimento de vários actores na identificação de problemas que estão na base destas situações e de medidas específicas com vista à sua resolução, esteve na base da criação de um Grupo Interinstitucional, cuja missão foi a de desenvolver uma Estratégia Nacional, para a Integração de Pessoas Sem Abrigo, com vista, não só a cumprir as directrizes europeias nesta matéria, mas também a implementar um conjunto de medidas que permita criar condições para que sejam despistadas e acompanhadas as situações de risco prevenindo a perda de habitação, e garantindo que ninguém tenha de permanecer sem alojamento condigno.

A coordenação deste Grupo, constituído em reunião de Maio 2007, foi cometida ao Instituto de Segurança Social, IP (ISS, I.P.), e nele estão representados diferentes sectores e áreas de actividade pública e privada que foram consideradas chave para a intervenção neste fenómeno. No dia 12 de Setembro de 2007, no Auditório do Instituto da Segurança Social, em

Lisboa, decorreu uma reunião extraordinária do grupo técnico<sup>1</sup> para a “Definição da estratégia de Apoio aos Sem abrigo”, em que se estabeleceu consenso sobre o conceito de “Sem Abrigo”. Entidades que integram o grupo interinstitucional para a definição de estratégias de prevenção, intervenção e acompanhamento para pessoas sem abrigo: ACIDI, ANM, CIG, DGS, DGSS, IDT, IEF, IHRU, PSP, GNR, SCML, CNIS, UMP, REAPN, FNERDM, ISS, LNEC, Observatório da FEANTSA, Escola Nacional de Saúde Pública, Direcção Geral dos Serviços Prisionais.

Considera-se sem abrigo a pessoa que, independentemente da sua nacionalidade, idade, género, condição socio-económica e estado de saúde física e mental, se encontre reiteradamente sem tecto vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com parceiro em lugar precário não público, ou sem casa, em alojamento por definição temporário destinado para o efeito, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (2007). A reiteração implica que a condição de sem abrigo prevalece, num período de tempo superior a 3 meses, sobre outras eventuais condições de vida e de alojamento. A condição de sem abrigo deverá ainda implicar, desejavelmente, o reconhecimento do próprio ou, em face de manifesta impossibilidade cognitiva, um consenso de pelo menos três Técnicos (as) de acção social ou de saúde mental e comunitária, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (2007).

Os objectivos do grupo técnico são: Definição do conceito de sem abrigo a utilizar a nível nacional; definição de metodologias e estratégias de intervenção a replicar em todo o território que permitam, nomeadamente, um maior conhecimento sobre as situações, o trabalho desenvolvido por todas as instituições e a duplicação de intervenções; organização e funcionamento das estruturas e equipamentos dirigidos a esta população; reflexão sobre as respostas sociais existentes e possibilidades da sua rentabilização; monitorização da estratégia adoptada (REAPN, 2009).

A necessidade de definir uma Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo decorre, em primeiro lugar, da tomada de consciência da existência de um problema e da insuficiência de conhecimento actualizado sobre o mesmo.

Em segundo lugar, do reconhecimento da deficiente resposta ao problema, resultante, em parte, da falta de articulação entre as intervenções existentes. Por último, decorre também da necessidade de consensualizar um tipo de resposta que potencie os recursos existentes, públicos e privados, evitando a duplicação e sobreposição dos esforços e possíveis efeitos perversos, nomeadamente de manutenção e persistência do fenómeno. A Estratégia Nacional para as Pessoas

Sem Abrigo incide sobre três áreas específicas que estabelecem entre si estreitas conexões e continuidades ao nível da realidade concreta em que vivem as pessoas sem abrigo, mas às quais correspondem frequentes descontinuidades e rupturas ao nível dos dispositivos de respostas existentes. Prevenção, Intervenção e Acompanhamento constituem precisamente essas três áreas específicas.

A Estratégia Nacional, assenta num conjunto de princípios orientadores, dos quais se destacam: 1. Consagração dos direitos de cidadania; 2. Promoção da igualdade de oportunidades e de género; 3. Conhecimento actualizado da dimensão e natureza do fenómeno que sustente o desenvolvimento das estratégias; 4. Reconhecimento da multidimensionalidade e complexidade do fenómeno e conseqüente necessidade de adequação e persistência na implementação das medidas; 5. Definição e implementação de medidas de prevenção, intervenção e acompanhamento; 6. Responsabilização e mobilização do conjunto das entidades públicas e privadas para uma intervenção integrada e consistente; 7. Reconhecimento e adequação às especificidades locais; 8. Garantia de uma intervenção de qualidade centrada na pessoa, ao longo de todo o processo de apoio e acompanhamento; 9. Participação proactiva e promoção do empowerment da pessoa sem-abrigo em todos os níveis do processo de inserção social; 10. Educação e mobilização da comunidade; 11. Monitorização do processo e avaliação dos resultados da implementação da estratégia.

A Estratégia partiu da análise de factores que podem ser considerados factores de risco, potenciadores de situações de sem-abrigo, factores relacionados com a intervenção em situação de sem abrigo e com o acompanhamento posterior ao acesso ao alojamento e respectiva inserção, para identificar um conjunto de medidas dirigidas a diferentes níveis: Prevenção junto de grupos de risco; Intervenção em situação de rua e alojamento temporário; Intervenção ao nível do acompanhamento. Uma das primeiras medidas da estratégia nacional foi a construção do conceito de sem abrigo já exposto e que partiu das seguintes considerações prévias: 1. O Conceito de pessoa sem-abrigo aprovado pelas entidades que fazem parte do Grupo Interinstitucional, permite medir o fenómeno, numa base operacional concreta objectiva e uniformemente partilhada; 2. O Conceito de pessoa sem abrigo foi elaborado com base nas categorias operacionais da tipologia proposta pela FEANTSA e utilizada por outros países europeus, com vista à facilidade da sua aplicação e operacionalização; 3. O Conceito de pessoa sem abrigo constitui a base operacional para a definição de medidas de combate ao fenómeno, que se pretende actuem a montante e a jusante do mesmo, de forma a intervir, não só sobre a situação das pessoas que se enquadram nesta definição, mas sobre todas aquelas que se encontram em situação de risco;



4. Este conceito deve ser utilizado a nível nacional por todas as entidades públicas e privadas para efeitos de contabilização e caracterização das pessoas sem abrigo e como base para a apresentação de medidas inseridas nos planos de desenvolvimento social das redes sociais concelhias; 5. Todos os planos de intervenção dirigidos ao fenómeno das pessoas sem abrigo devem ter em consideração três níveis de intervenção: medidas que se dirijam à prevenção junto de grupos de risco; à intervenção em situação de rua e alojamento temporário; e intervenção ao nível do acompanhamento posterior ao acesso a alojamento e respectiva inserção.

Retomando os propósitos definidos pelo grupo de trabalho interinstitucional, embora esta não seja uma problemática recente, o facto é que um dos objectivos primordiais deste grupo passa pela definição do conceito de sem abrigo a utilizar a nível nacional, o que exhibe, por um lado a ausência de perceptibilidade até então e por outro, a necessidade imperiosa de se chegar a um consenso relativamente ao conceito de sem abrigo (REAPN, 2009).

Exemplo desta ausência de clareza conceptual é a identificação dos recentes estudos do Instituto da Segurança Social realizados entre 2004 e 2005, e publicados em Dezembro de 2005, enquanto estudos caracterizadores da população sem abrigo, quando efectivamente apenas caracterizam a realidade de 467 pessoas sem abrigo a viver na rua, ou seja, a categoria operacional a aplicar seria - sem tecto, Estudo dos sem abrigo (2006).

Para alguns autores o conceito de sem abrigo “comporta duas características que se podem enquadrar na fórmula: perda de casa + perda ou afrouxamento de laços.” (Bento, 2004, p.70) ou “corresponde à perda de casa associada à perda ou frouxidão dos laços com a família sociedade.” (Bento & Barreto, 2002, p.26). Tanto Baptista (2004), como Pereira e colaboradores (2000) integram no mesmo conceito as questões de habitação, das carências económicas, da dificuldade de inserção no mercado de trabalho, com os problemas de saúde e ausência de redes de suporte. Pimenta, opta pelo conceito mais abrangente de sem abrigo, para designar a situação daqueles “indivíduos que não possuem meios de subsistência, nem domicílio certo e pernoitam ao relento ou recorrem a alternativas provisórias (escadas, casas velhas abandonadas, camaratas, albergues) e que estão a viver num processo de ruptura (ou romperam já) com os principais espaços de referência social - família, trabalho e comunidade” (Pimenta, 1992, p.24)

No entanto, a indefinição do conceito não é uma realidade unicamente nacional. Através do levantamento bibliográfico realizado até então, é visível, uma vez mais, a discrepância de dados relativamente ao número de sem abrigo, tendo em consideração a definição adoptada nos diferentes estudos (Burt, 1992; Avramov, 1995, Salinas, 1993, Koegel, 1996,

Toro, 2007, Munoz & Vasquez, 2001, Martijn & Sharp, 2006).

Um dos países que revela maiores variações nos dados recolhidos são os E.U.A. (Link, 1995, 1999, Helvie, 1999), onde os resultados oscilam entre os trezentos mil e os dois milhões de sem abrigo. Em 1983, a Administração de Saúde Mental estimou a existência de aproximadamente 2 milhões de pessoas sem abrigo nos Estados Unidos. Contudo, no ano seguinte, o Departamento de Moradia e Desenvolvimento Urbano dos Estados Unidos (1984) rejeitou a anterior estimativa e realizou um outro estudo em que foram identificadas somente 250.000 para 350.000 pessoas sem abrigo no país. Ambas as estimativas foram metodologicamente falhadas (General Accounting Office 1988) e mais tarde profundamente criticadas. Link (1995), conduziu um estudo no qual foi realizado um exaustivo levantamento telefónico, constatando que 14% da população, cerca de 26 milhões de pessoas, experienciaram ao longo da vida, pelo menos um episódio de situação de sem abrigo.

Para Santiago (1988), a definição de sem abrigo varia entre o estar literalmente “sem casa” e “sem casa” pelo menos uma vez nos últimos três meses”. Costa (1998) afirma que o termo sem abrigo reúne assim várias situações: Aqueles que vivem na rua; os que ocupam, legal ou ilegalmente casas abandonadas, barracas, entre outros; os que se encontram alojados em refúgios ou centros de acolhimento para sem abrigo, quer do sector público quer do privado; os que vivem em pensões, camaratas ou outros refúgios privados; os que vivem com amigos e familiares, com os quais podem ver-se forçados a coabitar; que residem em instituições, estabelecimentos de cuidados infantis, hospitais, prisões e hospitais psiquiátricos, e que não têm domicílio ao sair destas instituições; os que possuem uma casa que não se pode considerar adequada ou socialmente aceitável, convertendo-se por isso em pessoas ou famílias mal alojadas. Para este autor, a definição de sem abrigo abrange um espectro de situações que têm em comum a falta de meios (pobreza) e dos laços comunitários (exclusão social) para aceder a um alojamento pessoal adequado (Costa, 1998).

Daly (1996) considera que os sem abrigo englobam uma realidade bastante heterógena encontrando algumas classificações no que se refere a prováveis causas, duração e necessidades, que orientam as abordagens teóricas ao tema.

Muitas vezes a condição de sem abrigo é caracterizada em termos das causas presumíveis ou que precipitam essa condição: a) acidentais (resultantes de desastres naturais ou acontecimentos exteriores ao próprio); b) estruturais (relacionadas com problemas de saúde ou pobreza); c) económicas (desemprego, consequência da quebra na industrialização);

d) políticas (refugiados políticos ou de conflitos étnicos) ou sociais (mães solteiras e outros indivíduos descriminalizados ou marginalizados) (Bassuk, 1988). Os indivíduos sem abrigo são também descritos em termos da duração da sua condição ou do seu grau de vulnerabilidade variando desde indivíduos crónicos sem abrigo, indivíduos periodicamente sem abrigo ou de forma episódica (ex.: trabalhadores emigrantes, jovens ou mulheres refugiadas devido a situações de violência doméstica); indivíduos temporariamente sem abrigo devido a “acontecimentos de vida stressantes” (desemprego súbito, problemas graves de saúde, morte do cabeça de casal ou perda de casa), (Munoz & Vasquez, 2001), até a indivíduos considerados vulneráveis ou “em situação de risco” (ex.: mães solteiras com filhos menores, pessoas de idade, logo mais fragilizadas, refugiados, vagabundos, e emigrantes ilegais desprotegidos pela lei), (Daly, 1996, Carter, 1990; Crane, 1990, Timmer, 1994, Watson, 1986). Os sem abrigo podem também ser descritos com base nas suas necessidades: a) indivíduos que se encontrem numa posição vulnerável ou em risco de se tornar sem abrigo num futuro próximo, necessitam de ajuda a curto prazo de forma a prevenir esta situação; b) indivíduos cuja necessidade primária ou única seja o alojamento. Muitas vezes este grupo é constituído por trabalhadores pobres que se encontram episodicamente ou temporariamente sem abrigo e que podem necessitar de assistência financeira de forma a reestruturar-se, não apresentando outros problemas de maior gravidade, desde que a ajuda necessária lhes seja prestada atempadamente; c) indivíduos que se apresentam em situação crónica de sem abrigo mas que, com apoio, estarão aptos a viver de forma autónoma ou em estruturas de apoio. Neste grupo incluem-se os indivíduos que tenham sido abusados ou institucionalizados e que necessitem de uma estadia numa casa/apartamento de transição por um espaço de tempo considerável antes de serem capazes de se autonomizar;

d) indivíduos que necessitem de cuidados de forma continuada, com aconselhamento e serviços de apoio adequados. Alguns destes talvez possam ser colocados em estruturas de transição ou em casas próprias nas quais continuem a receber todo o tipo de apoio necessário à sua organização (Diblasio, 1995; Greve, 1990, Keyes, 1988).

Em termos práticos ao nível da investigação realizada em Portugal acerca desta problemática, constatamos que os principais estudos efectuados têm como população alvo os sem tecto, permanecendo ainda bastante desconhecida a real dimensão dos sem abrigo.

**Quadro 5: Definição da ETHOS de sem abrigo harmonizada a nível da união europeia para a realização de estudos acerca do fenómeno dos sem abrigo**

Categorias operacionais	Categoria Operacional	Definição
1 Sem tecto	1 A viver em espaço público	A dormir na rua ou espaços públicos sem abrigo que possa ser definido como alojamento
2 Pessoas alojadas em abrigos de emergência	2 Alojado em abrigo de emergência nocturno	Pessoas sem local usual de residência que transitam frequentemente entre as várias respostas habitacionais
3 Pessoas alojadas em centro de acolhimento para sem abrigo	3 Albergues	Quando o período de permanência é inferior a um ano
	4 Pessoas alojadas em centro de acolhimento temporário	
	5 Alojamento apoiado de transição	
	6 Pessoas em casas-abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica Pessoa em centros de acolhimento para imigrantes refugiados	
4 Pessoas a viverem em instituições	7 Instituições hospitalares (hospitais psiquiátricos e unidades de prestação de cuidados saúde)	Com alta clínica mas sem alta social por falta de habitação
	8 Instituições penais	Sem abrigo depois de libertados
5 Pessoas que vivem em habitações não convencionais devido a falta de habitação	9 Casa móvel / caravana ou carrinhas	Alojamento utilizado devido à falta de habitação e que não é a residência usual das pessoas
	10 Alojamentos não adequados à legislação nacional	
	11 Alojamentos temporários	
6 Pessoas que vivem temporariamente em habitações convencionais com amigos e família devido a falta de habitação	12 A viver temporariamente com família ou amigos (não por opção)	Alojamento utilizado devido à falta de habitação e que não é a residência usual das pessoas

Fonte: Edgar et al, 2007 p. 66, Busch-Geertsema, 2010 p. 27

Pereirinha (2007) identifica dois tipos de sem tecto: a) Os sem tecto crónicos, com muitos anos de rua, há muito despojados de regras e de sonhos, onde a doença mental e a degradação física imperam. Ainda que se conclua que a grande maioria dos sem tecto recorra aos serviços públicos de saúde (hospitais ou centros de saúde) existem ainda situações de indivíduos, em grande debilidade física e mental, por vezes, até mesmo em estados terminais, a viverem na rua e sem quaisquer mecanismos de assistência médica; b) os novos sem tecto, pessoas que se encontram há pouco tempo na rua por múltiplas perdas (profissionais, familiares, individuais), que necessitam de um mecanismo de mediação, que lhes permita reconstruírem o seu projecto de vida.

No guião para a recolha de indicadores de risco relativos à situação de sem abrigo (Plano de Desenvolvimento Social, p.15, Instituto de Segurança Social, 2003), são identificados os grupos de risco face a situações sem abrigo. Sendo que a experiência e os estudos nesta

área têm demonstrado que os grupos mais vulneráveis são aqueles onde, para além de não existir alojamento e rendimentos que possam garantir o suprimento das necessidades básicas, existem outros problemas associados, relacionados com problemas crónicos de saúde ou relacionais, nomeadamente a fragilidade de laços familiares ou sociais de suporte. Os grupos identificados no supra referido Plano e que devem ser tidos em conta no diagnóstico da problemática dos sem abrigo são: (1) Pessoas que não têm suporte familiar à saída de um processo de desinstitucionalização - os ex-reclusos sem suporte familiar, jovens que deixam lares de infância e juventude sem suporte familiar, doentes mentais que saem dos hospitais psiquiátricos e pessoas que se encontram em respostas institucionais (equipamentos sociais) de permanência temporária; (2) Pessoas em risco de despejo - pessoas com ordem de Tribunal para deixarem as suas habitações por falta de pagamento de rendas ou encargos aos bancos; (3) Vítimas de desalojamentos - pessoas que, por efeito de calamidades, perderam as suas habitações; (4) Pessoas com baixos rendimentos e doenças crónicas que implicam gastos elevados em saúde; (5) Pessoas desempregadas; (6) Pessoas com dívidas (que recorrem sistematicamente aos serviços sociais com pedido de ajuda para pagamento de dívidas ou serviços); (7) Imigrantes em situação de ilegalidade. A identificação destes grupos, ao nível do diagnóstico, tem subjacente a necessidade de envolver os “actores sociais” que podem constituir fontes de informação face a estas realidades. Assim, o ISS-IP considera fundamentais as seguintes fontes de informação:

Grupo de risco	Fonte de informação	Indicador de risco	Factores agravantes de risco
Pessoas desalojadas	Protecção civil	Nº de pessoas desalojadas /mês	Falta de habitação a custo baixo; Ausência/insuficiência rendimentos
Pessoas em risco de despejo	Tribunal, autarquias, associação senhorios	Nº pessoas em risco despejo/mês	Falta de habitação a custo baixo; Ausência/insuficiência rendimentos
<b>Pessoas em vias de desinstitucionalização:</b>			
Lares de crianças e jovens	Lares	Nº de jovens que vão abandonar equipamento sem suporte social	Falta de formação profissional e Desemprego
Doentes mentais	Hospitais psiquiátricos	Nº de doentes que vão abandonar o hospital sem suporte social	
Altas hospitalares	Serviços sociais hospitalares	Nº de doentes que vão abandonar hospital sem suporte social	Idade avançada Desemprego
Comunidades terapêuticas	Instituição responsável	Nº de pessoas que vão abandonar equipamento sem suporte social	Idade avançada
Centros de abrigo	Instituição responsável	Nº de pessoas que vão abandonar equipamento sem suporte social	
Casas abrigo	Instituição responsável	Nº de pessoas que vão abandonar equipamento sem suporte social	
Estabelecimentos prisionais	DGSP	Nº de pessoas que vão deixar estabelecimento prisional sem suporte social	Idade; Tempo de pena; Doença mental; Toxicodependência, alcoolismo
Alojamento em pensão totalmente pago pela acção social	SS/autarquia	Nº pessoas em pensão totalmente paga	
Pessoas a receber subsídio social de desemprego	SS	Nº pessoas a receber subsídio social de desemprego  Risco acrescido: casal desempregado, doença crónica	
Pessoas desempregadas	IEFP		
Imigrantes			Desemprego; Falta de formação; Situação irregular

**Quadro 6: Fontes de informação e grupos de risco face à situação de sem abrigo**

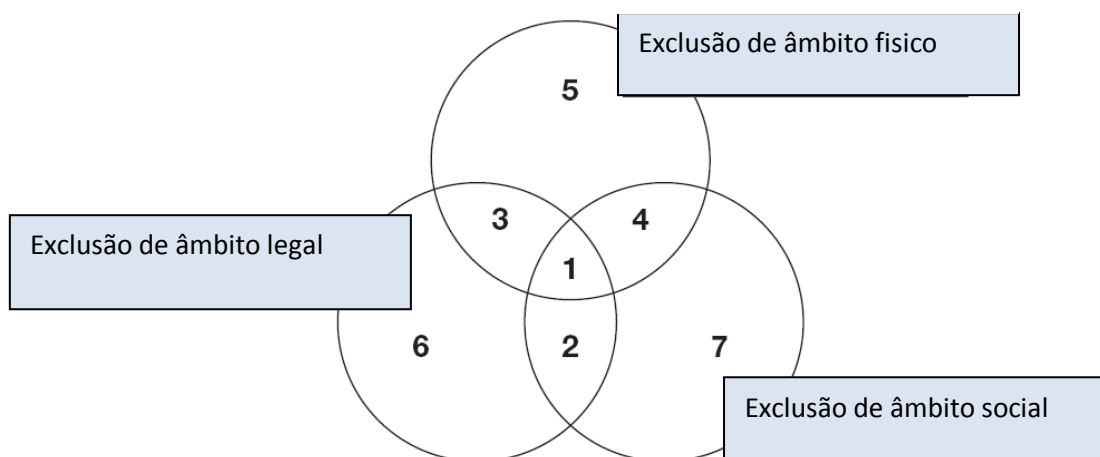
Apenas uma caracterização exaustiva e detalhada nos permitirá construir políticas sociais de inserção, adequadas à realidade nacional e criar um plano de prevenção sustentado em necessidades efectivas da população carenciada, sendo que esta depende do conceito de sem abrigo utilizado. A definição da ETHOS embora não seja aceite por todos os países é aceite em termos globais ao nível da União Europeia, no entanto, torna-se fundamental diagnósticos nacionais mais detalhados e harmonizados para que possam ser feitas comparações numéricas em termos europeus (Busch-Geertsema, 2010).

### 3. Evolução do fenómeno dos sem abrigo

Algumas das investigações sobre a evolução deste fenómeno (Bahr, 1973; Blumberg, 1973; Bogue, 1963; Daly, 1996, Rossi, 1990, Thelen, 2006, Busch-Geertsema 2010) apresentam consideráveis diferenças entre os actuais sem abrigo e os existentes há duas décadas. Sousa (2001) refere que aos marginalizados clássicos - os mendigos e os vagabundos - acrescem uma nova geração de excluídos que resultam do desemprego, do consumo de substâncias, da crise económica, da crise de valores e das influências das políticas sociais. Reconhecendo a complexidade e multidimensionalidade do fenómeno sem abrigo onde, para além do direito à habitação há que garantir todos os outros direitos, a Comissão Europeia refere que não é possível colocar o enfoque apenas nas pessoas que vivem na rua, mas considerar o fenómeno das pessoas sem abrigo numa perspectiva mais abrangente. Na realidade, muitas destas situações correspondem a um conjunto de problemas, como sejam a falta de habitação, problemas familiares, sociais, económicos, de desemprego ou doença mental, para além de que existe uma fronteira muito ténue entre os problemas que são causa ou consequência desta forma extrema de exclusão social. Na União Europeia estimava-se em 1995 existirem próximo de 18 milhões de pessoas em situação de sem abrigo ou mal alojadas (Avramov, 1995).

Brandt (2008) afirma que tal como em toda a Europa, na Dinamarca se confirma o aumento de jovens adolescentes e o decréscimo do número de sem abrigo idosos. Dadas estas alterações assiste-se uma transformação das necessidades e, conseqüentemente das respostas a implementar. Era usual a disponibilidade de quartos para idosos em instituições que lhes proovessem mais cuidados de saúde, na actualidade tornam-se imprescindíveis respostas habitacionais para jovens.

**Figura 1: Domínios da exclusão nos sem abrigo e nos grupos de risco**



Edgar et al., 2004, apresentam-nos a figura 1 que ilustra a forma como as sete categorias teóricas de sem abrigo se entrecruzam com três domínios de exclusão. Para uma mais detalhada compreensão desta relação, entre as categorias e os domínios de exclusão, apresentamos o quadro 7.

**Quadro 7: Sete categorias teóricas de sem abrigo**

Categoria conceptual	Categoria operacional	Âmbito Físico	Âmbito Legal	Âmbito social
Sem abrigo	1 Sem Tecto	Sem casa	Nenhum título legal para a posse e uso exclusivo	Nenhum espaço privado e seguro para estabelecer relações sociais
	2 Sem Casa	Tem um espaço para viver (em condições de habitação)	Nenhum título legal para a posse e uso exclusivo	Nenhum espaço privado e seguro para estabelecer relações sociais
	3 Habitação Insegura e Inadequada	Tem casa (não é segura e não tem condições de habitabilidade)	Nenhuma garantia de posse	Tem espaço para manter relações sociais
	4 Habitação Inadequada e legalmente ocupada em situação de isolamento social	Habitação inadequada (sem condições habitacionais)	Tem legal garantia de posse	Nenhum espaço privado e seguro para estabelecer relações sociais
Em risco de ser sem abrigo	5 Habitação inadequada (garantia de posse)	Habitação inadequada (sem condições habitacionais)	Tem legal garantia de posse	Tem espaço para manter relações sociais
	6 Habitação Insegura	Tem um espaço para viver	Nenhuma garantia de posse	Tem espaço para manter relações sociais
	7 Isolamento social vivendo em habitação segura e adequada	Tem espaço para viver	Tem legal garantia de posse	Nenhum espaço privado e seguro para estabelecer relações sociais

Fonte: Edgar et al., 2004, Busch-Geertsema, 2010 p. 23



Ao nível da realidade Irlandesa, Ó Broin (2008) confirma a existência, em Dezembro de 2008, de 366 pessoas sem abrigo a viver na cidade de Dublin, o que representa um aumento de 4% face aos números encontrados em 2005 - paradoxalmente, encontra um decréscimo de 185 centros de abrigo para 110, em 2008. Na Suécia o número de sem abrigo aumentou cerca de 15%, de 1999 a 2005. Em Abril de 2005, foram identificadas cerca de 17.800 pessoas, das quais 75% homens, tendo ainda assim existido um grande acréscimo de mulheres. De destacar que 30% da população são pais de jovens com idade inferior a 18 anos. Muito poucos tinham emprego ou qualquer tipo de ordenado, sendo que 60% apresentava problemas de dependência de álcool ou drogas e 40% problemas de saúde mental. No último ano, 35% desta população esteve envolvida em medidas judiciais (e.g. tratamento correctivo e internamento compulsivo), cerca de 50% recebeu tratamento relacionado com quadros de dependência e 30% tratamento psiquiátrico (Önnevall, 2008). O significado de sem abrigo tal como utilizado por Bahr (1973), Blumberg (1973), Bogue (1963) e outros investigadores desta época era algo diferente do de hoje, fazendo referência a pessoas que se encontravam fora da unidade familiar, enquanto que actualmente o termo está mais ligado à absoluta falta de condições habitacionais e ausência de vínculos.

Numa investigação elaborada por Soeiro (1959) em Lisboa, no albergue de Mitra, durante o período compreendido entre 1947-1948, o autor constatou que dos 192 sem abrigo estudados, 61% eram psicopatas, 58% alcoólicos, 19% apresentavam debilidades mentais, 25% invalidez física e 16% eram delinquentes. De destacar que neste estudo a totalidade da amostra era constituída por indivíduos do sexo masculino. O primeiro estudo que retrata a existência de mulheres sem abrigo em Portugal data de 1989, levado a cabo por Bento e Marmeleiro, em Albergues da cidade de Lisboa, bem como junto de sem abrigo que permaneciam nas ruas da cidade. Neste estudo, encontraram 17% de população feminina, sendo que a população sem abrigo manifestava as seguintes características disfuncionais: 24% apresentava consumos de álcool, 10% de drogas e 83% doença psiquiátrica.

Rossi (1990) constata que no início dos anos 80 se assiste ao despontar de um novo tipo de sem abrigo, exibindo hábitos e características muito particulares e, de certa forma, distanciando-se dos mendigos de outrora: estão concentrados numa única zona, dormem em caixas de cartão, carros abandonados e vários locais públicos que tornam a sua existência óbvia, à qual dificilmente alguém poderá permanecer indiferente. Uma das questões que causou maior perplexidade foi a presença de mulheres entre os sem abrigo (25% entre 1985 e 86 em comparação com os 3% dos anos 60), (Rossi, 1990). Pouco depois, seriam famílias inteiras

atraindo a atenção da opinião pública, tornando-se indispensável criar novas tipologias de alojamento para acomodar estas famílias. Não restam dúvidas de que o número de sem abrigo aumentou exponencialmente nas últimas décadas e que a composição deste grupo é cada vez mais heterogénea. Vários são os factores apontados como conducentes a situações de sem abrigo, desde influências socio-económicas à desinstitucionalização, das problemáticas mentais ao papel desempenhado pelos serviços sociais (Mc Carty, Argeriou, Huebner, & Lubran, 1991; Solarz & Bogat, 1990; Toro, 1998). Dentro das influências socio-económicas incluem-se os elevados preços do mercado habitacional (Daly, 1996; Harvey, 1994), a existência de dificuldades económicas (Koegel, Melamid, & Burnam, 1995), o abuso de substâncias (Johnson, Freels, Parsons, & Vangeest, 1997) e a influência precursora de conflitos familiares (Koegel et al., 1996).

Desde 1983 foram desenvolvidos diversos estudos exploratórios (Grella, 1994; Rossi, 1990; Greenblatt & Robertson, 1993; Abdul-Hamid, 1997) nos Estados Unidos com o objectivo de caracterizar os novos sem abrigo em diferentes cidades, sendo que destacamos a investigação realizada em Chicago por considerarmos ser uma das mais abrangentes. Uma das grandes diferenças encontradas entre os antigos e os novos sem abrigo prende-se com o facto dos primeiros conseguirem, de uma forma ou de outra, encontrar abrigo para passar a noite, enquanto que esta nova vaga pernoita, na sua grande maioria, na rua e em locais públicos. Um segundo contraste prende-se com o factor idade, estes estudos revelam uma média de idades na casa dos 30, apontando para um decréscimo de pessoas idosas e, muito poucos sem abrigo a usufruir de pensões da Segurança Social. Rossi (1990) aponta uma terceira diferença que diz respeito aos padrões de emprego e de rendimento: durante os anos 60, exceptuando-se os pensionistas, mais de metade dos sem abrigo encontrava-se a trabalhar, ainda que por curtos espaços de tempo ou em trabalho precário. Os novos sem abrigo de Chicago apresentam apenas 3% de integração em trabalho estável e apenas 39% de integração em qualquer tipo de trabalho durante o mês prévio ao estudo. De acordo com estes dados, os novos sem abrigo caracterizam-se por uma maior degradação económica. Outra diferença encontrada neste estudo prende-se com a composição étnica dos sem abrigo, uma vez que actualmente o número de indivíduos pertencentes a minorias étnicas é já bastante significativo. Apesar dos sem abrigo continuarem a ser maioritariamente homens (FEANTSA; citada por Avramov, 1995), assiste-se a uma mudança com o surgir de população feminina (Grella, 1994), famílias (Rossi, 1990), jovens (Greenblatt e Robertson, 1993) e de idosos (Abdul-Hamid, 1997). Entre estes podemos contar: mães solteiras com baixos rendimentos, mulheres vítimas de violência doméstica que fugiram de suas casas, trabalhadores

deslocados devido a mudanças na economia, adolescentes em fuga ou vítimas de abusos, idosos com pensões fixas muito baixas, indivíduos em trânsito devido a situações de trabalho sazonal, questões domésticas ou crises pessoais. Alguns são ao mesmo tempo desempregados e portadores de doenças, outros têm problemas do foro psiquiátrico os quais conduziram à dependência de substâncias. Uma percentagem considerável já esteve presa ou de outro modo institucionalizada. Quando devolvidos às suas comunidades, muitos possuem capacidades sociais muito limitadas sendo que a rede de suporte é também escassa. A maior parte das vezes vivem em isolamento social sem ter a quem pedir ajuda (Daly, 1996).

Em termos da realidade portuguesa, Fernandes (1993) estimava que existissem em Lisboa próximo de 4500 pessoas nessa situação. Por seu lado Bento, Barreto, e Pires (1999) situaram a população sem abrigo entre os 2000 e os 3500 indivíduos. Mais recentemente Pereira e Silva (1998), apontavam para um número mínimo de 654 e um máximo de 859 indivíduos a pernoitar nas ruas de Lisboa.

Segundo Batista (2004), assiste-se à convulsão de emigrantes de leste a viver na rua, com forte presença nos abrigos disponíveis. Se alguns existem em que o recurso a estes abrigos tem uma dimensão puramente instrumental, com o objectivo de economizar, outros há com graves problemas de alcoolismo. Esta população apresenta uma dificuldade acrescida que advém do desconhecimento da língua portuguesa, reforçando o seu isolamento, ao contrário da imigração oriunda dos países africanos de expressão portuguesa. Estes últimos maioritariamente recorreram à construção ilegal evitando assim uma situação efectiva de sem tecto. Relativamente ao crescente número de mulheres em situação de sem abrigo é consonante com estes dados, embora este fenómeno seja tendencialmente menos visível que no caso dos homens (Batista, 2010). Tal justifica-se pela maior facilidade das mulheres em agilizar os recursos necessários para prevenir uma situação efectiva de ausência de habitação, entre eles o apoio familiar e o recurso à prostituição, bem como uma maior flexibilidade de trabalho nomeadamente em actividades domésticas ou de prestação de cuidados (Baptista, 2004). Ao homem pelo contrário, em termos culturais é-lhe exigido o sustento da família que lhe advém do êxito profissional extra domiciliar. Um fracasso profissional será sempre vivido de forma mais constrangedora, uma vez que a mulher, ainda assim, pode manter a sua função doméstica e preservar o sentimento de utilidade e reconhecimento social. Em termos culturais ao homem está associado o papel de trabalhador e de sustento da casa. “Estar desempregado significa ser «inútil», o que acarreta consigo para além de dificuldades de natureza material, que afectam frequentemente toda

a família, o peso de uma reprovação social individualmente interiorizada e assumida” (Batista, 2004, p. 37).

Existe contudo uma linha de continuidade entre os sem abrigo de antigamente e os actuais: ambos vivem em condições de extrema miséria, os seus recursos económicos são insuficientes para suportar um alojamento. Na verdade, a base da sua subsistência é acautelada pelos abrigos gratuitos, pela alimentação fornecida nas misericórdias e outras valências sociais, pelo apoio médico gratuito nas urgências dos hospitais e distribuição de roupa e calçado pelas entidades de ajuda humanitária. Perante toda esta situação de pobreza extrema os sem abrigo estão expostos a problemas de saúde, com uma matriz histórica e, sobejamente conhecidos, como a subnutrição. No entanto, actualmente, levanta-se uma nova questão de saúde pública que se prende com o reaparecimento da tuberculose, nomeadamente de um novo e mais fulminante tipo que surge na sequência das interrupções e falta de adesão à terapêutica tuberculostática. Referimo-nos pois à tuberculose multi-resistente. Já no reinado de D. Manuel I, o hospital de todos os santos, único hospital de Lisboa na altura, criou um regulamento que obrigava o provedor a sair à rua todas as noites, acompanhado pelo médico do hospital, no sentido de recolher todos os sem abrigo que estivessem doentes (Sousa, 2004).

Observa-se contudo que os sem abrigo de hoje sofrem basicamente das mesmas patologias dos antigos: alcoolismo, doença física e mental. Aproximadamente um em cada oito sem abrigo chega a esta condição devido a problemas crónicos de saúde física e/ou mental (Wright & Weber, 1987; Brickner et al, 1985; Robertson & Cousineau, 1986). A esperança de vida de um sem abrigo é de cerca de 50 anos.

Em Lisboa, o Grupo de Ecologia Social do Laboratório Nacional de Engenharia Civil, entre Fevereiro e Abril de 2000, contabilizou 1366 sem abrigo. (Grupo de Ecologia Social, 2000, cit por Bento & Barreto, 2002). O consumo de substâncias ilícitas nesta população é muito frequente (Wright & Weber, 1987). Em Lisboa, Barreto e Bento (2002) numa amostra de sem abrigo apuraram 32% de indivíduos com dependência de álcool e 17% com consumos de outras substâncias.

Segundo dados do INE, em 2001, cerca de 20% da população portuguesa encontrava-se numa situação de risco de pobreza. Portugal, conjuntamente com a Irlanda (21%), Grécia (20%), Espanha e Itália (19%) e Reino Unido (17%), apresenta uma taxa de risco de pobreza superior à média da UE, que se situa nos 15% (INE, 2001). Em 2001, segundo os resultados dos últimos Recenseamentos Gerais da População e Habitação, 81983 pessoas residiam em alojamentos não clássicos, ou seja, barracas, casas rudimentares de madeira, entre outros;

representando 0,8% do total da população residente em Portugal e dos quais 52,7% eram homens e 47,3% eram mulheres (INE, 2001).

Num estudo efectuado pelo Instituto de Segurança Social (2005), sobre as pessoas sem tecto, desenhou-se o seguinte perfil: Cidadão de nacionalidade portuguesa, sexo masculino, solteiro, em idade activa (entre 30 e 59 anos) e com baixo nível de escolaridade. Um levantamento feito em 2004 pelos centros distritais resultou num número global de 2717 pessoas a viver em situação de sem abrigo (Instituto de Segurança Social, 2005). Financiado pelo Programa Operacional de Assistência Técnica (PO/AT), este estudo integrou duas fases. A primeira, realizada em 2004, procurou uma definição conceptual da temática sem abrigo. A segunda, feita já no final de 2005, procurou obter uma análise abrangente da situação dos sem tecto residentes em Portugal estudo inédito efectuado pelo Instituto de Segurança Social (ISS) sobre as pessoas sem tecto.

Em 2004 foram identificadas 273 pessoas esporadicamente a dormir na rua ou num albergue devido a pressão intensa no universo familiar, 296 esporadicamente sem abrigo devido a problemas de foro psiquiátrico ou dependência, 489 com alojamento (casa ou pensão) mas incapazes de o manter sem ajuda dos serviços sociais, 1044 a pernoitar em espaço aberto, 170 em centros de acolhimento, 330 em casas abandonadas ou barracas e 115 em arrumos, carros abandonados, varandas cedidas. Na segunda fase, verifica-se um "afunilamento" para a forma mais severa: a população que vive sem tecto e sem apoio institucional, Instituto da Segurança Social (2005). Uma noite, no ano de 2005, cerca de 700 técnicos e voluntários (Segurança Social e diversas instituições de solidariedade) andaram pelas ruas dos diversos concelhos do território continental a inquirir todos os indivíduos que encontraram a dormir ao relento ou em espaços públicos. A esmagadora maioria (75%) das 524 pessoas que responderam ao inquérito por questionário são portugueses. A ruptura familiar (conflitos, separações, divórcios e falecimentos) encabeça a lista de problemáticas associadas à situação de sem tecto (25 %), logo seguida pelos problemas de saúde (23 %) relacionados com a toxicod dependência, o alcoolismo, a doença física ou mental. O desemprego representa 22 %, a habitação sem condições e a dívida da casa outros 17%. Instituto da Segurança Social (2005). Apenas 11 % da amostra recolhida declara estar a trabalhar, 6% nunca exerceu qualquer actividade laboral (jovens com menos de 30 anos), e 82 % já foram activos (operários, artífices, serviços, trabalho não qualificado) mas estão desempregados. Os inquiridos evidenciaram uma trajectória profissional de grande instabilidade e precariedade de vínculos contratuais. Apenas um terço tinha uma situação mais estável que perdeu devido a dependências (droga/álcool) ou a rupturas familiares. A maior parte

(85 %) não teve direito a subsídio de desemprego. Apesar da inactividade, 75% não estavam inscritos no centro de emprego, Instituto da Segurança Social (2005). Sobrevivem sobretudo, através de actividades pontuais (58%). Uma pequena parte auferе rendimentos do trabalho (6 %), de pensões (8%), de prestações sociais (7%) ou outras (8%), (12%) alegaram não ter qualquer tipo de rendimento. Em termos de redes primárias, a maioria dos inquiridos vive em situação de isolamento social devido a quebra de laços familiares e sociais, assim, 70 % vivem sozinhos e 14 % com outras pessoas em igual situação. Em termos de duração da vivência da condição de sem abrigo, encontraram-se pessoas sem tecto "crónicos", que vivem há muitos anos na rua em situação de exclusão social, apresentado maioritariamente debilidade física e mental, e indivíduos sem teto de forma episódica ou periódica, que se encontram há pouco tempo na rua na sequência de múltiplas perdas profissionais e familiares.

Foi surpreendente a territorialização da problemática, sendo que a maior parte dos sem abrigo do Porto têm menos de 39 anos e são toxicodependentes, já em Lisboa predominam os indivíduos com mais de 50 anos e com consumos problemáticos de álcool. Ainda relativo a dados nacionais, segundo informações da AMI, desde 1999, até 2006, em todo o território foram atendidas 5.376 pessoas em situação de sem abrigo nesta instituição. Em 2006, pela primeira vez, foi possível caracterizar a população sem abrigo que frequenta os serviços da AMI, pelo que para além do número total de sem abrigo, locais de pernoita e tempo de situação sem abrigo, foi possível obter dados mais específicos como a naturalidade, a idade, o estado civil, a família, a saúde, os recursos económicos e o motivo pelo qual procuram o apoio da AMI. Assim, em 2006 foram atendidos pela AMI 789 novos casos que se enquadram nesta tipologia, mais 180 casos que em 2005. Quanto aos locais de pernoita, 32% da população dormia na rua, seguindo-se albergues com 22% e as barracas com 6% (AMI, 2006). O recurso económico mais frequente é a mendicidade (27%), seguindo-se os apoios / subsídios institucionais (22%), os apoios de amigos e de familiares (13%). O Rendimento Social de Inserção abrange 10% da população sem abrigo. A população apresenta ainda as seguintes características sócio-relacionais: 89% está desempregada; 28% tem formação profissional; 92% tem familiares vivos, mas apenas 37% se relaciona com eles; 39% não tem médico de família; 7% é seropositiva; 28% consome substâncias activas; 43% tem filhos. Quanto à evolução da população sem abrigo do sexo feminino, verificamos igualmente a existência de um aumento significativo, subindo de 13% para 31% nos últimos 7 anos (AMI, 2006). A população imigrante continua a recorrer aos equipamentos sociais. A população oriunda dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa) aumentou acentuadamente em 2006. Quanto à dos países de Leste, a sua

incidência tem vindo gradual e marcadamente a diminuir. Em 2006 foram atendidos 104 novos casos de Imigrantes de Leste (decrécimo de 62%) e 367 dos PALOP (aumento de 47%) (AMI, 2006). No total, incluindo novos casos e recorrentes de anos anteriores, frequentaram os Equipamentos da AMI 258 Imigrantes de Leste e 881 dos PALOP.

Em síntese, as maiores mudanças entre a década de 60 e a actualidade devem-se ao número crescente de sem abrigo, à heterogeneidade da composição deste grupo e a uma deterioração da sua condição. Os novos sem abrigo incluem uma maior percentagem de mulheres, muitas vezes acompanhadas pelos seus filhos. Tal como antes também hoje se denota o mesmo tipo de problemáticas associadas: doença mental (33%), alcoolismo (33%), deficiência física (25%) e índice de criminalidade (20%) (Rossi, 1990). Constatam-se ainda que 75% da população sem abrigo apresenta uma ou mais das problemáticas mencionadas. Do ponto de vista psiquiátrico Bento e colaboradores (1999) apontam para os seguintes dados: em mais de 90% dos casos é possível estabelecer um diagnóstico psiquiátrico com predominância clara para o alcoolismo, seguido das psicoses, a toxicodependência e as perturbações da personalidade (isto apenas em termos de diagnósticos primários e excluindo a presença de comorbilidade). Ou seja, as suas capacidades psíquicas encontram-se grandemente comprometidas. Os comportamentos delinquentes são muito frequentes, e por vezes considerados inevitáveis, dada a necessidade de sobrevivência e a prática de comportamentos desviantes (Martijn & Sharpe, 2006). Todos estes dados pretendem caracterizar os sem abrigo e perceber quantos são. No entanto questionamo-nos porque é que desejamos contar os sem abrigo? Realmente precisamos de saber os números?

Avramov (1999, p.159) muito enfaticamente, respondeu da seguinte forma: a fim de alcançar um acordo que é inaceitável que as pessoas se tornam sem abrigo nos países mais ricos do mundo não precisamos saber quantos sem abrigo existem. A fim de chegar a um acordo que as pessoas sem abrigo não são suficientemente meritórias para partilhar a riqueza criada por outras pessoas não precisamos conhecer os seus números. Em ambos os casos uma postura ideológica pode ser suficiente. Ideologias não precisam de números, os serviços sim. Não precisamos construir figuras para criar políticas. Precisamos de figuras para implementar políticas e monitorar sua eficácia.

A perspectiva importante aqui, é que um único número não será suficiente para entender os sem abrigo e para desenvolver e acompanhar políticas adequadas para enfrentar este problema. Se tomarmos as diferentes situações de vida dos sem abrigo, nós teremos não apenas um único indicador do número de pessoas que vivem em tal situação, em determinado

ponto durante um determinado período, mas também indicadores de quantas pessoas estão em risco de se tornar sem abrigo e quantos conseguiram ultrapassar um episódio de falta de moradia (o "input" "output" do sistema de sem-abrigo). No mínimo, é importante desenvolver medidas que não forneçam apenas o número e o perfil dos sem abrigo em um determinado ponto no tempo (figura de acção), mas também o número de pessoas que se tornaram sem-teto, ou deixaram de ser sem abrigo, (a figura de fluxo, que pode ser dividido em entrada e saída) e o número de pessoas sem abrigo, durante um longo período de tempo (um ano ou cinco anos ou toda a sua vida - a figura de prevalência) Fitzpatrick et al. 2009; Edgar et al, 2007. No entanto, tendo em conta que actualmente se está a implementar a estratégia nacional dos sem abrigo torna-se fundamental para além de construir novas ideologias, criar mecanismos que permitam monitorizar a implementação das políticas sendo fulcral repensar uma abordagem psicossocial desta problemática.

#### **4. Abordagem psicossocial dos sem abrigo**

Tal como já referimos anteriormente, os sem abrigo de hoje não são os mendigos e vagabundos de há umas décadas, surge uma nova geração de excluídos, resultante da crise económica, do desemprego, do consumo de substâncias e das influências das políticas sociais (Pimenta, 1992). O termo sem abrigo, utilizado na actualidade, acentua a questão da habitação, num sentido restrito, da pobreza e exclusão social num sentido mais alargado. (Bento, 2002) . A condição de sem abrigo afecta um grupo heterogéneo de pessoas que ultrapassa em larga medida a representação social que tínhamos dos indivíduos nesta condição. Como vimos, são vários os factores apontados como potenciais condutores à situação de sem abrigo, desde as influências socio-económicas, às problemáticas mentais, à desinstitucionalização e o papel desempenhado pelos serviços sociais (Toro, 1998).

Reportando-nos à realidade portuguesa, ao nível das influências socio-económicas, Sousa (2001) destaca os elevados preços da habitação, dificuldades financeiras, abuso de substâncias e a influência de conflitos familiares, precarização do emprego (nomeadamente para as pessoas com baixas qualificações). A crise familiar, problemas de saúde e toxicoddependência são as principais razões que justificam o elevado número de sem abrigo em Portugal (ISSS, 2004); ou seja, "os factores que mais frequentemente conduzem à situação de sem abrigo situam-se nas áreas da saúde, desemprego, problemas familiares e relacionais" (Costa, 2004, p.79). Quanto ao percurso profissional, ele é comumente caracterizado por uma sucessão de trabalhos precários, intermitentes e frequentemente sem descontos para a segurança social, pelo que uma vez



demitidos ou doentes, perduram à margem dos mecanismos de protecção social relacionados ao emprego. Tem-se assistido a mudanças também ao nível do papel da escola, existindo um desfasamento entre o curriculum e as necessidades económicas, o que implica que “níveis de escolaridade anteriormente considerados facilitadores de entrada no mercado de trabalho regular e capaz de proporcionar alguma segurança e estabilidade, se constituam, agora, em meras expectativas defraudadas” (Baptista, 2004, p. 35).

Independentemente dos factores que conduziram à situação de sem abrigo, o facto é que esta condição reforça as fragilidades já existentes e inibe o acesso a contactos facilitadores da resolução da situação, expondo áreas de vulnerabilidade psicossocial (Martijn & Sharpe, 2006). A permanência da situação de sem abrigo é um factor que parece ser proeminente. Se a situação é recente e parece haver evidência de factores externos na origem das dificuldades, então um apoio específico e a curto prazo (apoio económico, de alojamento, de orientação profissional, apoio médico e outros) poderá ser o suficiente para garantir que a pessoa reorganize a sua vida autonomamente. Se as dificuldades persistem há vários anos, sem que possam ser relacionadas facilmente com factores recentes e episódicos, se o apoio social falha reiteradamente na transformação da condição do indivíduo, então cresce a importância do papel dos padrões de comportamento e atitudes do indivíduo (Ó Broin, 2008).

A própria situação de sem abrigo deve ser compreendida em termos dos seus efeitos sobre os indivíduos. Tal como referimos, a situação de sem abrigo é por si só uma condição traumática, exibindo uma conjuntura que acentua sentimentos de insegurança, impotência e de falta de conexão. Falar de aspectos psicológicos numa população com tão escassos recursos pode parecer um desvio das questões essenciais, daquelas que numa primeira impressão emergem como prioritárias. Contudo, acercar-se dos sem abrigo na complexidade bio-psico-social poderá alargar o nosso horizonte e evitar dicotomias condescendentes e simplistas. A importância dos aspectos psicológicos aumenta sempre que as dificuldades apresentadas requerem mecanismos cada vez mais elaborados e integrados. Não basta prover soluções para o problema da habitação ou do trabalho para que a problemática dos sem abrigo se dissolva. A rua dificilmente constitui um espaço seguro para onde se apartar, para combater emoções aterradoras. “Viver na rua é vivenciado como descer ao degrau mais baixo da sociedade, uma condição estigmatizante que acentua o sentimento de desvalorização e de rejeição” (Bento & Barreto, 2002, p.96). Legitima-se a interrogação: a rua não resulta já de uma sucessão de perdas e falhas nas redes sociais de suporte? Diversos estudos robustecem a

ideia de que os sem abrigo são mais isolados do que a população pobre mas com domicílio fixo (Goodman, Saxe & Harvey, 1991).

Numa perspectiva psicológica e relacional surge com especial relevância os conceitos já anteriormente referidos de afiliação, vinculação e filiação. Enquanto que a vinculação é um sistema de comportamento que estrutura os afectos e a proximidade/distância relacional, o conceito de filiação relaciona-se com as estruturas de parentesco e enraíza-se na figuração psíquica e cultural (Bowlby, 1973, 1980, 1982; Mikulincer & Shaver, 2007). Zamberlan (2002) fez uma revisão das principais posições teóricas sobre a afiliação. A sua análise permite destacar a presença da mãe como facilitador para um conjunto significativo de aspectos do desenvolvimento do bebé. A vinculação e afiliação não são fenómenos idênticos na medida em que uma criança pode estar mais vinculada a uma figura cuidadora do que aos pais biológicos. O contacto quotidiano com uma figura cuidadora confiável incrementa um laço afectivo que pode ser maior que o laço biológico. O sentimento de filiação envolve a resposta à questão: de quem sou eu filho? Questão que é fundamental para a estruturação do psiquismo e para o sentimento de pertença e inclusão social. A não efectivação do desejo de filiação não é um processo sem sequelas, nomeadamente ao nível da identidade. Uma criança com família sabe a quem pertence e de onde vem. Terá orgulho no seu nome e na sua linhagem, ou pelo contrário pode rebelar-se e procurar ser o oposto dos seus pais, mas em todo o caso possui uma referência face à qual se estruturar. Uma criança que desconhece o seu percurso familiar terá, provavelmente, maiores dificuldades de se perspectivar no futuro; “não conhecer a história da sua família e da sua descendência é ficar amputado de passado e por isso impedido de estruturar o seu tempo. Não saber de onde vem, de quem se descende, representa uma lacuna ao nível da identidade” (Bento & Barreto, 2002, p.98). Ainda hoje, nomeadamente na realidade portuguesa, persistem alguns estigmas relativamente ao desconhecimento da filiação, no entanto noutras culturas este facto assume uma dimensão ainda mais penalizadora, com origens na antiguidade. Na Grécia Antiga aquando o nascimento de um filho o pai deveria erguer a criança e dizer publicamente “este é meu filho”, de forma a confirmar a linhagem. A pessoa atingida nas suas afiliações encontra-se fragilizado ao nível do sentimento de pertença social, dos laços com os diversos grupos sociais, destituído de estatuto para aceder a recursos, conduzir e cuidar a sua vida. A pessoa afectada ao nível da sua vinculação é abalada no seu sentido de pertença emocional, na segurança e confiabilidade dos seus laços afectivos com as figuras significativas. São alguns os estudos (Bretherthon, 1996, Feeney, 1999, Harter, 1990, Allen et al, 1997) que esclarecem a importância das relações de vinculação enquanto factor determinante da resiliência.

A população sem abrigo raramente parece sustentar relações sólidas e de proximidade: As relações tendem a ser inconstantes, superficiais e passageiras, numa combinação paradoxal entre uma sociabilidade fácil, isolamento e desconfiança (Snow & Anderson, 1992). Thelen (2006) faz uma exploração da temática dos sem abrigo em três países (França, Portugal e Bélgica), através de metodologias diversificadas, sobressaindo um trabalho de observação participante como voluntário em associações de suporte aos sem abrigo e, mais interessante ainda, assumindo-se como um sem abrigo, participando no mesmo modo de vida. O objectivo da pesquisa centra-se sobretudo nas transformações identitárias e relacionais que derivam do viver na rua, defendendo o autor, que esse conhecimento não seria possível sem mergulhar profundamente no quotidiano dos sem abrigo e tentando entender as necessárias estratégias de sobrevivência e as inevitáveis opções que derivam deste modo de vida. Mais do que procurar as causas, o autor procura as estratégias de sobrevivência exigidas por este modo de vida, encontrando dois elementos centrais: a adaptação à rua, enraizada na negação dos outros “le déni des autres”, e o exílio de si “l'exil de soi”, Thelen (2006). A adaptação à rua é resultado de um longo percurso de falta de afecto, de insuficiente enraizamento familiar, reforçado pela humilhação inerente à situação de sem abrigo. A rua emerge como um universo ditado pela máxima “cada um por si e todos contra todos”, transformando cada um numa ilha, apartada de afectos e de solidariedades. A “negação dos outros” surge aqui com um duplo significado, a negação factual e simbólica que os outros atribuem aos sem abrigo e, a reclusão pessoal dos sem abrigo, como única estratégia que lhes permite viver com toda esta desvinculação, preservando ainda assim, o que sobra de uma identidade. O “exílio de si”, segundo o autor, passa pela capacidade de restringir de tal modo as necessidades e simplificar a sua existência de forma a instrumentalizar a relação com o mundo exterior, adaptando-se às imposições de um contexto que lhes é adverso. O exílio de si pressupõe a transformação da percepção do tempo, dos outros e de si próprio, permitindo-lhes viver na rua, com tudo o que tal implica: a descuidada e precária gestão da higiene, das emoções, das situações de saúde e do restante conceito de cidadania. Nesta óptica, poderíamos dizer que os sem abrigo accionam estratégias de aprendizagem que lhes permitem viver no exílio de si e de todos os outros, apoiando-se frequentemente em condimentos que facilitam o lidar com esta imensa solidão, nomeadamente o álcool e as drogas.

Em síntese, torna-se evidente que a condição de sem abrigo é precedida de um longo processo de desenraizamento familiar e social, com rupturas sucessivas. A abordagem a esta

problemática impõe-nos uma análise descentralizada do indivíduo, abrangendo igualmente a rede relacional envolvente. Nas histórias de vida desta população são frequentes descrições de violência familiar, alcoolismo ou doença mental nos pais e não é incomum perceber que sempre se sentiram a “ovelha ranhosa” ou o “bode expiatório” da família.

“Sempre fui a má da fita, tudo o que fazia era errado.”

Rita, 32 anos

Uma recolha breve da sua história familiar permite encontrar com frequência os seguintes dados (Bento & Barreto, 2002, p.99): a) No que concerne família de origem, é habitual encontrarmos pessoas que foram criadas fora da família nuclear, em instituições ou por outras pessoas (avós, tios, padrinhos, famílias de acolhimento e de adopção); b) São usuais as histórias de perdas precoces de um dos pais, ou de pai incógnito e, portanto, de um modelo de família monoparental, com a ausência da figura paterna; c) Quando criados por ambos os pais, são vulgares narrações de conflitos intensos (na relação pais-filhos, no casal) e de alcoolismo, ou outras perturbações num dos progenitores; d) A saída de casa é frequentemente prematura (9-14 anos), relacionada com fugas ou com a entrada no mundo do trabalho. Não é invulgar que o primeiro episódio de rua seja vivenciado com idades inferiores aos 18 anos; e) Pessoas que nunca se autonomizaram dos pais, perdendo a casa após o seu falecimento; f) Optarem por não constituírem família, permanecendo solteiros, ou então uma história de casamentos ou uniões de curta duração, instáveis e conflituais (sendo frequentemente apontados como motivos a traição conjugal, o alcoolismo e a violência doméstica); g) Com os filhos predomina a falta de ligação. Nos homens o afastamento surge desde que se separam, ficando os filhos com a mãe; nas mulheres, é habitual ter-lhes sido retirado a custódia dos filhos para instituições ou familiares; h) A inexistência de contactos actuais com familiares por perdas, incompreensibilidade ou conflitos.

Bento e Barreto (2002), analisaram o padrão de vinculação de 18 sem abrigo, constatando que nenhum apresentou um padrão de vinculação seguro, não tendo por isso construído um grau de confiança básica nos outros e em si próprios, que advém do estabelecimento de uma boa relação precoce. Os sujeitos distribuíram-se entre os padrões de vinculação inseguro-evitante, o inseguro-ambivalente e, mais de 50%, no padrão de vinculação inseguro-desorganizado; uma categoria que inclui elementos de comportamento tanto evitantes como ambivalentes e, conseqüentemente, de maior confusão, ansiedade e desorganização (Ainsworth, 1982; Main, 1998). Esta investigação teve como objecto de estudo a forma como os sem abrigo representam as relações e os laços afectivos com os outros.

Destacamos este trabalho pelo facto de ter sido realizado em Portugal, abordando a temática da vinculação nesta população. Os resultados sugerem que esta condição não resulta apenas de uma situação de desabrigo externo mas também interno e que o vazio que caracteriza esta população é já uma realidade prévia à situação de sem abrigo. Parece fundamental não só traçar um diagnóstico da situação actual, como analisar a história de vida, numa perspectiva relacional.

O que se entende por “laços sociais”? Para Costa (2004) esta noção, em termos sociológicos, entender-se-á no sentido de ligação a diferentes grupos de pertença: o familiar, o dos amigos, o profissional, o ideológico, o religioso, o institucional, o comunitário, a pátria, entre outros. Em termos psicológicos, assumindo o valor de ligação afectiva, enraizada na forma como as pessoas estruturam a sua afectividade e estabelecem as relações de proximidade ou distância emocional (Pilisuk & Minkler, 1985).

A relação entre laços sociais e saúde foi sugerida, na década de 70, por Sidney Cobb (1976) e, de maneira independente, por John Cassel (1976), ao mostrarem que a ruptura de laços sociais aumentava a susceptibilidade a doenças. Diversos autores notaram que portadores de enfermidades relatavam com maior frequência o facto de não estarem (ou não se sentirem) inseridos numa rede de apoio mútuo, ou ainda de terem experimentado em maior grau perdas importantes de laços sociais (e.g. viuvez, separação amorosa, desemprego, mudança de morada) (Pilisuk & Minkler, 1985). Entre as diferentes percepções englobadas na expressão “laços sociais”, destacam-se dois conceitos: rede social e apoio social (que explanaremos mais detalhadamente adiante).

Os “laços sociais” mais não são que a “moldura humana” que configura a nossa rede de relações. Na população sem abrigo é invulgar conseguirmos construir uma narrativa na qual seja descrito um estado anterior de “normalidade” familiar, social e profissional, onde os laços sociais estejam preservados. Percebemos a importância deste legado transgeracional quando eles próprios, paradoxalmente, contribuem para a sua situação, como se tivessem interiorizado um tal isolamento, necessitando de o recriar constantemente através de comportamentos de auto-exclusão compulsivos e até de desumanização, parecendo em casos extremos abandonar-se psíquica e fisicamente, quase indiferentes à dor, ao sofrimento e à própria morte (Thelen, 2006). No já referido estudo de Bento e Barreto (2002) foi encontrado um claro predomínio de uma representação de relações de objecto abandonadas, seguindo-se uma representação significativa das relações como agressivas. Destaca-se também a dificuldade dos

sujeitos abordarem relações triangulares. Tais dados sugerem dificuldades na construção da identidade e conseqüente processo de separação-individuação (Erikson, 1982; Mahler, 1993). Cupa (2007), numa investigação com pessoas sem abrigo num centro de acolhimento de Nanterre, sugere que nestas se conjugam perdas reais e um sofrimento psíquico extremo. A problemática edipiana não existe ou é defeituosa: a função paternal não aparece, mas as instituições de assistência são integradas como terceiro termo da relação. A dessocialização resultaria da repetição (imaginária) de uma ou várias experiências traumáticas que ficaram sem elaboração, levando à derrocada das estruturas psíquicas anteriores, bloqueando as possibilidades de vinculação.

Trata-se de um mecanismo de defesa patológico, cuja manifestação clínica actual é a “reação abandonica: o indivíduo, para não reviver as experiências dolorosas passadas de rupturas de laços, antecipa-se e suprime toda a possibilidade de se estabelecerem novos laços na actualidade. As relações que mantêm entre si são superficiais e as relações com os serviços demonstram-se esporádicas. Tanto os excluídos como a sociedade parecem comungar da convicção de que existe um «divórcio por mútuo consentimento» que só reforça a clivagem entre as partes (Emmanuelli, 1998).

Embora os dados da literatura, conforme temos vindo a salientar, apontem para uma escassa relação com a família de origem, surgem alguns dados paradoxais relativamente ao desejo de restabelecer a relação com as origens. Exemplo disso é a concentração de sem abrigo junto a terminais de transportes, que parece não ser aleatória. Para além dos motivos de ordem funcional, tal como o facto destes espaços nunca se encontrarem fechados e não ser questionada a presença de estranhos, a impessoalidade que os caracteriza pode permitir maior tolerância à diferença. Bento e colaboradores (1999), sobre a realidade de Lisboa, observam que os sem abrigo do norte e centro permaneciam preferencialmente na estação de Santa Apolónia, e os do Alentejo e Algarve no Terreiro do Paço. Não deixa de estar imbuída de simbolismo a perseverança em permanecer enraizado num espaço físico que lhes confere, ainda que de forma fantasiada, o sentimento de poder voltar para casa.

Será legítimo conceber a situação de sem abrigo como um sintoma, portador de um sentido? Um sintoma, em termos psicológicos, é algo que traz uma solução para um conflito psíquico, constitui uma formação de compromisso que procura evitar um mal maior.

Por vezes é quando as coisas parecem estar a melhorar que há retrocessos, como se não se dessem ao direito de reconquistar a sua autonomia. “São eles próprios, muitas vezes, que não deixam, que não querem, o que implica uma dimensão pessoal muito grande...É um

trabalho afectivo que não pode ser desempenhado por um técnico que, de papel e caneta na mão, fale com estas pessoas e lhe explique os seus direitos. São, na verdade, pessoas muito difíceis de trazer para a sociedade,...” (Moita, 2004, p.155).

Este é o grande desafio de quem quer estruturar uma intervenção com a população sem abrigo, onde a arte consiste na relação, precisamente a área de maior vulnerabilidade desta população. Um trabalho que privilegia a área relacional deverá envolver para além da esfera individual, um esforço multidisciplinar das várias instituições (direta ou indiretamente) ligadas ao fenómeno dos sem abrigo. Dada a relevância que reconhecemos ao trabalho inter-institucional dedicar-lhe-emos o ponto seguinte.

### **5. Intervenção em rede**

Thelen (2006), no trabalho já referido, traça o retrato de grande diversidade de pessoas sem abrigo, das instituições e profissionais que lidam com elas (particularmente nos abrigos nocturnos em Portugal, França e Bélgica). O autor ressalta a ausência de preparação específica de grande parte do pessoal que trabalha com esta população (Batista, 2004; Brandt, 2008, Thelen, 2006). É preciso reconhecer que as diferentes instituições iniciaram com diferentes propósitos e filosofias o seu trabalho com os sem abrigo. O facto de esta problemática abranger serviços de diferentes ministérios confere-lhe uma particularidade própria. Dadas as características da população sem abrigo, não é difícil que um único caso necessite de intervenções ao nível da saúde mental, da justiça, serviços sociais, reforço de competências escolares/profissionais e ainda reestruturação de redes informais (Sveri, 2008). Numa tentativa de exemplificar a diversidade de áreas envolvidas no processo de inserção de um sem abrigo, torna-se visível a necessidade de um trabalho multidisciplinar e interinstitucional, ou seja, um trabalho de parceria. Termos como parcerias, sinergias, entre outros, inundam assim o quotidiano das instituições. E o que será isto de trabalhar em parceria? É suposto que o trabalho em equipa melhore o desempenho bem como a satisfação profissional de cada elemento.

Não é, no entanto, isento de dificuldades. Talvez a maior das quais se prenda com o facto das relações terem de ser estabelecidas por e entre pessoas. Parece-nos importante neste momento explorar um pouco mais o conceito de rede social uma vez que, no fundo, é dele que se fala quando nos referimos ao trabalho inter-institucional. Fazendo uma retrospectiva, é a Barnes em 1954 professor inglês de antropologia, que se atribui o mérito do primeiro estudo que coloca em relevo a importância das redes sociais na nossa sociedade, constatando a influência exercida por estas nos fenómenos sociais (Guédon, 1984).

As redes são definidas como "teias" de relações sociais que circundam o indivíduo bem como suas características (e.g., disponibilidade e frequência de contacto com amigos e parentes), ou grupos de pessoas com quem há contacto ou alguma forma de participação social (e.g., grupos religiosos, associações sindicais) (Bowling, 1997). Além desses dois aspectos, Hanson e Ostergren (1987), referem a "ancoragem social" (social anchorage), que descreve a percepção do grau de identificação ou vínculo entre o indivíduo e os grupos formais e informais a que pertence (ambiente de trabalho, área residencial, família).

Se o modelo proposto por Speak e Attneave (1990) se tornou num marco a nível interventivo, outros acontecimentos vieram despoletar o interesse pelo aprofundamento do estudo das redes sociais. Embora os Estados Unidos tenham uma organização social bastante distinta da realidade portuguesa, não deixam de ter práticas que podemos considerar como viáveis. São disto exemplo as conclusões retiradas do Movimento de Saúde Mental Comunitária nos Estados Unidos da América, na década de 60. Kennedy, no seu Programa de Erradicação de Pobreza, previu a criação de Centros de Saúde Mental Comunitária. Estes enfatizavam o papel activo da sociedade na prevenção e tratamento dos problemas de saúde das populações, tendo como referência o modelo de participação social. Implementado com base nos recursos próprios da comunidade, isto é, das redes sociais, veio a assumir-se quase como substituto dos serviços sociais, tendo em conta também a vantagem dos baixos custos da assistência assim possibilitada (Góngora, 1991).

A área do apoio psicossocial, desde cedo, considerou que as redes sociais deveriam ser tidas em conta no tratamento dos indivíduos com dificuldades psicossociais. Os tipos de intervenção que criam redes são usados fundamentalmente quando o indivíduo se encontra isolado socialmente, com um número reduzido de vínculos, ou quando os vínculos sociais existentes são considerados prejudiciais para o sujeito (Góngora, 1991). O seu objectivo primordial é aumentar o número de membros da rede, criando novos vínculos. Esta modalidade de intervenção é realizada por redes secundárias, focalizando e mobilizando o desenvolvimento das redes primárias (i.e., a esfera dos "conhecidos"), e a optimização do nível de uso dos serviços disponíveis nas instituições. Os tipos de intervenção que potenciam a rede funcionam com objectivo de aumentar a eficácia da rede do indivíduo, no sentido de possibilitar a resolução autónoma dos seus problemas.

A definição de apoio social não é consensual. Segundo Bowling (1997), Sherbourne & Stewart (1991) e Cohen & Wills (1985), trata-se do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afectivo), com



ênfase no grau de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções. Cobb (1976) define apoio social como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos. Minkler (1985) ressalta que apoio social deve ser compreendido como um processo recíproco, isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham maior sensação de controlo sobre as suas vidas. Embora os mecanismos de acção exercidos pela rede e apoio social nos sistemas de defesa do organismo humano ainda não tenham sido elucidados, duas hipóteses básicas são apresentadas: na primeira, actuarium traduzindo a resposta do organismo na forma de doença, como consequência de grandes perdas ou rupturas emocionais (Cohen & Wills, 1985); na segunda hipótese, o apoio social poderia reforçar a sensação de controlo sobre a própria vida, o que por sua vez implicaria efeitos positivos sobre a saúde (Rodin, 1986). A forte e consistente associação inversa entre os laços sociais e a taxa geral de mortalidade, foi um dos primeiros efeitos identificados da rede e apoio social sobre a saúde (Berkman & Syme 1979).

Investigações posteriores confirmaram a relação inversa entre a magnitude de índices de rede e apoio social e o risco de morrer por doença coronária, acidente vascular cerebral e também por neoplasias malignas (Dressler et al., 1997; Dalgard & Haheim, 1998). Além da forte relação com a redução da mortalidade, dimensões de rede e de apoio social associam-se também, de forma directa, com a sobrevivência após o diagnóstico de doença coronária, cancro e acidente vascular cerebral (Vogt et al., 1992), e de maneira inversa com a incidência de insónia (Hanson & Ostergren, 1987), a frequência de hipertensão arterial (Strogatz & James, 1986), a aquisição de hábitos como o tabagismo e consumo de álcool (Westman et al., 1985), e também com o risco de demência (Fratiglione et al., 2000). Investigações a respeito de rede e apoio social são extremamente relevantes para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde, apesar das inconsistências conceptuais ainda existentes e das dificuldades de transformação desses conceitos em variáveis (Dean et al., 1994; O'Reilly, 1988). Tais dificuldades podem explicar parcialmente a tendência a priorizar a pesquisa de factores de risco biológico e hábitos relacionados à saúde, na pesquisa etiológica, ao invés do ambiente psicossocial. Tendo em consideração os efeitos protectores que a rede social parece prestar ao indivíduo, consideramos pertinente a avaliação e reforço da rede social de apoio como metodologia de intervenção junto da população sem abrigo. No entanto, agilizar a rede de apoio dos sem abrigo comporta diversos constrangimentos, quer ao nível da rede primária, quer da secundária. Por um lado, restringe-se a um trabalho mais centrado nas redes secundárias, pois

são escassas as relações familiares e de amizade; e questionamo-nos sobre quem cumpre o papel de vizinhança do sem abrigo?

Perante uma situação de pobreza extrema, na qual somos meros espectadores, a indiferença torna-se impossível e o confronto com a nossa própria fragilidade, constrangedor (Wortman & Lehman, 1985). Por outro lado, é fundamental reforçar o trabalho inter-institucional, sendo que os diferentes tipos de intervenção (político, técnico, voluntário) nem sempre surgem estruturados de forma a realizarem um trabalho verdadeiramente complementar, o que se traduz numa dispersão dos recursos disponíveis e ocorrência de dificuldades ao nível da relação interinstitucional.

Os fins a que cada instituição se propõe nesta área nem sempre são facilmente conciliáveis, ostentando não raras vezes um cariz bastante distinto umas das outras: religioso, político, social, académico, institucional, entre outros. A investigação sobre sem abrigo em Portugal está ainda em fase embrionária, não existindo modelos de boas práticas legitimados pela comunidade científica (a prática precede a investigação). O facto de ser uma área de investigação em que só agora são dados os primeiros passos, potencia a emergência de sentimentos de descoberta e encantamento, criando a sensação de se estar perante um trabalho tanto inovador quanto especial e único. Quando as práticas se estruturam, e se adquire uma identidade própria, não é raro surgir a ilusão de se ter criado uma espécie de comunidade ideal, dificilmente replicável (Bento & Barreto, 2002). Cada uma sente-se a realizar um trabalho único, que procura justificar e defender. A sua fragilidade (e susceptibilidade à crítica) fá-las olhar com desconfiança e hostilidade para o vizinho que “compete” no terreno com eles.

A condução de um processo para a criação de uma “rede” entre instituições deve respeitar as diferenças e identidade das mesmas (Thelen, 2006). Na realidade nacional, a área da saúde mental necessita, cada vez mais, de desenvolver uma rede interinstitucional, permitindo o reorganização de recursos comunitários por forma a consagrar novas respostas.

Ao nível das metodologias e estratégias de intervenção, consideramos pertinente introduzir algumas das realidades actuais, nomeadamente no tocante às recentes reflexões efectuadas pela FEANTSA (2008) acerca dos modelos de intervenção usados na Europa junto da população sem abrigo. Torna-se notório o reconhecimento da necessidade de reforçar as estratégias de prevenção a agilizar junto dos indivíduos em risco de vivenciar tal condição. Assim, o alargamento do conceito acarreta consequências inevitáveis na mudança de estratégias de intervenção e de políticas sociais de apoio.

Costello (2008) defende que a maioria das pessoas que ficaram na condição de sem abrigo gostariam de poder permanecer nas suas casas, pois essa possibilidade representa a manutenção de redes de vizinhança e de redes relacionais vitais ao seu bem-estar bio-psico-social. Auxiliar as pessoas a manter as suas habitações deveria ser uma estratégia prioritária ao nível da prevenção, evitando desta forma o sofrimento pessoal dos indivíduos e a interrupção dos processos de socialização, nomeadamente das crianças.

Esta é igualmente a forma de intervenção defendida na Áustria, o reforço das estratégias de prevenção. Kitzman (2008) defende que maioria das pessoas que ficam na situação de sem abrigo desconhecem o acesso a benefícios financeiros e subsídios que os podem ajudar a sair das situações de crise em que se encontram. Realça que maioria destes subsídios não têm carácter retroactivo, pelo que os indivíduos devem recorrer a eles atempadamente. Apoiando os indivíduos a pagar as suas rendas diminui a necessidade de recorrer aos abrigos, sendo que, a longo termo, se as estratégias de prevenção forem bem sucedidas, se reduziria a necessidade de abrigos no país. Por outro lado, tal estratégia promove a rápida recuperação da capacidade do indivíduo para tomar decisões e organizar a sua autonomia. Se se verificar a necessidade de apoio financeiro para a liquidação de rendas, será provido tendo por base o princípio da “ajuda para a auto-ajuda” Kitzman (2008), desde que sejam perspectivadas condições dos indivíduos assumirem o pagamento das suas prestações no futuro.

O estudo feito pelo Centro de Arrendamento Seguro (2007), na Áustria, demonstrou que prevenir uma situação de sem abrigo teria um investimento de 370 euros mensais, durante cerca de 6 meses, sendo que a reintegração do mesmo indivíduo teria um encargo de 460 euros mensais, prevenindo-se a necessidade de o apoiar durante cerca de 12 meses. Kitzman (2008) afirma que, quanto mais duradoura for a vivência de sem abrigo, mais moroso será o processo de ressocialização. Defende ainda que a prevenção e a reintegração devem ser respostas complementares, pois existirão sempre pessoas que necessitam de apoio mais especializado, podendo beneficiar dele em instituições ou nas suas próprias residências, prevenindo os fenómenos de dessocialização. A perda da habitação dificilmente é o ponto de partida de um percurso de exclusão social, tal como a atribuição da mesma não resolve todos os problemas que a problemática dos sem abrigo comporta, Pezzana (2008). São assim necessárias políticas sociais que congreguem intervenções preventivas, de reinserção e de manutenção da inserção da população mais vulnerável a processos de exclusão social.

Na Noruega é da responsabilidade dos serviços municipais providenciar alojamento temporário às pessoas sem abrigo e dar assistência a todos os que não consigam manter uma

casa por si próprios. A atitude face ao direito a uma habitação deixou de estar dependente do “bom comportamento” dos indivíduos, assumindo-se como um direito fundamental. Os objectivos da estratégia de intervenção neste país passam pela prevenção de novos casos; pela melhoria da qualidade dos centros de abrigo e pela rapidez de atribuição de habitação permanente a esta população. Defende-se, ainda, que ninguém deverá permanecer mais de 3 meses em habitações temporárias (Sveri, 2008). O autor considera que esta população necessita de acompanhamento na fase de adaptação à nova residência, assumido por assistentes sociais em regime de apoio domiciliário. Inicialmente o contacto é constante, devendo progressivamente estabelecer-se uma frequência de visitas. As necessidades mais frequentes prendem-se com o treino de actividades quotidianas e com o acompanhamento ao nível do tratamento de dependência de álcool ou drogas Sveri (2008). Ao nível da atribuição de habitação permanente o mesmo autor refere os benefícios das rendas acessíveis nos bairros sociais, sem deixar de destacar que a grande concentração de população vulnerável nestas zonas pode traduzir-se num factor de exclusão, defendendo a necessidade das casas serem construídas em zonas pouco isoladas, com bom acesso a transportes públicos (Sveri, 2008).

Também Ó Broin (2008) defende a política de prevenção, tanto no que respeita ao aparecimento de novos casos, como no retorno à situação de sem abrigo, considerando igualmente fundamental um aumento de investimento na construção de habitação social.

### **Síntese**

A problemática dos sem abrigo é sem dúvida das formas mais extremas de exclusão social que enfrentamos. Levanta sérios dilemas a todos nós, quer enquanto profissionais, quer enquanto cidadãos. Como será possível existir numa sociedade que se quer civilizada pessoas a viver tal situação de vulnerabilidade? Como poderão estas pessoas ser “invisíveis” aos olhos de quem manda? Como poderão existir tão poucos estudos que caracterizem esta condição (des)humana? Ao analisar a condição de sem abrigo como um processo social, mais do que uma simples condição de “não habitação”, a comunidade de investigadores necessita de identificar factores, grupos e formas de risco, materializadas por indivíduos e famílias pertencentes ao grupo de risco. O termo «sem abrigo» que é utilizado na actualidade parece acentuar a questão da habitação, num sentido restrito, mas decerto também a da pobreza e da exclusão social num sentido mais amplo. A abertura do conceito de sem abrigo a outras categorias operacionais teve a eficácia de alertar para o fenómeno que se inicia muito

antes de se estar a viver na rua. Urge a reflexão sobre a evolução deste fenómeno a nível nacional e internacional e a delineação da implementação do que está definido na estratégia nacional.

A perda da habitação dificilmente é o ponto de partida de um percurso de exclusão social, tal como a atribuição da mesma não resolve todos os problemas que a problemática dos sem abrigo comporta, Pezzana (2008). São assim necessárias políticas sociais que congreguem intervenções preventivas, de reinserção e de manutenção da inserção da população mais vulnerável a processos de exclusão social.

Na Noruega é da responsabilidade dos serviços municipais providenciar alojamento temporário às pessoas sem abrigo e dar assistência a todos os que não consigam manter uma casa por si próprios. A atitude face ao direito a uma habitação deixou de estar dependente do “bom comportamento” dos indivíduos, assumindo-se como um direito fundamental. Os objectivos da estratégia de intervenção neste país passam pela prevenção de novos casos; pela melhoria da qualidade dos centros de abrigo e pela rapidez de atribuição de habitação permanente a esta população. Defende-se, ainda, que ninguém deverá permanecer mais de 3 meses em habitações temporárias (Sveri, 2008).

No próximo capítulo vamos tentar explicar que respostas existem para os sem abrigo em Portugal.



## **CAPÍTULO 3**





## Capítulo 3: Modelos de Intervenção em estruturas residenciais para Sem Abrigo

### 1.A opinião pública acerca dos sem abrigo

Liderado por Ornelas (2010) o estudo acerca da opinião pública dos sem abrigo enquadra-se na investigação transnacional desenvolvida pelo Research Group on Homelessness and Poverty (Wayne State University, Detroit, E.U.A.), sobre a prevalência e a opinião pública acerca dos sem abrigo.

Na sequência das suas investigações sobre a opinião pública face aos sem abrigo nos Estados Unidos, o referido grupo de investigação tem vindo a desenvolver desde 1999 o estudo em vários países desenvolvidos (França, Bélgica, Alemanha, Reino Unido, Itália, Canadá, Japão e Polónia), através de parcerias inter-universitárias.

Tratando-se de um estudo transnacional, o método seguiu os procedimentos dos estudos originais e das versões já efectuadas noutros países. Os estudos já realizados sobre os sem abrigo têm evidenciado que, apesar das diferentes definições de sem abrigo entre países, parece haver evidência de formas comuns de pensar acerca das pessoas sem abrigo (Tompsett, Toro, Guzicki, Schlien, Blume & Lombardo, 2003), e de que as crenças causais e as crenças face a abordagens de intervenção podem ser mais influenciadas por factores demográficos intranacionais do que pelas diferenças entre países (Tompsett et al., 2003). O instrumento utilizado - "A Perspectiva da População sobre as Pessoas Sem Abrigo" - resulta da adaptação de instrumentos desenvolvidos por Toro & McDonnell(1992) e Link, Susser, Stueve, Phelan, Moore, e Struening(1994). O questionário desenvolvido por Toro e McDonnell (1992) permite aceder às crenças, conhecimentos e atitudes face aos sem abrigo. O questionário de Link et al. (1994) identifica e caracteriza experiências de sem abrigo.

Os resultados encontrados foram os seguintes: Quanto ao factor de atitude compaixão geral, os resultados revelam uma atitude compassiva perante os sem abrigo; Relativamente às restrições aos direitos públicos, parece haver uma certa condescendência relativamente à mendicidade, mas não em relação ao apoderamento de espaços públicos para construção de estruturas de abrigo temporário. Na confiança nas pessoas sem abrigo verifica-se uma atitude moderada. Se por um lado, a maioria dos participantes consideram que as pessoas sem abrigo têm boas capacidades de trabalho (64,1%), e que não confiariam menos numa pessoa se soubessem que ela tinha sido sem abrigo (62,8%), por outro, também consideram que as pessoas sem abrigo têm mais probabilidades de cometer crimes violentos (56,8%).

Relativamente à perigosidade das pessoas sem abrigo, as opiniões dividem-se quase equitativamente, mas verifica-se um ligeiro predomínio dos que consideram que podem ser perigosas (51,3%). Os participantes tendem a considerar as pessoas sem abrigo como isoladas socialmente e consideram-nas, quase em unanimidade, pessoas de rua. Esta visão estereotipada das pessoas sem abrigo parece também verificar-se na opinião pública alemã (Tompsett et al., 2003); Quanto às habitações/serviços necessários, aparece a ideia da necessidade de mais apoios do Estado-providência, nomeadamente ao nível da disponibilização de tratamentos para os dependentes de substâncias e doentes mentais, onde a dependência de substâncias e a doença mental emergem enquanto causas individuais da situação de sem abrigo; No que concerne aos factores pessoais como causa, a doença mental (78%), a alta hospitalar de pessoas com doença mental (76,5%) e a incapacidade ou doença física (86,9%) são considerados factores que contribuem para a situação de sem abrigo.

No entanto, resultados do estudo do Instituto de Segurança Social (Pereira, 2006) revelam que apenas 23% das pessoas sem tecto identificadas tinham problemas de saúde (toxicodependência, alcoolismo e doença física ou mental); Relativamente aos factores económicos como causa, o desemprego é visto pela maioria como uma das principais causas da existência de pessoas sem abrigo (87%), e surge novamente a ideia, quase consensual, de necessidade de mais apoios do Estado. Mais uma vez, o estudo do Instituto de Segurança Social (Pereira, 2006) revelou apenas 22% de pessoas sem tecto em situação de desemprego. Verificou-se então que as pessoas sem abrigo tendem a ser consideradas pessoas de rua e como estando socialmente isoladas, pelo que se pode deduzir que são consideradas pessoas excluídas da sociedade. Constatou-se uma elevada compaixão geral face às pessoas sem abrigo e uma posição comedida relativamente às restrições aos seus direitos públicos, mas também uma confiança moderada.

Dados da comparação entre a opinião pública na Alemanha e nos E.U.A. (Tomsett et al., 2003) evidenciam nos alemães uma menor tendência para as restrições aos direitos públicos, e maior tendência para a confiança e compaixão geral, mas a ausência de informação suficiente não permite fazer a comparação da opinião pública de ambos os países com a opinião pública portuguesa. Após expormos o que a opinião pública considera que conduz as pessoas a situação de sem abrigo e o que considera ser as respostas necessárias, analisaremos as respostas existentes.

## 2. Caracterização das respostas sociais para sem abrigo

A estratégia nacional para a Integração de pessoas sem abrigo identifica as respostas sociais existentes, ou a criar, para apoiar as pessoas sem abrigo. Ao nível do alojamento: a) Específico: Enquadram-se nesta designação todas as respostas de alojamento específicas para determinado problema, identificado como dominante; b) Não Específico: Sempre que não seja possível o encaminhamento directo para uma resposta especializada após o diagnóstico, poderá ser necessário recorrer a uma resposta que privilegie, para além da satisfação das necessidades básicas, acompanhamento mais próximo, que permita a elaboração do plano individual de inserção, de duração variável e adequada à situação.

O alojamento poderá ser de 3 tipos, enquadrados na resposta Centro de Alojamento Temporário, de acordo com os objectivos e características das situações: Centros de Alojamento Temporário: 1- Centros de Emergência; 2- Apartamentos partilhados; 3- Centros de Alojamento de média duração.

O Centro de Emergência é um Centro de Alojamento Temporário para resposta imediata e com características muito específicas. Trata-se de uma estrutura que deverá funcionar isoladamente e não acoplado a centro de alojamento temporário, excepto quando não houver outra possibilidade e, nestes casos, desde que esteja garantida a distinção entre situações, nomeadamente no que respeita às regras de funcionamento, estando aberto 24h, 365 dias no ano. O alojamento em Centro de Emergência deverá ser o mais curto possível, não devendo exceder um mês. Objectivos:

Satisfação das necessidades básicas; Diagnóstico de necessidades/triagem e motivação para a inserção; Contactos com outras entidades para apoio imediato (Centro de Saúde, Hospital, ACIDI, IP, Segurança Social, Família); Referenciação das situações para o Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo local

Apartamentos partilhados são apartamentos, em blocos de habitação em meio urbano, não identificados como instituição, que se destinam a ser partilhados por um conjunto de pessoas com determinadas características e competências. O alojamento nestas condições não deverá ser superior a 1 ano e deverá ter um acompanhamento técnico regular (pelo menos semanal).

Objectivos: garantir alojamento a baixo custo, partilhado ou individual, facilitar o processo de autonomização, desenvolver competências específicas de gestão doméstica, gestão de conflitos e partilha; criar condições para a busca activa de alojamento próprio. Exemplo desta resposta é o Housing First que passamos a apresentar de forma mais detalhada.

O *housing first surge* como uma nova metodologia de intervenção, baseada no modelo que postula que a habitação deve ser a primeira condição a ser garantida na situação de pessoas sem abrigo com doença mental grave e com problemas aditivos (Gulcur et al 2003; Tsemberis et al 2004). Resultados de experiências pilotos sugerem a melhoria da situação de saúde e redução de custos em termos de consultas de urgência e assistência psiquiátrica. Postulam ainda que estes serviços são frequentemente solicitados como forma de resolver a falta de habitação. A oferta de habitação permanente, independente e sem pré-requisitos relativos ao consumo de substâncias e tratamento, remove obstáculos significativos do acesso à habitação. Ao oferecer serviços de apoio que maximizam a retenção de habitação, o modelo também impede a recorrência da situação de sem abrigo. Em Portugal o projecto-piloto, arrancou em Lisboa, em 2009 e inverte o processo normal de conquista destas pessoas para as retirar da rua ao conceder-lhes primeiro uma habitação digna, trabalhando depois o plano de autonomização. O projecto "house first" é uma das medidas previstas na Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas Sem-Abrigo 2009-2015 que incide em três áreas específicas: prevenção, intervenção e acompanhamento.

Ornelas (2010) adiantou que esta intervenção assenta no modelo Housing First, que tem como elementos centrais a triagem das situações com base em diagnóstico especializado, habitação permanente e integrada, casas individualizadas e separação entre habitação e tratamento. O modelo foi já aplicado em cidades como Nova Iorque (Estados Unidos) e Toronto (Canadá), com elevados níveis de sucesso.

Além de apoios na obtenção e manutenção de uma habitação estável e integrada na comunidade, as pessoas vão beneficiar dos serviços de apoio ao emprego, educação e formação . A Habitação Apoiada pretende dar resposta a necessidades humanas básicas e universais em termos de um local condigno e privado para viver e a pertença a uma comunidade (Ridgway, 2007). Esta abordagem tem como objectivo incrementar a autonomia, a integração social e a qualidade de vida das pessoas, potenciando, assim, as oportunidades de recovery. As pessoas com doença mental ou outra situação de vulnerabilidade devem estar socialmente integradas em contextos de vizinhança mainstream da comunidade, em vez de socialmente segregadas em instituições ou em bairros sociais (Ornelas, 2008). Viver numa casa própria é claramente diferente de viver numa instituição, ao nível da privacidade, liberdade individual, expressão da identidade pessoal, controlo sobre as rotinas, gestão e visitas, relações íntimas, familiares e sociais, estatuto social e sentimento de pertença a uma comunidade (Ridgway, 2007). O modelo de habitação apoiada defende uma clara separação entre os serviços e a casa das pessoas. Os suportes não são entendidos como estruturas físicas (espaços institucionais) mas como serviços prestados

nos contextos naturais e que apoiam as pessoas, independentemente da sua situação de vulnerabilidade, a viver e a manter-se na sua própria casa.

Um dos aspectos mais inovadores do modelo de habitação apoiada consiste na prioridade dada ao acesso à habitação, considerando que a casa constitui o ponto de partida e não o ponto de chegada da intervenção. O modelo da transitoriedade tem subjacente a ideia que, através das estadias em contextos residenciais especializados, com diferentes níveis de suporte e supervisão, as pessoas vão ficando “preparadas” para mudar para outros contextos mais autónomos (Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004). Por outro lado, estes programas colocam o acesso a uma resposta habitacional dependente de intervenções clínicas específicas, como a adesão ao tratamento. O programa Housing First, desenvolvido pela Pathways to Housing, em Nova Iorque, é um bom exemplo de um programa de habitação apoiada para a população doente mental sem abrigo (Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004). As pessoas devem poder escolher o local onde querem viver, a partir das opções disponíveis no mercado habitacional e com quem querem viver. Do mesmo modo, as pessoas devem escolher sobre o tipo, a frequência e a duração dos serviços de suporte habitacional que recebem. A investigação demonstrou o impacto da escolha nos resultados em termos habitacionais (Nelson, Sylvestre, Aubry, George & Trainor, 2007).

A estabilidade habitacional e a satisfação pessoal aumentam significativamente quando as pessoas têm oportunidades de escolha e quando as suas preferências em termos habitacionais e de suporte são respeitadas. Uma componente essencial dos programas de habitação apoiada é o acesso a subsídios ao arrendamento. A falta de recursos económicos dificulta e impede muitas vezes o acesso à habitação, mantendo as pessoas institucionalizadas, em situações habitacionais precárias ou sem abrigo. Os subsídios de renda têm sido um recurso eficaz, permitindo aceder rapidamente a uma habitação pessoal e integrada na comunidade.

No programa Housing First, nas situações em que as pessoas auferem uma pensão social ou outra prestação social, 30% desse rendimento é canalizado para ajudar a pagar a renda de casa, promovendo-se uma responsabilização individual em relação aos projectos habitacionais.

A criação de parcerias entre senhorios inquilinos e programas de habitação apoiada tem contribuído para o aumento das oportunidades habitacionais e para o fortalecimento dos processos de integração comunitária e recovery das pessoas com experiência de doença mental (Kloos, Zimmerman, Scrimenti & Crusto, 2002). Estes autores referem que o trabalho colaborativo dos vários stakeholders facilita os processos de comunicação, a prevenção e a

resolução de problemas e o investimento na qualidade das habitações. Os senhorios têm tido, igualmente, um papel facilitador dos processos de integração, disponibilizando informação sobre os recursos comunitários, apresentando os inquilinos aos vizinhos e a outros membros da comunidade, promovendo, deste modo, o estabelecimento de ligações de vizinhança que são fundamentais para o sentimento de pertença e inclusão. Estas parcerias têm facilitado a mobilização de novos senhorios e de outros membros da comunidade que apreciam a oportunidade de colaborar neste tipo de iniciativas, revelando o potencial para intervenções mais abrangentes em termos da melhoria da qualidade de vida dos bairros (Kloos et al, 2002).

Os serviços de suporte devem estar disponíveis 24 horas por dia, 365 dias por ano, mas devem ser flexíveis, individualizados, voluntários e orientados de acordo com as necessidades e preferências individuais. Estes serviços são geralmente proporcionados na casa das pessoas e noutros contextos naturais da comunidade, no sentido de prestarem apoio na gestão e manutenção das casas e para que cada pessoa cumpra as suas obrigações como inquilino.

Os subsídios de renda e os serviços de suporte não devem ser limitados no tempo, nem transitórios, mas devem manter-se pelo tempo que for necessário, variando de acordo com as mudanças que se vão operando na vida das pessoas e ao nível das suas necessidades, tendo por base a avaliação conjunta do processo.

Uma das preocupações que se coloca em termos da habitação apoiada é a questão da solidão e do isolamento social. Este modelo de habitação tem como objectivo apoiar a independência, a participação e a integração comunitária das pessoas em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, o suporte não se deve focalizar exclusivamente nas questões habitacionais, mas promover as ligações das pessoas com os recursos e suportes comunitários, o emprego, os projectos escolares e o fortalecimento das redes de suporte social, no sentido de prevenir o seu isolamento na comunidade.

A maioria dos estudos (Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004; Ridgway, 2007) demonstrou que a habitação apoiada tem resultados muito positivos: Aumenta significativamente a obtenção e manutenção da habitação; promove a integração comunitária; reduz significativamente o número de internamentos e a institucionalização; reduz drasticamente as situações de sem abrigo; diminui o consumo de álcool e drogas; aumenta a satisfação e qualidade de vida; favorece o envolvimento noutras actividades significativas; promove o recovery.

A análise de várias estratégias (Benjaminsen e tal. 2009; Batista, 2009; Benjaminsen and Dyb, 2009; Anderson, 2007) indica uma ampla divisão entre a abordagem do Housing first e outras abordagens para minimizar o problema de sem abrigo. Por outras abordagens entendemos espaços de transição modelos habitacionais ou intervenções que incidem sobre a prestação de serviços de baixo limiar, em vez de habitação. A nossa análise sugere que as estratégias de sem abrigo tendem a defender o housing first, como uma abordagem e estratégia compreensiva que expressa uma nova forma de gerir, e contemplando um vasto conjunto de intervenientes. Por fim os Centros de Alojamento de média duração - São centros que proporcionam o acolhimento, por um tempo limitado, para pessoas adultas em situação de carência, até serem encaminhadas para a resposta social mais adequada. Objectivos: Proporcionar alojamento temporário; Satisfazer as necessidades básicas de sobrevivência; Ajudar a definir um projecto de vida.

**Quadro 8: Conceptualização de serviços para pessoas sem abrigo**

Abordagens	Acomodação	Serviços
Alojamento	Abrigos Nocturnos  Albergues	Recepção/aconselhamento  Equipamento de emergência Cozinha e loja de roupas Equipamento médico
Suporte tradicional	Habitação tradicional Habitação apoiada	Suporte social
Integração permanente	Habitação comum	Emprego/formação

Adaptado de Edgar et al 1999, p. 56

Edgar et al (1999) fez uma revisão da habitação de apoio e suporte, sendo o suporte definido como o apoio pessoal ou social organizado, que visa ajudar as pessoas a viverem de forma independente na comunidade. Três tipos de apoio foram identificados (habitação e apoio doméstico; aconselhamento e treino de competências, e apoio de pessoal e cuidados de saúde) e foi reconhecido que as necessidades variam conforme a fase do ciclo de vida. Edgar (2010) distingue entre "o apoio na habitação" (onde o apoio pode ser prestado de forma flexível) e alojamento social (onde há geralmente uma relação contratual entre o alojamento e apoio).

No restante desta revisão, o apoio é visto como um elemento de prestação de serviços para ajudar as pessoas a conseguir uma residência. Edgar e Meert (2005) observaram que as classificações de serviços de apoio contínuo distinguem entre o alojamento e serviços de não alojamento, e entre a emergência e a reintegração em serviços, estando alguns disponíveis para pessoas sem abrigo e também portadores de patologia psiquiátrica (dependência / serviços de saúde mental). Busch-Geertsema et al (2010) apresentaram uma actualização da tipologia de serviços, quer dirigida a pessoas sem abrigo como a portadores de patologia psiquiátrica. Edgar (2009) também forneceu exemplos operacionais da prestação de serviços em contextos nacionais e mapeamento de alojamentos e de serviços.

Postulam a existência de respostas de rua: 1. Equipas de rua para pessoas sem abrigo - equipas multidisciplinares, que estabelecem uma abordagem às pessoas sem abrigo, visando a sinalização de situações, identificação de necessidades, resposta a necessidades básicas, motivação para a inserção e encaminhamento para diagnóstico e identificação; 2. Equipas de intervenção directa - são equipas com intervenção directa junto das pessoas consumidoras de substâncias psicoactivas e suas famílias e das comunidades afectadas pelo consumo de substâncias psicoactivas. Os objectivos das respostas de rua são: Identificar situações de risco; Sensibilizar os toxicodependentes para mudarem o seu comportamento e abandonarem a droga; Incentivar os toxicodependentes a entrar em programas de recuperação, tratamento e reinserção social; Incentivar a família e outras pessoas que rodeiam a pessoa toxicod dependente a cooperar no seu processo de recuperação e de reinserção social (por exemplo, dando-lhes informação e encaminhando-os para os serviços de apoio); 3. Equipas de rua especializadas - são equipas que acompanham e encaminham as pessoas com problemas associados à condição de sem abrigo de forma adequada. As equipas devem acompanhar, durante o tempo necessário, os casos que não podem concretizar de imediato uma resposta de alojamento, até estarem reunidas as condições para o mesmo acontecer.

Podemos constatar no quadro 9, que para além das respostas de rua existem algumas respostas que não sendo especificamente destinadas aos sem abrigo se constituem igualmente como recurso para ultrapassar as dificuldades desta população.



**Quadro 9: Tipologia de serviços para sem abrigo e pessoas em risco de ser sem abrigo**

Tipo de serviço	Exemplo
Serviços de prevenção para as famílias em risco de perda de habitação	Serviços de mediação em casos de conflitos domésticos, apoio em termos de rendas em atraso, etc
Alojamento de emergência para pessoas sem abrigo	Abrigos de emergência
Alojamento temporário	Albergues temporários, alojamento provisório, abrigos para vítimas de violência doméstica
Os serviços não-residenciais para pessoas sem-abrigo	Centros de dia, serviços de aconselhamento, serviços de saúde, cantina, serviços de educação, formação e emprego
Alojamento para grupos de outros clientes que podem ser utilizados por pessoas desabrigadas	albergue, apoio especializado e serviços de assistência residencial para pessoas com problemas de adição e problemas de saúde mental
Serviços para a população em geral que podem ser utilizados por pessoas sem abrigo	Serviços de aconselhamento, serviços de saúde e acção social
Especialista em serviços de apoio a outros grupos que podem ser utilizados por pessoas sem abrigo	Aconselhamento, serviços psiquiátricos, serviços de tratamento de toxicod dependência, serviços de ex-criminosos, os serviços para os jovens em situação de risco

Fonte: Busch-Geertsema et al (2010, p.44)

Ao nível de Repostas residenciais prevêem: os Centro de Abrigo são equipamentos de iniciativa municipal ou de entidades particulares cujas finalidades estatutárias incluem a promoção da saúde, cabendo-lhes igualmente a respectiva gestão de acordo com a legislação que os cria. (Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de Junho). O diploma legislativo que cria os centros de acolhimento e de abrigo tem como objectivo a criação de programas e de estruturas sócio-sanitárias destinadas à sensibilização e ao encaminhamento para tratamento de toxicod dependentes bem como, à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicod dependência. António Bento já tinha alertado em 2002, que «na situação presente, não encontramos nenhuma legislação específica para os sem abrigo» (Bento, 2002:44). A estrutura criada, Centro de Abrigo, é definida como espaço de pernoita e destina-se a contribuir para a melhoria das condições de dormida de toxicod dependentes sem enquadramento sócio-familiar e para a aproximação destes aos sistemas sociais, procurando o afastamento de meios propícios ao consumo.

A Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho), embora não se refira especificamente aos sem abrigo poderá ter, todavia, algum impacto nestes. Ao regular o internamento compulsivo das pessoas com doença mental com os pressupostos que este “ por

força desta (doença mental) crie uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor próprios ou alheios (...) e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico» (art. 12 -1), ou «não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado» (artº12 -2), cria tentações várias, relativamente ao enquadramento de outras situações de saúde mental, que não tendo qualquer acompanhamento, por ser mais uma exclusão, neste caso a do sistema de saúde, ficaria assim sanada. Em Portugal, estamos perante um vazio em termos de legislação neste domínio. Existem alguns programas residenciais de intervenção junto de sem abrigo dos quais destacamos as comunidades de inserção.

As comunidades de Inserção são estruturas de 2.<sup>a</sup> linha que pretendem para além da satisfação das necessidades básicas garantir um apoio bio-psico-social ao sem abrigo, dispondo de uma equipa multidisciplinar especializada. Distinguem-se das de 1.<sup>a</sup> linha porque nesta a principal preocupação é a satisfação de necessidades básicas, não sendo prevista uma intervenção que vise a alteração da condição do sujeito, mas sim o apoio pontual e imediato.

Na sua maioria, os sem abrigo são indivíduos dependentes de substâncias químicas, alcoólicos e/ou pessoas com problemas de saúde mental, indivíduos com processos jurídicos graves a decorrer ou pretéritos, o que dificulta a inserção social, familiar e comunitária. Nesse sentido, o único quadro de referência que lhes é ou era acessível, em termos de estruturas organizacionais, corresponde ao das prisões, hospitais, as próprias famílias (muitas vezes disfuncionais e abusivas), centros de acolhimento temporário ou outras respostas de emergência social com cariz mais imediato e, portanto, menos vocacionados para gerar alterações comportamentais passíveis de uma reintegração social.

Após revisão bibliográfica sobre as respostas sociais para sem abrigo destacamos a investigação realizada por Cabrera (2003) dado ter dedicado especial atenção às estruturas residenciais. O autor faz uma análise das diferentes respostas sociais para esta população, na cidade de Madrid, reportando-se ao Programa de Suporte Comunitário criado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental, em Espanha, um modelo de prestação de serviços para a população com problemas de saúde mental. Este programa lançado em 1977 facilita o tratamento a longo prazo e a reabilitação social. Mais tarde, em 1987, a União Europeia destacou alguns aspectos da prestação de serviços para população sem abrigo com problemas de saúde mental, incluindo a extensão da doença e o processo de vinculação aos serviços, verificando-se a necessidade de expandir as

oportunidades habitacionais e de acompanhamento dos diferentes casos de forma mais prolongada (Hopper, Mauch e Morse, 1989).

Os programas que fornecem alojamento aos doentes mentais geralmente excluem os consumidores de substâncias psicoactivas e vice-versa. Normalmente procuram apoio na satisfação das necessidades básicas, tais como alimentação e abrigo, mas raramente, trabalho ou tratamento ao nível da saúde mental (Farr, Koegel e Bunjam, 1986; Mulkein e Bradley, 1986).

Para os sem abrigo com problemas de saúde mental ou de abuso de substâncias psicoactivas a vida nas estruturas de acolhimento pode gerar tensões, de modo que, embora estas possam permitir avaliações e diagnósticos, muitas vezes não conseguem garantir a permanência nem motivar os residentes para o tratamento (Dockett, 1989).

A adaptação às estruturas residenciais é descrita por Grunberg e Eagle (1990) como um processo de aculturação endémica à vida nos abrigos. É caracterizada pela diminuição dos recursos interpessoais, negligência da higiene pessoal, aumentando a passividade e a dependência. Além disso, o facto de percepcionarem a integração em determinada estrutura como uma perda de controlo do rumo da sua vida, contribui significativamente para a baixa auto-estima, ausência de esperança e diminuta auto-valorização. No entanto, antes de integrar as estruturas de acolhimento estão geralmente sem rede social, uma vez que se relacionam maioritariamente com pessoas que enfrentam situação similar, sendo frequente o reforço desta mesma rede nestes dispositivos (Grunberg e Eagle, 1990).

A existência de equipas multidisciplinares nas instituições de apoio introduziu mudanças fundamentais na orientação dos serviços, passando a centrar-se em processos individuais para alcançar uma reabilitação psíquica, social e laboral, estimular o comportamento adaptativo, mudar hábitos e melhorar as competências sociais, reestruturar a dinâmica relacional familiar (Martín Barroso, Alba, 1985). Além de prestar cuidados básicos e estadia, as estruturas residenciais podem tornar-se um lugar seguro para estabelecer relações interpessoais gratificantes e reaprender hábitos de sociabilidade. Podem ainda facilitar o acesso a redes sociais, apoio emocional, tratamento ou um lugar para recuperar de fragilidades típicas nos sem abrigo, dadas as suas carências alimentares, de higiene e exposição a factores ambientais agressivos, Cabrera (2003). Um fenómeno habitual entre os residentes das estruturas é a "porta giratória", que permite encontrar, ciclicamente, os mesmos indivíduos em diferentes instituições, Cabrera (2003). Estes indivíduos, normalmente transitam de uma estrutura para outra, sendo que a rotação ocorre em

função das vagas disponíveis e as estadias são relativamente curtas. A decisão de abandonar a estrutura justifica-se usualmente por um trabalho casual ou por acederem a algum dinheiro, expressando o desejo de uma “liberdade adolescencial”.

Cabrera (2003), afirma que um aspecto realmente inesperado da sua pesquisa refere-se aos dados sobre a visão de si próprios e do seu futuro. A maioria descreveu a sua condição como transitória, podendo constatar-se que a esperança é um factor que define a vivência dos sem abrigo. Assim como na maioria das pessoas, na população sem abrigo as ilusões de autonomia são um componente crítico do seu processo, sendo importante que as estruturas trabalhem a prevenção de novas situações de sem abrigo (Avia Vázquez, 1998, Taylor, 1989).

**Quadro 10: Possíveis vias para sair da situação de sem abrigo**

Estado de sem abrigo	Intervenção 1	Intervenção 2	Intervenção 3
Sem tecto	Alojamento de emergência	Alojamento de transição	Alojamento convencional
Sem tecto	Alojamento de emergência	Alojamento convencional	
Sem casa	Alojamento de transição	Alojamento convencional	
Em risco de ser sem abrigo	Alojamento convencional		

A prevenção dos sem abrigo podem incluir uma gama de serviços de aconselhamento e apoio para ajudar as pessoas o acesso social e de arrendamento privado da habitação para ajudar a sustentar arrendamento e evitar a expulsão e família / serviços de mediação de relacionamento. Provas de ambos, Alemanha e Inglaterra sugeriram que a implementação bem sucedida de prevenção dos sem abrigo contribuiu para a redução global dos sem-tecto (Busch-Geertsema e Fitzpatrick, 2008). Um foco emergente em matéria de prevenção também foi evidente na ênfase sobre a redução do número de acções de despejos no caso Inglês, Norueguês e Sueco e está contemplado nas diversas estratégias nacionais de integração dos sem abrigo (Benjaminsen et al, 2009). Serviços de prevenção de sem abrigo poderiam ser entregues em todas as fases com o objectivo de intervir o mais cedo possível. A avaliação da abordagem housing first parece ter destacado que continua a ser uma resposta, ao invés de uma abordagem preventiva. Enquanto o housing first pode ser uma via eficaz para resolução dos sem abrigo, os países da UE podem também desejar dar prioridade igual ou maior ao desenvolvimento de intervenções preventivas para evitar a falta de moradia. É importante capacitar os beneficiários do serviço com competências para ultrapassar a condição de sem abrigo. O empowerment das pessoas sem abrigo

na escolha soluções/apoios para sair da situação de sem abrigo (alojamento ou serviços de apoio) é um ponto crucial da interação entre os constrangimentos estruturais / oportunidades e da agência positivo / construtivo de indivíduos para influenciar soluções afetivas para sem-abrigo. Edgar et al (1999) sugeriram que o indivíduo serviços focados deve aplicar-se a um alojamento, as abordagens para trabalhar com clientes e inter-coordenação. No entanto, relatos de casos de estudo nacionais não identificou nenhuma redistribuição significativa do poder de prestadores de serviços aos usuários do serviço (Edgar et al, 1999). Edgar et al (2000) também concluiu que o utilizador do serviço perspectiva de habitação social tinha sido negligenciado e argumentou que a capacitação deve ser um princípio fundamental que preside o apoio à habitação, e a prestação de serviços para permitir uma maior escolha e controle para os clientes. O empowerment dos sem abrigo continua subdesenvolvida na Europa, embora as provas de êxito do envolvimento do usuário possam ser encontradas na Dinamarca, França, Hungria, Países Baixos e Reino Unido (Busch-Geertsema et al, 2010). No entanto, também deve-se notar que a capacidade dos sem abrigo para defender os seus interesses é frequentemente travada pela natureza transitória dos sem abrigo, além de uma falta de recursos, continuidade e estabilidade (Anker, 2009).

O ponto que desenvolvemos em seguida e ao qual daremos particular destaque tem como objectivos: em primeiro lugar abordar de forma mais pormenorizada os fundamentos e filosofia de base das Comunidades de Inserção, enquanto resposta residencial para públicos em situação de exclusão social; em segundo lugar e mais particularmente, apresentar a Comunidade de Inserção Novo Olhar, estrutura física onde decorre a investigação, desde a recolha dos questionários, à observação não participante, no sentido de melhor percebermos a sua metodologia e a forma como a vivência num espaço com determinadas características pode contribuir para o emergir de relações afectivas suficientemente seguras, capazes de reverter um processo, já há muito enraizado, de abandono de si mesmos e de descrença em dinâmicas sociais integradoras, capazes de resistir às mais variadas formas de evitamento relacional, persistindo numa atitude disponível e responsiva.

### 3. Comunidade de Inserção para sem abrigo: bases e influências

Postulamos serem duas as linhas de pensamento que confluem no trabalho realizado pelas Comunidades de Inserção (CI): por um lado constituírem-se como um modelo substituto da sociedade e por outro como modelo hierárquico da família. Em traços gerais, estas estruturas adoptam uma intervenção centrada na pessoa, na perspectiva de preparar os indivíduos para a reintegração na sociedade mais ampla. Alguns residentes referem-se à comunidade como a sua “família” ou o lugar onde “cresceram” e aos funcionários como os pais que nunca tiveram, Bratter, Bratter e Radda, (1986). Outros sentirão a instituição como uma micro-sociedade. Com a proibição do uso de substâncias e do comportamento anti-social, a instituição assemelha-se à sociedade mais ampla: uma rotina diária de trabalho e educação, as relações sociais e a progressão individual pela hierarquia de funções das tarefas quotidianas, compara-se bastante ao percurso do “mundo real”. O vivenciar das muitas funções ao nível das tarefas rotineiras e dinâmica da casa proporciona o necessário treino de diversos papéis, de modo a readquirir capacidades dispersas no processo de exclusão. A mais valia da CI é a aprendizagem por tentativas e erros, permitindo que se possa fracassar num ambiente de segurança. Isso contrasta com o mundo exterior em que existe um maior risco de perdas, humilhações e punições decorrentes deste fracasso. Por isso, a CI é considerada uma microssociedade que prepara o indivíduo para uma participação activa na definição do seu lugar na macrossociedade do “mundo real”, permitindo a emergência do sentimento de competência e pertença ao nível da organização social. O período de estadia na CI é um período relativamente breve da vida do indivíduo, apesar disso, o seu impacto é suposto contrapor-se aos anos de influências negativas anteriores e posteriores ao projecto. Por esse motivo, as influências externas insalubres são minimizadas até que o indivíduo esteja melhor preparado para lidar com elas. Estas estruturas pressupõem que o indivíduo permaneça durante aproximadamente um ano, contrariando o carácter transitório de grande parte das instituições para sem abrigo. A permanência de curta duração faz com que o interesse e o vínculo estabelecidos sejam breves e superficiais, quando acreditamos ser necessário, justamente, construir vínculos mais duradouros que lhes permitam (re)elaborar a sua história e reparar padrões prévios de vinculação inseguros.

As estruturas interpessoais, tais como as formas de interacção na casa, estão alicerçadas sob três características: reciprocidade, equilíbrio de poder e estabilidade na relação afectiva (Bronfenbrenner, 1979/1996). Estas características ajudam o indivíduo a manter-se estruturado a

fim de permitir o desenvolvimento saudável. A reciprocidade está centrada no processo de aproximação que ocorre entre duas ou mais pessoas. Com o seu feedback mútuo, ela gera um momento próprio que os motiva a investir na relação e a vincularem-se a padrões de interacção subsequentemente mais complexos (Bronfenbrenner, 1979/1996). Assim, é preciso incentivar as relações recíprocas nas estruturas de acolhimento, visto que incrementam os processos de proximidade. Entretanto, mesmo havendo reciprocidade, um dos integrantes da relação pode ser mais influente do que o outro.

O equilíbrio de poder refere-se à distribuição deste poder na relação. É importante o estabelecimento do equilíbrio de poder de forma a ajudar a pessoa na aprendizagem e no desenvolvimento da capacidade de lidar com relações de poder diferenciadas, sendo que o poder é gradualmente conquistado pelos residentes (Bronfenbrenner, 1979/1996). No ambiente institucional, os técnicos e os monitores devem possuir mais poder do que os residentes, embora esta distribuição possa ser alterada gradativamente com o amadurecimento destes últimos. A relação afectiva estável é estabelecida no envolvimento em interacções diádicas, possibilitando o desenvolvimento de sentimentos recíprocos, podendo ser positivos, negativos ou ambivalentes (Bronfenbrenner, 1979/1996). Na medida em que a estrutura permite a criação de relações afectivas estáveis, positivas e recíprocas, torna-se mais provável incrementar o ritmo e a ocorrência dos processos desenvolvimentais. Desta forma, as instituições de acolhimento devem considerar o afecto presente nas relações entre os seus membros. A dimensão afectiva é parte inerente das relações humanas, não devendo ser excluída enquanto elemento propiciador de desenvolvimento e integração. Assim, a instituição consiste num ambiente ecológico de extrema importância, um microssistema onde os residentes realizam um grande número de actividades, funções e interacções, como também um meio potenciador do desenvolvimento de relações recíprocas, de equilíbrio de poder e de afecto. Um dos pilares do trabalho em comunidade de inserção é o próprio grupo de residentes. O grupo é o espaço de elaboração da identidade pessoal e social, no qual cada um se vê confrontado com limites e possibilidades que devem ser reflectidos e processados. Isso leva o indivíduo a compreender-se no conjunto, construindo referências importantes para adquirir uma auto-imagem favorável e confiança nas relações estabelecidas. Todos precisam de se sentir membros importantes de um grupo no qual encontrem apoio e aceitação. Trabalhar em grupo implica aceitar um processo comunicativo de cooperação de diferentes ideias, críticas e julgamentos que podem emergir. O respeito à opinião e ao contexto do Outro deve

traduzir-se numa acção colectiva solidária e recíproca, reconhecendo e valorizando as diferenças que podem contribuir para o colectivo. Os residentes formarão os seus sub-grupos conforme o interesses e a receptividade ou a aceitação que percebam entre os demais.

É o grupo que desenvolve o sentimento de pertença e segurança, porém, há situações em que a sua constituição deve ser acompanhada e mediada pelos técnicos, para não prevalecer a imposição da vontade dos mais fortes ou agressivos sobre os mais frágeis. Sem esta orientação, podem surgir tentativas de uso da força e submissão de alguns aos demais, com o risco de provocar humilhação e violência, atitudes e comportamentos desviantes, perpetuando as vivências anteriores de rua, causando prejuízos ao desenvolvimento sócio-emocional.

O grupo pode constituir-se como uma estratégia privilegiada de promoção da ajuda mútua, da compreensão da diversidade e de fortalecimento da amizade e do companheirismo. De acordo com a ênfase dada pela Teoria Ecológica aos processos proximais ocorridos em contextos de desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979/1996; Bronfenbrenner & Morris, 1998), e sobretudo, de acordo com a importância do afecto mútuo e recíproco das relações interpessoais, torna-se crucial investir em interacções mais estáveis e afectuosas no ambiente institucional, tanto nas relações dos funcionários com os residentes, como nas relações entre pares. Independentemente da sua história prévia, das causas e da vivência da condição de sem abrigo, o objectivo último permanece o mesmo para todos os residentes - autonomização - embora a definição desse processo, suas estratégias e áreas de intervenção tenham um carácter individual.

#### **4. Um projecto de empowerment: Comunidade de Inserção Novo Olhar**

A Comunidade de Inserção Novo Olhar (CINO) apresenta uma moldura social e psicológica ampla por serem várias as metodologias oriundas de diferentes escolas, aplicadas nesta experiência comunitária: perspectivas desenvolvimentistas (Bowlby 1969, 1973, 1980), Sistémica (Ausloos, 1996; Bronfenbrenner, 1979,1996,1998; Minuchin, 1979; Sluzki, 1996,2006) e Cognitivo-comportamentais - Teoria de Aprendizagem Social (Rotter, 1954,1990), Prevenção da Recaída (Marlatt, 1985,1993, 2005). A própria designação de Comunidade Terapêutica que serve de modelo base a esta comunidade, desenvolveu-se para descrever um lugar organizado no qual se espera que todos contribuam para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de “propriedades de cura” (Rappaport cit. In Leon, 2003).



Não sendo a cura o objectivo último da CINO, mas sim o processo de reabilitação bio-psico-social da pessoa, é impossível distinguir um fim de outro. Na perspectiva holística do ser humano, isto é, a pessoa como um todo, procuram-se ultrapassar dificuldades quer psicológicas, quer de dependência química ou de natureza social, processo fundamental para uma verdadeira reinserção na comunidade. São várias as características comuns entre o modelo da comunidade de inserção e o da comunidade terapêutica, recriando programas de intervenção que se auto concebem como modelos de referência familiar, ou melhor, famílias substitutas que corrigem danos históricos causados pelas famílias disfuncionais dos residentes. Assim, há um empenho em manter as principais características da família: estrutura hierárquica para proporcionar ordem à vida quotidiana; atenção no afecto por meio da estabilidade física e psicológica; aceitação da pessoa e estímulo para a participação no processo pessoal de mudança e transmissão de valores através de uma rotina diária de actividades voltadas para a aprendizagem social e aquisição de competências.

O facto da CINO acolher também famílias com menores que se encontram na situação de sem abrigo, proporciona um simulacro mais real e abrangente da vida comunitária, um ambiente mais familiar, aumentando o número de papéis a desempenhar pelos residentes e uma progressiva aptidão para lidar com as mais diversas situações. As características sistematizadas por Kennard (1983) de uma comunidade terapêutica psiquiátrica segundo o modelo de Maxwell Jones (1952) são visíveis no modelo de intervenção criado nesta comunidade de inserção. Apresentamos de seguida algumas das características encontradas nesta abordagem: Democratização do funcionamento institucional com participação de todos nos assuntos que aos residentes dizem respeito, substituindo as relações rígidas, formais e hierarquizadas; Relevância dos métodos grupais de tratamento - recurso ao confronto - sendo particularmente importantes as reuniões comunitárias com a participação dos residentes e equipa técnica; A utilização de ateliers e práticas educativas que permitem a aquisição de competências pessoais e sociais, nomeadamente, o desenvolvimento da capacidade de assumir responsabilidades.

Considera-se a organização como um todo, responsável pelo resultado terapêutico. A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento.

Um elemento nuclear é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os residentes participem activamente nos assuntos da instituição; Todos os residentes possuem capacidade de mudança e todos os relacionamentos são potencialmente reparadores; A atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido em que é fundada numa

combinação equilibrada de aceitação, controlo e tolerância com respeito a comportamentos disruptivos. Atribui-se um alto valor à comunicação e aos espaços dedicados à análise da metacomunicação do grupo, bem como das relações interpessoais; Usam-se técnicas educativas e a pressão do grupo para propósitos construtivos; A autoridade difunde-se entre responsáveis, funcionários e residentes.

Este modelo permite o desenvolvimento de limites, expectativas morais e éticas de desenvolvimento pessoal, utiliza o reforço positivo, a vergonha, a punição, o sentimento de culpa, o exemplo e o modelo de comportamento para promover mudanças e desenvolvimento pessoal. Visto que os residentes, na sua larga maioria, experimentaram o sofrimento produzido pelo isolamento, são comuns as manifestações de indiferença perante o outro, sendo progressiva a permissão de aproximação e a aquisição de confiança nas relações interpessoais bem como na estrutura de acolhimento.

Na esteira do desenvolvimento pessoal e da reinserção que se deseja, potencia-se uma aprendizagem que é transversal a todo o processo, desde a entrevista de avaliação pré -diagnóstica até ao acompanhamento em registo de follow-up. As actividades da vida quotidiana, as relações interpessoais, os espaços terapêuticos, a possibilidade de experimentar novos papéis sociais, o contacto gradual com o exterior e a oportunidade de entrar no mercado de trabalho de forma protegida/supervisionada, oferecem todo um currículo fundamental, com metas atingíveis que culminarão no objectivo basilar da autonomização.

O perfil da população-alvo desta Comunidade, para além dos mais variados contextos psicossociais, económicos e demográficos, compreende habitualmente experiências de rejeição, desconsideração, isolamento, desilusão e desespero (muitas vezes, destituídos de esperança na própria capacidade de sucesso com base no fracasso ou impotência passados, na perda do auto - controlo, de confiança e auto-estima).

Os indivíduos socialmente excluídos encontram-se pouco capazes de levar uma vida organizada ou a identificar-se com os valores comuns da sociedade. Desconfiam de si mesmos, das autoridades, dos profissionais de ajuda e do “sistema”, o qual rejeitam e se auto-excluem. Em consequência destas vivências, são pessoas desmotivadas, psicologicamente frágeis e com frequência fazem um uso pouco apropriado dos serviços sociais, médicos e de saúde mental convencional.

Na perspectiva da filosofia de intervenção da Comunidade de Inserção Novo Olhar, apoiar os residentes neste esforço de agregação é um primeiro passo essencial à preparação para se

(re)inserir no mundo exterior. A abstinência estabilizada, o aumento gradual do nível de responsabilidade pessoal e social, o envolvimento efectivo na própria estrutura, deve ocorrer antes do contacto regular com os vários serviços sociais, educacionais e profissionais. Parte considerável dos residentes possuem uma história de vida prévia com alguma estabilidade, apresentando capacidades sociais e vínculos familiares e comunitários positivos, mas os consumos, comportamentos desviantes ou outros episódios traumáticos, potenciadores de crises pessoais, conduziram à situação de sem abrigo.

Para estes a recuperação envolve reabilitação ou reaprendizagem da sua capacidade de manter um estilo de vida adequado, bem como a recuperação da saúde física, emocional e social. No entanto, outros nunca chegaram a adquirir estilos de vida funcionais, sendo comum que a integração na CINO seja o primeiro contacto com uma vida organizada, que privilegia a recuperação ou a aprendizagem de capacidades, atitudes e valores comportamentais associados à vida em comunidade.

O projecto de reinserção envolve ainda a mudança do modo como os indivíduos se percebem a si mesmos no mundo, ou seja, a sua identidade. A mudança de estilo de vida e de identidade para aqueles que vivenciam a condição de sem abrigo não são características únicas desta estrutura. No entanto, esta comunidade distingue-se pelo enfoque dado à componente terapêutica, distanciando-se da maioria das estruturas criadas para dar resposta aos sem abrigo, que se situam maioritariamente na prestação de serviços, o que na nossa perspectiva pode alimentar o circuito dependente, no qual as relações são instrumentalizadas em função das necessidades emergentes.

A comunidade é tanto contexto como método no processo de mudança, constituindo-se ela própria como factor diferenciador de outras respostas de reabilitação. Contém uma “cultura” feita a partir da estrutura organizacional, de regras formais e normas informais, dos valores e crenças, da adesão e investimento dos seus participantes.

Tal como já referimos, os utentes da CINO constituem uma população heterogénea em termos das suas características sócio-demográficas, problemáticas apresentadas, bem como dos seus percursos de vida. Assim, as necessidades apresentadas por esta população são extremamente diversificadas e vão sofrendo alterações ao longo da relação que estabelecem com os serviços, Antunes (1998, 2003). Com vista à sua (re)inserção social e profissional, a estrutura desenvolveu um modelo de intervenção faseado e que contempla três graus de

necessidades: Grau 1 - Necessidades básicas e Estabilização Clínica; Grau 2 – Área relacional/ocupacional; Grau 3 -Reinserção social/profissional/familiar.

Em função das necessidades, as respostas devem ser igualmente diferenciadas: ao nível das necessidades básicas e estabilização clínica as respostas têm um carácter imediato e paliativo; a intervenção aos níveis relacional/ocupacional e da reinserção social/profissional/familiar implica respostas com horizontes temporais mais longos, tendo em vista uma mudança real e sustentada, Antunes (2003).

O projecto de reinserção na CINO desenrola-se como um processo de desenvolvimento, envolvendo a passagem sequencial por estágios de aprendizagem incrementada. A aprendizagem que ocorre num dado estágio facilita a mudança no estágio seguinte. Cada estágio de aprendizagem recorre à maturidade, à socialização e à autonomia pessoal. Os residentes costumam caracterizar o seu projecto como um “crescimento - vêm como bebés ou adolescentes e partem como adultos”. Este crescimento envolve mudança tanto de comportamento como da compreensão de si mesmo.

Os residentes devem adquirir a capacidade de reconhecer os factores e as influências externas que desencadearam a situação de sem abrigo ou de utilização de drogas, mas também têm de reconhecer os pensamentos, sensações e sentimentos (influências internas) que provocam a utilização de comportamentos autodestrutivos.

O reconhecimento das influências (internas e externas) presentes no seu comportamento facilita a aprendizagem do controlo destas e posteriormente da descoberta de modos alternativos de resposta para as situações catalisadoras de angústia, reforçando uma percepção de auto-eficácia. A auto-compreensão envolve ainda o aumento da consciência das circunstâncias passadas que moldaram os actuais sentimentos, percepções e comportamentos. Compreender-se a si mesmo no contexto da sua história passada proporciona aos residentes algum grau de leitura real da sua vida, ajudando a mitigar parte das auto-acusações, da culpa e da vergonha associadas ao passado, aumentando consideravelmente a sua motivação para a mudança, Vieira (2007).

O ambiente envolvente da comunidade, a sua equipa técnica, os demais residentes, a rotina diária de trabalho, as sessões de grupo, as reuniões e intervenções específicas são agentes indutores de mudança e da aquisição de responsabilidade pessoal. A aprendizagem é um processo experiencial que ocorre por meio da observação, participação activa e da acção, ou seja, adquire -se um papel socialmente responsável por meio do desempenho desse papel. Pretende-se que os residentes participem plenamente na rotina diária, estimulando o uso da estrutura - relação

interpessoal, experiências pessoais, rotinas, quadro de regras, actividades que a compõem e responsabilização progressiva, no sentido de promover uma vinculação segura e a emergência de um sentimento de pertença, consolidando o processo de mudança.

Usualmente, o empenho no projecto individual depende de pressões positivas e negativas para mudar. Algumas pessoas procuram ajuda por pressão das instituições, de conhecidos, de familiares, por ordens judiciais ou problemas legais pendentes, por temer a doença ou a violência (doméstica ou das ruas) ou o receio inerente à fragilidade da condição de sem abrigo. Outras são impelidas por factores mais internos - profunda fadiga emocional ou física com o estilo de vida marcado pelo uso de drogas ou álcool e o desejo expresso de mudar de vida. A motivação baseada na sua maioria em pressões externas, ainda que suficientes para levar o indivíduo a procurar ajuda numa Comunidade, não basta para manter o projecto a longo prazo. O alívio da pressão externa (a ténue reaproximação à família, resolução de problemas com a justiça), a ilusão da capacidade de autonomia, fazem muitas vezes com que o sujeito abandone prematuramente a comunidade, caso não tenham surgido fontes de motivação internas (elaboração do sofrimento pelo qual passou o indivíduo no tocante aos aspectos negativos da sua vida e as esperanças e expectativas positivas em relação ao futuro).

A maioria dos residentes da comunidade de inserção indica que a sua motivação para a mudança é um composto de pressões externas e internas, mas relativamente poucos estão de facto preparados para o longo e árduo esforço envolvido na mudança pessoal.

Sob o signo da marginalidade, estas vidas pontuam-se pelos rótulos de rebeldes, viciados, vagabundos, criminosos, pessoas fracas, perdedoras ou mesmo de loucos. Esses vários rótulos sociais reflectem o estigma social da toxicodependência, da doença mental, do alcoolismo, frequentemente reforçado pelo comportamento característico dos próprios indivíduos sem abrigo. Este estigma negativo reforça a auto percepção que têm da sua identidade social e pessoal. A abordagem da estrutura oferece as oportunidades e o contexto do desenvolvimento de elementos de uma identidade social positiva. Incluem-se neste processo individual a constituição do próprio enquanto modelo de comportamento para outras pessoas, a aquisição progressiva de responsabilidades nas áreas de funcionamento da casa e nas várias fases do seu processo de inserção. Surge-nos a necessidade de apresentar de forma mais detalhada alguns dos espaços sócio-terapêuticos que ocupam um lugar central na intervenção: reunião comunitária; reunião de residentes; reunião de equipa; rotina diária da casa.

É notório o destaque que se atribui aos momentos de grupo, acreditando que grande parte da aprendizagem e crescimento pessoal se adquire por meio das interações sociais. Apesar de tudo o que se faz na CINO poder ter uma componente terapêutica, porque a experiência de vida em grupo é o método terapêutico em si, existem contextos específicos que são o cerne do programa. Permitem que as experiências de vivência interna e externa na CINO possam ser elaboradas, num contexto reflexivo por excelência, em que os indivíduos se confrontam a si próprios, são confrontados por outros e confrontam outros com as experiências partilhadas de vida, com as suas próprias trajetórias, do passado, do presente e das expectativas de mudança para o futuro. São cerca de 15 horas semanais de grupos psico e socioterapêuticos, onde se pode denotar a intensidade do programa, cunho que o diferencia de outras respostas para sem abrigo. Estes grupos vão desde grupos de preparação e avaliação das actividades, a grupos com carácter terapêutico, terapia familiar e reuniões de grupo. Estas últimas são centrais na vida da CINO, realizando-se duas vezes por semana, num total de 7 horas. Para estas confluem todas as situações vividas, pensadas, sentidas, quer internamente por cada um, quer na vida quotidiana da casa.

Contando com a presença de todo o grupo de residentes e, pelo menos, dois técnicos que orientam o mesmo, estes espaços funcionam como um ambiente emocional propício à mudança de comportamentos, mas também de suporte e apoio entre os elementos do grupo. Estes momentos são considerados experiências marcantes, proporcionando um confronto directo consigo próprios, numa perspectiva realista das dificuldades e problemas mas também dos recursos, das capacidades e competências que possuem.

#### **4.1. Reunião Comunitária**

As reuniões comunitárias revestem-se de grande importância pela possibilidade de metacomunicação acerca das dinâmicas relacionais e experiências pessoais. A intervenção é focalizada nas questões individuais que cada residente queira abordar, bem como na dinâmica relacional que o grupo evidenciou durante a semana. Estas questões podem ser verbalizadas pelos residentes ou apresentadas pela equipa, promovendo o debate das mesmas. Leon (2003) defende que a natureza pública da partilha de experiências tem características terapêuticas para o próprio e para os outros. O momento e a forma de trazer a público questões pessoais são sempre decisão do próprio, no entanto, a partilha de questões íntimas relevantes para a vivência comunitária (consumo

de alguma substância, roubo, mentiras, envolvimento físico) é fundamental para a manutenção da segurança e credibilidade da estrutura. O momento de reunião comunitária é o espaço de excelência para que estes assuntos sejam partilhados e discutidos, envolvendo os próprios residentes nas decisões, permitindo a emergência de valores morais e códigos de conduta. Com o objectivo de manter as percepções positivas dos residentes em relação à Comunidade, enquanto autêntica e digna de crédito, deve ser fomentado um constante exercício de reflexão desenvolvendo a capacidade autocrítica do comportamento dos residentes e da própria equipa. Todos têm um papel activo no confronto e na correcção das situações menos positivas, para que a estrutura se mantenha sólida. Este espaço inclui a comunicação da distribuição dos residentes por sectores de trabalho, previamente analisada em reunião de equipa. É privilegiada a atribuição de funções de acordo com a motivação dos residentes, no entanto, esta distribuição pode igualmente ser utilizada de forma a trabalhar algumas competências, como a capacidade de trabalhar em equipa, espírito de liderança, organização, bom relacionamento inter-pessoal, entre outros.

#### **4.2. Reunião de residentes**

Neste espaço a liderança é assumida pelos residentes, confinando-se a equipa a um papel de mediador em eventuais conflitos ou dificuldade de tomada de decisão. Na sequência de uma participação desigual dos residentes nas várias tarefas e actividades da casa, surge a proposta dos próprios para definirem um regulamento interno de residentes. Este documento pretendia regulamentar, sistematizar e ordenar as regras para o saudável convívio e participação social entre os residentes, bem como estipular as consequências procedentes do incumprimento das referidas regras. Em termos funcionais é eleita uma equipa de residentes, constituída por três elementos que supervisionam o cumprimento das regras. No decorrer de cada semana, esta equipa tem o dever de assinalar e informar os residentes dos incumprimentos praticados. Estes incumprimentos são discutidos e avaliados por todo o grupo na reunião de residentes, que acontece todos os domingos às 18h. Após apresentação das várias situações o residente em causa expõe ao grupo a sua interpretação dos factos e o grupo decide por votação a validação do incumprimento ou a sua anulação, tendo em conta a argumentação apresentada e o julgamento de cada um. A validação dos incumprimentos traduz-se no pagamento de uma simbólica “coima”, cujo montante está definido no regulamento interno dos residentes e é do conhecimento geral. As verbas acumuladas revertem para um “fundo de maneio” gerido pelos próprios, também ele com algumas regras de utilização: os elementos que ainda não dispõem de qualquer fonte de

rendimento podem solicitar um empréstimo ao grupo, justificando a finalidade do mesmo. Dependendo do fim a que se destina o empréstimo o grupo valida determinadas situações: aquisição de medicação prescrita, deslocações previamente estruturadas com a equipa, produtos alimentares específicos, produtos de higiene pessoal, entre outros, e avalia como indevidos empréstimos para: tabaco, café, e outros gastos pessoais não considerados como estritamente necessários. Os residentes apoiados pelo fundo de maneo responsabilizam-se por repor o empréstimo logo que disponham de fonte de rendimento. Esta estratégia agiliza o espírito de participação activa dos residentes na vivência comunitária, estimula as redes de solidariedade, a capacidade de tomada de decisões e de se colocar no lugar do outro, bem como permite o exercício da democracia.

Wandersman e Florin (2000) reviram a literatura existente sobre características individuais e ambientais que promovem a participação dos cidadãos em organizações de vizinhança e de desenvolvimento comunitário. Os autores postulam que a participação social conduz à redução da deterioração física e de atitudes criminosas, promove os laços informais de vizinhança e estimula posturas positivas, como a confiança, a sensação de eficácia pessoal e política e o sentimento de comunidade. As organizações comunitárias influenciam, não só, o sentimento de empowerment psicológico mas, também, a capacidade de decisão.

### **4.3. Reunião de equipa**

A constituição da equipa técnica de uma Comunidade de Inserção, tendo em conta os objectivos a que se propõe deve contemplar profissionais com formação multidisciplinar, nas áreas de serviço social, psicologia, psiquiatria e monitores/ajudantes de lar. A CINO é constituída por dois monitores, um assistente social, dois psicólogos, um psiquiatra e o coordenador. Os objectivos específicos que esta equipa pretende atingir, do ponto de vista terapêutico, podem sintetizar-se em três níveis de intervenção: ao nível do comportamento, ao nível emocional/ afectivo e ao nível cognitivo (Portugal et al, 1995; s/n, 1996). (Modelo do projecto oportunidades) Podemos afirmar que, no sentido de cumprir tais objectivos, é necessário agilizar vários domínios de saber, e se o saber teórico se pode, em grande parte, adquirir pela formação formal, o saber ser e o saber fazer passa essencialmente pela experiência e interacção entre as pessoas e a situação, (Cabrito, 1999).



Ao abordar a importância da formação em contexto de trabalho, Charue (1992) refere que numa organização o indivíduo constrói permanentemente representações do funcionamento do seu trabalho através das acções que vai desenvolvendo. Assim, vai reflectindo sobre a experiência e assimilando o mais relevante das situações de trabalho, adquirindo capacidades que lhe irão permitir dar resposta a novos problemas. De facto, o contexto de trabalho pode ser considerado como um espaço educativo fundamental porque os actores interagem, reagem a acontecimentos, participam e tomam decisões (Pain, 1990). Torna-se fundamental encontrar espaços de reflexão e partilha que possibilitem o envolvimento de toda a equipa no projecto de cada residente e a troca de conhecimentos e experiências, (Alves, 2008).

A reflexão é um meio que permite aos sujeitos desenvolver uma aprendizagem permanente nas situações profissionais e através delas, dentro de um quadro de uma organização autoformativa (Canário, 1994). Nestas circunstâncias, o trabalho em equipa e a comunicação das experiências em grupo é de crucial importância, já que possibilita problematizar, dando sentido aos saberes construídos a partir do olhar pensado sobre as experiências de cada um (Sousa, 2000). É através desta consideração sobre a prática, efectuada com base na teoria, que se pode reformular novamente a teoria e permitir a realização de novas aprendizagens. Além do debate, da reflexão individual e conjunta durante as reuniões, surgem situações de incentivo à pesquisa, leitura e participação em congressos.

Na CINO a reunião de equipa é o espaço em torno do qual gira toda a dinâmica comunitária, com implicação directa no projecto de todos os residentes, quer do ponto de vista individual como grupal. Tendo um carácter semanal a reunião de equipa conta com a presença de todos os profissionais que trabalham na estrutura, promovendo o debate de todas as questões relevantes da vivência comunitária, desde aspectos funcionais até ao acompanhamento individual. Embora cada um tenha uma determinada área de saber as situações são lidas nas mais diversas ópticas e as decisões tomadas em equipa, garantindo que todos se sentem parte integrante do processo de decisão.

A discussão de casos, para além de uma actualização permanente de toda a informação considerada pertinente acerca do processo de cada um e constante redimensionamento de metas terapêuticas, conferindo-lhe um funcionamento dinâmico, permite à equipa desenvolver uma linha de leitura comum e definir estratégias de intervenção integradas.

Sempre que se avalia como necessário, está presente um supervisor externo que apoia a equipa a sistematizar procedimentos, analisar casos e delinear intervenções. Semelhante à

estrutura dos Grupos Balint (Salinsky & Sackin, 2007) desenvolve-se uma metodologia de partilha e escuta, com o apoio de alguém com formação específica, que vai gerindo a dinâmica do grupo e que, em momentos adequados, clarifica os factores emocionais envolvidos. Esta técnica aumenta a consciência do desempenho profissional e das emoções presentes em cada relação técnico -residente. A riqueza deste espaço prende-se com toda a participação individual, mas também com a dinâmica grupal que induz, permitindo a promoção do bem-estar e a redução do burn-out.

#### **4.4. Rotina diária**

O dia na C.I.N.O. começa às 7:30 da manhã e termina às 22:45. É composto por tarefas de manutenção do espaço, actividades ocupacionais, lúdico-pedagógicas, tempo livre, aconselhamento individual, dinâmicas de grupo e hábitos de higiene pessoal. A estas actividades acrescem todas as diligências feitas por cada indivíduo no sentido de tratar de assuntos pessoais que tenham a ver com saúde, segurança social, justiça, formação, emprego, habitação e família. A rotina dos fins-de-semana tem um grau de exigência menor, dedicada ao descanso, lazer e vida social, tendo em conta que o Domingo foi definido como “dia livre”, sendo por isso gerido pelos próprios. Os residentes tem a possibilidade de acordar mais tarde e a tónica é colocada nos momentos grupais: Reunião Comunitária ao Sábado e Reunião de Residentes ao Domingo. A rotina diária comporta um conjunto de actividades planeadas, inter-relacionadas e projectadas para alcançar objectivos terapêuticos e estruturais, direccionadas especificamente para fomentar a coesão grupal, sentimento de pertença à estrutura, bem como, reduzir a ansiedade associada ao tempo livre.

Desta forma, respeitar os horários estabelecidos e o programa de actividades permite readquirir capacidades de gestão do tempo, fazer uso construtivo do tempo livre pessoal, planear contactos com outras instituições ou pessoas importantes para o seu projecto de vida fora da Comunidade de Inserção, ensaiando experiências gratificantes que reforcem o sentimento de segurança, de pertença e identidade.

O estilo de vida dos residentes da CINO foi pautado, até então, por uma falta de estruturação do seu dia-a-dia. Estão claramente ausentes a estipulação de objectivos, as rotinas de trabalho, a realização de tarefas e a capacidade de gestão do tempo. De certa forma, esta falta de estruturação externa culmina numa desorganização interna (défice de auto-controlo, irresponsabilidade, falta de motivação generalizada).

Esta rotina diária confere aos residentes a aquisição de competências pessoais e sociais, com vista a uma maior tolerância à frustração, à temporização da satisfação imediata e à capacidade de estabelecer objectivos a longo prazo, ajustando, desta forma, as suas emoções. É particularmente esta rotina que permite aos residentes consciencializar-se que a concretização de metas ocorre passo-a-passo, promovendo um desempenho constante, uma crescente tolerância à repetição das tarefas, moderar comportamentos extremos, regular pensamentos e emoções.

A intimidade da vida numa comunidade também acentua a necessidade de injunções restritas contra a mentira, o roubo, a manipulação, emprestar e pedir emprestado, práticas sexuais ou a complacência com esses comportamentos noutras pessoas. Assim, torna-se fundamental a implementação e treino de um código moral explícito, sem o qual a própria filosofia de base da comunidade estaria ameaçada.

Na CINO o desenvolvimento moral deve ser replicado pelo exemplo dos companheiros, colegas de casa ou mesmo dos técnicos. Reconhecendo um passado de ruptura com os valores e normas sociais, a Comunidade permite o reaver dessas perdas através de rotinas e comportamentos estruturantes de modo a vivenciar a honestidade (em palavras e acções) e a atenção responsável, ou seja, os residentes assumem gradualmente responsabilidade pelo projecto dos outros (Ottenberg, 1978).

Estes códigos de conduta contrastam com os códigos da rua, da prisão ou das próprias famílias disfuncionais, nos quais os indivíduos são obrigados a proteger-se e compactuar com eles. Os privilégios e sanções constituem um sistema integrado de administração terapêutica e comunitária visando um treino comportamental. Os privilégios são recompensas explícitas concedidas pela equipa técnica, com base tanto em mudanças de comportamento e de atitudes como no progresso individual e grupal. Embora os privilégios concedidos na CINO sejam bastante triviais, é a sua relevância comunitária e psicológica que lhe confere importância como método eficaz de regulação comportamental.

Os privilégios são usados para promover a socialização individual e o crescimento pessoal, transmitindo aos residentes que a participação produtiva numa comunidade se baseia na conquista, por meio do esforço, e não em direitos adquiridos, como é característico desta população. Os privilégios adquirem relevância e valor porque são conquistados, o que exige investimento, mudança comportamental e exposição à probabilidade de fracasso e desilusão. Ainda que o seu valor material seja insignificante, os privilégios são símbolos concretos de evolução no programa e de autonomia pessoal.

Por sua vez, o termo sanções abrange todas as manifestações de desaprovação de comportamentos e atitudes que não atendam às expectativas da Comunidade de Inserção, distinguindo-se entre sanções verbais e disciplinares: as primeiras materializam-se, sobretudo, em repreensões verbais decorrentes de comportamentos e atitudes negativas, que embora não sejam infracções claras das regras, não se enquadram no bom funcionamento da CINO; as segundas consistem em punições aplicadas aquando da ocorrência de comportamentos e atitudes que constituam infracções ou violações de regras explícitas nos Regulamentos Internos da CINO.

As repreensões verbais podem ser, por um lado, informais e ditas espontaneamente, no próprio momento em que ocorrem os comportamentos a que se referem, e por outro lado, formais e ocorrem de forma planeada, em local específico, com a participação de todos os técnicos e por vezes, também na presença do restante grupo. As diferenças em termos de sanções reflectem a gravidade e a persistência do comportamento ou atitude reprovada e, de um modo particular, a fase do projecto em que o residente se encontra.

Assim, as sanções oferecem experiências de aprendizagem aos outros elementos, ao se constituírem como exemplos dissuasores à violação das regras, servindo subsequentemente como símbolos de segurança e integridade que fortalecem a coesão da comunidade.

#### **4.5. Fases estruturais do processo na CINO**

Encaminhamento: A Comunidade de Inserção Novo Olhar não é uma estrutura isolada, fazendo parte integrante de um conjunto de respostas locais à problemática dos sem abrigo. A forma como são articuladas as respostas obedece a uma lógica de intervenção, na qual todos os parceiros actuam de forma organizada e sequencial. Salientamos que embora não exista um manual de procedimentos escrito sobre as diversas estruturas de resposta à problemática dos sem abrigo, a CINO não pretende ser uma resposta de emergência, ou de alojamento temporário, mas uma estrutura que pretende contribuir de forma diferenciada, pelo que o nível de exigência dos seus critérios de selecção é elevado. Assim, sendo esta uma estrutura de “segunda linha”, não existe um acesso directo dos beneficiários à mesma. Os utentes que reúnam critérios de encaminhamento são sinalizados pelas instituições e serviços locais, através de formulário próprio disponibilizado pela CINO. De destacar que após um trabalho de proximidade com os diferentes técnicos interlocutores, existe já um conhecimento aprofundado da metodologia de intervenção da estrutura e do grau de adequabilidade face aos diferentes casos, o que permite uma avaliação cuidada no encaminhamento/triagem

dos beneficiários. Após a recepção e análise da proposta de admissão e caso a situação reúna os requisitos, é agendada a entrevista de avaliação pré-diagnóstica.

Entrevista de avaliação pré-diagnóstica: Esta entrevista é sempre realizada por mais do que um técnico e divide-se essencialmente em dois momentos: um visando a recolha de informação sobre o utente, sua história clínica, social, familiar, judicial e laboral, bem como os factores de motivação para integrar a estrutura; e outro visando a disponibilização de informação sobre o quadro de normas institucionais (exemplar do regulamento interno da CINO, em versão reduzida.), e de toda a dinâmica comunitária. Após esta fase a equipa reflecte com o utente sobre o grau de adequabilidade da resposta às suas necessidades/expectativas, bem como os principais constrangimentos que poderão surgir numa eventual integração. A entrevista permite rever e actualizar as informações da proposta de encaminhamento, bem como avaliar as expectativas do candidato, a sua motivação e condições apresentadas para admissão na casa. Avaliações mais específicas são também conduzidas nesta fase. Um rastreio de problemas de saúde mental é importante para decidir se a CINO corresponde às necessidades do candidato, ou se necessita de um internamento prévio no sentido da sua estabilização clínica. Do mesmo modo, se o candidato apresenta um historial de alcoolismo ou toxicodependência, deverá ser avaliada a situação actual, garantindo que se encontre abstinente à data de entrada na CINO. Após a entrevista o utente é convidado a fazer uma visita guiada à casa, acompanhado pelo monitor, de forma a familiarizar-se com o espaço físico. A experiência tem-nos evidenciado que este é um momento que se reveste de particular importância para a motivação dos potenciais residentes, talvez devido ao facto do espaço físico se assemelhar a um espaço familiar, facilitando a emergência de um sentimento de segurança e protecção. O possível desconforto de um espaço físico institucional é desmistificado e transmitida a noção de espaço relacional por excelência. Embora existam algumas pressões institucionais para a integração dos mais diversos utentes, a equipa tem especial cuidado na avaliação minuciosa de futuros residentes dada a implicação directa que estes terão no projecto dos demais. Esta necessária avaliação justifica a presença de mais do que um técnico neste momento, no sentido de permitir diferentes abordagens e percepções do caso.

Discussão do caso: Os técnicos que realizaram a entrevista apresentam, em reunião de equipa o caso, permitindo a análise global das suas especificidades: história clínica, expectativas, motivação, situação actual, bem como o impacto da eventual integração deste no grupo, tendo em conta o momento em que o grupo se encontra e as suas capacidades de acolhimento a um novo

residente. Considera-se fundamental para a integração na estrutura a estabilidade clínica do utente, bem como o diagnóstico de doenças que representem risco para a saúde pública, nomeadamente tuberculose e hepatite B em fase activa. Caso o utente reúna condições para ser integrado é marcada data de entrada e comunicada ao técnico que referenciou o caso, no sentido de este organizar os procedimentos necessários à efectivação da integração. Caso estas condições não estejam reunidas é dado conhecimento das razões que justificam a não integração do utente ao técnico que o referenciou. De destacar que nenhuma admissão é efectuada sem que o grupo de residentes seja auscultado e se sinta parte integrante desta decisão.

**Admissão:** No momento da entrada o residente assina uma declaração de admissão, nos termos da qual aceita as disposições constantes do regulamento interno da estrutura. Num segundo momento, já com todo o grupo reunido, os residentes mais velhos assumem a responsabilidade de dar as boas vindas e esclarecer o residente recém chegado acerca do regulamento interno criado por eles próprios, centrado no funcionamento quotidiano da estrutura, permitindo a aquisição de competências pessoais e comunitárias, e inculcando-lhes a prática da cidadania cuja discussão e avaliação das várias situações deverá funcionar como um exercício de auto-gestão e disciplina. Tendo em conta as características da população alvo, esta foi considerada uma condição fundamental para atingir o objectivo de promover a aprendizagem de estilos de vida organizadores e estruturantes. Ora, a própria existência de normas que devem ser cumpridas na CINO é uma forma de supervisão dos residentes. A vigilância dos residentes deve ter em vista o cumprimento destas normas e a monitorização/avaliação do progresso do indivíduo. Na primeira fase residencial, ou seja, após admissão na comunidade, o residente permanece temporariamente em regime fechado.

Com a duração aproximada de um mês, o residente permite-se apreender o funcionamento da instituição, do corpo técnico e dos colegas. A definição desta fase de regime fechado pretende proporcionar uma adaptação à estrutura e ao grupo, bem como simbolizar um corte com o percurso prévio e a definição de um novo projecto de vida. É marcada pela ausência de contactos exteriores, ficando o residente mais predisposto a investir em si e a procurar fontes de motivação interna para a mudança. O processo de integração do residente é preponderante para o êxito do seu projecto. Neste período, a atenção é dirigida para as questões relacionais, com vista a estabelecer laços de proximidade, facilitadores deste processo. Se durante este período o residente não se adaptar, deve ser realizada uma avaliação, identificando os factores que conduziram à inadaptação do mesmo e procurar superá-los, estabelecendo se oportuno, novos objectivos de intervenção. Se a situação de inadaptação persistir, poderá conduzir ao término do projecto. Após esta fase inicial, prevê-se a

transição para um regime semi-aberto, que se caracteriza por saídas ao exterior com acompanhamento técnico, ou numa fase posterior, do residente mais velho. Estas saídas usualmente comportam a procura de emprego, organização de documentação, acesso a outros serviços, entre outras actividades necessárias ao projecto de inserção individual.

Definição do plano de intervenção individual (PII): Gradualmente o residente passa a ter acesso ao exterior, ainda que de forma programada, sem qualquer acompanhamento. Nesta fase podem ocorrer incidentes que impliquem algum retrocesso no processo individual, nomeadamente consumo de álcool ou drogas, não cumprimento dos objectivos delineados na saída ao exterior, idealização de uma possível autonomização, que quando efectivada, com facilidade os recoloca numa situação de vulnerabilidade e ambivalência. A idealização de uma autonomização precoce é mais premente para os residentes que se encontram na fase de reinserção, existindo o risco do abandono do projecto de forma precipitada. Podemos aqui assistir a uma certa analogia entre a forma como se relacionaram com as suas famílias de origem e a replicação desse mesmo funcionamento com CINO, simbolizando estes acting outs dificuldades na separação/individuação (Ausloos, 1996). Minuchin (1979) chama a atenção para o facto das pessoas oriundas de agregados familiares mais desfavorecidos terem adquirido práticas de aprendizagem inconstantes, que se pautam pelo emaranhamento, quando fisicamente próximos, e pelo desligamento e desresponsabilização quando fisicamente distantes. O autor denomina este processo de inconstância objectal, dificuldade constatada nas primeiras saídas ao exterior. A ideia é fornecer aos residentes um nível progressivamente decrescente de supervisão e apoio, ao longo das fases nas quais vão ganhando cada vez mais autonomia. Foi com estes pressupostos que se integrou no modelo de funcionamento da CINO uma intervenção faseada com os residentes, tendo-se definido 3 fases, embora não exista qualquer demarcação de passagens de fase, mas sim um padrão caracterizador do processo de intervenção: 1) Acolhimento e adaptação; 2) Intervenção sócio-terapêutica e 3) preparação da autonomização. A duração destas fases foi também alvo de discussão, variando consoante as necessidades específicas de cada residente, capacidade de mudança, factores externos à estrutura (recursos locais) e o próprio tempo de permanência. As metas contratualizadas no PII são previamente acordadas entre o beneficiário e os técnicos, como forma de participação activa do próprio no seu projecto de vida e assinado por ambos. A incerteza quanto ao futuro desequilibra o presente e faz emergir reacções de isolamento, emudecimento, revolta ou agressividade, Guará (1998). Os planos de intervenção incidem nas áreas: Habitação; Empregabilidade; Formação escolar/profissional; Desenvolvimento de competências; Redes de

apoio sócio-familiar; Apoio económico; Saúde e programas específicos de reabilitação e prevenção de recaída no que toca a consumos de substâncias psicoactivas. Para cada residente existe um processo individual, onde constam os seguintes dados: Caracterização biográfica; Percurso escolar e profissional; Situação socio-económica; Caracterização das redes de relações sociais; Situação judicial; Situação de saúde; Plano de inserção; Avaliação do balanço de competências pessoais, sociais, académicas e profissionais; Para além de um processo individual em suporte de papel, existe um processo individual em suporte informático, diariamente actualizado, onde consta o diagnóstico de necessidades, o registo das intervenções/acompanhamentos nas várias áreas e a assiduidade dos beneficiários na participação das actividades que fazem parte do respectivo plano de intervenção.

Contratualização e concretização dos objectivos do PII: No âmbito do acompanhamento individual, a contratualização de objectivos surge após a fase de integração à estrutura. Usualmente, priorizando as questões de saúde, quer pelas debilidades orgânicas que apresentam fruto da exposição mais ou menos prolongada à condição de sem abrigo (falta de hábitos de higiene, alimentação deficitária, problemas de pele, doenças respiratórias, doenças infecto-contagiosas, entre outras) quer pelas patologias psiquiátricas, maioritariamente alcoolismo, toxicodependência e quadros psicóticos. Outra dimensão da concretização dos objectivos passa pela integração profissional dos beneficiários, dificultada pelos baixos níveis de escolaridade, défice de competências pessoais e sociais, a inexistência de hábitos e rotinas de trabalho, dificuldade em manter uma atitude persistente, deficiente gestão do dinheiro, dificuldade em estabelecer prioridades, dificuldade em lidar com as normas e hierarquias. Esta dimensão requer da parte da CINO a estruturação de actividades internas (ateliers) fomentadoras da aquisição de hábitos de trabalho, sendo a participação dos residentes nestas actividades obrigatória. Outra necessidade identificada, que usualmente integra os objectivos contratualizados prende-se com a acessibilidade das respostas sociais e dos serviços públicos, implicando, numa primeira fase, o acompanhamento dos residentes a esses serviços. A forma como os beneficiários lidam com as instituições/serviços que conferem os instrumentos básicos para uma identidade social e uma cidadania plena (BI, cartão utente, segurança social, número contribuinte, entre outros) bem como o modo como estes serviços estão organizados, transmite-lhes um sentimento de inaptidão, colocando-os por vezes numa situação de maior vulnerabilidade e fragilidade social (linguagem demasiado complexa nos formulários e no atendimento, excesso de burocracia, rigidez das regras de utilização dos serviços, tempo útil despendido, entre outros). Outro parâmetro contemplado nos objectivos a contratualizar



diz respeito à tentativa de reparação das relações familiares. Os beneficiários da CINO têm, na sua maioria, relações conflituosas ou mesmo de ruptura total com as famílias. Usualmente a quebra destes laços é marcada por uma já muito vincada carência afectiva. Assim, temos constatado que este trabalho requer, não só um acompanhamento individual, em que sempre que possível e desejável pelos próprios, se procura uma aproximação à família e/ou a outras relações estruturantes; mas também um trabalho de desenvolvimento de competências pessoais e sociais e, nos casos em que se justifique, parentais. A CINO é, por si só, um meio privilegiado de socialização e de partilha de experiências que pode, no entanto, ser optimizado com algumas estratégias provocadas de interacção em grupo. Numa fase inicial os objectivos propostos passam pelo bom relacionamento com os outros residentes e elementos da equipa, sendo que com o decorrer do processo se pressupõe que as competências relacionais adquiridas sejam aplicadas num contexto familiar. Uma atmosfera de confiança e apoio emocional na casa facilita a resiliência a situações de risco, aumentando a capacidade de gestão de conflitos emocionais dos residentes. Sempre que necessário são realizadas sessões de família e de casal que visam uma melhoria na comunicação e o incremento da capacidade de negociação de novos modos de estar em família, que permitam uma saudável e desejada individualização dos seus membros, sempre numa perspectiva da mudança, da resolução de conflitos (não os evitando) e do sentimento de bem-estar. A concretização do PII avalia-se através do cumprimento dos objectivos definidos e adaptação dos mesmos tendo em conta a evolução do residente. É monitorizada pelo acompanhamento individual, pela supervisão da esfera funcional e por intervenções grupais, quer de carácter pedagógico, quer terapêutico. Os membros do grupo beneficiam dos insights e do feedback dado pelos restantes elementos e podem aprender novos repertórios comportamentais por observação directa. As metodologias com maior impacto são as dinâmicas de grupo que, por facilitarem de modo indirecto alguns processos interpessoais não resolvidos, contribuem para a consistência global da intervenção na CINO. Na implementação das sessões de dinâmica de grupo, recorre-se a actividades temáticas (discussões, debates), jogos pedagógicos, actividades lúdicas e role-playing de diversas situações. As sessões, com uma frequência semanal, duram aproximadamente 1h.30m, de acordo com a vivência grupal em cada fase.

Autonomização: Segundo o Guião Técnico das Comunidades de Inserção (2004), o período de permanência não deverá exceder os 12 meses, prorrogáveis por mais 6 meses em casos devidamente justificados. A passagem para esta fase resulta do acordo entre o residente e a equipa, mediante a avaliação positiva do percurso realizado e das condições apresentadas, com

vista a um processo de reinserção com autonomia. Antes da saída efectiva da estrutura, devem estar garantidas condições de habitabilidade adequadas e uma actividade laboral que lhe permita assegurar a subsistência e dar continuidade ao processo de reintegração na sociedade que se pretende abrangente. O beneficiário é apoiado na regularização de eventuais situações burocráticas necessárias à mudança de residência e é estabelecido um plano de follow-up, para que seja mantido o acompanhamento. Pretende-se que a mudança aconteça de forma gradual e sustentada, e neste sentido, o facto do residente começar a trabalhar ou a frequentar um curso de formação profissional remunerado, não implica obrigatoriamente a sua saída imediata. É importante que o indivíduo fortaleça as rotinas de trabalho, o cumprimento de um horário mais exigente, a gestão de dinheiro e novas prioridades e reforce a sua rede relacional antes de se concretizar a sua autonomização, de modo a minimizar os riscos de recaídas, quer em padrões de consumo, quer em situação de exclusão social.

Follow up: Tal como já afirmámos anteriormente, durante todo o acompanhamento aos residentes procura-se fomentar a participação activa de cada indivíduo na definição e concretização do seu processo. A autonomização é o momento exponencial da responsabilização do residente, inversamente proporcional ao nível de intervenção da equipa técnica, uma vez que se pretende pôr em prática todas as competências adquiridas ao longo do processo sócio-terapêutico. São comuns verbalizações acerca do medo de falhar, da possibilidade de recaída no que toca ao consumo de substâncias, revivenciar experiências de rejeição, desconsideração, isolamento, desilusão e desespero. Constatam-se assim a necessidade da manutenção de um acompanhamento regular e próximo, que na concepção da CINO ultrapassa a questão da manutenção de abstinência, das condições de habitabilidade ou laborais, abrangendo um estilo de vida e de identidade (Kooyman, 1993). Por tal razão é estruturado um plano de acompanhamento em registo de follow up, que prevê a continuidade do acompanhamento individual, usualmente com uma periodicidade quinzenal, e participação em algumas dinâmicas da casa, no sentido de manter os vínculos estabelecidos com a estrutura e que esta permaneça parte integrante da rede de suporte do indivíduo. Esta proximidade permite a reciprocidade de vínculos, no sentido em que confere ao ex-residente uma função importante na dinâmica da estrutura - a de referência positiva na conquista de um projecto de vida autónomo, validando todo o investimento do residente, da equipa e do grupo, num processo de mudança que reitera o poder de quebrar o ciclo de exclusão. O contacto com pares, na mesma condição prévia de vida, pode configurar um apoio social e afectivo, operando como factor de protecção. Ao serem reforçados por estes, podem envolver-se em parcerias,

compartilhar sentimentos positivos e negativos, apoiando-se mutuamente. Martins e Szymanski (2004) salientam que comportamentos de cuidado recíproco e auxílio, em várias situações de vida, são observados nas interações entre residentes de estruturas residenciais. Os indivíduos institucionalizados precisam interagir efectivamente com pessoas, objectos, símbolos e com um mundo externo acolhedor (Bronfenbrenner, 1996). Assim, a estrutura de acolhimento precisa fazer parte da rede de apoio social e afectivo, fornecendo recursos para enfrentar situações negativas do mundo externo, funcionando como modelos de identificação positivos, segurança e protecção. Somente assim oferecerá um ambiente propício para o pleno desenvolvimento cognitivo, social e afectivo dos indivíduos inseridos neste contexto e poderá contribuir para a eventual reparação de padrões de vinculação inseguros.

## **5. Particularidades do acompanhamento dos Sem Abrigo**

De seguida partilharemos alguns dos dilemas do trabalho com a população sem abrigo:

Numa fase inicial da integração na estrutura a importância dada às questões de saúde torna -se não só uma questão central na vida dos residentes, como reaparecem todas em catadupa, impossibilitando-os mesmo de realizar algumas actividades, bem como de se concentrarem noutros objectivos da sua estadia. Durante o tempo de rua foi negligenciada a fome, o frio, a solidão, o desconforto e a própria doença (Thelen, 2006), como se não sentissem. No entanto, aquando a entrada numa estrutura passam a sentir todos estes desconfortos e doenças já existentes, que nunca tinha sido alvo da sua preocupação, passam agora a assumir uma posição central nas suas vidas.

Assim, a doença surge como uma das primeiras “exigências” e passa a ser gerida como moeda de troca com os serviços, de quem se espera a capacidade de curar e delega a responsabilidade de cuidar. O próprio passa a pressupor ser alvo de cuidados qual “pequeno tirano” que dá indicações explícitas das suas reais vontades e necessidades. Surge um dos primeiros dilemas de quem se propõe trabalhar nesta área: dar uma resposta imediata pode reforçar o estabelecimento de relações meramente funcionais, nas quais a satisfação das necessidades assume o papel central das relações; não dar resposta imediata pode reforçar o sentimento de não investimento na relação e a culpabilização do técnico por mais um “abandono”. Após a satisfação das necessidades básicas, torna-se vital (para nós e para eles) explicar o fundamento da não gratificação imediata das necessidades enquanto factor de crescimento pessoal

e de resistência à frustração. A imagem do outro está, nesta população, demasiado dependente da função que pode desempenhar na satisfação das suas próprias necessidades. Como se a inexistência da “mãe boa” (Winnicott, 1987) na primeira infância perpetuasse a procura desta nas relações que vão estabelecendo.

O dinheiro (a ausência ou acesso facilitado a este) é outro dos factores de gestão complicada na casa. É curioso percebermos a percentagem de residentes que, depois de uma primeira etapa de integração muito positiva, com todas as limitações financeiras inerentes a esta fase e que desencadeiam inclusivamente movimentos grupais de apoio e solidariedade, reagem de forma desorganizadora a um repentino acesso a dinheiro. O recebimento de somas mais avultadas, provenientes de um primeiro ordenado ou de prestações sociais, cria normalmente, uma ilusão de autonomia que muitas vezes conduz ao abandono do processo, ou à passagem por uma fase mais tumultuosa. Assim, constatamos que também o acesso ao dinheiro ou ao emprego tem que ser gradual, sob o risco de não estar ainda garantida a sustentabilidade do processo de mudança, nomeadamente a identificação dos factores de risco de repetição dos padrões de comportamentos disfuncionais prévios.

Embora um dos objectivos principais da intervenção seja a autonomização dos indivíduos, esta não pode ser entendida como algo passível de atingir em tempo padrão, prioridade imediata para os técnicos, com a ilusão do cumprimento dos indicadores e a superação das metas estabelecidas e, para os próprios, sob pena de esgotar a réstia de alento em mais uma tentativa falhada.

De um modo geral autonomizações precoces sem sustentabilidade (logo que perspectivem uma reaproximação familiar, uma entrada em mercado de trabalho ou recebam um somatório de dinheiro), podem antecipar o abandono do projecto recolocando, a curto prazo, os indivíduos em nova situação de exclusão. Este ciclo de recaída, abandono ou mau trato é reconhecido por todos, à excepção do próprio que reage de forma surpresa e revoltada a cada repetição de histórias passadas e à incapacidade de fazer diferente, reforçando a imagem negativa de si e dos outros. Fazendo a analogia entre a autonomização da estruturas de apoio e da casa da família podemos afirmar que todas as saídas em corte relacional (por abandono ou expulsão) ou precipitadas (por ilusões de capacidade de autonomização) correm o risco de não ser sustentadas no tempo. Não deixa de ser curioso verificar algumas semelhanças na forma como estes dois momentos de autonomização são vivenciados.

Outra das reacções típicas depois da integração na estrutura é o súbito interesse pelos filhos que, de repente, passam a ser a razão pela qual vivem. Durante todo o tempo de vivência de rua os filhos são colocados em segundo plano estando a maioria com familiares ou institucionalizados, surgindo subitamente a necessidade premente de desempenhar o papel parental.

De destacar que a totalidade dos beneficiários do projecto, com filhos, não detinham o poder paternal, por decisão da comissão de protecção de crianças e jovens ou do tribunal, o que é consonante com os dados encontrados no estudo realizado por Bento e Barreto, 2002. Nesta área é igualmente usual a equipa realizar um trabalho de contenção a este imediatismo, não só pelos próprios residentes que apenas com algum tempo de casa, idealizam a possibilidade de reaproximação e a capacidade de desempenharem um papel parental adequado, mas e acima de tudo, pelos menores, no sentido de os proteger de mais uma desilusão em relação às figuras parentais.

Uma outra área que aparece com alguma regularidade no processo de acompanhamento destes utentes é a necessidade de ter uma relação amorosa, como se esta os retirasse de todo o isolamento em que vivem. Tal ânsia conduz a um reinvestimento em relações disfuncionais passadas ou impulsiona ao iniciar de novas relações de forma adolescencial e precipitada.

Se numa primeira fase enunciámos os constrangimentos da intervenção em unidade residencial com esta população, consideramos importante destacar algumas das mais valias que encontrámos, na recolha de informação junto dos beneficiários. Destacam como factores facilitadores da inserção: a) o facto de terem ao seu dispor uma equipa multidisciplinar, constituída por profissionais experientes e especializados nas várias áreas que estão directamente implicadas esta problemática, nomeadamente psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta familiar e monitores; b) situações facilitadoras da aquisição de competências pessoais e sociais, nomeadamente a organização da casa, a existência de regras e papéis bem definidos, a promoção de momentos grupais, quer de carácter terapêutico como lúdico, possibilitando que as relações deixem de ser vivenciadas como factor secundário, (Feeney & Noller, 1994); c) Situações potenciadoras da construção da identidade, nomeadamente, o facto dos residentes poderem dispor de quarto no qual tenham os seus objectos pessoais; existência de momentos nos quais se desenvolvem actividades com carácter mais individual permitindo a gestão do conforto/desconforto em relação à proximidade; d) situações facilitadoras da aquisição de competências laborais, nomeadamente a existência de formações internas, de actividades ocupacionais e de integração gradual em desempenho de

cargos de responsabilidade na dinâmica quotidiana da casa, nas quais existe se promove um progressivo desuso do reforço/aprovação dos comportamentos da parte da equipa, para a aquisição da capacidade do próprio em reforçar os seus pares; e) situações facilitadoras do corte com comportamentos disfuncionais, nomeadamente a proibição de qualquer tipo de consumo de substâncias psicoactivas, e a fase inicial de regime fechado à qual é atribuída uma dimensão de protecção face à vivência de rua e de todos os riscos que tal comporta; f) situações facilitadoras de autonomia, nomeadamente o acesso progressivo ao exterior, o facto da gestão financeira ser feita com acompanhamento/supervisão da equipa, a aproximação à família ser programada de forma a reconquistar a confiança e a aquisição de um novo estatuto; g) situações facilitadoras da aquisição de confiança, nomeadamente a preparação da autonomização de forma progressiva e a manutenção dos vínculos garantidos através de um acompanhamento em follow up; h) situações facilitadoras do desempenho de vários papéis, nomeadamente a atribuição de funções específicas a cada residente tendo em conta o progresso do seu processo e a possibilidade de existirem crianças na casa o que permite a assunção de sentimentos de protecção e o desempenho do papel de cuidadores.

Assim, os objectivos de uma intervenção sustentada e profunda junto da população sem abrigo, visa para além da satisfação das necessidades básicas, a mudança de comportamentos e das expectativas que o sem abrigo tem de si e do meio que o rodeia.

A nível comportamental pretende-se: a interrupção de padrões de comportamento auto e hetero destrutivos; responsabilização pelas atitudes tomadas em relação a si próprio e aos outros; reaprendizagem de hábitos de regularidade, concentração e persistência no quotidiano; promover o prazer da produtividade reconhecida pelo próprio e pelos outros.

Em termos emocionais-afectivos os objectivos são: corte e luto do consumo de drogas/álcool e do estilo de vida a ele associado; passagem do isolamento emocional afectivo ao desenvolvimento do interesse por si e pelo outro, à partilha, construção e reconstrução de laços; capacidade de expressar e tolerar os sentimentos e emoções, sem “passagens ao acto”; promoção do sentimento de bem-estar; aceitação de si e do outro.

Cognitivamente procura-se: aumento de auto-conhecimento e da capacidade elaborativa de pensar e se pensar a si próprio; reparação da auto-imagem e da auto-estima; retomar o processo de construção/reconstrução da identidade; apropriação, pelo indivíduo, da sua própria história permitindo-lhe integrá-la no seu trajecto e projecto de vida.

Justifica-se, assim, a necessidade de uma revisão constante de cada caso, permitindo uma melhor compreensão da problemática, evitando julgamentos precipitados, um diagnóstico inadequado e uma exigência incompatível com as suas histórias de vida. Se acreditarmos que as relações são resultado de construções afectivas, onde ser compreendido, ser aceite, ser respeitado, ser gostado é a base necessária para um percurso satisfatório, então poderemos pensar a instituição de uma forma diferente, tornando-a uma alternativa viável.

Apesar de ser um contexto possível de desenvolvimento, para Bronfenbrenner (1979/1996), a instituição não fornece um equivalente funcional da família, no entanto aproxima-se deste. A relação estabelecida com os técnicos desempenha um papel central na vida dos residentes, na medida que serão estes adultos que assumirão o papel de orientação e protecção, constituindo, em determinado momento, os seus modelos de identificação.

Estudos apontam para a importância de cursos de formação, oficinas de reciclagem, ou mesmo um espaço de trocas destinado a estes profissionais, visto que a satisfação profissional está directamente relacionada à qualidade de seu trabalho na instituição (Bazon & Biasoli-Alves, 2000).

As comunidades de inserção devem possuir uma estrutura física e humana adequada às problemáticas de intervenção a que são destinadas, bem como uma capacidade de actualização e adaptação permanente, face às necessidades individuais e condicionantes sócio-culturais, Yunes, Miranda e Cuello (2004).

Para Silva (2007), os profissionais das estruturas residenciais têm um importante papel de educadores, o que requer a profissionalização da área e uma política de recursos humanos que envolva formação permanente, incentivos e valorização, incluindo remuneração adequada. A formação continuada desta equipa deve fomentar, ainda, a formação de uma consciência social em prol do bem-estar desta população, considerando que o trabalho institucional traz repercussões directamente relacionadas à integração dos seus residentes (Bazon & Biasoli-Alves, 2000). Além disso, estes autores destacam a importância de um trabalho organizacional de valorização dos funcionários, para que não seja um trabalho temporário e rotativo. A efectivação destas acções contribuiria para uma auto valorização da equipa, e conseqüentemente, diminuiria a possibilidade de uma constante quebra de vínculos. É fundamental o apoio e supervisão às equipas no sentido de lhes permitir uma leitura menos carregada da dimensão emocional face a problemas tão complexos, de forma a garantir uma intervenção adequada.

## Síntese

Pretendemos neste capítulo reflectir acerca dos modelos de intervenção junto de população sem abrigo. Iniciámos por expôr resumidamente os resultados do estudo relativo à opinião pública que em Portugal temos dos sem abrigo, pois acreditamos que a busca de soluções depende da forma como compreendemos os problemas.

Demos maior destaque às estruturas residênciais pois foi no seio destas que a presente investigação decorreu. O desenvolvimento e contexto político-social actual são um factor intrinsecamente relacionado com o fenómeno da exclusão social, ao qual um conjunto de respostas sociais, nomeadamente os abrigos; as Comunidades de Inserção (CI) e a nova metodologia do *Housin First* pretendem dar uma resposta. Foram assim, brevemente apresentadas as estruturas residenciais. Terminámos o capítulo com a exposição de algumas das particularidades das quais de reveste o trabalho com os sem abrigo.

Destacamos o estudo feito pelo Centro de Arrendamento Seguro (2007), na Áustria, demonstrou que prevenir uma situação de sem abrigo teria um investimento de 370 euros mensais, durante cerca de 6 meses, sendo que a reintegração do mesmo individuo teria um encargo de 460 euros mensais, prevendo-se a necessidade de o apoiar durante cerca de 12 meses. Kitzman (2008) afirma que, quanto mais duradoura for a vivência de sem abrigo, mais moroso será o processo de ressocialização. Defende ainda que a prevenção e a reintegração devem ser respostas complementares, pois existirão sempre pessoas que necessitam de apoio mais especializado, podendo beneficiar dele em instituições ou nas suas próprias residências, prevenindo os fenómenos de dessocialização.

Sveri (2008) considera que esta população necessita de acompanhamento na fase de adaptação à nova residência, assumido por assistentes sociais em regime de apoio domiciliário. Inicialmente o contacto é constante, devendo progressivamente estabelecer-se uma frequência de visitas. As necessidades mais frequentes prendem-se com o treino de actividades quotidianas e com o acompanhamento ao nível do tratamento de dependência de álcool ou drogas. Ao nível da atribuição de habitação permanente o mesmo autor refere os benefícios das rendas acessíveis nos bairros sociais, sem deixar de destacar que a grande concentração de população vulnerável nestas zonas pode traduzir-se num factor de exclusão, defendendo a necessidade das casas serem construídas em zonas pouco isoladas, com bom acesso a transportes públicos (Sveri, 2008).



## **CAPÍTULO 4**



## Capítulo 4- Saúde Mental e Sem Abrigo

### 1. A pobreza e a saúde mental

A maior frequência de distúrbios mentais em populações pobres já é bem conhecida. Vários estudos realizados em diversos países já encontraram essa associação. Um estudo clássico conduzido por Faris & Dunham (1940) tinha como objectivo analisar a distribuição de admissões hospitalares por esquizofrenia e depressão na cidade de Chicago. Os autores verificaram que existia uma taxa dez vezes maior de admissões por esses distúrbios por pessoas oriundas de áreas carenciadas.

Um importante estudo longitudinal foi conduzido com o objectivo de responder, sobretudo, à seguinte pergunta: se as pessoas que não apresentam um episódio psiquiátrico actual teriam um maior risco de apresentá-lo no futuro se vivessem na pobreza? Os dados para a análise desse estudo faziam parte do famoso trabalho New Haven ECA Program dos EUA. O tamanho da amostra foi de 3.455 pessoas, das quais 7,9% destas viviam na pobreza. Os indivíduos que não apresentassem distúrbios mentais na primeira entrevista, eram re-entrevistados, aproximadamente, seis meses depois. O instrumento utilizado para a avaliação psiquiátrica foi o Diagnostic Interview Schedule (DIS). O principal resultado encontrado foi o de que a taxa de distúrbios mentais foi maior na população pobre em comparação ao outro grupo populacional. A frequência de todos os distúrbios mentais foi maior na classe social mais pobre (15% versus 9%), e quando os distúrbios foram analisados separadamente as diferenças de depressão maior (17,4% versus 9,0%) e esquizofrenia (1,5% versus 0,5%) foram significativas. Observou-se, também, que os efeitos da pobreza na saúde mental eram intensos, independente da idade, sexo e raça (Buhrich et al, 2000).

Existem poucos estudos que examinam a diferença de distúrbios mentais entre os sem abrigo e a população pobre. Um desses estudos foi conduzido em Los Angeles com o objectivo de responder a essa indagação (Linn et al., 1990). Entrevistaram-se 464 pacientes que frequentaram durante o período de um ano o serviço médico de uma comunidade carenciada de Los Angeles: 214 eram sem abrigo e 250 eram moradores de bairros sociais. Embora os dois grupos apresentassem uma grande prevalência de problemas mentais, o grupo de sem abrigo era significativamente mais propício a apresentar internamentos psiquiátricos anteriores por problemas mentais e alcoolismo, e uma maior frequência de sintomas psicóticos. Ou seja, as condições precárias que essas pessoas encontram, morando na rua ou em albergues, precipitam ou exacerbam sintomas anteriores.

A relação da “pobreza” com a doença mental é complexa e tem sido extensamente estudada. Esta relação é multi-direccional, podendo ser identificados três níveis de associação.

Uma das teorias explicativas a este respeito, a da causalidade social, que postula uma associação entre baixo nível socioeconómico e maior adversidade ambiental (nomeadamente acontecimentos de vida stressantes, má qualidade dos cuidados maternos e obstétricos, bem como escassos recursos sociais), sendo esta a via através da qual se expressaria

o maior risco de doença mental associado ao baixo nível socioeconómico. Assim sendo, a pobreza material parece ser um factor de risco para o desenvolvimento de doença mental.

Outra teoria, contrastante com a anterior, é a da selecção social. Esta teoria defende que a doença mental ocorre mais frequentemente associada a um baixo nível socioeconómico. De acordo com este modelo, a doença pelas limitações que condiciona, e que se repercutem numa baixa escolarização, desemprego, maior tensão familiar e, conseqüentemente, menor coesão familiar, isolamento e maior exposição ao efeito do estigma, contribui para que as pessoas afectadas sejam “arrastadas” para os estratos socioeconómicos mais baixos. Para além disso, estes factores seriam preditivos de um mau prognóstico relativamente ao outcome da doença mental. Assim, de acordo com esta teoria, a pobreza constitui não só um factor de risco para a doença mental, como também contribui para um prognóstico negativo no seu outcome.

Tem havido alguma controvérsia relativamente a qual destes mecanismos será mais preponderante. No entanto, ambos parecem ser relevantes e não mutuamente exclusivos. Contudo, o mecanismo da causalidade social poderá ser mais válido no caso das perturbações de ansiedade e na depressão, enquanto o mecanismo da selecção social poderá ser mais relevante nas psicoses e nas situações de abuso de substâncias.

Por fim, pode ser também considerada a pobreza associada à prestação dos cuidados de saúde mental (falta de cuidados compreensivos, culturalmente apropriados e que tenham em conta as necessidades e o contexto do doente, e não apenas os fármacos e intervenções psicoterapêuticas e psicossociais disponíveis). Esta nem sempre se associa à falta de recursos económicos mas, no entanto é um factor de prognóstico fundamental para o outcome das doenças mentais. Uma evidência desta situação decorre da observação de que os doentes que sofriam de psicose nos países em desenvolvimento tinham melhor prognóstico comparativamente com aqueles de países desenvolvidos. A pobreza também condiciona barreiras no acesso aos serviços de saúde (não só no que se refere à prestação

de cuidados de saúde mental especializados, como também para os cuidados de saúde primários), verificando-se sérias limitações especialmente nos segmentos da população socialmente mais desfavorecidos. Esta situação tem obviamente um impacto negativo na saúde mental e também física.

Toro (1998) analisando diversos estudos, homogêneos do ponto de vista da metodologia e dos conceitos, constatou que a maioria dos indivíduos em situação de sem abrigo não apresentava problemáticas psiquiátricas, e muitos dos que as apresentavam nunca haviam sido hospitalizados. Efectivamente, a proporção dos indivíduos sem abrigo com estas problemáticas não representaria mais do que 1/3 da população total.

Estudos mais recentes (Herman, Susser, Struening & Link, 1997; Kamieniecki, 2001), revelam que, de facto, aproximadamente um terço da população de adultos solteiros em condições de sem abrigo sofre de desordens mentais graves; este tipo de população, a maioria das vezes não possui as competências necessárias para procurar e obter alojamento, bem como benefícios de outras instituições da rede social. Encontram-se também com frequência distanciados do agregado familiar e dos serviços sociais e comunitários de ajuda. De destacar que maioria dos serviços de saúde prevê que os doentes tenham residência e um número de contacto, requisitos alheios à realidade dos sem abrigo.

São assim, regra geral, excluídos dos tratamentos farmacológicos para indivíduos com um elevado histórico de patologias severas do foro psiquiátrico, sendo que a própria patologia lhes retira a noção da necessidade de tratamento.

Constatamos na nossa prática profissional uma elevada falta de adesão às consultas psiquiátricas e a inexistência de estratégias eficazes para ultrapassar tais constrangimentos.

É importante criar respostas para este subgrupo de indivíduos adultos com desordens mentais que, sofrendo de um longo histórico de patologia psiquiátrica, se encontram, frequentemente, sem lugar de residência fixo (ou na eminência de ficar sem abrigo).

A prevalência de problemas de saúde mental na população sem abrigo é consistentemente verificada nos diversos estudos, existindo na maioria dos indivíduos, pelo menos uma patologia associada (Herman, Susser, Struening & Link, 1997; Kamieniecki, 2001). As pesquisas identificam igualmente que cerca de 50% da população sem abrigo tem problemas de toxicod dependência ou alcoolismo (Goering, Tomiczenko, Sheldon, Boydell, & Wasylenki, 2002). Também os quadros de alteração de humor, psicóticos e de ansiedade são significativamente superiores nesta população (Cauce, Paradise, Ginzler & Embry, 2000; Herman et al, 1997; Kamieniecki, 2001).

A presença de situações de vida geradores de stress na população sem abrigo é confirmada em vários estudos (Buhrich et al, 2000). A grande maioria foi alvo de abusos na infância, quer físicos, quer psicológicos, sendo que 33% revelam ter sido vítimas de abusos físicos ou sexuais, (Buhrich et al, 2000). Adicionalmente, estudos confirmam que a existência de histórias de mau trato na infância predis põem o individuo a situações de risco futuras (Noell, Rohde, Seeley, & Ochs, 2001; Stewart et al. 2004). Craig and Hodson (1998), num estudo realizado com jovens adolescentes, identificam em relação à probabilidade de ficar em situação de sem abrigo, os seguintes factores: adversidades na infância, existência prévia de desordens psiquiátricas e dificuldades educacionais.

Resultados semelhantes foram encontrados num estudo conduzido nos E.U.A. (North et al, 1998), em população sem abrigo adulta, verificando-se a existência de alta prevalência de desordens psiquiátricas nesta população, prévias à vivência de sem abrigo. Martijn & Sharpe (2006) desenvolvem um estudo no qual pretendem identificar experiências de vida na população sem abrigo, que lhes permita criar um percurso anterior a esta condição. Identificam como factores habituais os seguintes: (1) o trauma é uma experiência comum entre os jovens antes do desalojamento em mais de metade da amostra; (2) depois da vivência de sem abrigo a maioria dos jovens aumenta as manifestações de doença mental, nomeadamente quadros de dependência de álcool ou drogas; (3) actividades criminosas não precedem a situação de sem abrigo, no entanto após esta vivência tornam-se comuns.

O agravamento das fragilidades antecedentes torna fundamental a existência de planos de intervenção especialmente dedicados a população sem abrigo com patologia psiquiátrica. Pio Abreu postula que “se pretendemos estudar o adoecer do espírito, temos de saber do que estamos a tratar” (Abreu, 1994:30). É urgente que se investigue o crescente número de desordens emocionais e distúrbios mentais nas crianças e adolescentes sem abrigo incluindo a permanência e a natureza dos factores de risco, Martijn & Sharpe (2006).

Providenciar alojamento e estruturas de apoio para indivíduos com problemas psiquiátricos, especialmente sem abrigo, é um dos maiores desafios da legislação sobre a saúde mental comunitária. Existe uma mudança de paradigma sendo que presentemente, estes indivíduos já não são entendidos como incapazes de aceitar ajuda e conseguir melhorias ou mesmo como meros recipientes de serviços: são encarados enquanto cidadãos com capacidade de total integração e participação social. Urgem sistemas de suporte abrangentes que possam oferecer alojamento, apoio no acesso a cuidados de saúde, manutenção de consultas de psiquiatria, bem como apoio na administração da medicação e valências de carácter

social que permitam a inserção comunitária dos doentes e combatam os altos índices de isolamento que os caracterizam. Esta nova filosofia de desinstitucionalização hospitalar só representará uma mais valia para doentes e famílias se as comunidades estiverem preparadas para a sua efectiva integração. Parece-nos que esta preparação poderá passar pela criação de estruturas comunitárias e, acima de tudo, pela informação/sensibilização da comunidade acerca da nova lei da saúde mental comunitária. Não podemos supor que esta mudança de paradigma aconteça sem a discussão de novas formas de intervenção, incluindo doentes, famílias e profissionais das mais diversas áreas no debate de todo este processo.

Pretendemos ao longo deste capítulo reflectir sobre a reforma dos cuidados de saúde mental, a patologia dual e a prevenção da recaída, como forma de contribuir para o êxito da mudança de paradigma ao nível da saúde mental.

## **2. A Desinstitucionalização Hospitalar**

Pinel, em 1873, foi o primeiro a considerar o isolamento como uma necessidade para observar e descrever a sucessão de sintomas. Em meados da década de 50, as críticas ao carácter fechado, asilar e autoritário do hospital psiquiátrico tornaram-se intensas, realçando os efeitos negativos da hospitalização, tais como a apatia, a perda de capacidade de trabalhar, o deficit de competências sociais, a perda de autonomia, (Bandeira, 1991). Por outro lado, a evolução dos recursos farmacológicos permitiram o controlo da sintomatologia positiva numa grande maioria dos doentes.

Nas décadas de 50 e 60 surgem vários trabalhos científicos e políticos que defendem os tratamentos comunitários na saúde mental, tendo como principais argumentos a satisfação de viver em liberdade, exercício da cidadania, socialização, reinserção social e familiar, aumento da qualidade de vida, entre outros. No Québéc este movimento de desinstitucionalização ocorreu a par de outros movimentos sociais, naquela que foi chamada de “revolução tranquila”, (Bandeira,1991).

O factor financeiro, especialmente nos EUA, incentivou a opção pelos tratamentos comunitários. Os custos com os hospitais psiquiátricos eram elevados e tornou-se imperioso dar respostas às necessidades dos doentes, de forma menos onerosa para o estado (Shadish, 1984; Shepper-Hughues, 1988), assintindo-se, entre 1955-1990, nos EUA, a uma quebra de 85% nos internamentos psiquiátricos (Lamb, 1993). No processo de desinstitucionalização, foram criados 600 centros regionais de saúde mental comunitária, até 1980.

Cada centro comunitário estava destinado a servir uma população de 75.000 a 200.000 pessoas, sendo composto por equipas multidisciplinares com uma média de quatro psiquiatras e oito psicólogos. Foram igualmente criadas pequenas unidades psiquiátricas nos hospitais gerais para internamentos de curta duração (Bender, 1978). O governo americano, na tentativa de facilitar o processo de reinserção dos doentes, propõe o conceito de “case management” (Bandeira, 1998); consistindo num sistema de coordenação e integração de serviços, sob um responsável por cada caso psiquiátrico que se pretenda integrar na comunidade.

Para além deste modelo o governo norte-americano recorreu a outros modelos mais abrangentes, tais como o PACT, Program for Assertive Community Treatment, de Madison, e o Programa de Bridge, de Chicago. Nestes modelos, os pacientes recebem um acompanhamento individualizado e diário, por uma equipa multidisciplinar, continuamente e por um período ilimitado. Os estudos avaliativos destes programas mostram resultados mais positivos do que os do “case management”.

O Canadá foi outro dos países a adoptar a política de desinstitucionalização. A partir de 1962 os doentes internados em hospitais asilares foram transferidos para hospitais gerais. Entre 1962 e 1977 houve uma queda de 78% no número dos internamentos. Paralelamente expandiram-se as unidades psiquiátricas nos hospitais gerais. Embora ilusoriamente existisse a sensação de se estar a substituir com sucesso o tratamento asilar pelo hospitalar, constatou-se que os casos mais graves não estavam a ter qualquer acompanhamento, ficando ao cuidado das famílias ou em situação de sem abrigo. Na tentativa de colmatar esta lacuna, em 1976 são implementados os programas comunitários de saúde mental, contando-se 400 em 1990, (Morgado & Lima, 1994). Estes autores defendem que os programas comunitários previnem 80 a 90% das hospitalizações e os serviços hospitalares do Canadá ficam reservados para os pacientes que apresentem recaídas e requerem hospitalizações de curta duração. Em Inglaterra o processo de desinstitucionalização iniciou-se em meados de 1955 e em 1959 foi legalizado, conferindo às autoridades locais a responsabilidade de fornecer assistência aos doentes mentais. A legislação obrigava à existência de garantias de acompanhamento dos doentes para que se pudessem encerrar os hospitais psiquiátricos. Observou-se a diminuição de 28% de casos clínicos hospitalizados entre 1954 e 1971 e os serviços comunitários proporcionados pelas autoridades locais cresceram de 115 mil em 1960 para 140 mil em 1963 (Bandeira, 1991).



Dados de uma recente investigação de Priebe e Col. (2003), de seis diferentes países europeus com diferentes tradições de organização dos cuidados de saúde mental e que experimentaram todos um processo de desinstitucionalização a partir dos anos 70 (Inglaterra, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Suécia), revelaram o seguinte: o número de camas forenses e de lugares em apartamentos protegidos aumentaram em todos esses países, ao mesmo tempo que o número de camas para a psiquiatria em hospitais reduziu em 5 dos 6 países. Claro que são possíveis várias explicações para estes dados. Desde logo, o facto de se poder tratar de um processo de re-institucionalização compensatória, mas também o facto de poder ser consequência de uma maior frequência da doença mental, da sua gravidade ou de ambas, eventualmente influenciadas pelo aumento do uso de drogas ilegais. Mas uma hipótese que não pode ser descartada de maneira nenhuma tem que ver com a possibilidade da perda da capacidade de suporte social para doentes mentais graves em famílias tradicionais, (Teixeira, 2006).

Vários estudos (Braun et al, 1981; Test & Stein, 1980; Knapp, 1994; Kiesler, 1982; Wiersma et al, 1995), indicam que o tratamento comunitário é, na maioria das vezes, tão ou mais eficaz que o tratamento hospitalar, no sentido em que proporciona aos indivíduos com psicopatologia a integração no mercado laboral e a recuperação do seu lugar na comunidade, reduzindo ainda a necessidade de medicação e o recurso a serviços médicos. Braun e colaboradores (1981) ressaltam que uma desinstitucionalização satisfatória depende da disponibilidade de programas apropriados para o tratamento na comunidade. As experiências internacionais de desinstitucionalização psiquiátrica são ainda bastante controversas nos seus resultados, mantendo uma discussão acesa quanto aos factores negativos e positivos de tal experiência. Uma das limitações apontadas e comum aos países referidos anteriormente diz respeito à insuficiência dos serviços comunitários criados para dar resposta aos doentes psiquiátricos, quer a nível de número, quer a nível da capacidade para suprir as necessidades clínicas, sociais, ocupacionais e assegurar uma integração social dos pacientes (Bandeira et al, 1998).

Outra dificuldade verificada nos países em que a processo de desinstitucionalização está já numa fase mais avançada, é a nova geração de doentes mentais crónicos que não são admitidos em internamentos de longa duração nos hospitais, nem tão pouco se adaptam às exigências da vida comunitária. Segundo Lamb, (1993), grande parte dos sem abrigo dos EUA provém desta nova geração de doentes mentais, que acrescentam às limitações descritas a resistência à administração dos fármacos, o abuso de álcool e outras substâncias psicoactivas, o abandono da família, culminando na incapacidade para lidar com toda a

burocracia envolvida no acesso aos serviços comunitários. Uma série de factores no âmbito do planeamento, execução e financiamento destes programas (e.g. falta de apoio financeiro suficiente e contínuo, má distribuição de recursos que não acompanham a reintegração dos doentes, incoerência governamental que promove a desinstitucionalização ao mesmo tempo que aprova mais verbas para a hospitalização, falta de formação dos técnicos, ausência de preparação e envolvimento da comunidade no acolhimento ao doente mental, falta de apoio às famílias, dificuldade de coordenação dos serviços envolvidos, falta de profissionais em relação ao número de pacientes, deficiente articulação entre o serviço hospitalar e comunitário, etc.) (Bandeira, 1991; Bandeira et al, 1998). Como consequência a qualidade de vida dos doentes desinstitucionalizados tem sido posta em causa.

O perfil do doente mental coincide, na maioria dos casos, com situações de pobreza, desemprego ou exploração laboral, falta de instrução e isolamento social. No entanto, com a constante discussão dos fracassos da desinstitucionalização, corre-se o risco de obscurecer os benefícios do tratamento comunitário para muitos doentes mentais com longos períodos de internamento. Lamb (1993) propõe que os novos serviços comunitários para doentes mentais passem a contemplar: a) um adequado número e vastas opções de alojamentos comunitários supervisionados e estruturados segundo o grau de autonomia dos pacientes e sua evolução; b) serviços psiquiátricos e de reabilitação adequados, amplos e acessíveis, fornecidos de forma assertiva e directiva; c) serviços de contenção de crises disponíveis e acessíveis; d) um esquema de responsabilização pelo doente crónico que vive em comunidade, que garanta que cada indivíduo tenha um profissional ou uma equipa multidisciplinar responsável pelos tratamentos psiquiátrico e medicamentoso por tempo ilimitado (estruturando, em conjunto com o doente, um plano de reabilitação, incluindo a própria medicação, monitorizando e garantindo-lhe assistência na procura de emprego ou na articulação com outros agentes sociais).

O sistema de saúde mental comunitário requer uma boa coordenação entre os diferentes sectores da rede de serviços, o que nem sempre se atinge. A realidade tem demonstrado dificuldade de coordenação entre os sectores e ainda lutas de poder entre os diferentes interventores e profissionais dos diversos serviços (Wallot, 1988).

A humanização do sistema de assistência comunitária descentraliza os recursos e torna a comunidade no lugar natural e privilegiado da intervenção, (Lancetti, 1989). Assiste - se, desta forma, a um processo de devolução dos doentes às comunidades e à necessidade

destas se organizarem, no sentido de atribuir respostas que até então eram assumidas exclusivamente pelo estado.

### **3. A Re-institucionalização Comunitária**

Apesar da aparente evidência de um processo de desinstitucionalização em curso, o que tem acontecido por toda a Europa, é um processo de re-institucionalização, (Teixeira, 2006). Discorde-se desta interpretação, chame-se-lhe re-institucionalização ou trans-institucionalização (isto é, uma mera mudança de colocação dos doentes de uma determinada estrutura para uma outra), é uma evidência difícil de negar. Investigadores deste campo debatem a tendência actual para desinstitucionalização, a necessidade de alojamento e a crise dos sem abrigo (Carling,1995); a fraca qualidade dos programas comunitários e de saúde e a orientação dos mesmos no sentido de manter em lugar de reabilitar (Carling, 1990; Braun et al, 1981). Por outro lado, estes investigadores reconhecem os progressos feitos no desenvolvimento de serviços comunitários de apoio, a atenção que deve ser dada ao paciente, intervenções clínicas respeitáveis e uma ênfase clara nas necessidades dos doentes em termos de alojamento, emprego e rede de amigos (Carling, 1990; Hoult, Rosen & Reynolds, 1984). Impõe-se uma abordagem sistémica que se concentre nas interacções entre os elementos. O que se mantém, dentro de um sistema social, são mais as interacções entre as pessoas ou elementos que o compõem, do que as próprias pessoas em si (Abreu, 2000). A natureza recorrente das desordens psiquiátricas conduz a internamentos repetidos em instituições de saúde e pode também levar à perda de alojamento (Carling, 1990; Harnois, 2000).

Embora alguns dos indivíduos com desordens psiquiátricas tenham recursos financeiros e retaguarda familiar, no caso dos mais carenciados, falhando o apoio a uma habitação estável e decente, resta-lhes permanecer em hospitais psiquiátricos, desnecessariamente, ou ficar em situação de sem abrigo, (Buhrich, Hodder, & Tecsson, 2000; Goering, Tomiczenko, Sheldon, Boydell, & wasylenki, 2002).

Historicamente, o campo da saúde mental tem visto o alojamento enquanto um problema do foro social e definido o seu papel como secundário em relação ao tratamento (Carling, 1990). Assim, torna-se evidente a necessidade de congregar as questões de habitabilidade com o apoio clínico especializado, sendo fundamental envolver a saúde mental na ressocialização dos sem abrigo. Em países como a Alemanha e a Itália, anteriores enfermarias hospitalares foram transformadas em dispositivos de cuidados residenciais, verificando-se uma diminuição nos padrões de qualidade dos cuidados estabelecidos pelas autoridades de saúde

e conseqüentemente um empobrecimento dos cuidados prestados aos doentes. a abordagem sistémica constitui, de facto, uma nova visão da realidade, pelo menos quando contraposta à abordagem científica clássica, analítica e mecânica (Rosnay, 1995:106).

Fakhoury e colaboradores (2002) sugerem, no estudo publicado no boletim da *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, que alguns doentes crónicos incluídos nestes dispositivos de cuidados sociais se tornavam tão dependentes da instituição como o eram anteriormente. Outro aspecto importante a ser considerado, é o papel da família de origem no tipo de cuidados a prestar aos doentes com patologias mais graves e socialmente incapacitantes. O principal objectivo da psiquiatria moderna é devolver ao doente a autonomia que perdeu com o eclodir da doença. Todos os movimentos organizativos que assegurem este objectivo são desejados e urgentemente necessários. Mas um sistema moderno deve igualmente considerar aqueles doentes que, pela natureza da sua doença, nunca conseguirão atingir esse grau de autonomia. Contudo, não podemos esquecer a necessidade de dotar as famílias de competências para assegurarem cuidados continuados a estes doentes, antes de adoptarmos este tipo de respostas (Left & Vaugham, 1985). Mello (1997), lembra que tanto os familiares como os profissionais podem beneficiar de programas educacionais que visam ajudar a reduzir os efeitos do stress ambiental sobre o paciente.

Estes programas contemplam informações sobre a doença e o uso da medicação, ajudando a identificar fontes de stress e a treinar técnicas para as reduzir, (Brooker, Golberg & Graham, 1994; Priebe, 2003). No seu conjunto, estes dados são suficientes para um investimento na produção científica específica sobre o fenómeno, e na inclusão de um conjunto de variáveis de outcome que apoiem a avaliação contínua ou intercalar do próprio processo. Sobretudo, porque muitos destes doentes não têm capacidade reivindicativa para reclamarem os seus direitos como cidadãos de “corpo inteiro”, (Teixeira, 2006).

Parece claro que os cuidados mentais profissionalizados não podem ser concebidos sem instituições, mas independentemente das razões para novas formas de institucionalização, importantes questões permanecem sem resposta: (1) De que modo estas instituições vão contribuir para a inclusão social dos doentes? (2) Como vão conseguir manter a autonomia de doentes com graves incapacidades? (3) Conseguirão fornecer cuidados adequados mesmo para os doentes mais vulneráveis e menos assertivos?

Em síntese, temos todos a obrigação ética de participar num debate informado sobre os valores que sustentam o processo de re-institucionalização e os que se dedicam à investigação o dever de proceder a investigação sistemática sobre as suas razões, custos e efeitos. Assim como aconteceu com a desinstitucionalização, a investigação sobre a re-institucionalização necessita ser feita de forma sistemática e com dados fiáveis e compreensíveis, dados que até ao momento têm sido muito difíceis de recolher.

Bandeira e colaboradores (1994), num estudo efectuado no Brasil acerca da eficácia dos programas de reintegração, concluem que os principais problemas encontrados são: a adaptação social e ocupacional; a habitação inadequada; desemprego; abuso de álcool ou drogas; roubos e agressões que por vezes conduzem a detenções; reinternamentos frequentes e abandono da medicação. Verifica-se uma falta de acompanhamento adequado e regular dos doentes, falta de centros ocupacionais e ausência de equipas de apoio domiciliário que possam apoiar o doente em momentos de crise.

Uma das dificuldades identificada como mais frequentemente na tentativa de reinserir os doentes mentais é o fenómeno da “porta giratória”, ou seja, o aumento da taxa de re-hospitalizações. Taxas elevadas, entre os 55 e os 75% de re-hospitalizações são relatadas como resultado da desinstitucionalização (Chase & Hendry, 1989). As taxas de re-hospitalização parecem igualmente aumentar com o decorrer dos anos. Após alta clínica, os valores situam-se entre 35 a 50% no primeiro ano, atingindo os 70% no segundo ano (Dorvil, 1987).

Torna-se incontornável a necessidade de acompanhamento, de supervisão contínua e permanente, independentemente dos pacientes residirem com a família ou em habitação protegida, (Harnois, 2000).

Ao nível da habitação protegida Carling e Ridgway (1987) criticaram as estadias em valências residenciais de transição, apontando-lhes mesmo responsabilidades, das quais destacam: a aquisição de conhecimentos que apenas são relevantes para vivências em grupo; deslocação permanente, uma vez que a mudança de fase de inserção implica a mudança de estrutura física; em última análise um retorno à casa de familiares, centros de dia, lares ou hospitais ou, na pior das hipóteses, de novo à condição de sem abrigo. As estruturas de transição requerem todo um trabalho de parceria, coordenado e eficaz com os serviços de habitação social, auscultando assim as preferências dos indivíduos em causa, tendo em conta as opções de alojamento e de apoio disponíveis. A qualidade do ambiente residencial dos doentes deverá incluir a presença de equipas especializadas que, promovam a participação activa dos pacientes nas

actividades da rotina da casa, estimulem actividades de lazer e ocupacionais, providenciem uma orientação individualizada, tendo em conta as características individuais de cada residente (Bandeira, 1998).

Tomando como exemplo a metodologia utilizada no Canadá, as recomendações a seguir no âmbito do tratamento comunitário passam por: (1) estabelecer objectivos realistas para cada paciente, tendo em conta os severos deficits dos mesmos; (2) funcionamento interdisciplinar, incluindo psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, enfermagem e serviço social; (3) Actividades de readaptação orientadas tendo em conta a promoção de habilidades sociais e o lazer; (4) acompanhamento frequente sob a forma de visitas domiciliárias, no sentido de garantir que os pacientes recebam o apoio que necessitam e prevenir crises ou surtos; (5) intervenções em momentos de crise, no hospital, a fim de orientar o paciente e reintegrá-lo o mais rápido possível na comunidade, intensificando o acompanhamento posterior à crise (Harnois, 1988).

Dois artigos no campo das desordens do foro psiquiátrico (Anthony & Blanch, 1989; Wilson, in press) concluíram que a patologia de que um indivíduo possa sofrer não é necessariamente um processo degenerativo para a vida, sendo possível que as pessoas com problemas do foro psiquiátrico consigam manter uma casa, um emprego e amigos estáveis. Num estudo realizado na Austrália, por Hault, Rosen & Reynolds (1984), foram avaliados 120 pacientes no momento da sua admissão hospitalar. Foram excluídos do estudo pacientes com diagnóstico de dependência alcoólica, transtorno orgânico cerebral ou atraso mental. O grupo foi distribuído em dois, sendo que o grupo de controlo recebeu cuidados em hospital psiquiátrico e o grupo de estudo foi apoiado por um serviço de atendimento a pacientes em crise que funcionava 24 horas por dia. Durante os 12 meses do período de estudo, 96% dos pacientes do grupo de controlo foram internados (51% mais do que uma vez); do grupo de estudo 60 % não foram internados e dos 40% internados, somente 8% foram internados mais do que uma vez. Os pacientes do grupo de controlo ficaram internados em média 53,5 dias, enquanto os pacientes do grupo de estudo só ficaram internados em média 8,4 dias. Este estudo demonstrou que para além de uma maior satisfação dos pacientes e familiares, os custos com o grupo de estudo forma menores.

Carling e colaboradores (1987) afirmam que num estudo relativo à reintegração comunitária, envolvendo todos os grupos com alguma incapacidade concluiu-se que: as necessidades de habitação são semelhantes em todos os grupos embora o apoio necessário possa variar; o apoio técnico é um vector determinante na capacidade dos indivíduos para manter a sua casa;

os problemas habitacionais estão menos ligados à doença do que a factores económicos e sociais, tais como a pobreza e a discriminação; existem grandes diferenças de opinião entre os profissionais e os utentes acerca das necessidades específicas destes últimos, no que concerne ao alojamento e apoio. Os utentes pretendem estar centralmente envolvidos no planeamento, organização e manutenção da sua casa e dos serviços, sendo que os idosos e os indivíduos que apresentam alguma incapacidade estão mais expostos ao risco de institucionalização.

Conclui-se que o modelo de integração comunitária deveria evitar a segregação dos utentes, colocando a tónica no reforço das relações entre indivíduos portadores de alguma incapacidade e indivíduos com maior facilidade de integração, permitindo assim a diluição da patologia e o fortalecimento da rede de suporte.

Reforçamos a necessidade de estudos orientados para a análise e definição de conceitos operacionais, bem como estudos que avaliem o impacto nos utentes e suas famílias, de forma a demonstrar a eficácia destas abordagens (Teixeira, 2006). Torna-se fundamental a inclusão dos próprios na definição dos seus projectos de vida.

Mas para tal é necessário a emergência de um discurso comum. Um discurso audível, para além de ter de ser relevante e claro, deve ser tão informativo quanto necessário, mas não mais do que isso. Uma informação pode ser dita em poucas palavras; mas se quiséssemos ser completos e exaustivos teríamos sempre de empregar o dobro ou o triplo das palavras que usamos. Existem, afirmações que não são expressas, ou porque estão implícitas, ou porque são pressupostas por ambos os interlocutores (Abreu, 2000).

O problema das implicações e pressuposições envolve numerosas questões. Uma delas tem a ver com a inter-subjectividade e a distinção entre "mundo cognitivo comum" e "mundo cognitivo mútuo". Tal como sugere Abreu (2000) se eu disser a uma pessoa "Vamos lá então", e ela responder "Vamos", podemos estar a entender sobre alguma coisa que está pressuposta. Trata-se de um saber comum. No entanto, a conversa não terá ainda qualquer consequência, 1) se eu não souber que ela sabe o que eu sei, 2) se ela não souber que eu também o sei, 3) se eu não souber que ela sabe que eu também o sei, e assim sucessivamente. Este é o campo do saber mútuo, que se pode definir na progressão infinita de "eu sei", "tu sabes que eu sei", "eu sei que tu sabes que eu sei", "tu sabes que eu sei que tu sabes que eu sei", "eu sei que tu sabes que ambos sabemos".

O saber mútuo depende das trocas comunicacionais anteriores e da partilha de experiências comuns. Depende portanto do relacionamento prévio, e aumenta na medida em que aumenta a intimidade e a cumplicidade. Duas pessoas cúmplices reservam para elas o seu saber mútuo,

de tal modo que uma troca de sinais, verbais ou não, pode ter um enorme valor informativo com base nos pressupostos comuns. Costuma assim ser nas relações de amizade e paridade, nas quais o saber mútuo está equilibrado. No entanto, quando um sabe mais do outro do que o outro do primeiro, este último mantém uma relação de poder.

#### **4. Patologia Dual**

A Patologia Dual é uma entidade clínica psiquiátrica recente, que resulta da existência, no mesmo doente, de patologia psiquiátrica e patologia aditiva (álcool, drogas ou outras). Constata-se a existência de uma alta prevalência de comorbilidade em dependência química e doenças mentais, que chega a atingir quase dois terços das coortes. Tão significativa é esta associação que ela passa a se comportar epidemiologicamente como uma entidade clínica, e por isso foi denominada “patologia dual”.

Isto, contudo, não se limita apenas a uma associação estatística. A condição interfere no tratamento e conduta tradicionais das equipas de saúde em relação ao doente mental, pois a abordagem de uma ou outra condição não é suficiente para um tratamento responsivo. Noutras palavras, se tratado para uma e outra condição a resposta não é satisfatória para nenhuma delas, o que exige uma abordagem que considera ambas as patologias como parte de um mesmo cluster.

Alguns aspectos genéticos são evidenciados nesta questão. Somente 10%, em média, dos que fazem uso ou abuso de substâncias desenvolvem adição ou dependência, sugerindo uma diátese genética. Por outro lado, a alta prevalência de adição entre doentes mentais sugere ser a patologia dual um fenótipo psicopatológico. Uma das teorias atualmente em evidência considera que a dependência química produz alterações neurobiológicas que aumentam significativamente a vulnerabilidade do sujeito a transtornos mentais. É possível que indivíduos com baixa actividade dopaminérgica pré-frontal, anedónicos, que tendem a procurar drogas que minimizem sua apatia e disforia sejam os alvos principais da patologia dual.

A dificuldade diagnóstica desta condição decorre em grande parte do facto de os complexos sintomáticos estarem compartimentalizados diferentemente nas classificações psiquiátricas actuais (CID-10 e DSM-IV), que não levam em consideração que complexos supostamente diferentes estejam relacionados aos mesmos substratos neuronais e etiológicos. Neste sentido, a patologia dual é uma nova entidade clínica sindrómica.



Néstor Szerman (2011), presidente da Sociedade Espanhola de Patologia Dual, afirma que as altas taxas de prevalência de patologia dual nos orientam a afirmar que todos os programas dirigidos a indivíduos com doença mental grave deveriam organizar-se como programas de patologia dual, já que isto é mais a regra que a exceção.

Existem um conjunto de factores psicossociais associados à patologia dual, tais como: ausência de proteção para o desenvolvimento de dependência após a iniciação do tabagismo: dificuldade em manter estudos e actividade laboral, bem como manter parceiro íntimo e as relações sociais.

Os dados em amostras clínicas e estudos de população em geral indicam uma prevalência de comorbilidade com o consumo de substância de 40-50% com taxas mais elevadas para os esquizofrénicos do sexo masculino, sem abrigo ou detidos (mais de 70%) Ponce, (2011).

Perante a dúvida de qual dos quadros surge primeiro existem a hipótese de talvez os distúrbios psiquiátricos primários predisponham ao uso de substâncias; que o uso de substâncias provoque o surgimento de patologias psiquiátricas ou que estes sejam processos paralelos.

Para a hipótese de os distúrbios psiquiátricos predispor ao uso de substâncias, surgem 2 modelos explicativos: a) Modelo de auto-medicação, que considera que os pacientes com doença mental consomem tóxicos para aliviar os sintomas desagradáveis; b) Modelo de vulnerabilidade que considera que os pacientes com patologia psiquiátrica têm déficits neurobiológicos tornando-os mais sensíveis ao efeito de substâncias psico-activas.

Para a hipótese do uso de substâncias originar o aparecimento de patologias psiquiátricas surge a ideia de que as mudanças cerebrais causadas pelo uso de substâncias podem levar a variados quadros psiquiátricos.

Os problemas de dependência de álcool e drogas estão entre os mais importantes preditores de re-hospitalização Haywood et al. (1995) razão pela qual lhe daremos maior destaque.

## 5. Toxicodepências

A toxicodependência “...insere-se na nossa paisagem social como uma das figuras mais enigmáticas da condição moderna” Bergeret (1980: 51). Quanto à terminologia, considera-se pertinente salientar que na bibliografia estudada constatou-se uma variedade de termos referentes ao fenômeno da dependência de drogas. Além de toxicodependente, toxicodependência, encontram-se termos como: drogadição, adicção e adicto, toxicomania, farmacodependência, toxicômano, bem como outros, que serão igualmente considerados. Para Lambert (2001), a adicção, no vocabulário da Língua Portuguesa, é descrita como inclinação ou apego por algo e que o termo “Addictum, na antiga República Romana, era o termo associado ao escravo. Dependente químico - DROGADICTO nada mais é do que um escravo de sua vontade, um subalterno de seu próprio domínio, amordaçado pelo desequilíbrio interno emocional.”(p. 21).

Segundo a CID-10 (1992/1993), o abuso e a dependência de drogas não podem ser considerados somente em função da quantidade e da frequência de uso. Uma pessoa só pode ser considerada dependente se o nível de consumo incorrer em, pelo menos, três dos seguintes sintomas básicos, ao longo dos últimos meses antecedentes ao diagnóstico: forte desejo ou compulsão para consumir drogas; uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência; estado fisiológico de abstinência; evidência de tolerância; negligência progressiva de prazeres e interesses outros em favor das drogas; persistência no seu uso, mesmo diante da evidência de danos; evidência de que o retorno ao uso, após período de abstinência, leva à reinstalação rápida do quadro anterior.

É importante salientar que, após a constatação da dependência, faz-se necessário observar se esta é primária ou secundária à doença mental, no sentido de identificar as chamadas patologias de base ou comorbilidades psiquiátricas, que atingem entre 40 e 60% dos dependentes graves. Entre elas estão os transtornos de conduta, de aprendizagem, de personalidade, os afectivos e os da codependência familiar (Felix, 1999).

Conforme o relatório mundial de combate às drogas e crimes (United Nations Office on Drugs and Crime, 2006), em torno de 200 milhões de pessoas da população com idades entre 15 e 64 anos consumiram drogas ilegais no último ano. Em relação à população mundial, na mesma faixa etária, há uma estimativa de que 2,7% se drogam regularmente. Os programas de tratamento visam a abstinência de drogas, o controle do seu consumo e em última instância devolver a autonomia (se é que alguma vez a tiveram) a quem está dependente.

No que concerne à dependência alcoólica, esta foi conceptualizada essencialmente através de uma perspectiva moral (Teixeira, 2006). A partir de meados do século XIX assistimos à emergência do alcoolismo enquanto doença. A dependência e o abuso de álcool representam um grande problema de saúde pública. Mesmo os melhores tratamentos para o alcoolismo apresentam prognósticos pouco favoráveis, e o prognóstico para pacientes com maior cronicidade é ainda menos favorável. O álcool causa anualmente 1,8 milhões de mortes (3,2% do total) e a perda de 58,3 milhões (4% do total) de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade em todo o Mundo (OMS, 2005). A variação da carga de doença provocada pelo consumo de álcool nos vários países depende, pelo menos, de dois factores: da quantidade total de álcool consumida no país, para o qual o indicador é o consumo per capita, e da forma como o álcool é consumido, ou seja, o padrão de consumo.

Estima-se que o custo económico resultante da utilização do álcool nas economias desenvolvidas varia entre 0,5% e 2,7% do Produto Interno Bruto (PIB) (OMS, 2000). Calcula-se que os custos tangíveis do álcool na UE em 2003 tenham sido €125 mil milhões, e os intangíveis €270 mil milhões (Anderson et al., 2007). Os custos sociais e económicos resultantes das consequências negativas do consumo são elevadíssimos e têm conduzido a uma crescente preocupação, não só da OMS, mas de vários organismos da União Europeia.

A Europa é a zona do mundo com consumo mais elevado de álcool, com cerca de 11 l per capita. Concretamente, 23 milhões de europeus (5% de Homens, 1% de Mulheres) são dependentes do álcool. (Anderson; Baumberg, 2006). O álcool é responsável por 7,4% de todas as incapacidades e mortes prematuras na EU (Madelin, 2008). Embora o consumo médio de álcool tenha vindo a decrescer na UE, a proporção de jovens e jovens adultos com padrões de consumo nocivos cresceu na última década em muitos dos Estados-Membros. Os padrões de consumo de bebidas alcoólicas em muitas zonas da UE e, sobretudo, as tendências cada vez mais marcadas entre os menores de idade para o «consumo esporádico excessivo» (binge drinking) relatadas em muitos países europeus, poderão ter efeitos perniciosos sobre a saúde a longo prazo e aumentar o risco de danos sociais.

O álcool afecta, portanto, pessoas que bebem num padrão de consumo nocivo, com danos mas sem dependência, inúmeras pessoas que apesar de não beberem regularmente, apresentam consumos esporádicos excessivos com consequências potencialmente graves, bem como um número incalculavelmente maior de pessoas que sofrem danos sociais, mentais, emocionais e materiais, causados pelo consumo próprio ou de outros.

Em 2003, segundo dados do World Drink Trends (World Drink Trends, 2005) Portugal ocupava o 8.º lugar do consumo mundial, com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol per capita, o que corresponde ao consumo acumulado de 58,7 litros de cerveja, 42 litros de vinho e cerca de 3,3 litros de bebidas destiladas. Portugal ocupa o 4.º lugar mundial relativamente ao consumo de vinho, com um consumo de 42 litros per capita. Em relação ao consumo de cerveja, os dados mostram que Portugal ocupava o 23.º lugar com um consumo de 58,7 litros per capita, traduzindo-se num aumento significativo no decurso das últimas décadas. O consumo de bebidas destiladas situava-se nos 3,3 litros per capita, ocupando o nosso país o 32.º lugar e registando-se um aumento relativamente aos anos transactos. O Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral -Portugal 2007 abrangeu a população nacional residente no continente e nas ilhas, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade e contabilizou uma amostra total de 15 000 indivíduos. Entre 2001 e 2007 a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou 3,5%, de 75,6% para 79,1%.A proporção da população que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas entre os 15 e os 17 anos representava em 2001 cerca de 30%, tendo este valor aumentado para os 40% em 2007 (Balsa et al., 2008). Neste inquérito de 2007, 15,4% dos jovens dos 20 - 24 anos e 11,2% dos jovens dos 15 -19 anos diz ter-se embriagado no último mês e 0,2% dos jovens dos 20-24 anos e 0,5% dos jovens dos 15-19 anos fê-lo 10 vezes ou mais (Balsa et al., 2008). Se nos reportarmos ao último ano, 38,5% dos jovens dos 20-24 anos e 34,6 % dos jovens dos 15-19 anos embriagou-se pelo menos uma vez e 2,8% dos jovens dos 20-24 anos e 1,2% dos jovens dos 15-19 anos fê-lo 10 ou mais vezes.

Para (re)pensar o fenómeno das toxicodependências e a complexidade a ele associada, iremos começar por caracterizar brevemente as drogas mais consumidas pelos toxicodependentes portugueses para, posteriormente, apresentarmos alguns dos modelos de compreensão da toxicodependência.

### **5.1 Modelos de compreensão da toxicodependência**

Chamamos a atenção para que a relação com as drogas não deixa de ser uma forma de relação. É importante que os técnicos que trabalham na área da toxicodependência detenham competências relacionais mobilizadoras da capacidade de estabelecer relação. É com o estabelecimento desta relação terapêutica que podemos “substituir” as drogas. Um dos muitos livros escritos por Eric Berne intitula-se significativamente "O que diz você depois de dizer

olá?" De facto, "olá" é a unidade mínima de estimulação que as pessoas podem trocar entre si. Tratar a pessoa pelo nome próprio vale bem mais do que um simples "olá". E um abraço sentido vale ainda mais (Abreu, 2000).

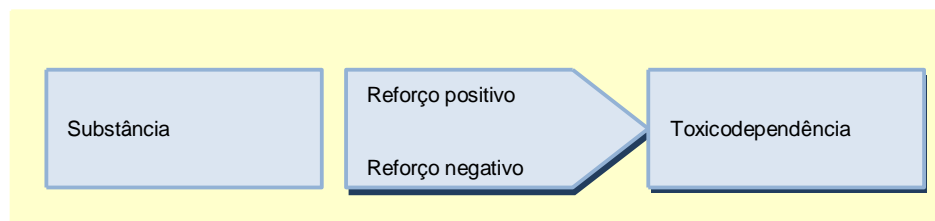
Vamos então tentar perceber o processo das dependências. De acordo com Claude Olivenstein (1990) e outros autores já clássicos que abordaram as questões relativas ao (ab)uso de drogas (Bergeret, 1982; Nowlis, 1989), definem a toxicomania como o encontro entre uma personalidade, um produto, e um momento sociocultural. Partimos da concepção básica e relativamente consensual entre os especialistas, da tripolaridade constatada em qualquer processo de uso de drogas. Um dos pólos diz respeito ao produto; outro refere -se à personalidade do utilizador, constructo resultante dos processos de interação estabelecidos pelo sujeito com os seus contextos de socialização; e o outro pólo consiste exactamente nesses contextos de socialização, ou seja, nos ambientes socioculturais que interagem no processo existencial do sujeito (Cruz, M., 2000: 111).

O conceito de dependência e as explicações para a sua formação têm, como já referimos, evoluído ao longo dos tempos. Benjamim Rush distingue três fases na sua história. São elas, a fase unifactorial, a fase bifactorial, e a fase biopsicossocial, correspondentes a três concepções ligadas a modelos explicativos diferentes, os quais surgem também em contextos históricos distintos. Tal como a nocividade atribuída a uma substância psicoactiva e os contornos da definição de "droga" assentam mais na história e na tradição do que na psicofarmacologia, estando mesmo alguns conceitos e preconceitos condicionados pelo quadro socio-legal vigente, a conceptualização da toxicodependência acaba também por sofrer as influências dominantes da época. Mesmo que a nível clínico a dependência física esteja perfeitamente definida, a crescente utilização e valorização da dependência psicológica na concepção das toxicodependências acaba por introduzir um alto grau de subjectividade ao conceito lato de dependência, dando desse modo poder à sociedade para atribuir, de forma arbitrária, a classificação de comportamento dependente aos comportamentos recorrentes que são desviantes da norma dominante.

Vejamos então, ainda que sumariamente, a forma como a toxicodependência tem sido compreendida por cada um destes modelos.

Pode considerar-se que o momento que inaugura a fase unifactorial, é o livro *Inquiry into the effects of ardent spirits upon human body and mind*, publicado no final do século XVIII, por Benjamim Rush, por sinal defensor das teses proibicionistas. Neste texto, o autor expressa a ideia de que a dependência do álcool deriva apenas do seu consumo.

**Figura 2: Processo de desenvolvimento da dependência: modelo unifactorial**



Este foi o conceito que as teorias comportamentalistas adoptaram e foi também o modelo que inspirou o movimento da temperança e os movimentos proibicionistas do início do século. Nesta concepção a dependência é gerada por via de mecanismos de aprendizagem cujas respostas associadas ao uso vão ter um efeito de reforço positivo (sensações de bem estar) e de reforço negativo (evitar o mau estar). Assim certos toxicodependentes recorrem cada vez mais a uma (das) droga(s) para compensar a ausência de recompensa, de satisfação que não são capazes de receber da vida até que, num dado momento, acabam por encontrar na droga a sua recompensa principal (Morel, A.; Hervé, F.; Fontaine, B., 1998:175).

Mais concretamente podemos dizer que o reforço positivo consiste, fundamentalmente na procura de sensações agradáveis experimentadas com o uso de drogas, sem que isto implique a existência de um mau estar prévio. Existe uma teoria que explica os efeitos agradáveis das drogas por alterações aos mecanismos de acção da dopamina, verificados especialmente numa área primitiva do cérebro denominada área tegmental ventral. O reforço negativo consiste, fundamentalmente, no recurso às drogas para eliminar um mau estar físico ou psicológico, decorrente do uso de drogas ou de alguma patologia prévia que potencie a auto-medicação. Como sabemos, as substâncias tóxicas podem gerar dois tipos de dependência: a psicológica e a física. A dependência psicológica, ligada fundamentalmente aos mecanismos de reforço positivo, consiste na sensação experimentada pelo consumidor de que necessita da substância para atingir um melhor nível de actividade ou uma sensação de bem estar superior, recorrendo por isso de forma quase sistemática ao seu consumo.

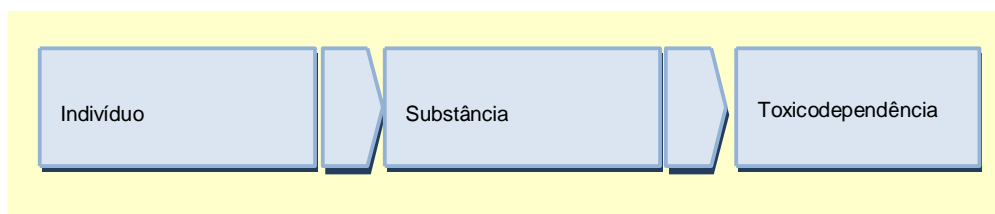
Mais visível em termos sociais, e causadora de maiores danos, a dependência física está ligada fundamentalmente aos mecanismos de reforço negativo: surge quando o organismo se adaptou fisiologicamente ao consumo habitual da substância, verificando-se, com a interrupção ou diminuição acentuada do consumo os sintomas característicos do síndrome de abstinência específicos da substância em causa. No desenvolvimento destes dois tipos de dependência é ainda necessário ter em consideração não só as propriedades específicas da substância como o carácter e o estado emocional do consumidor e o contexto em que o mesmo está integrado: estes podem surgir como factores de risco ou protectores face ao desenvolvimento de um comportamento abusivo.

De uma forma geral, no percurso dos toxicodependentes, podemos distinguir três etapas associadas à maior ou menor participação deste dois mecanismos. A primeira fase é vulgarmente designada por lua de mel e é caracterizada pela percepção dos efeitos positivos das drogas e pela ausência quase total de efeitos negativos. Nesta fase funciona fundamentalmente o mecanismo de reforço positivo: os consumos são ocasionais ou pouco regulares pelo que os efeitos negativos ou estão ausentes ou não são muito significativos. Muitos dos consumidores de drogas estão nesta fase, não sendo obrigatório que evoluam para as outras fases, especialmente no caso dos consumidores de cannabis. A segunda fase pode já estar associada à dependência física. Se bem que os mecanismos de reforço positivo sejam predominantes, e quase exclusivos no caso da dependência psicológica da cannabis, noutras drogas, como o álcool e a heroína, começam já a ser importantes os mecanismos de reforço negativo. Assim, os consumos, além de proporcionarem ainda algum prazer, começam a ser também uma necessidade para mitigar o sofrimento, tornando-se cada vez mais regular e imperioso o uso das substâncias para contrariar os seus efeitos negativos. Na terceira fase, fundamentalmente associada à dependência física, os mecanismos de reforço positivo são quase anulados, existindo uma predominância quase total dos mecanismos de reforço negativo. A transição para esta fase é muito reduzida ou mesmo inexistente no caso dos consumidores de cannabis, mas muito mais frequente nos heroinómanos e nos alcoólicos, devido à severidade dos sintomas de abstinência que estas substâncias produzem. Nesta fase, os consumidores, que atingem uma visibilidade social muito grande pelo seu aspecto e comportamentos assumidos, observada especialmente em alguns heroinómanos pelo seu recurso à criminalidade aquisitiva, buscam essencialmente o restabelecimento da sua normalidade e a angústia provocada pela abstinência exige ser mitigada de imediato. Está instalado o círculo da dependência característico dos sistemas que reagem de forma compulsiva aos efeitos negativos.

O modelo unifactorial surgiu, como vínhamos dizendo, no final do século XVIII e foi predominante até ao início do século XX, mais concretamente até meados dos anos 30 deste século. Se bem que cientificamente ultrapassado, serve ainda hoje de base ao discurso político -jurídico-mediático e está provavelmente enraizado na generalidade da população. Esta concepção pode ser sintetizada na frase: "a droga faz o drogado que faz o crime".

Durante os anos 30, os alcoólicos anónimos, ainda inspirados pela teoria de Rush, lançaram um movimento de entre ajuda, afirmando que o alcoolismo não reside na bebida mas no homem e que este é um doente que sofre de uma patologia cujo sintoma principal é a necessidade compulsiva do produto. Neste modelo, a dependência surge como resultado de dois factores, o homem e a substância, estando a ênfase colocada no primeiro (figura 5).

**Figura 3: Processo de desenvolvimento da dependência: modelo bifactorial**



No entanto, este modelo, quando aplicado às drogas ilícitas, não toma o consumidor por um doente mas sim por um delinquente. Assim, em associação com a ideia de que a "droga" provoca o crime, é de algum modo a base da construção jurídica que procurou e procura legitimar a criminalização do consumo. No final dos anos 30, o consumo de certas substâncias por parte de minorias étnicas - o ópio pelos chineses, a cannabis ou marijuana por mexicanos e a cocaína por negros - é diabolizado por uma elite dominante branca, protestante, anglo-saxónica, altamente puritana e racista. A penalização de algumas das características distintivas daqueles grupos, também chamados dangerous classes, proporcionou um fértil caminho para a associação das drogas "ilícitas" ao crime. Visto sobre este prisma a ênfase posta num indivíduo que para consumir uma substância tem de violar a lei e praticar um delito, quando poderia escolher não o fazer, transforma o toxicodependente num delinquente que tenta escapar à norma social imposta pela legislação. Esta fase prolonga-se até meados dos anos setenta e foi durante este período que a racionalidade punitiva do consumo foi aplicada em Portugal. Data desta época a campanha "Droga - Loucura-Morte" que surge associada à expansão do consumo de drogas ilícitas em Portugal e que é

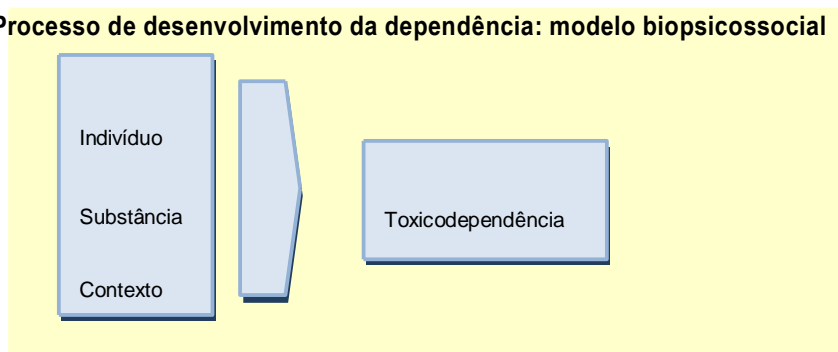


até mesmo referida como promotora dessa expansão. Esta produção legislativa antecede o aparecimento de uma nova lógica na defesa das teses proibicionistas que constitui uma espécie de regresso ao modelo unifactorial e que se torna dominante no discurso político-jurídico, marcando o início de um afastamento entre esse discurso e as teorias científicas dominantes em matéria de drogas e toxicodependências.

Por esta altura, nos Estados Unidos, o consumo de drogas ilícitas tinha extravasado o limite das dangerous classes associadas à delinquência e ao crime, e era frequente entre a população branca anglo-saxónica não desviante, nomeadamente entre os membros das elites dominantes. Este alastramento às populações com bons valores morais vai contribuir para uma mudança de postura, pois atingiram-se assim os impecáveis (isentos de pecado). O consumidor, até então indubitavelmente delinquente, vai passar cada vez mais a ser observado como um doente que recorre ao crime devido à sua doença. Por outro lado, o saber científico também evoluiu no sentido de recorrer a outros factores para conseguir explicar a toxicodependência.

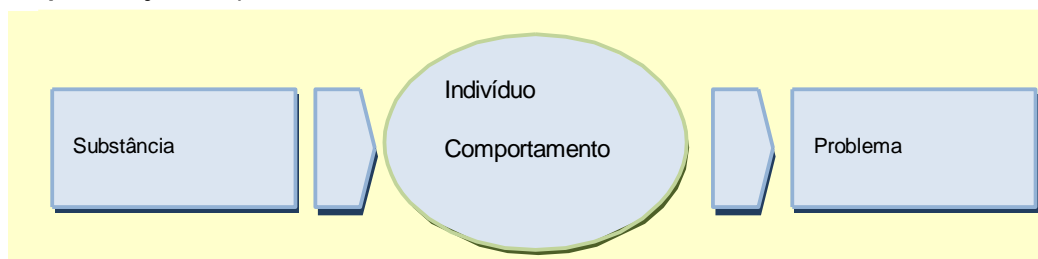
Surge nesta fase um novo modelo que começou a ser amplamente divulgado no início dos anos oitenta e que constitui hoje, a posição consensualmente admitida nos meios científicos: ele conceptualiza as toxicodependências como uma doença causada por vários factores de ordem biológica, psíquica e social. É o chamado modelo biopsicossocial.

**Figura 4: Processo de desenvolvimento da dependência: modelo biopsicossocial**



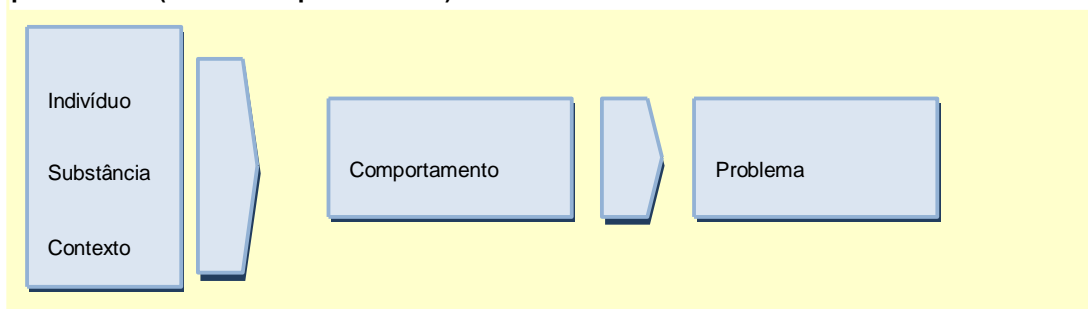
Mas se a toxicodependência é cientificamente conceptualizada desta forma, no que se refere aos efeitos sociais que surgem por via dos comportamentos das populações consumidoras, o poder político e o legislador, de modo a escamotearem os efeitos negativos da legislação continuam a tomar como base o modelo unifactorial postulando uma concepção de causalidade linear segundo a qual as drogas causam problemas de comportamento nos consumidores, que por sua vez, causam problemas sociais.

**Figura 5: O papel do toxicodependente no desenvolvimento de problemas de comportamento (discurso político-jurídico)**



Pelo contrário à luz da concepção biopsicossocial dos comportamentos dependentes, é impossível compreender o papel do sujeito descontextualizando-o do encontro “perigoso” entre ele próprio, a substância e o meio envolvente (figura 8).

**Figura 6: O papel do toxicodependente no desenvolvimento de problemas de comportamento (modelo biopsicossocial)**



Como diz Michel Reinald (1984, cit in Nowlis, op. Cit. Pág.27):

“...o problema das toxicomanias...é considerá-lo como um encontro entre o produto, uma personalidade e um contexto sócio-cultural”.

Helen Nowlis (1989) definiu 4 maneiras fundamentais de encarar a utilização da droga tendo em conta os seus componentes interactivos - a substância, o contexto e o utilizador: o modelo jurídico moral, o modelo médico ou de saúde pública, o modelo psicossocial e o modelo sócio-cultural, não esquecendo que qualquer um destes são um exemplo da diversidade de hipóteses formuladas em torno da toxicodependência. Sintetizamos, então, os seus aspectos básicos.

No modelo Jurídico Moral a droga é o elemento mais importante. Os produtos classificam-se em duas categorias: inofensivos ou perigosos, sendo estes últimos proibidos jurídica e socialmente. O objectivo principal deste modelo é, pois, a retirada do produto do alcance do público, visto como a principal vítima da existência deste fenómeno. As medidas coercivas e policiais baseiam-se no medo quanto à posse ou venda de substância. Pelo contrário, a droga inofensiva é

aquela que não é social ou juridicamente interdita. E as drogas perigosas são todas as outras. As principais fórmulas de travar o aumento da utilização das drogas potenciam-se através "...o controlo do seu preço, da punição ou ameaça de punição e da divulgação de advertências quanto aos riscos físicos, psicológicos ou sociais, implicados no seu uso" (Nowlis, 1989:7). Tal como as drogas são dicotomicamente divididas em legais ou ilegais, da mesma forma os indivíduos são considerados como utilizadores ou não utilizadores, consoante consomem ou não drogas. Por momentos, este modelo fez-me lembrar o slot "droga, loucura e morte", de que tanto se falou e em que houve um crescimento dos consumos. Ele supõe uma educação feita pelo medo, pela repressão, que penso não ser a solução para a sociedade em que nos encontramos, em que o "fruto proibido é o mais apetecido", como diz o ditado popular. O modelo Jurídico Moral focaliza-se "...na(s) substância(s) e não no indivíduo que a(s) utiliza(m) não considerando os factores emocionais e afectivos responsáveis pela iniciação e/ou manutenção de certos padrões de consumo de drogas" Carvalho Negreiros (1991:139). Penso, no entanto, que a realidade é muito mais complexa não se podendo ter uma visão simplista como esta. A substância é importante mas há outros aspectos a ter em conta. Existe neste modelo uma clivagem da sociedade em bons e maus cidadãos, o que acarreta, simultaneamente, a sua desresponsabilização. O modelo médico ou de saúde pública tende, cada vez mais, a substituir o modelo Jurídico Moral: "...a droga, o indivíduo e o contexto são considerados respectivamente como o agente, o hospedeiro e o meio ambiente, numa transposição do esquema do modelo de uma doença infecciosa" (Nowlis, 1989: 7). À semelhança desse modelo, o hospedeiro é o indivíduo vulnerável, ou não, infectado ou infeccioso. Os utilizadores devem, então, ser tratados e curados como se tratasse de um problema médico. Os programas educacionais orientados para a prevenção salientam os aspectos pessoais e sociais causados pela dependência. Neste modelo a droga assume ainda o papel mais importante, sendo considerada como geradora de dependência, e não simplesmente como uma substância perigosa. No entanto, tanto neste como no modelo anterior, o papel principal é atribuído à substância. Só que o modelo médico não introduz qualquer diferença entre a legalidade ou ilegalidade da substância, daí incluir frequentemente o álcool, a nicotina e a cafeína como geradoras de dependência, embora as distinga de outras substâncias. Para diminuir o seu uso e controlar a facilidade de obtenção há que diminuir a aceitação social e aumentar o preço das substâncias que levam à dependência. Por outro lado, e na sequência da sua assimilação ao modelo da doença infecciosa, surgem "...acções de vacinação, que incluem uma grande série de medidas, desde a absorção de antinarcóticos, até à criação de programas

educacionais” (Nowlis, 1989:8). Sintetizando, podemos dizer que este modelo trata a problemática da toxicodependência unicamente do ponto de vista médico, tendo em conta apenas o sintoma. No entanto, “...não é evidente que os utilizadores de produtos legais ou ilegais dos quais dependam devam ser tratados como se tivessem um problema exclusivamente médico” (Bergeret 1997: 36).

O modelo sócio-cultural refere-se às atribuições que a sociedade faz relativamente ao uso da droga, aos seus utilizadores e aos modos de reacção. As substâncias ganham importância e relevo, não tanto pelas suas propriedades farmacológicas, mas pela forma como os utilizadores a elas reagem e pela forma como a sociedade define o seu uso. A droga é vista na óptica de um comportamento desviante, que varia de cultura para cultura, existindo inclusive culturas em que nem desviante é. As condições de habitação, a ausência de oportunidades, a industrialização e a urbanização, são tudo factores que jogam um papel relevante na perspectiva sócio-cultural. São acentuados não só os elementos sociais e psicológicos mas também as condições económicas e o ambiente em que vive o indivíduo. Há, pois, um deslocamento da causalidade do indivíduo para as instituições e sistemas sociais. Segundo Nowlis, este modelo tem em conta a variação do factor contexto, na complexa equação droga, indivíduo, contexto. O elemento droga, tem um valor relativo, pelo que “O uso de drogas socialmente proibidas é visto aqui em primeiro lugar como um comportamento que se desvia do normal, comportamento que deve ser encarado e tratado como qualquer outro comportamento desviante ou, se excessivo, destrutivo”(Nowlis, 1989:9-10). Neste modelo, interessa, pois o conjunto de condutas do indivíduo que são consideradas desviantes, em que os danos causados podem ser fruto do próprio comportamento ou da reacção da sociedade. Os aspectos valorizados pela sociedade (competição, sucesso, conformismo) são de igual forma reconhecidos como potencialmente geradores de comportamentos desviantes.

No modelo psicossocial a utilização de drogas é considerada um comportamento como qualquer outro, que persiste apenas enquanto desempenhar uma função para o indivíduo. Fuente (1983: 84) diz mesmo que “se não existisse uma procura de drogas a oferta não faria sentido”. A toxicodependência é encarada de um ponto de vista contínuo em que o indivíduo é o agente activo: “O uso da droga e o seu utilizador são considerados, dentro deste ponto de vista, como um factor complexo, dinâmico, tornando-se assim o ponto central das acções de intervenção...”. (Nowlis, 1989:9). De acordo com esta perspectiva procura-se perceber qual o significado e função que o utilizador dá à droga, isto é, qual a importância que ela tem na sua vida. A droga em si não tem valor, o indivíduo é que lhe dá uma funcionalidade. O contexto, neste modelo, tem um papel importante não só no uso da droga como nas reacções a esse mesmo uso.

A inovação, ao nível dos programas educativos, é a recomendação de soluções e medidas não especificamente relacionadas com a droga mas que se demostrem igualmente aplicáveis a outros comportamentos destrutivos, ou que se desviem da normalidade. Deixa-se assim de lado o papel principal da substância, relativizando a questão e pondo em relevo o indivíduo e o meio no qual ele está inserido. Não há assim uma resposta única, sendo favorecida a intervenção exterior a nível da reabilitação do sujeito e da sua reinserção social.

Procurando escutar o diálogo que o toxicodependente tem com a droga, apercebemo-nos que ele vive constantemente no dilema entre a abstinência e o consumo, entre a dificuldade de se ver agarrado e amarrado, nomeadamente à sua heroína que idolatra, mitifica, venera, mas que também o destrói e o mata sem piedade, e a liberdade de viver, um dia após o outro, sem amarras, sem dependências, numa conquista sofrida de autonomia e auto-estima. Mas é tão difícil viver sabendo que existe algo que alivia rapidamente os sintomas e nos faz feliz, nem que seja por alguns minutos!... Muitos são os autores que contextualizam a problemática da toxicoddependência nas dificuldades de separação-indivuação experienciadas tanto pelo toxicómano quanto pela sua família. Stierlin (1971) é um dos autores que teoricamente mais contribuiu para acentuar o papel activo e dinâmico dos pais neste processo. Para este autor, a separação-indivuação na família deve levar a uma independência relativa, garantindo a individualidade, reconhecendo as necessidades, os sentimentos e pensamentos próprios de cada indivíduo mas permitindo também as trocas entre os membros do sistema e os conflitos. O autor conceptualiza dois modelos de separação: o modelo centrípeto e o modelo centrífugo. Ambos descrevem dinâmicas familiares que sem serem obrigatoriamente patogénicas, podem agir negativamente na recíproca indivuação, dependendo da altura em que ocorrem e da forma como se combinam. O modelo centrípeto corresponde a famílias altamente aglutinadoras onde os comportamentos infantis são gratificados, os movimentos de autonomia e afirmação da diferenciação não são estimulados, o que provoca nos seus elementos sentimentos de culpa face à separação, sentimentos de incapacidade e de dependência. O modelo centrífugo corresponde a famílias que têm tendência a rejeitar os seus elementos, empurrando-os precocemente para comportamentos adultos, provocando nos filhos a tendência para estabelecer relações afectivas precoces com elementos exteriores à família. A estes dois modelos corresponderiam diferentes modos de transacção patológica do processo de separação-indivuação. As três formas principais definidas por Stierlin na patologia da separação são: a) o encadeamento (binding), que resulta da impossibilidade de obtenção das

satisfações fundamentais ou das seguranças essenciais fora da família; este acorrentamento pode exercer-se a vários níveis (intelectual, cognitivo, afectivo, moral) sendo que toda a tentativa de separação é vivida pelos pais como “crime número um” (Madanes, 1982); b) na delegação (delegating) o sujeito é encarregado de uma missão no exterior da família, tornando-se assim, uma simples extensão do self parental; c) a expulsão (expelling) corresponderia ao abandono ou rejeição contínua do jovem, que nos casos mais graves se traduz pela ideia de que o desaparecimento físico ou emocional do adolescente é julgado necessário para a resolução da crise parental.

Embora sendo um acontecimento desejável, a autonomização dos filhos nem sempre ocorre com benefícios para ambas as partes; vimos como existem forças familiares que se opõem à mudança. No âmbito da dinâmica relacional, Stierlin (1971) chamou especial atenção para a importância e influência das “Percepções e Expectativas Parentais” acerca da capacidade de separação dos filhos. Destacando três áreas fundamentais: a) as relativas ao jovem como potencialmente autónomo; b) as respeitantes às capacidades de desenvolver relações de objecto fora do círculo familiar; c) as relacionadas com a lealdade do jovem face aos seus progenitores; d) a ambiguidade entre percepções e expectativas manifestas e latentes que é determinante em termos de dificuldade de separação, podendo o sintoma, como é o caso da toxicodependência surgir exactamente no espaço potenciado pela paradoxalidade das mensagens parentais. Diversos autores têm sublinhado que a forma como os pais lidaram com a separação quando adolescentes desempenha um papel de relevo no modo como eles equacionam o momento de que vimos falando, já que têm a tendência para replicar junto dos filhos a forma como se autonomizaram ou não das suas próprias famílias de origem, verificando-se uma associação entre os conflitos não resolvidos dos pais e as perturbações psicopatológicas dos filhos (Fleming, 1993).

Embora correndo o risco de nos repetirmos, não será demais sublinhar que a tentativa de autonomia pode ser vivida como ameaçadora, arrastando sentimentos de culpa e rejeição. Uma das formas do jovem estabilizar a família é desenvolver sintomas ou fracassar na autonomização, de modo a que os pais continuem a ocupar-se dele. A instalação de um comportamento desviante ou sintomático traduz, nesta perspectiva, uma função de necessidade de manutenção da unidade familiar, sendo que, como nos refere Haley “os pais continuam a comunicar através e acerca do jovem, mantendo a mesma organização”. Desta forma podemos pensar que o jovem toxicómano tem um papel na família, que é altamente disruptivo, mas que, paradoxalmente, tem em simultâneo um papel estabilizador. A manutenção do consumo pode ter, para o próprio, a função de lhe dar a

ilusão de se individualizar e autonomizar dos pais, mantendo-se simultaneamente ligado, dependente e fiel à família.

Como podemos facilmente perceber, cada um dos modelos anteriormente apresentados, conceptualiza a droga e os fenómenos a ela associados, de diferentes formas o que, por sua vez, leva a diferentes directivas. Em muitos aspectos complementares, eles permitem focalizações diferentes e assim “ Se o objectivo for colocar a droga longe do alcance do homem, o papel preponderante será dado à legislação. Se for o de manter o homem afastado da droga, a responsabilidade caberá aos especialistas das ciências do comportamento e se for a de criar um quadro dentro do qual as necessidades a que responde o uso da droga sejam mais bem satisfeitas, são as instituições que têm um papel a desempenhar” (Nowlis, 1989: 11).

O Modelo Ecológico, proposto por Bronfenbrenner em 1976, como modelo explicativo do comportamento humano em geral, propõe uma abordagem que se focaliza na interacção de diferentes áreas que são parte das componentes sociais e individuais do sujeito. Pela interacção que estabelece entre os diferentes níveis- microsistémico, exosistémico e macrosistémico - sem esquecer, contudo, a dimensão individual, o modelo ecológico oferece-se-nos como uma grelha de leitura interessante e útil.

Bronfenbrenner (1996) considera a família, a escola, o grupo de pares, a comunidade como microsistemas culturais cuja interacção constitui um sistema alargado ou mesosistema. Cada um destes microsistemas tem a sua influência na pessoa (e é também por ela influenciado) mas a interacção entre os diferentes microsistemas é tão importante para o desenvolvimento individual como os acontecimentos que possam ocorrer em cada um deles. Torna-se assim importante equacionar o impacto provocado pelas características de cada microsistema nos outros e no sistema como um todo (Chamó, 1997).

De acordo com Mendes, et al. (2001), o modelo ecológico é, pois, de grande utilidade para perceber os comportamentos de risco em adolescentes e servirá igualmente como orientador na criação de programas de prevenção para as diversas etapas de desenvolvimento. Uma das suas implicações é o facto de que um programa preventivo, para que tenha resultados efectivos na redução de factores de risco, tem de ter em atenção os factores contextuais que influenciam os processos e deve ser feito em contextos relevantes.

Com este modelo, a saúde começa a ser considerada como um processo dinâmico que é continuamente desenvolvido dentro de sistemas transaccionais. O indivíduo deve adquirir uma série de competências ao longo do seu ciclo de vida, como consequência de necessidades internas e

externas. Cada pessoa desenvolve diferentes estratégias adaptativas, baseadas na interação de diferentes variáveis, biológicas, psicológicas e sociais (Félix da Costa, 1999). De acordo com estes autores, o modelo ecológico permite ultrapassar as parciais e insuficientes perspectivas de outros modelos explicativos da toxicodependência, tais como o jurídico moral, o médico ou de saúde pública, o psicossocial e o sociocultural. Este modelo redimensiona o problema do uso de drogas como um fenómeno global e como um problema social, que inclui o indivíduo, a família, a comunidade, a sociedade, o sistema de valores, o sistema político, o sistema jurídico, o sistema económico, a droga em si e os seus efeitos no indivíduo que desenvolve o seu comportamento num espaço definido pelo próprio contexto. Desta forma, ele vê os consumidores e os factores associados ao consumo não de uma forma individualizada ou isolada mas integrada numa estrutura que lhe confere sentido.

Bronfenbrenner (1979) fornece-nos, com o seu modelo ecológico, um suporte teórico coerente e organizado. Defende que o desenvolvimento das crianças se processa numa hierarquia de sistemas encaixados uns nos outros, começando na interação face a face e continuando com o contexto comportamental onde as relações ocorrem (níveis micro e exossistémico), sem esquecer o envolvimento macrosistémico das práticas comunitárias e culturais. A compreensão ecológica destaca, assim, o impacto de algumas influências sociais na iniciação e manutenção do consumo de drogas. Não existindo uma orientação única, no plano teórico, podemos, no entanto, dizer que a generalidade dos serviços de apoio à patologia aditiva elege o modelo psicossocial como grelha de leitura, de compreensão e de interação face à toxicodependência. Há centros onde, por formação dos seus próprios técnicos, a leitura sistémica se impõe, pontuando a família e a rede social como microsistemas onde e com os quais é importante intervir. O desafio do modelo ecológico, pelo menos tal como o entendemos, está na articulação sistémica que o País nunca conseguiu equacionar, apesar dos vários programas e estruturas que sucessivos governos têm criado.

Tradução desta dificuldade de articulação está na recente junção das consultas de alcoologia e de toxicodependência, que até há bem pouco tempo eram tuteladas por serviços diferentes. Ainda actualmente permanecem diferenças nas políticas sociais de integração laboral entre os doentes alcoólicos, os toxicodependentes e os portadores de outras patologias psiquiátricas.



## 5.2. Modelos de tratamento das patologias aditivas

Os indivíduos que reagem ao sofrimento psicológico através de manifestações psicossomáticas fazem-no quando circunstâncias internas ou externas ultrapassam os seus limites de tolerância de resistências habituais, pois na tentativa de enfrentar determinadas situações conflituosas, estimuladoras de sentimentos intensos de dor, uma pessoa pode apresentar uma reação psicossomática ao invés de criar um pensamento ou um sonho. Assim, ao contrário de conter as emoções e de reflectir sobre elas para encontrar uma resposta adequada, pode, entre outras reações, eleger a droga como tentativa de superar a dor mental, por ser uma substância que afasta temporariamente o conflito psíquico e a consequente dor.

Em termos de tratamento, paralelamente a todas das intervenções médico-farmacológicas, é oferecido ao doente, e muitas vezes à sua família e/ou envolventes, um apoio psicoterapêutico na medida em que se considera importante que a droga deixe de ocupar um espaço central na família, e no equilíbrio inter-sistémico, existente entre o sujeito, a sua família e outros sistemas envolventes. Com efeito, as intervenções médico-farmacológicas não conseguem, por si só, ajudar o doente a resolver a crise de forma a retomar o seu desenvolvimento: podem ser uma boa ajuda mas é necessário que o toxicodependente equacione um conjunto mais lato de questões de forma a poder transformar a sua relação de dependência face às drogas e face aos outros

Em relação às intervenções psicoterapêuticas utilizadas nas Equipas de Tratamento do IDT, salientamos a Terapia Cognitivo Comportamental, a Psicoterapia individual de orientação analítica, o Psicodrama individual e de grupo e a Terapia Familiar Sistémica. Tal diversificação de acções tem sido possível dada a diversidade de formação dos vários técnicos envolvidos, possibilitando - nos a adopção de estratégias terapêuticas mais adequadas para cada caso.

Surge recentemente o conceito de “redução de riscos” teve a sua origem na medicina preventiva e curativa correspondendo a um objectivo social e comunitário O ambicionado com a “redução de riscos” é procurar modificar o comportamento dos consumidores de drogas com o intuito de diminuir os riscos, nos casos em que não é possível impedir o consumo ou conseguir a abstinência. Esta política, comporta duas valências: uma, procura exercer a pedagogia do consumo, apetrechando os sujeitos com competências para que o uso de drogas não acarrete riscos acrescidos para os consumidores ou para a comunidade; a outra, vincula os estados/países ao estabelecimento de condições em que o consumo não traga uma segunda geração de danos (Decreto-Lei nº 183/2001, de 21 de Junho), estabelecendo para tal, um conjunto de medidas das

quais se destacam a distribuição de seringas em estabelecimentos prisionais e as controversas salas de injeção assistida.

Verifica-se assim que no campo legislativo Portugal evolui do paradigma fiscal até ao paradigma biopsicossociológico e que, o estado investiu na prevenção, facto que decorre da implementação de programas de intervenção preventiva, vocacionados para a defesa e promoção da saúde bem como do processo de descriminalização iniciado. Na actualidade, o lema institucional é a prevenção, incluindo a redução de riscos e a minimização de danos. No entanto, os programas levados a cabo não constituem um triunfo político e muito menos social sobre a toxicod dependência. Nenhuma sociedade se pode orgulhar em “produzir” toxicod dependentes, porém, é também verdade que nenhuma sociedade pode permanecer num silêncio cúmplice perante o problema.

Surge desta forma uma nova consciência social e pessoal na qual os tratamentos não só pretendem contribuir para a abstinência mas também para a redução de consumos. Apresentamos de seguida o modelo de prevenção de recaída que é bem tradutor desta metodologia.

### **5.2.1. A Prevenção da Recaída**

A Prevenção da Recaída (PR) é uma abordagem cognitivo comportamental para o tratamento de comportamentos de dependência que aborda especificamente a natureza da recaída e o processo de coping. Sugere também estratégias úteis na manutenção da mudança (Marlatt & Gordon, 1985; Parks, Marlatt, & Anderson, 2001). Baseia-se na ideia de que os comportamentos aditivos são adquiridos ao longo da vida como hábitos biológicos, psicológicos, sociais tendo os seus determinantes e consequências. Engajar-se num comportamento tipicamente aditivo prevê imediatas recompensas de aumento do prazer e / ou diminuição da dor e é caracterizado por períodos de abstinência e períodos de recaída em consumo de substâncias.

Marlatt & Gordon (1993) distinguem recaída de “lapso”, considerando lapso como um leve equívoco ou deslize, uma queda temporária, acto isolado de reverter à situação anterior, um erro único, um engano. Nem todo o lapso é uma recaída. Relembra a origem da palavra lapso que advém de Prolapso (prolabi - um deslize ou queda para a frente), sendo o resultado benéfico, pois coloca o indivíduo numa “posição avançada” em termos de novas aprendizagens.

Considera que a recaída não é necessariamente, sinal de pouca motivação, nem de que falhou o tratamento. Várias recaídas não serão sinal de falta de esperança ou de impossibilidade

de recuperação. Logo, a recaída não implica um novo pedido de ajuda por parte do doente, uma vez que faz parte do processo de tratamento, (Ranganathan, 2005).

Em vez de reagir a um lapso ou recaída com um sentido de fracasso, a PR encara estes momentos como os chamados “reveses temporários” Ranganathan, (2005) que visam ter resultados positivos e tornar-se em prolapso. Para alguns, o processo de mudança é lento e trabalhoso, o que leva a muitas tentativas antes que o objectivo seja alcançado. As recaídas variam de intensidade, alguns indivíduos pedem ajuda logo após um único episódio de consumo, enquanto outros voltam ao consumo regular de drogas ou álcool, antes de procurarem ajuda (Ranganathan, 2005).

**Quadro 11: Comparação entre os modelos de prevenção de recaída e a doença**

Tópico	PR	Doença
Locus de controlo	A pessoa consegue exercitar autocontrolo	A pessoa é vítima de forças além do autocontrolo
Objectivos	Escolha de objectivos: retirada de controlo	Retirada total
Filosofia de trabalho	A pessoa está distanciada do seu comportamento Abordagem educativa	Identificação da pessoa com o seu problema Abordagem médica
Procedimentos de tratamento	Treinamento de habilidades de enfrentamento Grupos de autocontrolo Reestruturação cognitiva	Enfrentamento e conversão Grupos de apoio Dogmas cognitivos
Abordagem geral de várias adições	Busca de elementos comuns às adições Adição baseada em hábitos mal adaptativos	Cada adição é única Adição baseada em processos fisiológicos

Adaptado Ranganathan, 2005

A primeira componente terapêutica em PR é a identificação do perfil exclusivo de situações de alto risco de recaída no cliente e a sua capacidade para avaliar situações de alto risco, sem ter um lapso. Quando défices de enfrentamento são reconhecidos, é importante determinar se eles são devidos a uma falta de conhecimentos e competências adequadas ou se as competências de coping estão a ser perturbadas por factores como, a baixa motivação, baixa auto-eficácia, ou ansiedade. Além do ensino mais eficaz de respostas de enfrentamento, uma das principais componentes da PR é a valorização da auto-eficácia, ou seja a medida em que um indivíduo se sente capaz de executar uma tarefa específica (Bandura, 1977). Níveis mais elevados de auto-eficácia são preditivos de melhores resultados no tratamento da toxicoddependência. Considera -se

que a colaboração entre o cliente e o terapeuta desempenha um papel crucial no aumento da autoeficácia.

A PR incentiva os profissionais a participarem activamente num processo terapêutico que tenda a aumentar o sentimento do cliente de uma terapia bem sucedida, com resultados e vontade de persistir quando surgirem obstáculos. O feedback positivo a partir do terapeuta relativo à gestão do uso de substâncias, relacionadas com as tarefas implícitas ao processo de tratamento, pode ajudar a aumentar o sentimento de auto-eficácia geral do utente, que pode por sua vez, motivá-lo para alterar os seus pensamentos e comportamentos problemáticos.

Como na maioria dos tratamentos cognitivo-comportamentais, PR incorpora - componentes de psicoeducação e técnicas de reestruturação cognitiva para corrigir compreensões inadequadas e substituir pensamentos mal adaptivos. Eliminar mitos relacionados com o desfecho positivo e discutir as expectativas dos componentes psicológicos sobre o uso de substâncias e sobre atribuições para o efeito, podem proporcionar ao cliente mais oportunidades de fazer escolhas saudáveis, em situações de alto risco.

O modelo de prevenção de recaída aborda várias questões-chave acerca da recaída, tanto como um processo, como um acontecimento: 1) Há situações específicas que servem como desencadeadoras da recaída? 2) São os determinantes do primeiro lapso os mesmos factores que causam o total das recidivas? 3) Em que pontos do processo de recaída é que é possível intervir e alterar o curso dos acontecimentos de forma a impedir o regresso ao padrão aditivo? 4) É possível preparar os indivíduos durante o tratamento a fim de antecipar a probabilidade de recaídas e ensinar-lhes comportamentos que possam reduzir a probabilidade de recaídas posteriores?

A fim de investigar estas questões-chave sobre a recaída, considera-se útil o exercício de actividades de análise do processo de uma recidiva. Esta abordagem centra-se nas circunstâncias precipitantes da recaída, bem como sobre a cadeia de acontecimentos que podem preceder a mesma.

Nesta análise, será dada especial atenção aos factores situacionais, interpessoais, e psicológicos que precedem uma recaída, bem como, as expectativas e atribuições, em relação a um lapso. Esta análise é consistente com a opinião de que a manutenção da fase de mudança do hábito é uma altura em que são esperados lapsos, e estes podem ser vistos como uma crise que envolve tanto os perigos de recaída como as oportunidades para novas aprendizagens a fim de evitar uma futura recidiva (Parks, Marlatt, & Anderson, 2001).

Mesmo se não ocorrer um lapso, a incorporação de estratégias de gestão de recaída pode preparar o cliente para implementar habilidades de controlo de danos, no sentido de reduzir as consequências e prevenir a escalada numa situação de recaída. Depois de um lapso, os clientes podem experimentar o efeito de violação da abstinência (AVE) (Curry, Marlatt, & Gordon, 1987). A nível emocional, o AVE aumenta a probabilidade de recaídas, porque uma vez ocorrido um lapso, a vergonha, a culpa, ou outros sentimentos negativos motivam o consumo excessivo de substâncias psicoactivas. O AVE afectava a probabilidade de recaídas a um nível cognitivo, uma vez que é seguido por um conflito interno. Ao mesmo tempo que as reacções cognitivas e emocionais que caracterizam a AVE perturbam e incomodam o sujeito, este também sente os efeitos das substâncias utilizadas (por exemplo, reforço do prazer e / ou redução da dor) contribuindo para a probabilidade de uso continuado que pode conduzir a uma recaída.

Um dos aspectos fundamentais do estudo da PR foi encontrado através da realização de entrevistas a alcoólicos. Nestas, quarenta e oito dos sessenta e cinco pacientes (74%) consumiram pelo menos uma bebida durante os primeiros 3 meses após o final do tratamento. As descrições do primeiro lapso (o primeiro depois do fim do programa) foram obtidas por entrevistadores que administraram num follow-up, o Inventário das Situações de Beber (Isb) (Annis, 1997) um questionário concebido para medir a quantidade, frequência, e situação de consumo.

Aproximadamente 90% dos alcoólicos experimentou, pelo menos, uma recaída após quatro anos de ter iniciado tratamento. Segundo o National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism apenas 20% - 50% dos alcoólicos se mantêm abstinentes durante o primeiro ano de tratamento.

#### **5.2.1.1. Suporte empírico do modelo de PR**

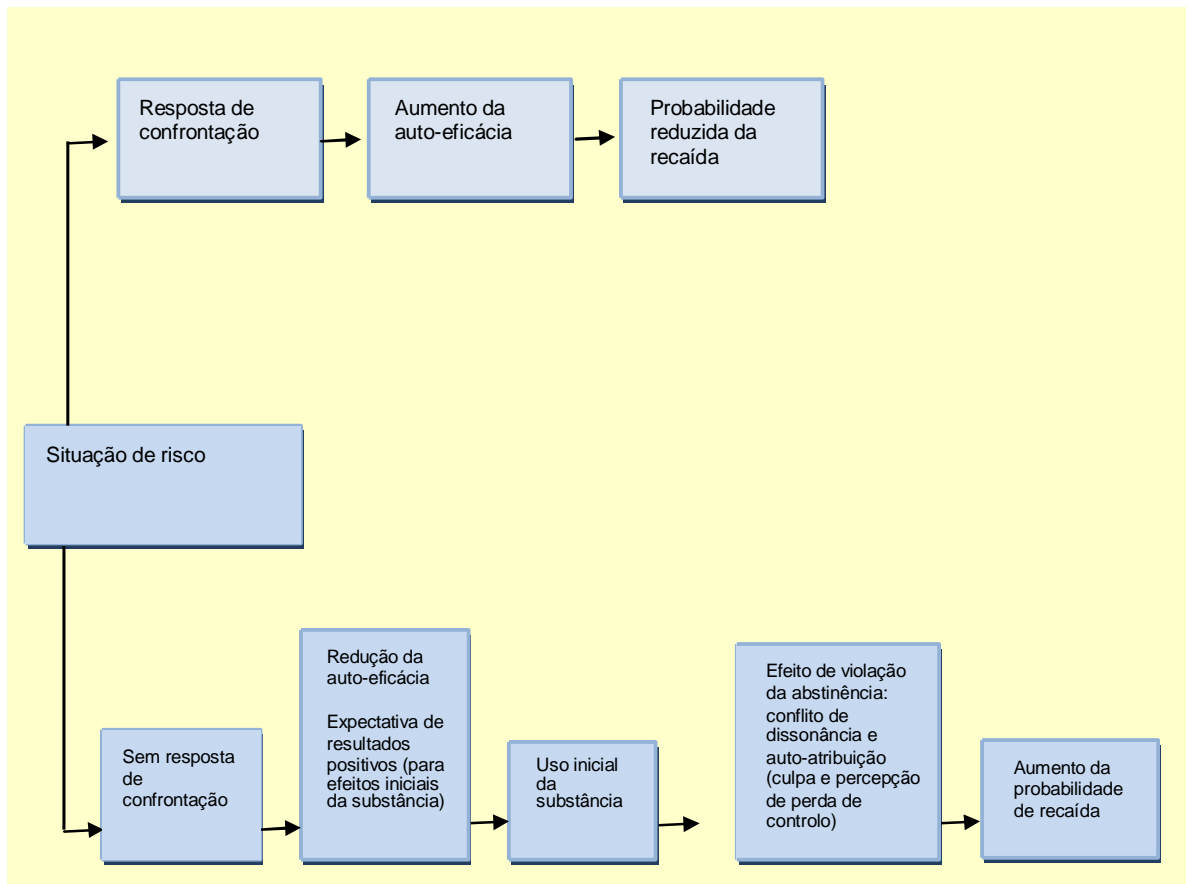
Embora a Prevenção da Recaída (PR) não previna, um deslize, melhor que outro tipo de tratamento é considerada mais efectiva na “Gestão da Recaída,” isto é, no atraso do primeiro deslize e na redução da intensidade e duração dos deslizes que ocorrem antes da consolidação da abstinência. A PR é particularmente efectiva na manutenção dos efeitos do tratamento a longo prazo (dois ou mais anos). A PR será mais efectiva para os consumidores mais deteriorados, incluindo aqueles com grau de dependência mais severa, com maiores níveis de efeitos negativos e com maiores défices nas estratégias de coping. Ao longo dos últimos 25 anos, a PR tem prestado um importante tratamento heurístico (Carroll, 1996). A autora concluiu que a PR para o tabaco, álcool, haxixe, cocaína, que era mais eficaz que o

não tratamento - grupos controle e igualmente eficaz que os outros tratamentos activos (por exemplo, a terapêutica de suporte, grupo de apoio social, psicoterapia interpessoal). Na sua análise, Carroll (1996) também discute três temas que emergiram como sendo especialmente promissores para a aplicação efectiva PR. Primeiro, Carroll constata que a PR é mais eficaz do que as outras alternativas disponíveis na redução da frequência, intensidade e duração dos episódios de recaída. Em segundo lugar, vários estudos, evidenciam que a PR é particularmente eficaz em manter os efeitos do tratamento a longo prazo.

Com base nestes resultados qualitativos, Carroll (1996), Irvin (1999) conduziram uma meta análise sobre a eficácia das técnicas de PR na melhoria de resultados psicossociais da toxicodependência (Irvin, Bowers, Dunn, & Wang, 1999). Vinte e seis estudos representando uma amostra de 9504 participantes foram incluídos na revisão bibliográfica, que se centrou sobre consumo de álcool, tabagismo, politoxicodependência e de consumo de cocaína. A PR foi demonstrada como uma intervenção bem sucedida para a redução do uso da substância e melhoria da adaptação psicossocial. Em particular, foi mais eficaz na politoxicodependência e no uso de álcool, do que era no tratamento do consumo de cocaína e tabaco, embora estes resultados devam ser interpretados com cautela devido ao pequeno número de estudos avaliando consumo de cocaína.

A PR foi igualmente eficaz em diferentes modalidades de tratamento, incluindo indivíduos, grupos e tratamento conjugal, apesar de todos esses métodos serem mais eficazes no tratamento do álcool. Irvin, Bowers, Dunn & Wang (1999) concluíram que os resultados indicam que a PR é altamente eficaz tanto no tratamento das perturbações pelo abuso do álcool como nas perturbações pelo abuso de outras substâncias.

O modelo de recaída desenvolvido por Marlatt e colaboradores (Marlatt & Gordon, 1985) apurou que estados emocionais negativos e a exposição a pressão social para beber eram mais comumente identificados como situações de alto risco para recaída (Lowman, et al., 1996), conforme figura 7.



**Figura 7: Modelo cognitivo-comportamental do processo de recaídas**

Relativamente a situações de risco a PR postula que “qualquer situação que represente uma ameaça ao controle do indivíduo e aumente o risco de recaída potencial” (Marlatt, 1993, p. 117). O autor afirma também que há indícios de situações primárias de alto risco associadas com a recaída, estados emocionais negativos (35%), pressão social (20%) e conflito interpessoal (16%). Se o indivíduo é capaz de executar uma resposta de enfrentamento eficaz na situação de alto risco, a probabilidade de recaída diminui e a auto-eficácia aumenta, bem como a confiança na própria habilidade para lidar com novas situações. O inverso, entretanto, também é verdadeiro.

A probabilidade de recaída, segundo Marlatt (1993, p. 118), “é maior no indivíduo que tem expectativas positivas em relação ao uso de drogas, baseado nos efeitos positivos imediatos de experiências anteriores (pois os efeitos negativos frequentemente são negligenciados)”. Para ultrapassar as dificuldades identificadas Marlatt & Gordon (1993) sugeriram programas de auto-controlo, baseados nos princípios da teoria da aprendizagem social, que combina procedimentos de treino de competências comportamentais, intervenções cognitivas e mudança no estilo de vida.

As estratégias quer globais como específicas, que compõem o programa podem ser distribuídas em cinco categorias: Processos de avaliação; Insight / Sensibilização Técnicas; Coping Skills/Formação; Estratégias cognitivas; Modificação e Estilo de Vida (Wanigaratne, Wallace, Pullin, Keaney, & Farmer, 1995).

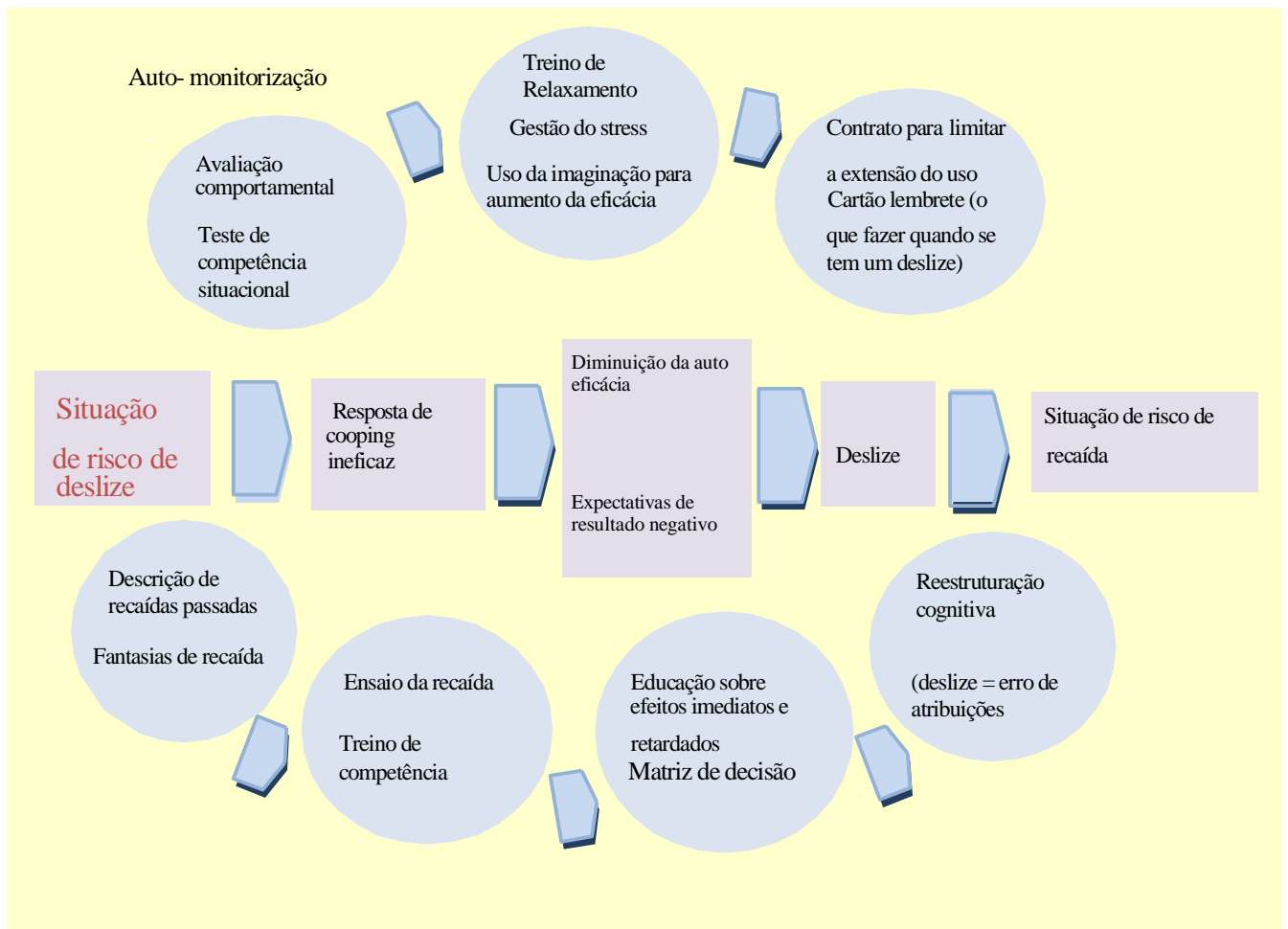
Os procedimentos de avaliação de PR são concebidos para ajudar os clientes a apreciar a natureza do seu comportamento aditivo em termos objectivos, para medir a motivação para a mudança, e para identificar situações de alto risco e outros factores de risco que aumentam a probabilidade de recaída.

As técnicas de Insight / Sensibilização são concebidas para proporcionar crenças alternativas sobre a natureza do processo de mudança (ou seja, a vê-lo como um processo de aprendizagem) e através do auto-controlo ajudar os clientes a identificar os seus padrões de emoção, pensamento, comportamento, bem como, a forma como estes se relacionam com o processo de mudança. A Formação/Coping Skills incluem estratégias para fazer face a situações de alto risco. As estratégias cognitivas são utilizada para introduzir o enfrentamento e a reestruturação cognitiva para lidar com impulsos e craving, a fim de identificar sinais de alerta precoce, e para as primeiras reacções ao lapso (reestruturação do AVE).

Por último, estratégias de modificação do estilo de Vida (e.g., meditação, relaxamento, exercício físico), são destinadas a reforçar a capacidade de reduzir a frequência e intensidade dos impulsos e craving que muitas vezes são o produto do stress e ansiedade causada por um desequilíbrio do estilo de vida. A articulação entre estas estratégias específicas de intervenção e a prevenção da recaída encontra-se esquematizada na figura 8.

Podemos afirmar que as estratégias específicas focalizam-se em factores precipitantes imediatos do processo de recaída, enquanto as estratégias globais são voltadas à mudança de estilo de vida, identificação e enfrentamento de determinantes de recaída. Tanto as estratégias específicas como as globais podem ser divididas em treino de habilidades, reestruturação cognitiva e intervenção no estilo de vida.





**Figura 8: Estratégias específicas de intervenção adaptado de Marlatt & Gordon (1993)**

A mudança de um comportamento aditivo é um processo cíclico, para o qual a maioria das pessoas não será totalmente bem sucedida na sua primeira tentativa. As lições aprendidas a partir de cada lapso ou recaída poderá levar a pessoa a ficar mais próxima de uma manutenção estável, se forem vistas como oportunidades de aprendizagem, em vez de falhas.

Prochaska e DiClemente (1984) têm descrito o modelo no âmbito de uma recaída, incorporando seis fases de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, acção, manutenção e recaída. Estas fases de mudança têm sido aplicadas com sucesso para a compreensão das motivações dos doentes que recebem tratamento para toxicod dependência (DiClemente & Hughes, 1990). Neste estudo a motivação para mudança revelou-se altamente correlacionada com os resultados do tratamento e a recaída.

As estratégias de prevenção de recaídas que a seguir se apresentam podem ser utilizadas para avaliar a motivação e incentivar a motivação para a mudança. Consideramos que são estratégias

necessárias nas fases de acção, manutenção e recaída. Para tal recorre -se a uma técnica que foi denominada por matriz de decisão, e que é administrada no início do processo de mudança (Janis e Mann, 1977).

A principal premissa na utilização desta técnica é que as pessoas não vão decidir a mudança do seu comportamento ou a sua continuação a menos que esperem que os seus ganhos excedam as suas perdas. Para completar a decisão matriz, é apresentado um quadro de três vias com os seguintes factores representados: a decisão de se manter abstinente, a decisão de usar álcool ou drogas e efeitos positivos e negativos das alternativas.

A Prevenção de Recaída (PR) é assim um programa de autocontrolo direccionado a melhorar a fase de manutenção do processo de mudança de hábitos, cujo objectivo é ensinar os indivíduos que tentam mudar seu comportamento a prever e lidar com o problema da recaída” (Marlatt, 1993, p. 105).

Para vários autores o processo de mudança envolve três estágios. O primeiro estágio no processo de mudança é a motivação. O segundo estágio no processo de mudança de hábitos é a implementação da própria mudança, o acto de abandonar ou a aplicação inicial de estratégias de controlo. Para aqueles que decidem buscar auxílio no processo de abandono da adicção, esse estágio corresponde à fase básica de tratamento. No entanto, se o individuo acredita que a mudança se completou com sucesso após o uso da droga ter cessado, “pouca atenção será dada aos perigos e demandas da jornada à frente, durante o estágio da manutenção”(Marlatt, 1993, p. 112).

O estágio final e mais importante do processo de mudança é o estágio de manutenção. “Começa no momento após a iniciação da abstinência ou controle, durante o qual o individuo deve lutar mais arduamente para manter o compromisso de mudança ao longo do tempo. É nesse estágio que a pessoa enfrenta múltiplas tentações e a pressão de poderosos padrões de hábitos antigos” (Marlatt, 1993, p. 113).

O estágio de manutenção é o estágio onde velhos hábitos são desaprendidos e substituídos por novos comportamentos adaptativos. O individuo passa por um processo de aprendizado no qual “novos modelos de resposta a velhas situações de tentação são adquiridos de forma gradual” (Marlatt, 1993, p. 115).

### 5.2.1.2. Técnicas de intervenção ao nível da Prevenção da recaída

Para Marlatt (1993, p. 120), um programa de Prevenção de Recaída deve encorajar o senso de cooperação e franqueza, bem como auxiliar os indivíduos a assumirem um papel activo no planeamento de todo o processo de tratamento. “O objectivo geral é aumentar a consciência e a escolha do cliente em relação ao seu comportamento, desenvolver habilidades de enfrentamento e capacidades de autocontrolo além de desenvolver, em termos gerais, um maior senso de confiança, maestria ou auto-eficácia em sua vida” (Marlatt, 1993, p. 121).

O autor diz ainda que se deve desenvolver um programa de técnicas individualizadas, a partir da avaliação minuciosa do perfil de cada paciente, afim de aumentar a eficácia do tratamento. Para ele, as estratégias de intervenção podem ser divididas em específicas e globais. As estratégias específicas focalizam-se em factores precipitadores imediatos do processo de recaída. As estratégias globais são voltadas à mudança de estilo de vida, identificação e enfrentamento de determinantes de recaída. Tanto as estratégias específicas como as globais podem ser divididas em treino de habilidades, reestruturação cognitiva e intervenção no estilo de vida. Para desenvolvimento de um programa de prevenção mais amplo, deve-se utilizar estratégias globais, é importante modificar o estilo de vida geral do indivíduo, visando melhorar sua capacidade em lidar com o stress e enfrentar situações de alto risco com senso aumentado de auto-eficácia, exercitando estratégias de autocontrolo e, automaticamente, diminuindo-se o risco de qualquer situação que poderia desencadear um lapso.

Um estilo de vida equilibrado caracteriza-se pelo equilíbrio entre os factores stressantes da vida diária do indivíduo e os recursos de que dispõe para lidar com os mesmos.

Salienta-se que a motivação para parar como os comportamentos aditivos e a procura de ajuda são importantes, mas não bastam em si só para o sucesso do tratamento, uma vez que a manutenção da abstinência é a parte mais importante e também a mais difícil do mesmo. É necessário que o indivíduo repense e modifique todo o seu estilo de vida, aprendendo novas maneiras de enfrentar situações de risco e tornando-se, aos poucos, capaz de implementar sozinho as mudanças necessárias para prevenção de sua própria recaída e para sua melhor reabilitação e reinserção na sociedade.

As estratégias utilizadas envolvem a globalidade do indivíduo em um inter-relacionamento intrincado e variável para cada um. Portanto a abordagem utilizada deve estar centrada não na substância, mas no indivíduo.

Apresentamos de seguida alguns exemplos de estratégias utilizadas:

1) A **história de recaídas** é uma das primeiras tarefas da PR, sendo solicitado ao doente que escreva uma breve autobiografia descrevendo a história e desenvolvimento do seu comportamento aditivo. São enfatizados os seguintes pontos: uma descrição da relação paternal e de família alargada em relação a hábitos de consumo de álcool e drogas, uma descrição do primeiro episódio de embriaguez ou o primeiro episódio de toxicod dependência, o papel do álcool e das drogas na sua vida adulta até ao presente, factores associados com qualquer aumento da gravidade do problema, a auto-imagem do cliente como um bebedor ou como utilizador de droga, e quaisquer tentativas anteriores para sair sozinho ou com o auxílio de tratamento. Também se pede para escrever um breve texto descrevendo seu futuro como um ex-alcoólico ou ex-toxicod dependente. O objectivo desta técnica é identificar situações de alto risco e obter uma linha de base de avaliação da auto-imagem do cliente. O terapeuta e o cliente podem classificar as descrições das recidivas passadas nas categorias anteriormente apresentadas na figura 3, afim de determinar os factores situacionais ou pessoais com maior impacto no sujeito. O reframing cognitivo do passado de recaídas pode induzir o receio de uma perspectiva de mais um fracasso. O terapeuta pode estimular o cliente a atribuir as recidivas passadas a uma falta de habilidade ou esforço, e não a factores internos imutáveis. A ideia de que as coisas possam ser diferentes é uma área potencial de exploração e um desafio para a transformação.

2) **Fantasias de recaída**: Esta técnica envolve imagens guiadas perguntando o que seria necessário para retomar um comportamento aditivo. Como é provável que aconteça uma recaída? Sempre que uma recaída é provável o que acontece? Em que circunstâncias é provável que aconteça a recaída? Quais serão as consequências imediatas e a longo prazo?

3) **A auto-monitorização**: Quando ainda estão a consumir álcool ou drogas são convidados a auto-controlar a sua utilização numa base diária e a manter controlo do comportamento e do contexto situacional em que ocorre, bem como das consequências imediatas do comportamento.

Na maioria dos casos, os programas de auto-monitorização são iniciados no contexto de consumos. Nesta situação, a auto-monitorização da exposição a situações de alto risco é uma técnica útil. Os clientes são convidados a expor-se a situações pessoais ou factores que fazem com que eles tenham craving para retomar a consumir. A pedra angular desta abordagem para a manutenção do comportamento de mudança é ensinar habilidade e estratégias de formação de procedimentos (Chaney, O'Leary, & Marlatt, 1978). Para os clientes cujas respostas são bloqueadas pelo medo ou ansiedade, o terapeuta deve tentar desinibir o comportamento através da utilização de uma adequada redução de ansiedade, como a flexibilização da formação geral e de dessensibilização. Para clientes que mostram deficiências nas suas habilidades, no entanto, o terapeuta tenta ensinar novas competências através de uma abordagem sistemática e estruturada. A adopção de uma orientação para a resolução de problemas a situações stressantes oferece às pessoas maior flexibilidade e adaptabilidade a novas situações problemáticas, em vez de ter que confiar exclusivamente na aprendizagem de um conjunto de competências que podem ou não generalizar em vários cenários e situações. É também considerado que a modelagem de declarações auto-instrucionais é particularmente útil no ensino das competências comportamentais.

4) O **contrato de recaída** é uma forma de tentar limitar a extensão do uso, caso ocorra um lapso. Em geral é utilizado apenas para indivíduos resistentes ou reincidentes, consiste em impor limites como cobrar multas na ocorrência do lapso. Ocorre sob supervisão do terapeuta, sendo que o local deve ser neutro, diminuindo a hipótese de se atribuir à recaída propriedades mágicas. Este procedimento evita que o cliente reassuma o hábito sob condições perigosas e stressantes, aumentando o senso de responsabilidade pessoal e a escolha individual no automanejo de um hábito adictivo. O indivíduo não pode recusar a autoria do lapso uma vez que este foi escolha sua.

5) **Solução de Problemas**. Os terapeutas são aconselhados a ajudar os clientes a identificar o seu estilo de abordar os problemas, quer a partir de exemplos ou dando-lhes um problema e pedindo-lhes para descrever o modo como eles o resolveriam. A mudança da orientação mal adaptiva geral dos problemas é uma condição prévia essencial para a eficácia da resolução do problema em recaída prevenção. Gerar alternativas talvez seja o passo mais importante para a resolução do problema. Depois de uma lista de soluções alternativas, é encontrada uma solução particular, podendo ser seleccionada através da avaliação dos

"prós" e "contras" de cada solução. O terapeuta e o cliente podem fazer o treino de enfrentamento "ao vivo" acompanhando o cliente enquanto ele ou ela está exposta a uma situação real de alto risco. No entanto, nos casos em que não seja necessário o treino de novas competências, o terapeuta pode fazer uso de imagens para representar a situação de alto risco.

- 6) **Gestão do stress.** Além de ensinar os clientes a responder de forma eficaz quando confrontados com situações de alto risco específico, há um número adicional de relaxamento e de procedimentos de gestão do stress em que o terapeuta pode tirar partido para aumentar a capacidade de lidar com o stress. O relaxamento pode prestar ao cliente um aumento da percepção global de controlo, reduzindo assim o stress que qualquer situação pode representar para o indivíduo. Tais procedimentos como relaxamento muscular progressivo, meditação, exercício, diversas técnicas de gestão de stress, são extremamente úteis para ajudar os clientes a lidar de forma mais eficaz com os aborrecimentos da vida quotidiana.

O processo de **reestruturação cognitiva** é importante para auxiliar a lidar com um lapso após um período de abstinência inclui os seguintes aspectos: (1) Ensinar os clientes a não ver a causa do lapso como um fracasso pessoal ou como uma falta de vontade mas, ao invés pedir-lhes que prestem atenção ao ambiente e factores psicológicos na situação de alto risco, peça -lhes para rever as competências que tinham disponíveis; (2) Os doentes precisam de ajuda para lidar com os inevitáveis sentimentos de culpa e de vergonha a dissonância cognitiva que geralmente acompanham um lapso. Culpa e de vergonha são reacções especialmente perigosas porque as emoções são susceptíveis de motivar ainda mais o consumo; (3) A PR pretende compreender a recaída, mas com o incentivo de aprender tudo o possível sobre a forma de lidar com situações semelhantes no futuro, estimulando uma reflexão profunda sobre a recaída e suas consequências; (4) Ajudar os clientes a identificar quaisquer distorções cognitivas que eles possam ter ao expor-se à situação de alto risco, limitando a sua capacidade de diálogo com uma resposta eficaz; (5) Consultar e rever a decisão Matrix, e renovar a motivação, incidindo sobre as vantagens práticas para o cliente na mudança de hábitos.

A Prevenção de Recaída (PR) é um programa de autocontrolo direccionado a melhorar a fase de manutenção do processo de mudança de hábitos, cujo objectivo é ensinar os indivíduos que tentam mudar seu comportamento a prever e lidar com o problema da recaída.

Os comportamentos aditivos são hábitos mal adaptativos que podem ser analisados e modificados. Estes “padrões de hábitos, em geral, são seguidos de uma forma de gratificação imediata (Marlatt, 1993), onde o indivíduo, mediante situações stressantes, consegue alívio imediato através de uma substância que lhe dá prazer. Marlatt (1993, p. 106) afirma ainda que: “Através do envolvimento em um programa de auto-controlo, no qual um indivíduo adquira novas habilidades e estratégias cognitivas, os hábitos podem ser transformados em comportamentos sob a regulação de processos mentais superiores, envolvendo consciencialização e tomada responsável de decisões”.

Para além dos processos relacionados com o craving, antecedentes encobertos de uma recaída também são influenciados por construções cognitivas: racionalização, negação, e, decisões aparentemente irrelevantes, as quais são associadas com a cadeia de acontecimentos anteriores à exposição a uma situação de alto risco.

A racionalização é uma explicação ou uma desculpa aparentemente legítima para o exercício de um comportamento. A racionalização é utilizada para permitir que o indivíduo numa determinada situação ou comportamento não reconheça a si próprio e aos outros a verdadeira finalidade ou a intenção de suas acções. A nossa utilização da expressão é coerente com a racionalização psicanalítica, como um mecanismo de defesa no qual o indivíduo atribuiu falsas, mas creíveis, motivações como a causa de uma proposta de comportamento sem prestar atenção ou dar credibilidade às verdadeiras razões subjacentes para o comportamento.

Negação é um análogo mecanismo de defesa onde a pessoa se recusa a reconhecer os aspectos das suas motivações, decisões, ou algumas características de uma situação ou um conjunto de acontecimentos. A pessoa normalmente irá negar a existência de qualquer motivo para intervir numa recaída e também podem negar a tomada de consciência das consequências negativas de retomar a dependência o hábito ou actividade criminosa. Tanto a racionalização como a negação são distorções cognitivas e potenciam a exposição a uma situação de alto risco. Estes dois mecanismos cognitivos de distorção são usualmente combinados para influenciar um indivíduo de fazer certas escolhas ou decisões que finalmente se tornar parte de uma cadeia de acontecimentos que termina em recaída. Uma pessoa influenciada por esses processos cognitivos faz uma mini-série de decisões ao longo do tempo, cada uma das quais parece inocente ou irrelevantes, mas que, em combinação colocam a pessoa à beira da exposição a uma recaída. De forma conclusiva podemos afirmar que um dos principais objectivos do programa de PR é capacitar os indivíduos para que reconheçam os sinais precoces precedentes à exposição a uma situação de alto risco

e identifiquem as estratégias para executar uma intervenção antes que seja tarde para fazer alguma coisa, porque as tentações são muito atraente para resistir. O craving e normalmente não funciona a um nível consciente, mas é provável que seja mascarado por distorções cognitivas e mecanismos de defesa descritos na nossa discussão, encobrendo antecedentes das situações de alto risco. Ensinar os sujeitos a tornarem-se vigilantes em relação a estes sinais de alerta precoce e de intervir de forma a colocar auto-perguntas sobre as suas motivações e intenções pode ajudá-los a reconhecer e reconhecer a relevância directa destas decisões aparentemente irrelevantes, para o aumento do risco de recaída. Isso pode permitir que possa começar a ver através da sua racionalização e negação, reconhecendo o verdadeiro significado e o resultado provável (recaídas) das decisões.

As estratégias aqui descritas podem ser utilizadas num tratamento per si ou em combinação com outros tratamentos, como os doze-passos, o treino de competências, a exposição, a entrevista motivacional, ou as comunidades livres de drogas. Embora tenhamos tentado apresentar as evidências empíricas apoiando a prevenção da recaída, é necessário mais investigação e intervenção clínica. O desenvolvimento de mais instrumentos de avaliação é fundamental para a identificação de situações de alto risco e os principais componentes do modelo cognitivo comportamental de recaída. No entanto, não podemos ignorar que a validação, na área das toxicodependências, é um procedimento complexo e deve levar em consideração as variáveis culturais envolvidas. Cabe lembrar que a área de distúrbios por uso de substâncias psicoativas é bastante susceptível a essas variáveis (Room et al., 1996). Não obstante, o reforço de conhecimentos permite o alargamento da nossa compreensão acerca das razões pelas quais as pessoas recaem e como nós, podemos intervir no sentido de prevenir uma recaída. Urge uma mudança de valores nos serviços de apoio a pessoas com comportamentos aditivos, no sentido de que também nós, técnicos, deixemos de vivenciar as recaídas como falhas ou insucessos. A (não) adesão à terapêutica tem implícito um conjunto de factores e implicações pois está intimamente ligada à fase da doença, ao apoio que o indivíduo tem, à forma como está a reagir ao diagnóstico, ao seu sistema de crenças, e especificamente na população toxicodependente, à “dança dançada” entre Thanatos e Eros.



### **Síntese**

Se, com os doentes com patologia aditiva, um dos grandes desafios é o de descobrirmos a pessoa que se esconde por detrás da substância (que tantas vezes intoxica a relação que com eles mantemos), com os toxicodependentes/alcoólicos sem abrigo o desafio é redobrado pois, para além disto, teremos de descobrir (em última análise em nós) a pessoa que se esconde por detrás do sem abrigo.

O binómio Sem abrigo/Patologia Dual confronta-nos, então, com algumas questões e outras tantas inquietações sobre as quais nos desafiámos a reflectir. Ao longo deste capítulo tentámos destacar algumas particularidades que se nos afiguram especiais. À parte o desafio supra referido, parece-nos importante referir alguns aspectos que nos vão chamando a atenção, de entre os quais a forma como a relação com a condição de sem abrigo é facilmente perpassada por modalidades de relação com a realidade que já antes caracterizava estes pacientes.

Este processo parece ser frequentemente acompanhado pela delegação, nos serviços e técnicos de saúde, da função e cuidar de si próprios. Se preocuparmos aqueles que nos rodeiam, se os transformarmos em fiéis depositários das nossas angústias e se, simultaneamente, não cuidarmos de nós próprios nem das nossas doenças, naturalmente que eles o farão por nós. A exclusão passa assim a ser usada como mais uma moeda de troca nesta gestão paradoxal de uma imperiosa necessidade de depender. Também esta paradoxal!

Ao nível das características particulares da evolução do processo de exclusão, parece que o período inicial, que caracteriza a degradação das relações sociais, facilita os movimentos defensivos centrados no evitamento relativamente à atribuição de um estatuto de realidade a algo que ainda não se vê nem se sente.

Em contrapartida, já nos estádios mais avançados da exclusão, exacerba-se uma solicitação de prestação de cuidados com carácter de urgência, do tipo: “haja quem nos acuda!”, entregando-se, ainda que de forma ambivalente, aos cuidados de alguém. Alguém, esse, já muitas vezes solicitado anteriormente não tanto para os ajudar a lidar com as suas próprias dificuldades mas para os substituir nessa tarefa.

Para além de alguns traços de infantilização ou regressão, que nos caracterizam sempre que de alguma forma “entristecemos”, nos toxicodependentes, a dor emocional é vivida no contexto de múltiplas relações de dependência pré-existentes, a ponto de quase podermos falar de uma “relação toxicodependente com a exclusão”.

Embora possa ser redundante, parece-nos importante destacar que, se os toxicodependentes frequentemente sofrem por não se sentirem suficientemente “guardados” no interior dos outros significativos e, simultaneamente, por não conseguirem guarda-los suficientemente dentro de si, relativamente aos toxicodependentes sem abrigo, por mais que saibamos que a pobreza não se transmite, o nosso desconforto impede-nos de ousarmos com eles níveis mais profundos de relação. Permanecemos no já referido divórcio por mútuo consentimento. Da parte dos sem abrigo, parece ser conferido um estatuto de entidade virtual, à toxicoddependência e ao alcoolismo, à qual não é dado corpo, nem nome, nem qualquer outro atributo que lhe conceda uma existência de facto e pesa embora em algumas fases reconheçam os efeitos nocivos que o consumo implicou nas suas vidas, dificilmente é atribuído à dependência grande relevância no que concerne às causas de se ter tornado sem abrigo e a esta situação retornar na sequência de recaídas. Julgamos ser com este aparente desprendimento que desrespeitam quase invariavelmente a terapêutica prescrita e se consideram mais sabedores da medicação que o próprio técnico de saúde. Da parte da sociedade é atribuído às dependências o estatuto de “praga” o mal que invade o seio das famílias e perante o qual todos se sentem receosos e impotentes. Da parte dos técnicos de saúde é-lhe atribuído o estatuto de doença, embora esta seja por vezes temperada com um toque de responsabilidade pessoal, sempre que o indivíduo insista em não parar os consumos. Assim dividimos os dependentes entre os bons utentes e os maus utentes, os primeiros tendem a ser vistos como doentes, enquanto os segundos podem roçar a velha atribuição de marginais. Esta mesma dualidade se aplica aos portadores de comorbilidade psiquiátrica. É mais difícil ser tolerante às recaídas, quer em consumos quer em processos de descompensação psiquiátrica em pacientes cujo diagnóstico primário seja a adição. Estas são realidades que se revestem de grande importância no processo terapêutico e ressocializador destes pacientes e que urgem serem reflectidas pelos profissionais de saúde mental.

São vários, como temos vindo a sugerir, os factores apontados como conducentes a situações de sem abrigo, desde influências socio-económicas, desinstitucionalização, às problemáticas mentais ou ao papel desempenhado pelos serviços sociais (Mc Carty, Argeriou, Huebner, & Lubran, 1991; Solarz & Bogat, 1990; Toro, 1998).

No presente capítulo pretendemos apresentar os dados sobre patologia psiquiátrica na população sem abrigo. Pretendemos ainda reflectir acerca das implicações da lei de saúde mental comunitária no surgimento de novos casos de sem abrigo, bem como, acerca das patologias

aditivas que tão grande expressão têm nesta população. Finalmente apresentámos o programa de prevenção de recaída como uma metodologia com especial utilidade junto de população carenciada.

Em tom de conclusão podemos dizer que desinstitucionalização psiquiátrica pode ser definida como a contracção dos sectores institucionais tradicionais, com a concorrente expansão dos serviços comunitários de tratamento. Esse processo apresentava quatro factores importantes que o impulsionaram: pressão social por direitos civis e humanos a partir da Segunda Grande Guerra; preocupação em reduzir os custos no tratamento de doentes mentais; a possibilidade do tratamento na comunidade com o surgimento dos psico-fármacos; existia uma convicção de que os pacientes receberiam um tratamento mais humanitário na comunidade do que em hospitais psiquiátricos. Esse movimento prioriza o atendimento psiquiátrico extra-hospitalar, procurando evitar a internamento dos pacientes. No início da década de 60, a desinstitucionalização psiquiátrica começa a tornar-se realidade e o tratamento de doentes mentais desloca-se do hospital para os serviços alternativos de atendimento na comunidade. Essa reorientação do atendimento em saúde mental apresentava três pontos-chave: reduzir o número de pacientes internados em hospitais psiquiátricos; diminuir o tempo de internamento; tanto quanto possível, tentar o tratamento na comunidade. Esse processo está num estágio avançado nos EUA, tanto no que se refere à duração de todo o processo, como na redução dos leitos psiquiátricos públicos. Em 1955, existiam 559 mil pacientes psiquiátricos internados para uma população de 165 milhões de habitantes, e actualmente esse número é de 71 mil para uma população de mais de 248 milhões de habitantes (Hamid, 1991).

Inúmeras críticas têm sido dirigidas a esse processo. Estas relacionam-se ao pobre planeamento, à falta de esclarecimento da população quanto ao processo, e à não valorização dos aspectos culturais locais na implementação dos programas, entre outras. A principal crítica refere-se à desarticulação tanto financeira quanto administrativa entre os hospitais psiquiátricos e os centros de atendimento na comunidade. Esses centros passaram a dar prioridades ao atendimento de pacientes neuróticos e em crises vitais, negligenciando os mais graves e crónicos, aumentando, assim, o número de doentes mentais entre os sem abrigo. Identificou-se que os profissionais de saúde mental dos centros comunitários não tinham uma formação clínica adequada para tratar os pacientes des-hospitalizados. Além disso, a construção dos centros comunitários foi bem inferior à previsão inicial e as unidades psiquiátricas em hospitais gerais não conseguiram suprir toda a demanda.

Todos esses acontecimentos levaram ao aumento dos sem abrigo nos EUA com distúrbios mentais graves, nas últimas duas décadas, isto sem levar em conta a grande parcela de pacientes des-hospitalizados que nunca foi encontrada, e um grande número deles que foi preso. A nova geração de doentes mentais crônicos constitui o grande desafio para o processo de desinstitucionalização, pois eles apresentam os problemas psiquiátricos difíceis de serem tratados na comunidade, podendo aumentar ainda mais o número de sem abrigo nos EUA (Lamb, 1984). Embora a questão da desinstitucionalização psiquiátrica tenha sido uma variável importante para o aumento do número dos moradores de rua nos EUA, tudo indica que ela não seja tão relevante em outros países.

A desarticulação entre os centros comunitários e os hospitais psiquiátricos observada nos EUA não aconteceu no Reino Unido, tendo uma grande importância neste facto as diferenças das políticas de saúde entre os dois países. Nos EUA, o financiamento do sistema é baseado no seguro-saúde e, portanto, o atendimento e os internamentos dependem qualitativa e quantitativamente da seguradora à qual o paciente pertence. Já no Reino Unido, o financiamento dá-se através de um sistema público de saúde, sendo a cobertura universal para todos os cidadãos. No Reino Unido, a desinstitucionalização psiquiátrica ocorreu de forma mais racionalizada, havendo uma diminuição gradual dos leitos psiquiátricos. O número de pacientes internados em 1954 era de 148 mil, e em 1985 esse número caiu para 64.800, havendo uma perda em torno de 50% de leitos psiquiátricos em 30 anos. Houve uma maior integração entre os hospitais psiquiátricos e os centros comunitários, e os pacientes eram transferidos para uma rede alternativa já implantada e disponível. Eles tiveram o cuidado de não apenas tratar os pacientes nas comunidades, mas também de devolvê-los e reintegrá-los nas suas famílias.

Apesar de as diferenças na implementação de todo o processo de desinstitucionalização psiquiátrica entre os EUA e o Reino Unido, alguns estudos têm atribuído o aumento da população sem abrigo na Inglaterra ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica.

Não obstante o decréscimo contínuo dos leitos psiquiátricos, desde 1950, no Reino Unido, a proporção de doentes mentais graves entre os sem abrigo não se alterou na Inglaterra (Leff, 1981). Esse autor relatou, também, que a maioria dos actuais doentes mentais graves nos sem abrigo nunca foi internada anteriormente, em hospitais psiquiátricos.

Portanto, o número de distúrbios mentais graves entre sem abrigo em Inglaterra pode estar relacionado a vários factores como: o alto nível de desemprego, falhas na política habitacional para

população de baixa renda e a relutância dos profissionais de saúde mental em internar os pacientes em crise.

Um importante projecto denominado de Team for Assessment of Psychiatric Services (TAPS) vem sendo desenvolvido na Inglaterra, desde 1985, com o objectivo de avaliar os cuidados recebidos pelos pacientes que foram transferidos dos hospitais psiquiátricos para o tratamento na comunidade. Realizou-se um estudo de acompanhamento de 770 pacientes de longo internamento que foram transferidos de dois grandes hospitais psiquiátricos de Londres, em 1983, para o tratamento na comunidade e verificou-se que, após vários anos de acompanhamento, um número muito pequeno desses pacientes se tornou sem abrigo.

Tendo em conta este exemplo, esperamos que o processo em Portugal também decorra de forma eficaz e com bons resultados.



## **PARTE II: CONTRIBUIÇÃO EMPIRICA**





## **CAPÍTULO 5**



## ESTUDO 1- CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS SEM ABRIGO

### Capítulo 5: Metodologia

A segunda parte desta pesquisa constitui a contribuição pessoal que se inicia com as considerações metodológicas.

Assim, tendo por base o quadro teórico elaborado definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar resposta às questões que inicialmente formulámos. Iremos deste modo, descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatístico que se irão realizar.

#### 1. Enquadramento e desenho do estudo empírico

No processo da tomada de decisão dos sujeitos, grupos, comunidades, políticos e profissionais, intervêm uma grande variedade de elementos, como por exemplo a cultura, os costumes, a ideologia, os custos, a informação disponível, entre outros aspectos. A investigação constitui uma actividade que pode produzir conhecimentos úteis para as tomadas de decisão, e nesse sentido o seu objectivo é a aquisição de conhecimentos que conduzam à melhoria da sua prática. A OMS, esclarece que a investigação para o desenvolvimento das políticas de saúde na Europa deveria orientar-se no sentido de conhecer melhor os sistemas e serviços de saúde, as desigualdades em saúde, a participação da comunidade e a colaboração intersectorial, pelo que deveria ter em consideração alguns aspectos próprios, como: a saúde global como recurso que se produz ou se perde no contexto da vida diária; a saúde multifactorial desde o ponto de vista dos seus determinantes (tanto individuais como sociais); a orientação da acção para a mudança dos factores determinantes para a saúde e a participação na acção de todos os protagonistas (políticos, técnicos e população).

As investigações em Ciências Sociais e Humanas são consensualmente classificadas, de acordo com o seu desenho, em estudos experimentais, estudos quasi-experimentais e estudos não experimentais (Kiess & Bloomquist, 1985; Pedhazur & Schmelkin, 1991), com base nos critérios de manipulação da variável independente e tipo de distribuição dos indivíduos pelos diferentes níveis ou categorias formados a partir da manipulação da variável independente. O estudo empírico realizado, enquadra-se no tipo de pesquisa transversal, não experimental (Pedhazur & Schmelkin, 1991), igualmente designado por estudo pós-facto (Kiess & Bloomquist, 1985) ou estudo

correlacional e de observação (Achenbach, 1978), uma vez que não existe manipulação de variáveis independentes. Possui as características dos estudos descritivos, correlacionais e explicativos.

Sampieri (2006) classifica os modelos não-experimentais pela sua dimensão temporal ou o número de momentos ou pontos no tempo nos quais se recolhem os dados.

Os modelos de pesquisa não-experimental podem ser classificados em transversais e longitudinais. Na pesquisa transversal recolhe os dados em um só momento; seu objectivo é descrever variáveis e analisar sua incidência e inter-relação num dado momento. Os modelos transversais subdividem-se em exploratórios, descritivos e correlacionais/causais.

No exploratório o objectivo é começar a conhecer uma comunidade, um contexto, um acontecimento, uma situação, uma variável ou um conjunto de variáveis. Nos descritivos o objectivo é indagar a incidência e os valores em que se manifestam uma ou mais variáveis (dentro do enfoque quantitativo) ou situar, categorizar e proporcionar uma visão de uma comunidade, um acontecimento, um

contexto, um fenómeno ou uma situação (descrevê-la, como seu nome indica, dentro do enfoque qualitativo), e nos modelos transversais correlacionais/causais descrevem-se as relações entre duas ou mais categorias, conceitos ou variáveis num determinado momento.

Segundo Kiess e Bloomquist (1985) e Polit e Hungler (1995), a finalidade deste tipo de estudos é o de descrever os comportamentos dos sujeitos tal qual se manifestam nos seus ambientes naturais de vida e de identificar a inter-relação entre as variáveis dependentes e independentes, sendo também nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno.

O estudo efectuado, na sua globalidade é multifactorial em termos de classificação segundo o número de variáveis independentes em causa, critério apontado por Kiess e Bloomquist (1985).

A utilização do método descritivo e correlacional deveu-se ao facto de ser o mais adequado para atingir os objectivos a que nos propusemos. Este tipo de estudos se por um lado permitem recolher informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisam, especificando as suas propriedades e características e oferecem ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, têm como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Sampieri et al. 2003) ou como refere Fortin (1999) assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha activamente para influenciar essas variáveis.

É um estudo explicativo, já que o seu propósito é o de responder às causas dos acontecimentos, sucessos e fenómenos físicos e sociais, ou seja, o seu interesse centra-se em explicar as razões porque existem altos índices de patologia psiquiátrica na população sem abrigo e se esta variável se relaciona com variáveis de natureza sócio-demográfica, cognitiva, psicológica e relacional. Nesta perspectiva elaboramos a representação esquemática que procura dar a conhecer a inter-relação que se pretende estabelecer entre a variável dependente e independentes dos sem abrigo que participaram no estudo.

Recapitulando algumas ideias anteriormente explanadas no enquadramento teórico deste estudo, uma das dificuldades da intervenção com esta população é a tendência que demonstra para percepcionar as relações enquanto pouco satisfatórias. Este funcionamento conduz, normalmente, a um evitamento das relações demasiado próximas, com um nível de envolvimento emocional exigente (Mikulincer & Shaver, 2007). A sua história prévia de vinculações inseguras e a negativa percepção de si e do outro são ingredientes comuns nos seus relatos, legitimando o recurso a estratégias de desactivação que actuam directamente sobre a capacidade de regular as emoções negativas. A usual constelação de rupturas culmina, como apelida Thelen (2006), num exílio de si e das suas necessidades, que leva o próprio, em última análise, a contribuir activamente para o seu processo de exclusão social. Consideramos igualmente importante destacar os altos níveis de problemas de saúde mental encontrados nesta população, bem como a falta de apoio social que sofrem devido ao grande nível de exclusão que vivenciam. Torna-se igualmente um factor de destaque o elevado número de acontecimentos de vida stressantes encontrados nesta população. No que concerne à vinculação, tendo em conta que os dados encontrados na recolha bibliográfica sobre sem abrigo apontam para a predominância de padrões de vinculação evitantes e ansiosos (Bento & Barreto 2002), e que os programas de inserção utilizados incidem sobre a sociabilidade do indivíduo, a escolha dos instrumentos pareceu-nos pertinente. Relativamente ao Questionário dos Estilos de Vinculação nos Sem Abrigo (QEVSA), a sua utilização pode ser particularmente útil em populações com altos índices de evitamento e ansiedade (Fossati & colab. 2003) e permite a avaliação das dimensões sociais gerais associadas à vinculação adulta.

Tal como defendem Feeney e Noller (2001), a melhoria destas dimensões pode reflectir uma mudança real nos padrões de vinculação ao longo do tempo. Por sua vez, o aumento da sociabilidade dos sem abrigo pode contribuir para uma efectiva inserção social, alterando a relação com os outros, com o meio e consigo próprios. Desta forma, a emergência de padrões de vinculação segura poderá funcionar como um recurso interno para lidar com situações adversas e

ser um factor protector face a futuras situações de vulnerabilidade (Mikulincer & Florian, 1995). O que poderá apontar para um indicador a ter em consideração nos programas de intervenção junto desta população.

No que concerne aos acontecimentos de vida stressantes torna-se fundamental caracterizá-los como forma a melhor poder delinear programas de prevenção da condição de sem abrigo e por outro lado ter a percepção de qual o entendimento que os próprios fazem sobre quais os acontecimentos de vida que mais contribuíram para a emergência do primeiro episódio de sem abrigo.

Relativamente à saúde mental, pretendemos caracterizar de forma geral a existência ou não de psicopatologia nesta população, tentando evidenciar a forma como a exclusão e a saúde mental se entrecruzam e mutuamente reforçam.

No que concerne ao bem estar psicológico pretendemos perceber qual o nível de bem estar psicológico dos sem abrigo integrados em comunidades de inserção. Para além da satisfação das necessidades básicas, contribuirão as comunidades de inserção para a melhoria do bem estar psicológico dos seus residentes?

Em termos de rede social de apoio torna-se fundamental perceber em que medida a rede de apoio fornece suporte a esta população e em que áreas se sentem mais desprotegidos.

## **2. Questões de investigação e objectivos do estudo**

Mais especificamente, o presente estudo pretende responder às seguintes questões:

1. Qual o perfil do sem abrigo integrado em comunidade de inserção?
2. Quais são os factores que estão na origem deste fenómeno?
3. Quais os padrões de vinculação da população sem abrigo?
4. Terão os sem abrigo integrados em comunidade de inserção menor nível de confiança que a população carenciada?
5. Terão os sem abrigo integrados em comunidade de inserção menor suporte social que a população carenciada?
6. Terão os sem abrigo a residir em comunidades de inserção bem estar psicológico inferior à população carenciada?
7. Terá a população sem abrigo maiores índices de psicopatologia que a população carenciada?

8. Que acontecimentos de vida stressantes são mais frequentes na emergência do primeiro episódio de sem abrigo?
9. Que acontecimentos de vida stressantes têm maior influência no surgimento do primeiro episódio de sem abrigo?

Ao conjunto de interrogações formuladas no âmbito desta pesquisa, procurámos analisar a relação existente entre as diferentes variáveis consideradas pertinentes para o nosso estudo. A finalidade do presente estudo não é testar modelos ou fundamentar teorias, o que se pretende é, sobretudo: caracterizar os sem abrigo de forma a que se possa ter um maior conhecimento acerca desta problemática. São objectivos gerais do estudo: perceber a forma como estes se relacionam com os outros; conhecer a sua rede social de apoio; conhecer os acontecimentos de vida stressantes presentes nas suas vivências, caracterizar a incidência de psicopatologia nesta população; analisar o seu bem estar psicológico; caracterizar as dimensões sociais associadas à vinculação nesta população; contribuir para um maior investimento na reinserção dos sem abrigo e maior reconhecimento da importância de um trabalho técnico de qualidade, da necessidade de criação de linhas orientadoras de intervenção e da importância da participação dos próprios na organização e implementação de medidas de intervenção.

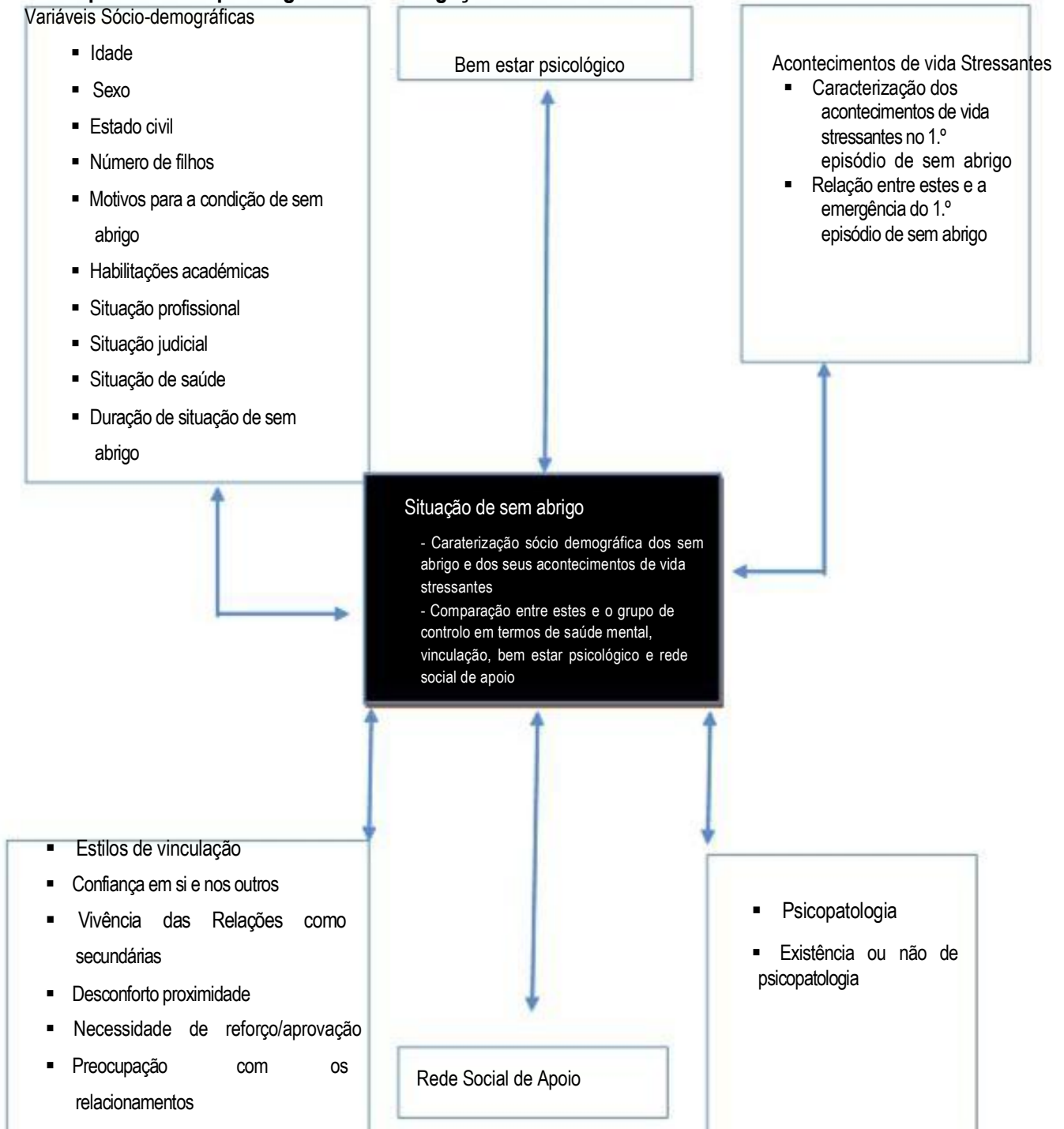
Para a consecução destes propósitos, foram delineados os seguintes objectivos específicos: a) caracterizar a população sem abrigo em termos de variáveis sócio-demográficas; b) identificar a sua rede social de apoio; c) caracterizar as dimensões sociais associadas à vinculação adulta nos sem abrigo; d) caracterizar a incidência de psicopatologia nesta população; e) analisar o seu bem estar psicológico; e) caracterizar os acontecimentos de vida stressantes que contribuem para a emergência desta problemática.

Com vista à caracterização dos sem abrigo 225 indivíduos responderam à versão portuguesa da ASQ- Questionário de Estilos de Vinculação nos Sem Abrigo, do questionário de ocorrência de acontecimentos de vida stressantes relacionados com o surgimento do primeiro episódio de sem abrigo (EAVSSA), do Questionário de Morbilidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA), da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico (EMMBEP), da versão portuguesa do Medical Outcomes Study's social support scale (MOS-SSS) e a um questionário de caracterização. A amostra é constituída por 105 residentes da Comunidade de Inserção Novo Olhar e do Farol, e 120 indivíduos carenciados com situação habitacional estável, com as variáveis sexo, idade e escolaridade emparelhadas às do grupo dos sem abrigo, no sentido de perceber se existiriam

diferenças estatisticamente significativas entre eles. Os resultados foram analisados através do programa SPSS versão 18.0.

Para a melhor compreensão da investigação elaborámos um esquema da mesma que passamos a apresentar:

### Esquema 1 - Esquema geral da investigação





### 3. Amostra

#### 3.1 Selecção dos Participantes

A selecção dos indivíduos que compõem a amostra foi determinada por critérios previamente definidos.

O grupo alvo foi composto por 105 indivíduos sem abrigo seleccionados nas Comunidades de Inserção Novo Olhar e Farol. No grupo alvo, os critérios de inclusão foram os seguintes: estar integrado na Comunidade de Inserção Novo Olhar ou no Farol; ter um período de internamento igual ou superior a 2 meses; ter vivenciado uma situação de sem tecto, no mínimo, durante alguns dias; ter mais de dezoito anos; ter aceite, de forma esclarecida, participar no estudo, ter um bom entendimento da língua portuguesa na sua forma falada e/ou escrita.

Relembramos que estas estruturas tem capacidade para acolher cerca de 50 residentes. Ainda de referir que, tal como exposto no capítulo III deste estudo, a realização de um trabalho de continuidade com esta população encontra-se dificultada por vários factores, dos quais: as dificuldades relacionais, a ausência de um quadro de regras, a intolerância de uma vivência comunitária, a incapacidade de manter abstinência de substâncias psicoactivas, as frequentes descompensações psiquiátricas e a ilusão de auto-suficiência logo que beneficiam de uma qualquer fonte de rendimento (a maioria das vezes o RSI). Assim, o número de indivíduos que compõem o grupo alvo deste estudo viu-se condicionado, quer pelas dificuldades anteriormente expostas, quer pelo reduzido número de vagas disponíveis na estruturas.

Como critérios de exclusão foram considerados: a evidência de compromisso das funções cognitivas por razões diversas (e.g., psicopatologia actual ou prévia, consumos de substâncias psicoactivas à altura da realização do estudo).

O grupo dos sem abrigo foi recolhido em duas instituições de acolhimento, sendo importante destacar que todos estão nesta fase em situação de apoio residencial, com satisfação das necessidades básicas garantidas, acompanhamento social e psicológico, bem como com projectos de inserção em curso.

O grupo-alvo passará a ser denominado Grupo Sem Abrigo (GSA).

Foi seleccionado um grupo de referência constituído por pessoas carenciadas mas com a situação habitacional assegurada, com o objectivo de o comparar com o GSA nas variáveis de interesse. Estes sujeitos foram seleccionados em instituições promotoras de cursos de qualificação escolar para população activa e são pessoas carenciadas. A selecção dos sujeitos teve como

critério o emparelhamento com o GSA nas variáveis idade, género e escolaridade. Este grupo passará a ser denominado como grupo de referência (GR).

### **3.2 Caracterização da amostra**

A amostra total em estudo é constituída por 225 indivíduos, 105 do GSA e 120 do GR.

A média de idade da amostra dos sujeitos do GSA é de 39 anos (DP= 8.56), sendo o mais novo de 19 anos e o mais velho de 63. A média de idades do GR é também de 39 anos (DP =7.09), sendo o mais novo de 19 e o mais velho de 61. O grupos não diferiram estatisticamente em função da idade ( $F(1,223)=0.628$ ,  $p=.429$ ). A média de idades da amostra total ( $n= 225$ ) é de 39 anos (DP =7.81)

A maioria dos sujeitos desta investigação pertence ao género masculino (76.9%). No GSA são do género masculino 79.0% dos sujeitos e no GR são 75.0%. Os dois grupos não diferiram significativamente na distribuição pelo género  $\chi^2 (1)=0.516$ ,  $p=.472$ ).

### **4. Instrumentos de Avaliação**

A tabela 1 especifica os instrumentos utilizados, bem como os respectivos objectivos gerais a que cada das medidas de avaliação se destina e que, posteriormente se descreve em detalhe.

**Tabela 1- Instrumentos utilizados na investigação e seus objectivos**

Instrumentos	Objectivos
Ficha de dados pessoais	Identificação, caracterização sociodemográfica e informação relativa a situação social, de saúde e judicial
Escala de medida de manifestação de bem estar psicológico - EMMBEP (Massé et al., 1998; versão portuguesa: Monteiro, Tavares e Pereira, 2006a)	Avaliação do bem estar psicológico
Questionário do estilo de Vinculação em população sem abrigo - ASQ (Fenney & Noller, 1994; versão portuguesa: Carrinho & Pereira, 2009)	Avaliação da vinculação e das dimensões sociais associadas à vinculação
A Escala de acontecimentos de vida stressantes em sem abrigo AVSSA (Brugha & Cragg, 1990; versão portuguesa Carrinho & Pereira, 2009)	Caracterizar a ocorrência de acontecimentos de vida stressantes relacionados com o surgimento do primeiro episódio de sem abrigo
Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey - MOS-SSS-P (Sherbourne, 1992, versão portuguesa: Fachado, Martinez, Villalva & Pereira, 2007)	Avaliação da rede de suporte social
Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos - QMPA (Santana, 1982; versão portuguesa Carrinho & Pereira, 2009)	Avaliação de existência de psicopatologia

#### 4.1 Ficha e dados pessoais

A ficha de dados pessoais foi elaborada com vista à recolha de dados de identificação e caracterização sociodemográfica e informação relativa a questões sociais, de saúde e judiciais. Assim os dados recolhidos dizem respeito às seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, nacionalidade, situação profissional, motivos que conduziram à situação de sem abrigo, tempo que viveu na rua; medicação, tempo de institucionalização; caracterização de consumos no último mês; existência de comportamentos de risco nos últimos seis meses; frequência de consultas; existência de patologia infecciosa e existência de detenções prévias.

#### 4.2 Questionário do Estilo de Vinculação em População sem Abrigo (QEVSA)

A pesquisa bibliográfica revelou vários instrumentos que permitiriam avaliar a vinculação. Documentados sobre as suas características psicométricas optámos por utilizar os instrumentos de avaliação que melhor se adequam aos nossos objectivos e que passamos a descrever.

Para avaliar as dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta foi utilizado a Attachment Style Questionnaire (ASQ) desenvolvido por Feeney, Noller e Hanrahan (1994). Este é um instrumento de fácil utilização que avalia as dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta (Anexo 4).

Observando as limitações no instrumento inicial de medição concebido por Hazan e Shaver (1987, 1990), Feeney, Noller e Hanrahan (1994) reviram a literatura relativa à vinculação e tentaram construir um instrumento de medição original, de forma a não perder nenhuma das nuances de relevância dos escritos de Ainsworth. Procuraram ainda descrever os seus itens de uma forma menos “romântica” do que a encontrada por Hazan e Shaver (1987, 1990), bem como Collins e Read (1990). Para desenvolver o ASQ, Feeney e colaboradores inspiraram-se no trabalho de Hazan e Shaver (1987) e no modelo de Bartholomew e Horowitz (1991), que fazem, eles próprios, referência à noção de modelo interno de si e do outro de Bowlby (1973). Este questionário oferece ainda a vantagem de ser composto por itens que não estão especificamente relacionados com um tipo preciso de relação social, como as relações amorosas ou de amizade. Esta característica, tal como frisam os próprios autores, oferece a possibilidade de explorar a vinculação de indivíduos que conheceram poucas experiências amorosas.

Feeney e colaboradores (1994), criaram um questionário inicial de 65 itens e, através de análises estruturais, reduziram este número para 40 itens. Aos participantes era pedido que avaliassem, (numa escala de tipo Likert de 6 pontos, desde 1-discordo totalmente ao 6-concordo totalmente) como cada um dos itens descrevia os seus sentimentos e comportamentos em relações “próximas”. Os 40 itens organizaram-se em cinco dimensões: (1) confiança (em si próprio e nos outros); (2) desconforto com a proximidade; (3) necessidade de aprovação/reforço dos outros; (4) preocupação com as relações; e (5) considerar as relações como secundárias (relativamente a atingir objectivos noutros domínios, tais como escola ou carreira profissional).

O desconforto com a proximidade ou a percepção da relação como algo secundário estão, de forma clara, conceptualmente ligadas à vinculação evitante. No estudo de Brennan e colaboradores (1998), a correlação destas duas escalas com o factor evitante eram de .90 e .61 respectivamente. A preocupação com as relações e necessidade de aprovação/reforço por parte dos outros estão conceptualmente relacionadas à vinculação ansiosa e obtiveram os valores de .86 e de .62 respectivamente. A escala de falta de confiança (combinando o julgamento dos outros em relação a si, mas enfatizando a falta de confiança nos outros) obteve resultados largamente relacionados com a vinculação evitante .70.

Waal e Rönnlund (2007) defendem que altos valores na subescala confiança se relacionam de forma significativa com a vinculação segura.

Numa amostra extensa de estudantes pré-universitários, Feeney e colaboradores (1994) encontraram coeficientes alfa de Cronbach para as cinco escalas com valores desde os .76 aos .84 e coeficientes de estabilidade entre  $r=.67$  e  $r=.78$  para um período de 10 semanas.

Vários investigadores utilizaram o ASQ para avaliar o estilo de vinculação em adultos e adolescentes e deste modo contribuíram para atestar a sua solidez e validade. Um estudo efectuado por Fossati e colaboradores (2003) reforçou a estrutura de cinco factores da versão italiana do ASQ tanto em amostras clínicas quanto em amostras não clínicas, ao mesmo tempo que concluiu que as cinco escalas confluíam em dois grandes factores: vinculação ansiosa e evitante. O ASQ pode revelar-se particularmente útil em estudos nos quais facetas específicas de ansiedade e de evitamento sejam relevantes.

O Questionário de Estilos de Vinculação nos Sem Abrigo (QEVSA) constitui a tradução e adaptação para a versão portuguesa do ASQ do original de Feeney, Noller e Hanrahan (1994). Foi denominado desta forma por a adaptação ter sido pensada para esta população e porque no estudo de validação cerca de metade dos sujeitos tiveram situações de sem abrigo como descrito na caracterização da amostra. O objectivo foi garantir a sua adequação aos objectivos e circunstâncias do estudo.

#### **4.2.1 Contributo para a análise psicométrica da escala QEVSA**

A consistência interna diz respeito ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova. Deste modo procura-se avaliar o grau com que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item. Para a sua concretização realizaram-se os seguintes passos:

- 1 Determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global. Indica a forma como cada item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que pretende medir (Vaz-Serra, 1994).
- 2 Determinação do coeficiente alfa de Cronbach. - Mede a correlação entre cada item da escala com as restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo. Este indicador, permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de um factor pertencentes a uma mesma subescala. Os

parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0.80 a consistência interna é considerada de muito boa.

Os estudos de validade referem-se a três aspectos fundamentais: validade de conteúdo, validade de critério, e validade de constructo. Dentro destes a validade de constructo, é a mais importante e procura encontrar resposta para a seguinte questão: “em que medida, este instrumento mede realmente o que procura medir?”.

Para a sua determinação utiliza-se a análise factorial dos itens e dos resultados. Este método que se tem revelado com maior uso e reconhecimento entre os diversos autores é, segundo Maroco (2007), “uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objectivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis inter-relacionadas de modo a construir uma escala de medida para factores intrínsecos que de alguma forma (mais ou menos explícita) controlam as variáveis originais”. O mesmo autor refere ainda que “o objectivo da análise factorial é o de atribuir um score (quantificação) a constructos ou factores que não são directamente observáveis”. Consta de duas partes distintas.

A primeira consiste em criar uma matriz de correlações, com a qual se pretende verificar a existência de correlações significativas entre as variáveis. Existem vários métodos para o efeito, mas o mais utilizado é o designado por “método dos componentes principais” (Bryman & Cramer, 1992), que consiste em analisar toda a variância de um valor ou variável incluindo a variância única, sendo aquele que é preferível em estudos exploratórios.

Com o resultado deste procedimento obtemos o que se designa por matriz factorial (Polit & Hungler, 1994). A matriz assim determinada partilha o máximo de variâncias, tornando difícil a sua leitura e interpretação. Por esse motivo, efectua-se o que se designa por rotação de factores. É o segundo momento da análise factorial.

Existem dois tipos de rotação: a oblíqua, pouco usada porque os factores se correlacionam entre si, e a ortogonal, a mais usada porque mantém a independência dos factores. Por este último processo, as variáveis (itens) que se tomam para cada factor são as que se correlacionam mais fortemente com cada um deles. Uma vez seleccionados os factores procede-se à identificação dos constructos teóricos (Polit & Hungler, 1994).

Para se conseguir uma boa definição de factor convencionou-se que não se deveriam considerar os itens ou variáveis que tenham correlações “r” menores que 0,2 com a nota global, quando esta não contém esse item específico (Striener & Norman, 1989).

Ainda em relação à análise factorial, alguns autores são de opinião de que para haver precisão dos factores dela resultantes terá que se ter em consideração a dimensão da amostra. Embora não haja um consenso sobre a dimensão ideal, Bryman & Cramer (1992) referem que o “N” da amostra deve ser no mínimo igual a cinco vezes o número de itens da escala e nunca inferior a 100 indivíduos por análise.

Os procedimentos ora descritos serão seguidos para o estudo de todas as escalas que constituem o instrumento de avaliação.

Face ao exposto, vamos apresentar os resultados obtidos nas diferentes etapas, seguindo a ordem porque foram enunciados.

No estudo das propriedades métricas da escala QEVSA foi avaliada a sua dimensionalidade através da Análise em Componentes Principais (ACP) (Bryman & Cramer, 1992) e a consistência interna com o cálculo do alfa de Cronbach. Foi também estudada a qualidade dos itens no que diz respeito à sua homogeneidade com recurso à correlação corrigida.

O teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que é um procedimento que afere a qualidade das correlações entre as variáveis, obteve um valor de .844, e o Bartlett’s Test of Sphericity foi significativo ( $\chi^2(780)=3882.171, p=.000$ ), concluindo-se ter a amostra e a matriz de correlações características adequadas à factorização. Dado o resultado obtido classificamo-lo de acordo com os critérios de Pestana & Gageiro (2005) de bom ( $=0.844$ ).

Da primeira ACP efectuada emergiram 10 factores com valores próprios superiores a 1 e que explicavam 53.63% da variância total. O critério de Kaiser (valores próprios superiores a 1) sobrestimou claramente o número de factores. Acresce que os estudos efectuados com esta escala, e atrás referidos, apontam para uma estrutura de cinco factores.

Da análise do Scree Plot (Gráfico 1) verificamos que os quatro primeiros factores se encontram acima do ponto de inflexão da curva, mas com uma curta distância entre o 3º, 4º e 5º factores.

A identificação do número de factores a reter não responde a um critério único e universal (Costello & Osborne, 2005) sendo a interpretabilidade apontada como critério último nesta tomada de decisão. Para Hair e colaboradores (2010), escolher o número de factores a ser interpretado é, em certa medida, como focar um microscópio, um ajustamento acima ou abaixo vai obscurecer a estrutura que é óbvia no ajustamento certo.

Para encontrar a estrutura mais interpretável foram efectuadas ACP forçadas a quatro, cinco e seis factores com rotação varimax. A estrutura de cinco factores foi seleccionada porque,

por um lado, se revelou mais interpretável e, por outro lado, a estrutura penta-factorial é consistente com os estudos já publicados com esta escala.

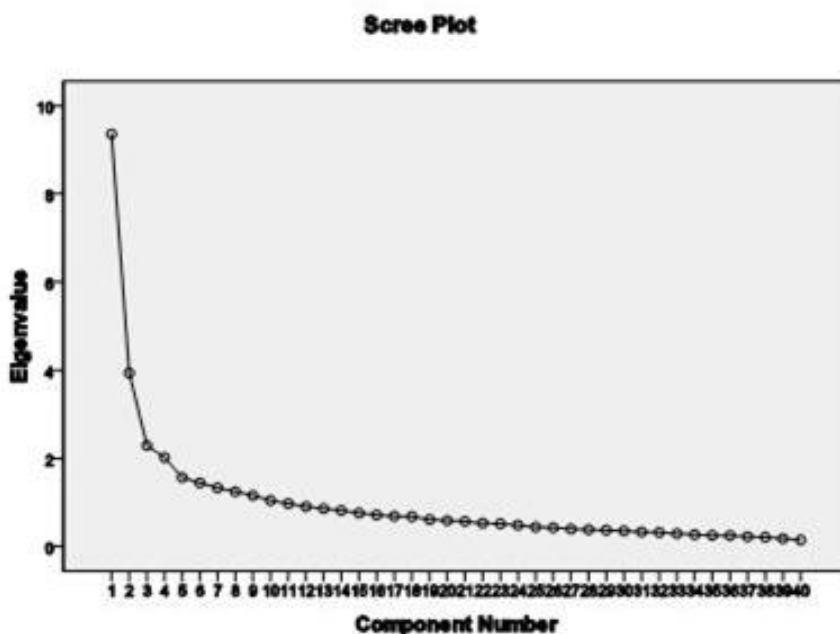


Gráfico 1. Scree plot do QEVSA

Na Tabela 2 são apresentados os valores próprios e variância explicada dos cinco factores retidos, e que no seu conjunto explicam 47.95% da variância total.

Tabela 2. Valores próprios e variância explicada dos factores do QEVSA

Factor	Valor próprio	Variância explicada
1	9,36	23,40%
2	3,94	9,84%
3	2,29	5,73%
4	2,02	5,05%
5	1,57	3,92%

Obtiveram comunalidades superiores a .40 80% dos itens, e a comunalidade mais baixa observada foi .315 no item 36. As comunalidades são apresentadas na Tabela 3. Um valor ideal para as comunalidades é acima de .400, mas é satisfatório se o factor contiver vários itens nestas condições.



Tabela 3. Comunalidades dos itens do QEVS (ACP, forçada a 5 factores, rotação varimax)

item	h	item	h
1 De um modo geral, sou uma pessoa que vale a pena conhecer	,534	21 Sinto-me confortável em depender de outras pessoas	,353
2 Sou mais fácil de conhecer do que a maioria das pessoas.	,401	22 Receio que os outros não se preocupem comigo tanto como eu me preocupo com eles.	,472
3 Sinto-me confiante de que as outras pessoas estarão lá para me ajudar quando eu precisar	,508	23 Preocupa-me que as pessoas se aproximem demasiado	,391
4 Prefiro depender de mim do que das outras pessoas.	,447	24 Preocupa-me não estar à altura dos outros.	,409
5 Prefiro guardar as coisas para mim próprio	,377	25 Sinto-me confuso com o estar próximo das outras pessoas.	,530
6 Pedir ajuda é admitir que se é um falhado.	,431	26 Embora me queira aproximar dos outros sinto-me desconfortável em fazê-lo.	,593
7 O valor das pessoas devia ser medido pelo que conseguem alcançar.	,476	27 Questiono-me porque é que os outros poderiam querer envolver-se comigo	,456
8 Conseguir coisas é mais importante do que construir relações.	,582	28 É para mim muito importante ter uma relação próxima	,614
9 Fazer o nosso melhor é mais importante do que dar-mos bem com os outros.	,466	29 Preocupo-me muito com os meus relacionamentos.	,659
10 Se há um trabalho para fazer, deve ser feito independentemente das pessoas que sofrem com isso	,423	30 Questiono-me como iria encarar a vida sem ter alguém que me amasse.	,346
11 É importante para mim que os outros gostem de mim.	,447	31 Sinto-me confiante no relacionamento com os outros	,631
12 É importante para mim evitar fazer coisas que não agradem os outros.	,463	32 Muitas vezes sinto que sou deixado/a de parte ou sozinho/a.	,582
13 Tenho dificuldades em tomar uma decisão a menos que saiba o que os outros pensam.	,477	33 Muitas vezes preocupo-me que não encaixe realmente com as outras pessoas.	,597
14 As minhas relações com os outros são, geralmente, superficiais.	,542	34 Os outros têm os seus problemas portanto não os incomodo com os meus.	,321
15 Às vezes penso que não valho nada.	,587	35 Quando falo dos meus problemas a outras pessoas geralmente sinto-me envergonhado/a ou ridículo/a.	,562
16 Tenho dificuldade em confiar noutras pessoas.	,509	36 Estou demasiado ocupado com outras actividades para depender muito tempo em relacionamentos.	,315
17 Tenho dificuldade em depender dos outros.	,370	37 Se alguma coisa me incomoda, normalmente os outros têm consciência disso e preocupam-se.	,492
18 Penso que os outros são relutantes em aproximar-se de mim tanto quanto eu gostaria.	,420	38 Tenho confiança de que os outros gostem de mim e me respeitem.	,509
19 Penso que é relativamente fácil tornar-me próximo/a de outras pessoas.	,533	39 Sinto-me frustrado/a se os outros não estão disponíveis quando eu preciso deles	,373
20 Tenho facilidade em confiar nos outros.	,526	40 As outras pessoas desapontam-me frequentemente.	,457

Na Tabela 4 é apresentada a distribuição dos itens pelos factores e a respectiva saturação factorial. Para identificar quais as saturações relevantes Tabachnick e Fidell (2001) sugerem o valor de .32 como ponto de corte. Todos os itens excederam este critério. De facto a saturação mais baixa observada de um item com o seu factor foi de .392, com uma elevada proporção de itens com saturações superiores a .500 o que indicia a presença de factores fortes (Costello & Osborne, 2005).

Tabela 4- Distribuição dos itens pelos factores do QEVSa e respectivas saturações factoriais (ACP forçada a 5 factores, rotação varimax)

Ítems	F1	F2	F3	F4	F5
Muitas vezes preocupo-me que não encaixe realmente com as outras pessoas.	.741	.046	.093	.168	.098
Muitas vezes sinto que sou deixado/a de parte ou sozinho/a.	.709	-.137	.232	-.024	.079
Tenho dificuldades em tomar uma decisão a menos que saiba o que os outros pensam.	-.676	-.054	-.010	-.035	.123
Às vezes penso que não valho nada.	.661	-.316	.131	-.049	.176
Embora me queira aproximar dos outros sinto-me desconfortável em fazê-lo.	.646	-.242	.323	.005	-.111
Penso que os outros são relutantes em aproximar-se de mim tanto quanto eu gostaria.	.602	-.099	.016	-.064	.208
Questiono-me porque é que os outros poderiam querer envolver-se comigo	.597	-.202	.168	.111	-.137
Quando falo dos meus problemas a outras pessoas geralmente sinto-me envergonhado/a ou ridículo/a.	.546	-.434	.269	.021	.049
Sinto-me frustrado/a se os outros não estão disponíveis quando eu preciso deles	.537	-.018	.123	.256	.059
Receio que os outros não se preocupem comigo tanto como eu me preocupo com eles.	.535	.121	.098	.015	.402
Preocupa-me não estar à altura dos outros.	.510	-.042	-.039	.381	-.010
Sinto-me confuso com o estar próximo das outras pessoas.	.503	-.358	.369	.073	-.081
As minhas relações com os outros são, geralmente, superficiais.	.481	-.391	.333	-.180	.124
Estou demasiado ocupado com outras actividades para despender muito tempo em relacionamentos.	.402	-.152	.239	-.199	.183
Tenho facilidade em confiar nos outros.	-.051	.649	-.210	-.052	-.235
Penso que é relativamente fácil tornar-me próximo/a de outras pessoas.	-.292	.637	.074	.173	-.082
Sou mais fácil de conhecer do que a maioria das pessoas.	-.013	.609	.141	-.014	.099
Sinto-me confiante no relacionamento com os outros	-.385	.564	-.026	.324	-.242
Tenho confiança de que os outros gostem de mim e me respeitem.	-.341	.531	.011	.293	-.159
É importante para mim evitar fazer coisas que não agradem os outros.	.340	.521	-.203	.128	.136
Sinto-me confiante de que as outras pessoas estarão lá para me ajudar quando eu precisar	-.268	.509	.056	.230	-.349
É importante para mim que os outros gostem de mim.	.272	.507	-.084	.208	.256
De um modo geral, sou uma pessoa que vale a pena conhecer	-.417	.505	-.134	.294	.025
Tenho dificuldade em confiar noutras pessoas.	.242	-.485	.287	.027	.364
Se alguma coisa me incomoda, normalmente os outros têm consciência disso e preocupam-se.	-.226	.442	.052	.383	-.310
As outras pessoas desapontam-me frequentemente.	-.388	.392	-.247	-.080	-.293
Conseguir coisas é mais importante do que construir relações.	.151	-.008	.712	-.191	.122
O valor das pessoas devia ser medido pelo que conseguem alcançar.	.081	.153	.658	.096	.061
Fazer o nosso melhor é mais importante do que darmos-nos bem com os outros.	.147	-.055	.627	-.003	.218
Se há um trabalho para fazer, deve ser feito independentemente das pessoas que sofrem com isso	.030	-.099	.621	-.058	-.153
Preocupa-me que as pessoas se aproximem demasiado	.252	-.226	.482	.172	.124
Pedir ajuda é admitir que se é um falhado.	.349	-.154	.436	-.305	.047
Preocupo-me muito com os meus relacionamentos.	.065	.191	-.070	.783	.008
É para mim muito importante ter uma relação próxima	.051	.113	-.027	.767	.102
Questiono-me como iria encarar a vida sem ter alguém que me amasse.	.222	.167	-.007	.498	-.142
Prefiro depender de mim do que das outras pessoas.	-.201	-.003	.024	.041	.636
Prefiro guardar as coisas para mim próprio	.078	-.166	.216	.019	.544
Tenho dificuldade em depender dos outros.	.229	.032	.023	-.144	.543
Sinto-me confortável em depender de outras pessoas	-.180	-.127	-.365	-.050	.411
Os outros têm os seus problemas portanto não os incomodo com os meus.	.135	-.097	.084	.355	.400

Apesar de ter sido identificada uma estrutura de cinco factores a distribuição dos itens não reproduz a distribuição original. A tal facto não será alheia a própria complexidade do constructo e que se reflecte na instabilidade estrutural dos instrumentos que o avaliam. Mas também as

características próprias da população sem abrigo poderão ter tido impacto na organização dos itens da escala.

Como foi dito atrás, a amostra é composta por cerca de metade de sujeitos que passaram por situações de sem abrigo, e a outra metade por sujeitos equiparados nas variáveis relevantes mas que nunca experienciaram situações de sem abrigo. O número de sujeitos de cada subamostra não foi suficiente para testarmos a invariância estrutural da escala consideradas as duas subamostras, um mínimo de 5 sujeitos por item (em cada subamostra) seria recomendável. A denominação atribuída a cada factor, a que passarem a chamar subescala, teve em conta a proximidade do conteúdo dos itens relativamente aos factores originais mas também a sustentação teórica efectuada. O factor 1 é composto por 14 itens. Este factor caracteriza as ambivalências relacionais dos inquiridos, bem como, a sua necessidade de reforço e aprovação dos outros. Designámo-lo por necessidade de reforço e aprovação, pois aproxima-se da composição desta subescala na versão original. Para o cálculo desta variável o item 13 é invertido.

**Tabela 5. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas da subescala necessidade de reforço e aprovação**

ITENS	M	DP	$r^a$
33 Muitas vezes preocupo-me que não encaixe realmente com as outras pessoas.	3,34	1,525	,664
32 Muitas vezes sinto que sou deixado/a de parte ou sozinho/a.	3,29	1,651	,691
13 Tenho dificuldades em tomar uma decisão a menos que saiba o que os outros pensam.	2,93	1,498	,510
15 Às vezes penso que não valho nada.	3,22	1,855	,676
26 Embora me queira aproximar dos outros sinto-me desconfortável em fazê-lo.	2,86	1,539	,700
18 Penso que os outros são relutantes em aproximar-se de mim tanto quanto eu gostaria.	3,04	1,460	,519
27 Questiono-me porque é que os outros poderiam querer envolver-se comigo	2,99	1,470	,574
35 Quando falo dos meus problemas a outras pessoas geralmente sinto-me envergonhado/a ou ridículo/a.	2,98	1,742	,654
39 Sinto-me frustrado/a se os outros não estão disponíveis quando eu preciso deles	3,82	1,478	,664
22 Receio que os outros não se preocupem comigo tanto como eu me preocupo com eles.	3,52	1,578	,691
24 Preocupa-me não estar à altura dos outros.	3,33	1,606	,510
25 Sinto-me confuso com o estar próximo das outras pessoas.	2,71	1,582	,676
14 As minhas relações com os outros são, geralmente, superficiais.	2,88	1,578	,700
36 Estou demasiado ocupado com outras actividades para despender muito tempo em relacionamentos.	2,75	1,606	,519

<sup>a</sup> Correlação corrigida

A subescala necessidade de reforço e aprovação obteve um alfa de Cronbach de .89, e uma média de 43.68 (DP= 14.24).

O factor 2 é composto por 12 itens. Este factor caracteriza a confiança dos inquiridos, quer em si mesmos, quer nos outros. Designámo-lo por confiança em si e nos outros. Para o cálculo desta variável o item 16 é invertido.

**Tabela 6. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas subescala confiança em si e nos outros**

Itens	M	DP	r <sup>a</sup>
20 Tenho facilidade em confiar nos outros.	3,46	1,586	,561
19 Penso que é relativamente fácil tornar-me próximo/a de outras pessoas.	4,18	1,413	,606
2 Sou mais fácil de conhecer do que a maioria das pessoas.	3,87	1,257	,357
31 Sinto-me confiante no relacionamento com os outros	4,17	1,442	,688
38 Tenho confiança de que os outros gostem de mim e me respeitem.	4,06	1,519	,597
12 É importante para mim evitar fazer coisas que não agradem os outros.	4,01	1,628	,269
3 Sinto-me confiante de que as outras pessoas estarão lá para me ajudar quando eu precisar	3,94	1,494	,630
11 É importante para mim que os outros gostem de mim.	4,72	1,249	,279
1 De um modo geral, sou uma pessoa que vale a pena conhecer	5,03	1,243	,586
16 Tenho dificuldade em confiar noutras pessoas.	3,35	1,585	,523
37 Se alguma coisa me incomoda, normalmente os outros têm consciência disso e preocupam-se.	3,66	1,516	,550
40 As outras pessoas desapontam-me frequentemente.	3,49	1,579	,462

<sup>a</sup> Correlação corrigida

A subescala confiança em si e nos outros obteve um alfa de Cronbach de .84, com uma média de 47.93 (DP= 10.63).

O factor 3 é composto por 6 itens e caracteriza o evitamento relacional e a forma como as relações são consideradas secundárias. Designámo-lo por vivência dos relacionamentos como secundários.

**Tabela 7. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas da subescala vivência dos relacionamentos como secundários**

Itens	M	DP	r <sup>a</sup>
8 Conseguir coisas é mais importante do que construir relações.	2.67	1.573	.584
7 O valor das pessoas devia ser medido pelo que conseguem alcançar.	2.69	1.567	.452
9 Fazer o nosso melhor é mais importante do que darmos-nos bem com os outros.	3.16	1.538	.492
10 Se há um trabalho para fazer, deve ser feito independentemente das pessoas que sofrem com isso	2.86	1.640	.464
23 Preocupa-me que as pessoas se aproximem demasiado	2.99	1.532	.388
6 Pedir ajuda é admitir que se é um falhado.	1.99	1.516	.411

<sup>a</sup> Correlação corrigida

A subescala vivência dos relacionamentos como secundários obteve um alfa de Cronbach de .73 e uma média de 16.36 (DP= 6.12).

O factor 4 é composto por 3 itens caracteriza a preocupação com as relações. Designámo-lo por preocupação com os relacionamentos.

**Tabela 8. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas da subescala preocupação com os relacionamentos**

Itens	M	DP	$r^2$
29 Preocupo-me muito com os meus relacionamentos.	4.74	1.298	.562
28 É para mim muito importante ter uma relação próxima	4.82	1.428	.569
30 Questiono-me como iria encarar a vida sem ter alguém que me amasse.	4.47	1.541	.425

<sup>a</sup> Correlação corrigida

A subescala preocupação com os relacionamentos obteve um alfa de Cronbach de .70, a média foi de 14.03 (DP= 3.38)

O factor 5 é composto por 5 itens caracteriza o desconforto com a proximidade e o exílio do outro. Designámo-lo por desconforto com a proximidade. Para o cálculo desta variável o item 21 foi invertido.

**Tabela 9. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas da subescala desconforto com a proximidade**

Itens	M	DP	$r^2$
4 Prefiro depender de mim do que das outras pessoas.	4.97	1.323	.413
5 Prefiro guardar as coisas para mim próprio	4.01	1.587	.276
17 Tenho dificuldade em confiar noutras pessoas.	3,89	1,593	.268
21 Sinto-me confortável em depender de outras pessoas	4.73	1.445	.193
34 Os outros têm os seus problemas portanto não os incomodo com os meus.	3.84	1.526	.164

<sup>a</sup> Correlação corrigida

A subescala desconforto com a proximidade obteve um alfa de Cronbach de .70 e uma média de 43.68 (DP= 14.24).

As suas propriedades psicométricas do QEVSA são bastantes satisfatórias para a sua utilização no estudo. O valor mínimo de alfa foi .70 e foi observado nas duas subescalas com menor número de itens (3 e 5 itens). Sendo o valor do alfa de Cronbach sensível ao número de itens em análise este valor poderá ser considerado adequado. Não deixa de ser pertinente em estudos posteriores, um aperfeiçoamento da representação destes constructos. Os dois primeiros factores obtiveram valores de alfa superiores a .80 o que pode ser considerado bastante bom (Nunnaly, 1978, Cronbach, 1951, DeVellis, 1991; Moore, 1983). A escala total obteve uma de 147.60 (DP= 23.31) e uma alfa de Cronbach de .90

Tabela 10- Média, desvio padrão e alpha de Cronbach do QEVSA

	Média	DP	N de Items	Cronbach's Alpha
Necessidade de reforço/aprovação	43.68	14.24	14	.89
Confiança em si e nos outros	47.93	10.63	12	.84
Relacionamentos como secundários	16.36	6.11	6	.73
Preocupação com relacionamentos	14.03	3.38	3	.70
Desconforto com proximidade	43.68	14.24	5	.70
QEVSA	147.60	23.31	40	.90

### 4.3. Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA)

O Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA) é um instrumento de “screening” populacional com perguntas sobre queixas psicopatológicas ocorridas no último ano. Foi desenvolvido por Santana (1982), com base em outros instrumentos - o Questionário de Enfermedad Mental elaborado e testado por pesquisadores da Universidad del Valle da Colombia e o Questionário de Morbidade desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo- adaptando-se linguagem e forma aos seus objetivos. A versão utilizada no presente estudo contém 42 questões com respostas tipo sim/não. A pontuação resulta da soma da pontuação de cada pergunta, sendo que as seis primeiras perguntas com respostas afirmativas valem 7 (sete) pontos cada uma e as restantes, com respostas afirmativas, valem 1 (um) ponto cada. As respostas negativas dadas contabilizam 0 (zero) pontos cada. O ponto de corte utilizado foi 7 (sete). Os sujeitos com pontuação igual ou acima de 7 foram considerados suspeitos de Transtorno Mental e abaixo de 7, considerados não suspeitos de Transtorno Mental. Os resultados obtidos indicarão a prevalência de Transtornos Mentais na população estudada.

### 4.4. Escala de medida de manifestação de bem estar psicológico (EMMBEP)

Actualmente, reconhece-se que a saúde mental não deverá ser unicamente avaliada a partir de reacções negativas como a depressão ou ansiedade. É consensual que a integração de medidas de emoções positivas e de satisfação com a vida e consigo mesmo é essencial no sentido de captar um retrato mais completo da saúde mental de determinado individuo (Diener, 1994). Por outro lado, a investigação que se propõe medir o bem estar é frequentemente acusada de medir apenas uma

dimensão ou um indicador de bem estar (Hattie, Myers, & Sweeney, 2004; Lent, 2004; Pollard & Lee, 2003; Ryff & Keyes, 1995). Partindo do pressuposto que o conceito de bem estar subjectivo deverá ser definido e medido através de componentes afectiva (emoções positivas, afectos negativos) e cognitiva (satisfação com a vida, moral) (Andrews & McKennell, 1980; Diener, 1994), Massé et al (1998) elaboraram e validaram a ÉMMBEP.

Escala de medida de manifestação de bem estar psicológico é a versão portuguesa da Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-être Psychologique (Massé et al., 1998).

Trata-se de uma escala de auto-resposta constituída por 25 itens, avaliados numa escala de resposta Likert de 5 pontos que vai desde 1 (nunca) a 5 (quase sempre). Este instrumento avalia o bem estar psicológico com seis sub-escalas: auto estima, equilíbrio, envolvimento social, sociabilidade, controlo de si e dos acontecimentos e felicidade; e de um índice global de bem-estar. Em seguida, apresentamos a descrição das sub-escalas, tal como foram elaboradas por Massé e colaboradores (1998):

- Auto estima. Esta dimensão inclui itens relacionados com o sentir-se confiante em si mesmo, apreciado e amado, útil e satisfeito com o que alcançou.
- Equilíbrio. A dimensão equilíbrio relaciona-se com a estabilidade manifestada nos diferentes níveis pessoal, familiar e profissional.
- Envolvimento social. Esta dimensão inclui aspectos como ter interesse no que nos rodeia, ter ambições e gosto de levar a cabo actividades em geral, e de lazer em particular.
- Sociabilidade. A dimensão sociabilidade diz respeito à propensão para se relacionar com a comunidade, com bom humor e com capacidade para ouvir os outros.
- Controlo de si mesmo e dos acontecimentos. Esta dimensão inclui itens respeitantes ao sentimento de controlo de si mesmo e dos acontecimentos e à capacidade de enfrentar as dificuldades da vida, ter uma boa moral e sentir-se em forma.

Os estudos psicométricos efectuados na versão original (Massé et al., 1998) revelaram níveis adequados de consistência interna para a nota global ( $\alpha = .93$ ), e para as seis sub-escalas consideradas, com valores de alpha de Cronbach entre .71 (envolvimento social) e .85 (felicidade).

Os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa (Monteiro et al., 2006a) revelaram valores de alfa de Cronbach entre .67 (envolvimento social) e .89 (felicidade), e .93 para a nota global da escala.

#### 4.4.1. Contributo para a análise psicométrica da escala EMMBEP

No estudo das propriedades métricas da escala EMMBEP foi avaliada a sua dimensionalidade através da Análise em Componentes Principais e a consistência interna com o cálculo do alfa de Cronbach. Foi também estudada a qualidade dos itens no que diz respeito à sua homogeneidade com recurso à correlação corrigida.

O KMO obteve um valor de .923, e o Bartlett's Test of Sphericity foi significativo ( $\chi^2=3307.075$ ,  $p=.000$ ), concluindo-se ter a amostra e a matriz de correlações características adequadas à factorização.

Da ACP emergiu um único factor com um valor próprio de 11.03 e que sozinho explica 44.13% da variância. Este resultado permitiu-nos colocar a hipótese desta escala ser unidimensional para a amostra em estudo.

A análise do Scree Plot aponta nesse sentido. De facto as linhas vertical e horizontal formam quase um ângulo de 90°. A diferença de magnitude entre o primeiro e o segundo factor é esclarecedora, de 11.03 para 1.41. O primeiro factor explica quase oito vezes mais variância que o segundo factor (44.13% e 5.62%, respectivamente).

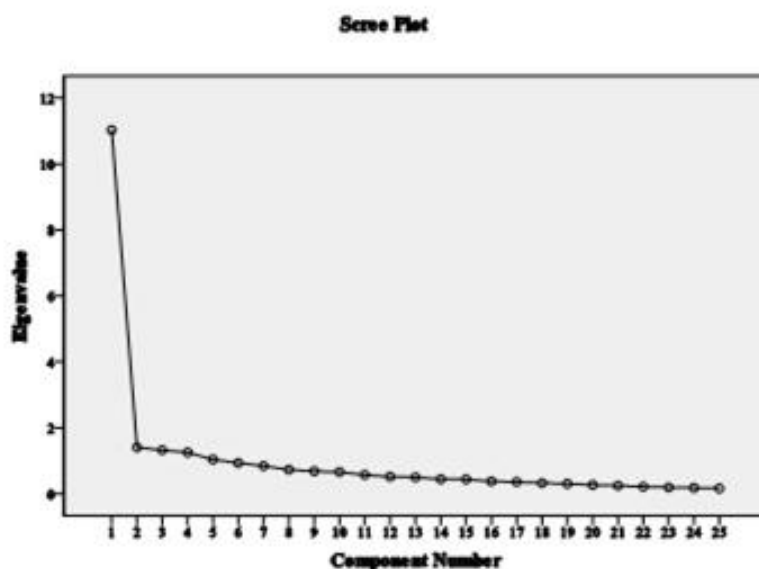


Gráfico 2. Scree Plot do EMMBEP

A ACP foi repetida forçada a um 1 factor. Como esperávamos todos os itens saturaram significativamente no primeiro factor, com todas as saturações acima de .40. Obtiveram comunalidades acima de .40 em 68% dos itens e apenas um item obteve um valor inferior a .30.



**Tabela 11. Saturações factoriais, comunalidades, médias, desvios-padrão e correlação corrigida dos itens da escala EMMBEP**

Itens	Saturação	$h^2$	Média	DP	$r^a$
Senti-me confiante	.648	.419	4.56	.97	.61
Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam	.576	.332	4.59	.99	.54
Senti-me satisfeito com o que fui capaz de alcançar, Senti-me orgulhoso de mim próprio	.667	.445	4.54	1.05	.63
Senti-me útil	.728	.529	4.75	1.07	.69
Senti-me emocionalmente equilibrado	.660	.436	4.63	.99	.62
Fui igual a mim próprio, natural em todas as circunstâncias	.557	.311	4.90	1.01	.52
Vivi a um ritmo normal, não tendo cometido excessos	.553	.306	4.68	1.17	.52
A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas actividades familiares, pessoais e académicas	.567	.322	4.44	1.21	.53
Tive objectivos e ambições	.626	.392	4.81	1.16	.60
Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas	.616	.380	4.73	1.20	.59
Envolvei-me em vários projectos	.403	.162	4.03	1.16	.38
Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas actividades e passatempos preferidos	.640	.409	4.44	1.33	.62
Ri-me com facilidade	.643	.414	4.61	1.19	.61
Tive um grande sentido de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente	.604	.364	4.53	1.15	.57
Fui capaz de estar concentrado e ouvir os meus amigos	.681	.463	4.97	.99	.64
Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta	.726	.528	4.99	.97	.69
Estive capaz de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva	.760	.577	4.76	.98	.72
Perante situações complexas fui capaz de as resolver com clareza	.731	.534	4.73	.98	.69
Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações	.643	.413	4.22	1.14	.60
Estive bastante calmo	.642	.412	4.59	1.03	.60
Tive a impressão de realmente gostar e viver a vida ao máximo	.713	.508	4.46	1.28	.68
EMMBEP 22 Senti-me bem, em paz comigo próprio	.815	.665	4.80	1.12	.78
EMMBEP 23 Achei a vida excitante e quis aproveitar cada momento dela	.732	.536	4.57	1.18	.70
A minha moral esteve boa	.776	.602	4.64	1.06	.74
Senti-me saudável e em forma	.767	.573	4.67	1.12	.72

$r^a$ - correlação corrigida

A escala obteve uma média de 115.63 (DP=18.08) e uma alfa de Cronbach de .95. Na amostra em estudo a escala EMMBEP não evidenciou a existência de seis dimensões subjacentes

às respostas dos sujeitos, mostrando-se claramente unidimensional. As suas propriedades psicométricas são bastantes satisfatórias para a sua utilização no estudo.

#### **4.5. Medical Outcomes Study - Social Support Survey (MOS-SSS)**

Dentre os constructos envolvendo laços sociais, destacam-se os conceitos de rede e apoio social.

Rede social (social network) pode ser definida como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida (Bowling, 1997).

Speak e Attneave (1990, p.20) definem a rede social pela sua composição, dizendo que ela “inclui o núcleo familiar e todos os parentes de cada integrante, mas também os amigos, vizinhos, colegas de trabalho e todos aqueles que, pertencem a uma igreja, escola, organização assistencial ou qualquer tipo de instituição, atribuem uma ajuda significativa e demonstram capacidade e vontade de assumir o risco que implica a participação” (idem, 1990, p.20).

Se o modelo proposto por Speak e Attneave (1990) se tornou num marco a nível interventivo, outros acontecimentos vieram a despoletar o interesse pelo aprofundamento do estudo das redes sociais. São disto exemplo as conclusões retiradas a partir do Movimento de Saúde Mental Comunitária nos Estados Unidos da América, na década de 60. Kennedy, no seu Programa de Erradicação de Pobreza, previu a criação de Centros de Saúde Mental Comunitária. Estes enfatizavam o papel activo da sociedade na prevenção e tratamento dos problemas de saúde das populações, tendo como referência o modelo de participação social. Este, implementado com base nos recursos próprios da comunidade, isto é, das redes sociais, veio a assumir-se quase como substituto dos serviços sociais, tendo em conta também a vantagem dos baixos custos da assistência assim possibilitada (Góngora, 1991). Por outro lado, vários estudos epidemiológicos começaram a evidenciar o papel desempenhado por parte da sociedade nas perturbações mentais, o seu impacto positivo e negativo nos problemas, alertando para importantes funções das redes sociais. As redes sociais são consideradas como os sistemas particulares de relações que unem actores sociais. A área do apoio psicossocial foi aquela em que, desde cedo, se considerou que as redes sociais deveriam ser tidas em conta no tratamento dos indivíduos com dificuldades psicossociais, pois nos campos de intervenção da Psiquiatria, Psicologia e Serviço Social, entre outras disciplinas, os especialistas “são levados a reconhecer cada vez mais que o ser humano deve ser considerado, não como uma entidade isolada,

mas como um ser em interacção constante com o meio físico e social de que ele faz parte” (Guédon, 1984, p.18).

Os tipos de intervenção que criam redes, de acordo com Góngora (1991), são usados fundamentalmente quando o indivíduo se encontra isolado socialmente, com um número reduzido de vínculos, por um lado, ou quando os vínculos sociais existentes são considerados como prejudiciais para o sujeito, por outro. O seu objectivo primordial é, por isso, aumentar o número de membros da rede, criando novos vínculos.

Apoio social (social support) diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afectivo). No presente estudo iremos dedicar-nos ao estudo do apoio social, sendo que o estudo da influência deste na saúde das pessoas teve o seu início nos anos setenta, tendo sido publicados diversos artigos científicos de revisão sobre as evidências da teoria que suporta que o apoio social exerce como buffer dos efeitos do stress psicossocial e físico e tem um efeito directamente proporcional na saúde das pessoas. Cassel (1976) e Cobb (1976) sugeriram que a ruptura de laços sociais afecta os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que o indivíduo se torna mais suscetível a doenças. O conceito de sistema de apoio social abrange o núcleo familiar e de amigos, os serviços informais baseados na vizinhança e na ajuda fornecida pelos serviços comunitários, sendo as suas principais actividades: “o apoio prestado ao indivíduo na mobilização dos seus recursos psicológicos de modo a permitir-lhe a gestão dos seus problemas emocionais, a partilha de actividades e a prestação de ajuda material” (Ornelas, 1994, p.333).

O estudo da influência que o apoio social exerce na saúde das pessoas teve o seu início nos anos setenta. Durante estes anos foram publicados diversos artigos científicos de revisão sobre as evidências da teoria que suporta que o apoio social exerce como buffer dos efeitos do stress psicossocial e físico e tem um efeito directamente proporcional na saúde das pessoas. Existem diversas definições do apoio social, Bowling (1991) define o apoio social como o processo interactivo em que as pessoas obtêm ajuda emocional, material ou económica da sua rede social; refere também o aspecto da percepção subjectiva e define o suporte social como o conjunto de elementos funcionais ou estruturais, reais ou percebidos, que os indivíduos recebem da sua comunidade, rede social ou dos seus amigos íntimos. Os efeitos benéficos do apoio social são bem conhecidos, nomeadamente tem demonstrado um papel importante no processo de adaptação à doença crónica (Yates, 1995), tendo sido

verificado ser um elemento chave na manutenção da integridade psicológica dos doentes. De todas as redes sociais mais conhecidas, aquela da qual as pessoas obtêm mais ajuda é a família. É um facto que, com frequência, as pessoas que pertencem a famílias funcionais têm melhores níveis de saúde devido aos recursos emocionais e materiais que lhes oferece. Apesar de ser o mais importante, pode não ser o único nem, às vezes, o principal; amigos, vizinhos, profissionais da saúde, cuidadores de lares ou grupos de auto-ajuda podem ser o principal suporte para alguns indivíduos. Thoits e Lin (1982) referem ainda o aspecto da percepção subjectiva e definem o suporte social como o conjunto de elementos funcionais ou estruturais, reais ou percebidos, que os indivíduos recebem da sua rede social ou dos seus amigos íntimos. Os efeitos benéficos do apoio social são bem conhecidos, nomeadamente tem demonstrado um papel importante no processo de adaptação à doença crónica (Yates, 1995), tendo sido verificado ser um elemento chave na manutenção da integridade psicológica dos doentes (Yu et al, 2004).

A correlação entre saúde e rede social não é unidireccional, sendo pouco claros “os mecanismos mediante os quais uma rede social activa e efectiva afecta positivamente a saúde” (Sluzki, 1996, p.79) .

O Medical Outcomes Study - Social Support Survey (MOS-SSS) foi desenvolvido por Sherbourne e Stewart (1992). Este questionário avalia o apoio social estrutural (rede social) e o apoio funcional. Está validado em diferentes populações (Anderson, Bilodeau, Deshaies & Gilbert, 2005; Revilla, Castillo, Bailón & Moruno, 2005) e em todas elas obteve adequados valores de consistência interna e fiabilidade.

O questionário MOS-SSS consta de 20 itens que avaliam o apoio social estrutural e funcional. Para avaliar a rede social (apoio estrutural) é efectuada uma primeira questão que é definida no item 1 com a pergunta: quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem? A avaliação do apoio funcional deste questionário define quatro dimensões: apoio material, apoio emocional, apoio afectivo e interacção social positiva. Para esta análise existem 19 itens que são avaliados numa escala de tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (sempre).

No estudo psicométrico do instrumento em Portugal Fachado e colaboradores (2007) confirmaram a estrutura de quatro factores com recurso a análises factoriais exploratórias e confirmatórias. Os coeficientes de consistência interna para as diferentes sub escalas são de .88 para o apoio instrumental, .87 para o apoio afectivo, .87 para a interacção social positiva e de .92 para o apoio emocional. A escala total obteve um alfa de .96.

Os resultados obtidos ratificam a estrutura original de quatro factores. Aliás, a consistência interna, a análise factorial exploratória e confirmatória e a estabilidade temporal da escala foram adequadas em todas as subescalas, conseguindo apoiar a fiabilidade e validade da versão portuguesa do MOS-SSS. É de compreensão simples, pouco demorada no seu preenchimento e fácil de aplicar. Tem a vantagem de poder analisar o tamanho da rede social dos indivíduos e as dimensões de apoio emocional, material, afectivo e interacção social positiva.

#### 4.5.1 Contributos para o estudo das propriedades psicométricas do MOS-SSS

No estudo das propriedades métricas da escala MOS-SSS foi avaliada a sua dimensionalidade através da Análise em Componentes Principais e a consistência interna com o cálculo do alfa de Cronbach. Foi também estudada a qualidade dos itens no que diz respeito à sua homogeneidade com recurso à correlação corrigida. O KMO obteve um valor de .954, e o Bartlett's Test of Sphericity foi significativo ( $\chi^2(171)=6512.71, p=.000$ ), concluindo-se ter a amostra e a matriz de correlações características adequadas à factorização.

Da ACP emergiu um primeiro factor com um valor próprio de 14.87 e que sozinho explica 78.27% da variância. O segundo e terceiro factor explicam respectivamente 4.50% e 3.21% da variância total. Este resultado permitiu-nos colocar a hipótese desta escala ser unidimensional para a amostra em estudo. A análise do Scree Plot aponta nesse sentido.

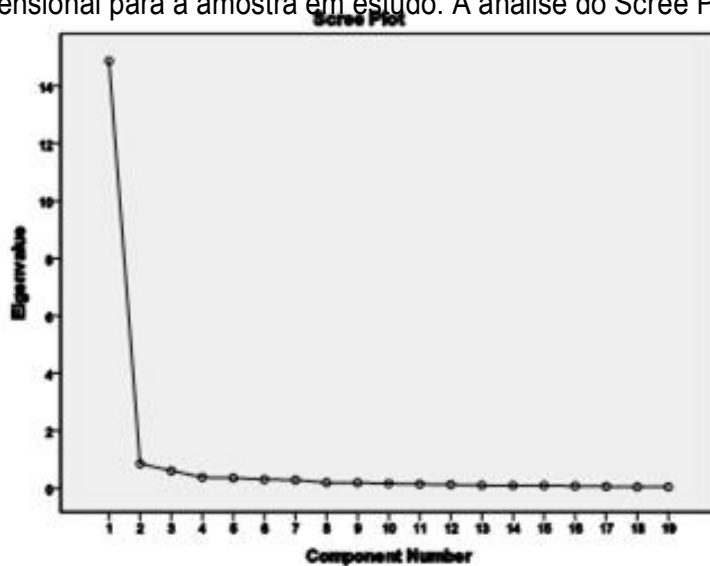


Gráfico 3 . Scree Plot do MOS-SSS

A ACP foi repetida forçada a um factor. Como esperávamos todos os itens saturaram significativamente no primeiro factor, com todas as saturações acima de .78. As comunalidade obtiveram também valores elevados, todos acima de .62.

**Tabela 12. Saturações factoriais, comunalidades, médias, desvios-padrão e correlação corrigida dos itens da escala MOS-SSS**

Ítems	Saturação	h <sup>2</sup>	Média	DP	r <sub>a</sub>
Alguém que o ajude, se estiver que estar na cama	.864	.747	4.11	1.21	.85
Alguém com quem falar quando necessite	.833	.694	4.04	0.94	.81
Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas	.786	.618	4.14	0.94	.76
Alguém que o leve ao médico quando necessite	.886	.785	4.03	1.19	.87
Alguém que lhe dê sinais de carinho, amor ou afectos	.883	.779	3.90	1.21	.87
Alguém com quem passar um bom bocado	.892	.796	3.95	1.17	.88
Alguém que lhe dê uma informação e o ajude a entender uma situação	.852	.725	4.08	1.03	.83
Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio e das suas preocupações	.941	.886	4.08	1.06	.93
Alguém que lhe dê um abraço	.890	.792	3.92	1.25	.88
Alguém com quem poder relaxar	.905	.820	3.96	1.30	.89
Alguém para preparar as suas refeições se não as poder fazer	.901	.811	4.00	1.25	.89
Alguém cujo conselho deseje	.904	.817	4.00	1.13	.89
Alguém com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer os seus problemas	.902	.814	4.00	1.18	.89
Alguém que o ajude nas tarefas diárias, se ficar doente	.843	.711	3.90	1.25	.83
Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos	.892	.797	3.96	1.15	.88
Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais	.913	.833	4.04	1.15	.90
Alguém para se divertir	.899	.807	3.95	1.22	.89
Alguém que compreenda os seus problemas	.941	.886	4.06	1.17	.93
Alguém a quem amar e o faça sentir-se querido	.869	.755	3.85	1.29	.85

r<sub>a</sub>- correlação corrigida

A escala obteve uma média de 75.97 (DP=19.56) e uma alfa de Cronbach de .98. A correlação entre a pontuação na escala e o item “quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem” foi de .75 (p<.001).

Na amostra em estudo a escala MOS-SSS não evidenciou a existência de quatro dimensões subjacentes às respostas dos sujeitos, mostrando-se claramente unidimensional. As suas propriedades psicométricas são bastantes satisfatórias para a sua utilização no estudo.

Tal como podemos verificar na tabela 13 a escala obteve uma média de 75.97 (DP=19.56) e uma alfa de Cronbach de .98

**Tabela 13- Média, desvio padrão da escala e alfa de Cronbach**

	Média	DP	N de Items	alfa
MOS SSS	75.97	19.56	19	.98

#### 4.6 Escala de Acontecimentos de Vida Stressantes nos Sem Abrigo (EAVSSA)

A Escala de Ocorrência de Acontecimentos de Vida Stressantes (Stressful Life Events) relacionados com o surgimento do primeiro episódio de sem abrigo (Brugha & Cragg, 1990: versão portuguesa Carrinho & Pereira, 2009) pretende caracterizar os acontecimentos de vida stressantes associados ao fenómeno dos sem abrigo, bem como quais os factores que mais contribuem para a sua ocorrência.

No seu estudo inicial a escala pretendeu descrever os acontecimentos de vida stressantes sofridos numa amostra aleatória de 262 sem abrigo em Madrid, Espanha. Os indivíduos foram convidados a preencher a escala Stressful life Events (Brugha & Cragg, 1990), completada por nove itens adicionais relacionados especificamente com sem-abrigo. Posteriormente, os participantes avaliaram cada acontecimento de vida no que diz respeito à sua contribuição para a sua situação de rua, através da caracterização da respectiva temporalidade. Estudos têm demonstrado uma maior ocorrência de Episódios de Vida Stressantes (AVS) nas pessoas sem abrigo do que naquelas com casas (North, Smith, & Spitznagel, 1994, Wright & Weber, 1987; & Vielva, 1992). Estes acontecimentos, que são agora considerados como possíveis factores etiológicos e que contribuem para a manutenção dos sem-abrigo, centram-se em torno do desemprego, perdas económicas, acidentes e doenças físicas, doenças mentais, drogas e abuso de álcool, de problemas matrimoniais ou problemas familiares (divórcio, orfandade, etc), a deslocação do seu ambiente habitual, os problemas com a lei e / ou institucionalização (Wright & Weber, 1987; Rossi, 1989; North, Smith & Spitznagel, 1994; Muñoz, Vázquez, 2001; Koegel, Melamid & Burnam, 1995).

Mesmo que à primeira vista a principal causa do surgimento e manutenção dos sem abrigo pareça ser económico, outros factores, como problemas familiares, perda de apoio social, ou doença (mental ou física e, inclusive, abuso de drogas e álcool), parecem desempenhar um papel importante, quer como promotores como de perpetuadores da condição de sem abrigo (Milburn & Watts, 1996; Daly, 1993, 1994).

O questionário criado por Brugha e Cragg (1990), tem 12 itens acrescido de mais 9 relativos à especificidade dos sem abrigo, que foram seleccionados com a ajuda de um grupo de especialistas de Madrid, e adicionados ao questionário. Os entrevistados foram solicitados a avaliar, numa escala tipo Likert de 1 (improvável) a 4 (muito provável), o impacto que eles sentiram que cada acontecimento de vida stressante teve no surgimento do primeiro episódio de sem-abrigo, e indicar se os acontecimentos aconteceram antes, durante ou após o primeiro episódio de sem-abrigo. Os resultados deste questionário parecem indicar que não são só factores económicos que exercem forte influência sobre o curso da vida destas populações, mas que os factores de saúde, relações sociais e as experiências com as instituições,

podem igualmente contribuir para o aparecimento e / ou a continuação da condição de sem abrigo (Carrinho & Pereira, 2011) .

Dado que há pouca informação quanto ao número e tipos de acontecimentos de vida stressantes que afectam, a população sem abrigo em Portugal, o nosso estudo concentra-se principalmente em descobrir essa informação. O questionário permite também analisar a percepção que os próprios sem abrigo têm da sua situação.

### **5. Procedimentos operacionais e éticos da investigação**

Passaremos agora a descrever os procedimentos levados a efeito para a realização do nosso estudo empírico.

O protocolo de questionários foi aplicado livre e conscientemente, sem práticas de coacção física, psíquica, moral ou enganosas, impeditivas de livre manifestação da vontade pessoal dos estudantes que aderiram ao estudo.

Para a consecução desta prática foi utilizada uma linguagem acessível. Antes da aplicação dos instrumentos de avaliação, procedeu-se à descrição dos objectivos, procedimentos, instrumentos que seriam usados. Asseguramos a garantia de esclarecimento, mantendo-nos presente e elucidámos a opção de voluntariedade e liberdade na participação no estudo. Foram igualmente informados de que os questionários eram anónimos, “condição necessária para a autenticidade das respostas” (Pardal & Correia, 1995, p.52). Todos os instrumentos de avaliação foram de auto-resposta.

Os dados foram recolhidos junto dos participantes no período compreendido entre Janeiro de 2009 e Janeiro de 2010, no Farol (Coimbra) e na Comunidade de Inserção Novo Olhar (Figueira da Foz), no que toca ao GSA.

Relativamente ao GR os dados foram recolhidos durante o mesmo período em turmas de formação de adultos promovidas por instituições sociais em Coimbra e na Figueira da Foz. O processo de preparação dos instrumentos e recolha dos dados passou pelas seguintes etapas:

- 1.º) Pedido de autorização aos autores do instrumentos de recolha de dados;
- 2.º) Tradução e adaptação do instrumento;
- 3.º) Pedido de colaboração voluntária; explicação sobre a natureza do estudo e do tipo de tratamento de dados; garantia da estrita confidencialidade das respostas (consultar anexo 1 e 2);



4.º) Recolha, dos dados demográficos, permitindo assim o esclarecimento de possíveis dúvidas inerentes à escala e efectuar uma caracterização sócio-demográfica da população em estudo.

Relativamente aos procedimentos nos instrumentos a utilizar, após autorização dos autores procedemos à sua tradução e adaptação de acordo com a seguinte metodologia: tradução dos questionários para o idioma português; retroversão para a língua de origem por um tradutor independente; comparação das duas versões dos questionários, discussão e correcção das diferenças existentes entre elas.

Para garantir a compreensão, facilidade de preenchimento e pertinência das questões, da versão final de consenso, realizou-se um estudo piloto a dez sem-abrigo não pertencentes à amostra do estudo. Foi-lhes solicitado que indicassem dificuldades e sugerissem alterações. Após as modificações propostas, foi obtida uma versão final em português, posteriormente submetida a uma retroversão para a língua de origem. O resultado desta foi depois comparado com o original. Repetiu-se este procedimento até se alcançar formas concordantes e satisfatórias.

### **Procedimentos éticos da investigação**

A realização de qualquer investigação, exige por parte do investigador o cumprimento de princípios éticos. Estes obrigam-no a informar, a respeitar e a garantir os direitos daqueles que participam voluntariamente no seu trabalho. Deverá também primar pela honestidade, por estabelecer acordos de forma a serem explicitadas as responsabilidades quer do investigador, quer de quem colabora antes de iniciar a investigação, aceitar a decisão do voluntário/participante se este decidir desistir a meio do percurso e protegê-lo de quaisquer danos físicos, morais ou profissionais. Deve também garantir a confidencialidade vs anonimato da informação obtida e solicitar autorização das instituições a quem pertencem os participantes no estudo. Para além destes princípios, constituem regras fundamentais de toda a investigação científica, a fidelidade aos dados recolhidos e aos resultados a que se chega, de forma a não se configurar o enviesamento das conclusões tratadas.

Qualquer investigador deve ter a maturidade emocional e a integridade moral suficientes para saber gerir a situação de ambivalência sociológica que o confronta com o dilema da dupla fidelidade, à comunidade académica que lhe pede resultados cientificamente interessantes e à população - alvo que em si confiou um património de informações de acesso reservado.

No caso da psicologia há investigações com desenhos transversais em que é importante para quem responde que os dados recolhidos sejam anónimos.

Nestes casos, a informação deve ser dada como noutra tipo de estudo qualquer mas, devesse ter em consideração que o pedido da assinatura a dar consentimento é susceptível de dar a ideia que, de facto, os dados não são anónimo (fica sempre a assinatura que pode levar o respondente a perceber que será identificado), e assim alterar o padrão de resposta (desejabilidade social). Como os psicólogos que intervêm no campo da saúde são obrigados a seguir as regras da instituição onde os dados são recolhidos, e estas normalmente impõem o consentimento informado, nos casos em que é vantajoso que os dados, para além de confidenciais, sejam anónimos, deve ser concebido no protocolo de investigação que o consentimento informado assinado, dê garantias de que não é possível ligar a assinatura ao questionário respondido.

Um dos procedimentos possíveis é a existência de duas urnas de voto transparentes onde, numa, o participante possa introduzir o consentimento informado assinado, e noutra o questionário preenchido.

Os/as psicólogos/as respeitam a autonomia e autodeterminação das pessoas com quem estabelecem relações profissionais, de acordo com o princípio geral de respeito pela sua dignidade e direitos. Desta forma, aceitam as suas opiniões e decisões, e todas as características decorrentes da sua afirmação pessoal, desde que integradas num quadro de respeito por si próprio e pelos outros. Nesse contexto, entende-se por consentimento informado a escolha de participação voluntária do cliente num acto psicológico, após ser-lhe dada informação sobre a natureza e curso previsível desse mesmo acto, os seus honorários (quando aplicável), a confidencialidade da informação dela decorrente, bem como os limites éticos e legais da mesma. Esse consentimento significa que é reconhecida à pessoa a capacidade de consentir, que esta foi informada apropriadamente quanto à natureza da relação profissional, e que expressou o seu acordo livremente. A autonomia e autodeterminação do cliente significam, ainda, o seu direito geral de iniciar e de interromper ou terminar, em qualquer momento, a relação profissional com o/a psicólogo/a. Do mesmo modo, o processo de obtenção do consentimento informado é interpretado como instrumental na construção de uma relação de confiança com o cliente.

A participação do cliente em actividades de avaliação e intervenção psicológica, consultadoria e investigação é voluntária, com excepção das situações em que a sua autodeterminação possa ser limitada em razão da idade (crianças e adolescentes, em conformidade com a legislação em vigor), competências cognitivas, estado de saúde mental ou imposições legais.

Porém, o respeito devido ao cliente será sempre o mesmo. Os/as psicólogos/as, enquanto investigadores, têm em conta o princípio geral da beneficência e não maleficência, que os levam a colocar em primeiro lugar o bem estar dos participantes nas investigações, e o princípio geral da responsabilidade social no sentido da produção e comunicação de conhecimento científico válido e susceptível de melhorar o bem estar das pessoas. Daqui decorrem duas áreas de princípios específicos relativos ao tratamento dos participantes em investigações científicas e à conduta profissional do investigador que a seguir se detalham: Não causar danos. Os investigadores asseguram que as suas investigações, com tudo aquilo que comportam, não causam danos físicos e ou psicológicos aos participantes nas mesmas; Avaliação de potenciais riscos. Os investigadores avaliam os potenciais riscos para o participante antes de decidir pela realização de uma investigação. Sempre que uma avaliação preliminar das consequências da investigação leve a esperar que dela possam advir danos físicos e ou psicológicos para os participantes, a sua realização ou não deve ser devidamente considerada. Potenciais riscos e benefícios são comunicados adequadamente aos participantes; Esclarecimento pós-investigação. Em todas as investigações oferece-se aos participantes a oportunidade de obter informação apropriada sobre os objectivos, resultados e conclusões da investigação. Esta fase pós-investigação serve também para monitorizar e corrigir eventuais efeitos adversos não antecipados subjacentes à realização da investigação. A existência de um esclarecimento pós-investigação não serve de justificação para danos causados durante a investigação, nomeadamente para danos previsíveis de uma avaliação preliminar.

## **6. Análise dos dados**

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização e variáveis relacionadas com as várias escalas, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificados. Foram calculadas medidas de tendência como médias e medidas de como:

As variáveis medidas em escala ordinal tipo Likert foram analisadas através das categorias apresentadas. Para as variáveis da escala de medida, apresentam-se alguns dados significantes, como:

- a) Os valores médios obtidos para cada questão (para as questões numa escala de 1 a 5, um valor superior a 3 é superior à média da escala).

- b) Os valores do desvio padrão associados a cada questão que representam a dispersão absoluta de respostas perante cada questão.
- c) O coeficiente de variação, que ilustra a dispersão relativa das respostas: quanto maior, maior é a dispersão de respostas.
- d) Os valores mínimos e máximos observados.
- e) Gráficos ilustrativos dos valores médios das respostas dadas às várias questões.

### **6.1. Análise de consistência interna das escalas**

A análise de fidelidade permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem. O procedimento utilizado calcula medidas de fidelidade da escala e também fornece informação sobre as relações entre itens individuais numa escala. Podem ser usados coeficientes de correlação inter-classes para calcular estimativas de fidelidade.

No SPSS estão disponíveis vários modelos de análise da fidelidade e validade:

- Alfa (Cronbach): Modelo de consistência interna, baseado na correlação inter-item.
- Split-half: Divide a escala em duas partes e examina a correlação entre elas.
- Guttman: Calcula limites inferiores de fidelidade.
- Paralelo: Assume variâncias iguais e erros de variância iguais nas replicações.
- Paralelo rígido: Também pressupõe médias iguais entre itens.

Nas ciências sociais, o modelo mais utilizado para verificação de fidelidade e validade de escalas é o Alfa de Cronbach: este mede a fidelidade ou consistência de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão. Quando os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o alfa de Cronbach será baixo. Tecnicamente, o alfa de Cronbach não é um teste estatístico - é um coeficiente de fidelidade (ou consistência). Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão. É este o significado de uma fidelidade (reliability) alta.

Note-se que um coeficiente de fidelidade de 0.80 ou mais é considerado como "bom" na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um coeficiente de fidelidade entre 0.70 e 0.80 é considerado como "aceitável".

Em cada análise, apresenta-se: O valor do alfa de Cronbach, que sendo igual ou superior a 0.80 indicia elevada fidelidade dos dados ou, se for igual ou superior a pelo menos 0.70 indicia uma aceitável fidelidade dos dados. Quando existem missing values, os elementos da amostra correspondentes são excluídos dos cálculos efectuados para o alfa de Cronbach.

## **6.2. Coeficientes de correlação: Pearson**

Quando as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas, como as resultantes da construção de escalas, podem ser analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson  $r$ , que é uma medida da associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos, tanto maior é a associação entre as variáveis.

É porém condição verificar a normalidade das distribuições das variáveis, com o teste Kolmogorov-Smirnov (K-S com a correcção de Lilliefors).

Em variáveis de natureza ordinal utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$ ), que tem a mesma função que o teste de correlação de Pearson.

## **6.3. Teste t de Student e teste de Mann-Whitney**

Estes testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população e utilizam-se quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas duas classes de uma variável qualitativa nominal dicotómica.

O valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%. O teste t é antecedido por um teste de hipóteses para a igualdade das variâncias em cada um dos grupos, que se designa por teste de Levene:  $H_0$ : A variância (desvio padrão) é igual para ambos os grupos da variável dicotómica,  $H_1$ : A variância (desvio padrão) é diferente para os dois grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova deste teste é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa e consideram-se as variâncias iguais para os dois grupos.

Estes resultados são considerados importantes para a análise do teste t: considera-se a linha superior ou a linha inferior, consoante as variâncias se consideram iguais ou diferentes, respectivamente.

O teste t coloca as seguintes hipóteses: H0: Não existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica; H1: Existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, de a média ser igual para os dois grupos, ou seja, há diferenças entre os dois grupos.

O teste t, sendo um teste paramétrico, exige que se cumpra o pressuposto da normalidade. Quando este pressuposto não ocorre, deve ser aplicado o teste de Mann-Whitney, que é o teste não paramétrico equivalente, que testa a igualdade das medianas em ambos os grupos.

Dada a dimensão da amostra os pressupostos para a utilização dos testes não paramétricos não tem qualquer aplicabilidade uma vez que se aproximam da normalidade.

Consideramos porém que os mesmos deveriam ser utilizados sempre que não se verifique a seguinte condição  $N/n < 1,5$  (Pestana & Gageiro, 2008). O valor que importa analisar é a significância do teste, também designada por valor de prova. Quando este valor é inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças entre os dois grupos. Quando é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula.

#### **6.4. Teste ANOVA**

Para estudar a relação entre uma variável qualitativa distribuída em classes e variáveis quantitativas, o teste de hipóteses paramétrico adequado é a ANOVA ou o correspondente não paramétrico Kruskal-Wallis, que não são mais do que uma extensão do teste t de Student, para variáveis com mais do que duas classes. A ANOVA, sendo um teste paramétrico, exige que as variáveis em estudo provenham de amostras grandes ou, caso contrário, que apresentem uma distribuição normal. O teste ANOVA reside em: H0: As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais; H1: As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são diferentes.

O resultado do teste à homogeneidade de variâncias é extremamente importante no procedimento da ANOVA, uma vez que permite verificar um pressuposto (igualdade de variâncias nas categorias da variável qualitativa) que tem de ser cumprido para validar a análise subsequente. Este teste consiste em verificar se as variâncias podem ser consideradas iguais nas várias categorias do factor, colocando as seguintes hipóteses: H0: As variâncias da variável quantitativa são iguais nas categorias da variável qualitativa; H1: As variâncias da variável quantitativa são diferentes nas categorias da variável qualitativa.

Quando o valor de prova é superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula, verifica-se o pressuposto, a ANOVA é adequada; quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo (Kruskall-Wallis).

Quando o valor de prova da ANOVA é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese de que as médias das variáveis quantitativas sejam iguais para as várias categorias das variáveis qualitativas.





## **CAPÍTULO 6**



## Capítulo 6: Apresentação dos Resultados

Para facilitar a compreensão, os resultados serão apresentados de uma forma exaustiva e sequencial, seguindo a disposição das variáveis no instrumento de avaliação. Atendendo à quantidade e diversidade dos resultados apresentados, faremos, de acordo com as necessidades, uma síntese em que se estabelece os aspectos que mais se realçaram, como ponte para a discussão dos resultados.

### 1. Caracterização sócio-demográfica dos sem abrigo

Iniciaremos a caracterização psicossocial dos sem abrigo através da análise das respostas ao questionário. O resultado das respostas a cada questão será apresentado para a amostra total e por género. Sempre que se revele pertinente e os dados o suportem, é testada a diferença entre géneros.

#### Idade e género

Relativamente ao género, 79.0% da amostra pertence ao género masculino e 20.9% ao género feminino. Existe assim uma clara predominância de sem abrigo do género masculino ( $\chi^2(1)=35.438, p=000$ ).

Como vimos atrás, as idades do GSA situam-se entre os 19 e os 61 anos sendo a sua média de 39 anos (DP=8.56) (Tabela 1). Os homens são em média mais velhos (M =39.7 anos; DP=8.65) que as mulheres (M = 36.5 anos; DP=8.55) mas a diferença entre os dois géneros não é estatisticamente significativas ( $F(1,104)=2.501, p=.117$ ). A homocedasticidade foi testada com o teste de Levene ( $F(1,103)=0.351, p=.555$ ).

**Tabela 14 - Médias, desvios-padrão das idades e ANOVA função do género (n =105)**

	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	F	p
Feminino	22	36,50	7,86	19	51	2.501	.117 <sub>ns</sub>
Masculino	83	39,72	8,65	19	61		
Total	105	39,05	8,56	19	61		

### Estado civil e número de filhos

Como seria expectável dado o isolamento dos sujeitos neste estudo, a sua maioria é solteira (47.6%), separado (14.3%) ou divorciado (29.5%), perfazendo o somatório destas condições o valor de 91.4%, distribuindo-se os restantes valores percentuais por ordem decrescente pelo estado civil de casado (3.8%), união de facto (2.9%) e viúvo (1.9%) (Tabela 15).

**Tabela 15 - Frequências absolutas e relativas do estado civil por género e amostra total (n=105)**

		Feminino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Estado civil	Solteiro	10	45.5	40	48.2	50	47.6
	Separado	3	13.6	12	14.5	15	14.3
	Casado	1	4.5	3	3.6	4	3.8
	União de facto	1	4.5	2	2.4	3	2.9
	Viúvo	0	.0	2	2.4	2	1.9
	Divorciado	7	31.8	24	28.9	31	29.5

**Tabela 16 - Frequências absolutas e relativas do número de filhos por género e amostra total (n=105)**

		Feminino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Número filhos	0	1	4.5	16	19.3	17	16.2
	1	5	22.7	38	45.8	43	41.0
	2	10	45.5	24	28.9	34	32.4
	3	3	13.6	5	6.0	8	7.6
	4	3	13.6	0	.0	3	2.9

No que concerne ao número de filhos constatamos que 41% da amostra dos sem abrigo tem 1 filho, seguido de 32,4% que tem 2 filhos, e de 16.2% que não tem filhos. Em termos médios nos sem abrigo, as mulheres têm significativamente mais filhos que os homens ( $F(1,104)=17.123$ ,  $p=.000$ ; Levene:  $F(1,103)=0.609$ ,  $p=.437$ ) (Tabela 16).

**Tabela 17- Médias, desvios-padrão e ANOVA do número de filhos em função do gênero**

Gênero	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	F	p
Feminino	22	2.09	1.07	0	4	17.123	.000**
Masculino	83	1.22	0.83	0	3		
Total	105	1.40	0.95	0	4		

\*\* p&lt;.01

### Habilitações acadêmicas e situação profissional

Na nossa sociedade, podem distinguir-se os seguintes níveis acadêmicos: o ensino básico, o ensino secundário e o ensino superior. O ensino básico, de acordo com o artigo 6.º da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro, p.3069), “é universal, obrigatório e gratuito e tem a duração de nove anos. Ingressam no ensino básico as crianças que completem 6 anos de idade até 15 de Setembro. A obrigatoriedade de frequência do ensino básico termina aos 15 anos de idade.” O artigo 8.º da lei acima referida (p.3070) acrescenta ainda que “o ensino básico compreende três ciclos sequenciais, sendo o 1.º de quatro anos, o 2.º de dois anos e o 3.º de três anos (...). A articulação entre os ciclos obedece a uma sequencialidade progressiva, conferindo a cada ciclo a função de completar, aprofundar e alargar o ciclo anterior, numa perspectiva de unidade global do ensino básico.” Desta forma, o 4.º, 6.º e 9.º ano corresponderão respectivamente à conclusão do 1.º, 2.º e 3.º ciclo do ensino básico. Ao ensino secundário “têm acesso (...) os que completarem com aproveitamento o ensino básico. Os cursos do ensino secundário têm a duração de três anos” (artigo 10.º da Lei de Bases do Sistema Educativo, p.3071), sendo que o 12.º ano corresponde à conclusão do mesmo. “Têm acesso ao ensino superior os indivíduos habilitados com um curso secundário, ou equivalente, que, cumulativamente, façam prova de capacidade para a sua frequência” (artigo 10.º da Lei de Bases do Sistema Educativo, p.3071). “No ensino superior são conferidos os seguintes graus: bacharel, licenciado, mestre e doutor” (artigo 13.º da Lei de Bases do Sistema Educativo, p.3072). Esta variável foi apurada através de uma pergunta fechada e de escolha única: menos do primeiro ciclo, 1.º ciclo, 2.º ciclo, 3.º ciclo, secundário, bacharelato, licenciatura e mestrado. Por uma questão de pouca probabilidade excluímos o doutoramento. Dos resultados obtidos observamos pela análise da Tabela 1 que todos os sujeitos do estudo tinham pelo menos o 1.º ciclo. Tal situação não retrata que não existam pessoas que não

saibam ler entre as pessoas sem abrigo, mas sim que uma vez que o estudo utilizou o auto - preenchimento de questionários, uma das condições para participar foi saber ler e logo os possíveis inquiridos nessa situação não participaram do estudo.

A maior parte dos inquiridos têm o 2.º ciclo (41.9%), sendo que esta escolaridade no género masculino representa 42.2% e no género feminino 40.9% (Tabela 18).

Os restantes valores percentuais distribuíram-se por ordem decrescente pelo 3.º e 1.º ciclo.

Destacamos ainda a existência de 3.8% de inquiridos com frequência universitária, nomeadamente, 1.9% com bacharelato e 1.9% com licenciatura, três do género feminino e um do género masculino.

**Tabela 18- Habilitações por género e amostra total (n =105)**

Habilitações	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1.ª Ciclo	3	13.6	20	24.1	23	21.9
2.º Ciclo	9	40.9	35	42.2	44	41.9
3.º Ciclo	6	27.3	22	26.5	28	26.7
Secundário	1	4.5	5	6.0	6	5.7
Bacharelato	1	4.5	1	1.2	2	1.9
Licenciatura	2	9.1	0	.0	2	1.9

**Tabela 19- Situação Profissional por género e amostra total (n =105)**

Situação profissional	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Emprego estável	0	.0	1	1.2	1	1.0
Emprego precário	0	.0	1	1.2	1	1.0
Desempregado	9	40.9	39	47.0	48	45.7
Curso de formação	2	9.1	11	13.3	13	12.4
Reformado	0	.0	2	2.4	2	1.9
Beneficiário de RSI	11	50.0	29	34.9	40	38.1

Relativamente à situação profissional maioria dos sem abrigo estão desempregados (45.7%), sendo menor a percentagem de mulheres desempregadas (40.9%) do que de homens (47%). Nas restantes categorias, destacamos que só uma minoria tem emprego estável (1%), bem como emprego precário (1%). Estes valores ainda assim são referentes a situações de emprego

de homens denotando que as mulheres sem abrigo que constituem a amostra estão completamente excluídas do mercado de trabalho, estando apenas 9.1% destas a frequentar formação profissional. Também as poucas situações de reforma se verificam no género masculino (2.4%).

Destacamos ainda que em termos de género a situação mais predominante nas mulheres sem abrigo é serem beneficiárias de RSI (50%) e nos homens a situação predominante é o desemprego (47%). Recebe RSI 38.10% dos inquiridos.

A integração em cursos de formação profissional obtém um valor total de 12.4%.

### Nacionalidade

Como podemos verificar através da análise da Tabela 20 a grande maioria dos sem abrigo inquiridos tem nacionalidade portuguesa (95.2%), sendo no género masculino este valor de 96.4% e no feminino de 90.9%. Os restantes valores distribuem-se por países de língua oficial portuguesa, nomeadamente países africanos (3.8%) e Brasil (1%).

**Tabela 20- Nacionalidade por género e amostra total (n =105)**

Nacionalidade	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Portuguesa	20	90.9	80	96.4	100	95.2
Países africanos	1	4.5	3	3.6	4	3.8
Brasil	1	4.5	0	.0	1	1.0

### Factores conducentes à situação de sem abrigo

Questionados sobre quais os factores que contribuiram para a emergência da condição de sem abrigo, mais de um quarto da amostra (27.6%) afirma terem sido situações de conflito familiar (Tabela 21). Esta razão é a que mais predominância tem quer no género masculino como no feminino. Salienta-se ainda que 19% da amostra aponta como factor precipitante o desemprego, refere toxicodependência 17.1%, 15.2% alcoolismo e 7.6% problemas psiquiátricos.

Se considerarmos que, quer a toxicod dependência quer o alcoolismo são questões de saúde mental, obtemos um total de 40% de problemas de saúde mental na origem da problemática dos sem abrigo, isto na perspectiva do próprio.

Acresce referir que os problemas de saúde física obtém um total de 1.9% (sinalizados unicamente no género masculino), claramente abaixo dos problemas judiciais que assumem 4.8% dos problemas identificados como potenciadores da condição de sem abrigo. De destacar ainda que não são sinalizadas situações de imigração ilegal.

Em termos de comparação entre géneros verificamos uma maior incidência de patologia psiquiátrica entre as mulheres (45.4% vs.38.6%, considerados a doença psiquiátrica, o alcoolismo, e a toxicod dependência).

Tabela 21- Motivos da vivência sem abrigo		Feminino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Motivos sem abrigo	Desemprego	4	18.2	16	19.3	20	19.0
	Alcoolismo	3	13.6	13	15.7	16	15.2
	Doença física	0	.0	2	2.4	2	1.9
	Doença psiquiátrica	4	18.2	4	4.8	8	7.6
	Conflito familiar	7	31.8	22	26.5	29	27.6
	Toxicod dependência	3	13.6	15	18.1	18	17.1
	Imigração ilegal	0	.0	0	.0	0	.0
	Problemas judiciais	1	4.5	4	4.8	5	4.8
	Outro	0	.0	7	8.4	7	6.7

Tabela 22- Tempo em que viveu na rua (n =105)

		Feminino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Quanto tempo viveu na rua	Alguns dias	3	13.6	4	4.8	7	6.7
	Mais de um mês	7	31.8	27	32.5	34	32.4
	Mais de meio ano	3	13.6	13	15.7	16	15.2
	Mais de um ano	6	27.3	27	32.5	33	31.4
	Mais de cinco anos	3	13.6	12	14.5	15	14.3



Questionados sobre quanto tempo viveram na rua, percebemos que a vivência de rua é usualmente uma condição que permanece algum tempo. Destacamos dois pontos modais: mais de um mês (32.4%); e durante mais de um ano (31.4%). Viveram na rua mais de meio ano 15.2% da amostra e 14.3% afirma ter vivido na rua durante mais de 5 anos.

Relativamente às diferenças encontradas entre gêneros, pode ser referida uma ligeira tendência para os homens permanecerem mais tempo na rua. Não foi calculado o teste de Qui quadrado devido à dispersão de resultados (tabela de contingência de 10 células) com simultânea desproporção no tamanho dos grupos em comparação.

**Tabela 23- Tempo que viveu na instituição (n =105)**

		Feminino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Tempo na instituição	Até 1 mês	6	27.3	27	32.5	33	31.4
	Entre 1 mês e 6 meses	9	40.9	35	42.2	44	41.9
	Entre 6 meses e 1 ano	3	13.6	15	18.1	18	17.1
	Mais de um ano	4	18.2	6	7.2	10	9.5

Quando questionados sobre o tempo de permanência na estrutura residencial a resposta mais frequente é entre 1 e seis meses (41.9%) seguida da resposta de menos de um mês (31.4%). O número de inquiridos que afirma estar na instituição há mais de seis meses decresce para 17.1% e os que permanecem mais de um ano são 9.5%. Em termos de diferenças de género percebemos que o tempo de permanência que mais se evidenciam em ambos os gêneros é entre 1 e seis meses (42.2% homens; 40.9% mulheres).

### **Acompanhamento médico dos sem abrigo**

Questionados acerca da toma de medicação verificamos que a maioria (54.3%) toma, à data da entrevista, medicação (Tabela 24).

**Tabela 24- Prescrição de medicação por género e para a amostra total (n =105)**

		Feminino		Masculino		Total		$\chi^2$	p
		n	%	n	%	n	%		
Toma medicação	Sim	16	72.7	41	49.4	57	54.3	2,606	,106 <sup>ns</sup>
	Não	6	27.3	42	50.6	48	45.7		
Que medicação	Antidepressivos	0	.0	8	19.0	8	13.8	-	-
	Neurolépticos	6	37.5	11	26.2	17	29.3		
	Ansiolíticos	1	6.3	2	4.8	3	5.2		
	Outros	9	56.3	21	50.0	30	51.7		

<sup>ns</sup> não significativo

Quanto ao tipo de medicação tomada percebemos que a maioria são neurolépticos (29.3%) e outros (51.7%). Foi referido como outros a terapêutica de substituição (nomeadamente metadona), retrovirais e contraceptivos. Relativamente a diferenças de género constatamos que nas mulheres não existe qualquer referência à toma de anti-depressivos e que o valor destes na amostra masculina é de 19%.

**Tabela 25- Frequência de consultas por género e para a amostra total (n =105)**

		Feminino		Masculino		Total		$\chi^2$	p
		n	%	n	%	n	%		
Frequenta consultas	Sim	17	77.3	45	54.2	62	59.0	2,929	,087 <sup>ns</sup>
	Não	5	22.7	38	45.8	43	41.0		
Que consultas	Alcoologia	1	5.9	8	17.8	9	14.5	-	-
	Toxicod dependência	5	29.4	15	33.3	20	32.3		
	Psiquiatria	8	47.1	11	24.4	19	30.6		
	Outra	3	17.6	11	24.4	14	22.6		

<sup>ns</sup> não significativo

No que se concerne a frequência de consultas, verificamos que 59% dos inquiridos responde que frequenta consultas. No género masculino observamos que 54.2 % dos inquiridos frequenta consultas, e no género feminino 77.3% das mulheres sem abrigo referem frequentar consultas.

Quando questionados sobre as especialidades das consultas que frequentam percebemos que maioria dos inquiridos frequenta consultas de tratamento à toxicodependência (32.3%), seguidas de consultas de psiquiatra (30.6%) e outras (22.6%). Por fim, encontramos as consultas de alcoologia (14.5%).

Em termos de diferenças entre géneros verificamos que o acompanhamento de mulheres sem abrigo com patologia alcoólica é de 5.9% e que maioria das mulheres frequentam consultas de psiquiatria (47.1%). Nos homens as consultas mais frequentadas são as de toxicodependência (33.3%).

### **Caracterização do padrão de consumos**

Quando questionados sobre a existência de consumos no último mês maioria da amostra afirma não ter tido consumos (63.8%) (Tabela 26). Dos 36.2% que tiveram consumos a maioria pertence ao género masculino, percebendo que cerca de 38.6% dos homens tiveram consumos no último mês, a diferença observada entre géneros não foi estatisticamente significativa

$$(\chi^2 (1)=1.065, p=.302).$$

No que concerne às substâncias consumidas, 45% da amostra refere a heroína, seguindo-se o álcool com 35% e o haxixe com 15%. Só uma pequena percentagem afirma ter tido consumos de cocaína (5%). Não houve qualquer menção ao consumo de drogas sintéticas junto da população sem abrigo inquirida.

As seis mulheres que referem consumos reportam-se a consumo de álcool (50%) e de heroína (50%). Nos homens inquiridos que consumiram, a maior parte dos consumos são de heroína (44.1%), seguido de álcool (32.4%) e haxixe (17.6%).

Relativamente à frequência dos consumos, os inquiridos com consumos referem que estes ocorrem diariamente (73.7%), ocasionalmente (21.1%) ou semanalmente (5.3%). No género feminino não existe qualquer referência a consumos semanais, distribuindo-se estes por diários (66.7%) e ocasionais (33.3%). No género masculino grande maioria dos consumos ocorrem diariamente (75%), seguidos dos ocasionais (18.8%) e por fim semanais (6.3%).

**Tabela 26- Consumos recentes, por género e amostra total (n =105)**

		Feminino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
No último mês teve consumos	Sim	6	27.3	32	38.6	38	36.2
	Não	16	72.7	51	61.4	67	63.8
Substância	Álcool	3	50.0	11	32.4	14	35.0
	Heroína	3	50.0	15	44.1	18	45.0
	Cocaína	0	.0	2	5.9	2	5.0
	Haxixe	0	.0	6	17.6	6	15.0
Frequência de consumo	Diária	4	66.7	24	75.0	28	73.7
	Semanal	0	.0	2	6.3	2	5.3
	Ocasional	2	33.3	6	18.8	8	21.1

**Tabela 27- Tempo e via de Consumo, por género e amostra total (n =105)**

		Feminino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Anos de consumo	Mais de 1	0	.0	1	1.8	1	1.5
	Mais de 2	0	.0	0	.0	0	.0
	Mais de 3	1	9.1	3	5.5	4	6.1
	Mais de 5	1	9.1	7	12.7	8	12.1
	Mais de 10	5	45.5	11	20.0	16	24.2
	Mais de 15	2	18.2	23	41.8	25	37.9
	Mais de 20	2	18.2	10	18.2	12	18.2
Via de consumo	Fumado	3	50.0	16	45.7	19	46.3
	Injectado	1	16.7	6	17.1	7	17.1
	Bebido	2	33.3	13	37.1	15	36.6

Relativamente aos anos prévios de consumo maioria dos 65 inquiridos que consumiram fizeram-no durante mais de 15 anos (37.9%) ou 10 anos (24.2%) seguidos dos que consumiram mais de 20 anos (18.2%), mais de 5 anos (12.1%) e mais de 3 anos (6.1%).

Quando questionados sobre a via de consumo, a maior parte afirma ter actualmente consumos por via fumada (46.3%), mas também uma proporção relevante refere a bebida (36.6%) e a injectada (17.1%).

Em termos de diferenças entre géneros ao nível das vias de consumo verificamos que nas mulheres consumidoras 16.7% fazem-no por via injectada, enquanto nos homens este valor é de 17.1%.

### Comportamentos de risco

Relativamente a comportamentos de risco praticados nos últimos seis meses a maioria dos inquiridos afirma não ter práticas de risco (82.9%) (Tabela 28).

Dos 17.1% dos inquiridos que afirmam ter tido comportamentos de risco nos últimos seis meses, percebemos que esta é uma realidade para 27.3% das mulheres e 14.5% dos homens.

A totalidade das mulheres que tiveram comportamentos de risco assume ter relações sexuais desprotegidas. Os homens também na sua maioria assumem que este é o comportamento de risco mais praticado (53.8%) seguido da partilha de material de injeção (46.2%).

**Tabela 28- Comportamentos de risco por género e amostra total (n=105)**

		Feminino		Masculino		Total		$\chi^2$	p
		n	%	n	%	n	%		
Existência de comportamentos de risco nos últimos seis meses	Sim	6	27.3	12	14.5	18	17.1	-	-
	Não	16	72.7	71	85.5	87	82.9		
Tipo de comportamentos de risco	Relações sexuais desprotegidas	6	100.0	7	53.8	13	68.4		
	Partilha de material de injeção	0	.0	6	46.2	6	31.6		

<sup>rs</sup> não significativo

**Tabela 29- Patologia infecto-contagiosa por género e amostra total (n=105)**

		Feminino		Masculino		Total		$\chi^2$	p
		n	%	n	%	n	%		
Portador de patologia infecciosa	Sim	12	54.5	42	50.6	54	51.4	0.008	.929 <sup>ns</sup>
	Não	10	45.5	41	49.4	51	48.6		
Tipo de patologia	Hepatite C	3	25.0	19	45.2	22	40.7	-	-
	Hepatite B	0	.0	0	.0	0	.0		
	Tuberculose	1	8.3	0	.0	1	1.9		
	HIV/sida	8	66.7	23	54.8	31	57.4		

<sup>ns</sup> não significativo

Quando questionados se eram portadores de patologia infecto-contagiosa, e uma vez que todos os inquiridos tinham feito análises recentes, a maioria da amostra respondeu afirmativamente (51.4%). No género masculino a existência de patologia infecto-contagiosa ocorre em 50.6% da amostra, enquanto que no género feminino este valor é de 54.5%.

No que concerne ao tipo de doença infecciosa estas distribuem-se por uma maioria de portadores de HIV/Sida (57.4%), seguido de hepatite C (40.7%) e tuberculose (1.9%).

### Detenções

Quando questionados se já tinham estado presos maioria da amostra responde que não (58.1%). No entanto, 41.90% dos inquiridos responde afirmativamente (Tabela 30).

Ao perceber as diferenças entre géneros, constatamos que os 45.8% dos homens estiveram detidos, enquanto só 27.3 das mulheres tiveram algum episódio de detenção.

**Tabela 30- Detenções por género e amostra total (n=105)**

Já esteve preso	Feminino		Masculino		Total		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
Sim	62	7.3	38	45.8	44	41.9	1.746	.186 <sup>ns</sup>
Não	16	72.7	45	54.2	61	58.1		

<sup>ns</sup> não significativo

**Tabela 31- HIV/SIDA vs. comportamentos de risco, tempo de rua e tempo de institucionalização (n=105)**

		Sem HIV/SIDA		Com HIV/SIDA		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
Comportamentos de risco	sim	9	12.2	9	29.0	0.629	.428 <sup>ns</sup>
	não	65	87.8	22	71.0		
Tempo de rua	até 1/2 ano	33	44.6	8	25.8	3.265	.195 <sup>ns</sup>
	entre 1/2 ano a 1 ano	10	13.5	6	19.4		
	mais de 1 ano	31	41.9	17	54.8		
Tempo de institucionalização	1 mês	22	29.7	11	35.5	0.755	.685 <sup>ns</sup>
	menos de 6 meses	33	44.6	11	35.5		

<sup>ns</sup> não significativo.

Tal como podemos constatar na tabela 31 não existem diferenças estatisticamente significativas entre os portadores de HIV/SIDA e os não portadores, relativamente à existência de comportamentos de risco, tempo de permanência de rua e tempo de institucionalização.

**Tabela 32- Detenção vs. HIV/SIDA e tempo de institucionalização (n=105)**

		Com detenção		Sem detenção		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
Tempo de institucionalização	1 mês	13	29.5	20	32.8	1.139a	.566 <sup>ns</sup>
	menos de 6 meses	21	47.7	23	37.7		
	mais de 6 meses	10	22.7	18	29.5		
HIV/SIDA	não	25	56.8	49	80.3	6.790	.009**
	sim	19	43.2	12	19.7		

<sup>ns</sup> não significativo, \*\* p<.01.

Os sujeitos detidos obtiveram percentagens de infecção por VIH/SIDA significativamente superiores às dos sujeitos não detidos, (Tabela 32), 61.29% da população seropositiva ao HIV/SIDA esteve detida.

## **2. Acontecimentos de Vida Stressantes nos Sem Abrigo (EAVSSA)**

De seguida apresentaremos a análise da Escala de Acontecimentos de Vida Stressantes em Sem Abrigo (EAVSSA) Tradução do SLE- Stressful Life Events de Brugha e Cragg (1990).

Este instrumento pretende caracterizar a ocorrência de acontecimentos de vida stressantes concomitantes com o surgimento do primeiro episódio de sem abrigo, bem como a causalidade percebida pelo sujeito entre o acontecimento e o episódio de sem abrigo.

Os acontecimentos de vida stressantes que mais se destacaram foram: sentimento de abandono pelos familiares e amigos; doença pessoal grave, injustiça ou assalto; separação devido a problemas conjugais; problemas financeiros graves; desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês; dependência de drogas; detenção; problemas com a justiça; dependência de álcool; problemas sérios com um amigo, vizinho ou familiar; problemas sérios de saúde mental; despedimento; fim de uma relação afectiva estável; morte de companheiro, pais ou filho; doença grave, injustiça ou assalto de familiar próximo; morte de um familiar ou amigo próximo; internamento psiquiátrico (Tabela 33). Não teve grande expressão a perda ou roubo de algo valioso e a residência em orfanato. Foram inexistentes os acontecimentos de vida stressantes ser ex-combatente e ter trabalhado longe de casa.



**Tabela 33- Incidência dos acontecimentos de vida stressantes do EAVSSA (ordenação decrescente da frequência) (n=105)**

Acontecimentos	n	%	Classificação
Sentiu-se abandonado pelos familiares e amigos	94	89.52	Pessoal
Doença pessoal grave, injustiça ou assalto	62	59.04	Pessoal
Separação devido a dificuldades conjugais	52	49.52	Afectivo
Problemas financeiros graves	44	41.90	Económico
Desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês	41	39.04	Económico
Dependência de drogas	37	35.24	Pessoal
Esteve preso	36	34.28	Institucional
Problemas com a justiça	30	28.57	Institucional
Dependência de álcool	28	26.66	Pessoal
Problemas sérios com um amigo, vizinho ou familiar	24	22.85	Afectivo
Teve sérios problemas de saúde mental	22	20.95	Pessoal
Despedimento	18	17.14	Económico
Fim de uma relação afectiva estável	17	16.19	Afectivo
Morte de companheiro pais, ou filho	14	13.33	Afectivo
Doença grave, injustiça ou assalto de familiar próximo	12	11.42	Afectivo
Morte de um familiar ou amigo próximo	10	9.52	Afectivo
Teve internamento psiquiátrico	10	9.52	Institucional
Perda ou roubo de algo valioso	2	1.90	Económico
Residiu em orfanato	1	0.95	Institucional
Foi ex-combatente	0	0.0	Institucional
Trabalhou longe de casa	0	0.0	Afectivo

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre géneros na incidência dos acontecimentos de vida do EAVSSA, com uma única excepção, o acontecimento Problemas sérios com um amigo, vizinho ou familiar. Neste caso, 42.9% das mulheres assinalaram este acontecimento contra apenas 17.9% entre os homens (Tabela 34).

**Tabela 34. Comparação entre géneros da incidência dos acontecimentos de vida stressantes do EAVSSA (n=105)**

Acontecimentos	Feminino		Masculino		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
1. Doença pessoal grave, injustiça ou assalto	13	61.9	49	58.3	0.089	.766 <sub>ns</sub>
2. Doença grave, injustiça ou assalto de familiar próximo	3	14.3	9	10.7	a	.703 <sub>ns</sub>
3. Morte de companheiro pais, ou filho	4	19.0	10	11.9	a	.472 <sub>ns</sub>
4. Morte de um familiar ou amigo próximo	2	9.5	8	9.5	b	-
5. Separação devido a dificuldades conjugais	11	52.4	41	48.8	0.086	.770 <sub>ns</sub>
6. Fim de uma relação afectiva estável	6	28.6	11	13.1	a	.102 <sub>ns</sub>
7. Problemas sérios com um amigo, vizinho ou familiar	9	42.9	15	17.9	a	.021*
8. Desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês	11	52.4	30	35.7	1.961	.161 <sub>ns</sub>
9. Despedimento	4	19.0	14	16.7	a	.754 <sub>ns</sub>
10. Problemas financeiros graves	10	47.6	35	41.7	0.243	.622 <sub>ns</sub>
11. Problemas com a justiça	7	33.3	23	27.4	0.292	.589 <sub>ns</sub>
12. Perda ou roubo de algo valioso	1	4.8	1	1.2	b	-
13. Dependência de álcool	3	14.3	25	29.8	2.058	.151 <sub>ns</sub>
14. Dependência de drogas	5	23.8	32	38.1	1.502	.220 <sub>ns</sub>
15. Esteve preso	6	28.6	30	35.7	0.380	.537 <sub>ns</sub>
16. Residiu em orfanato	0	.0	1	1.2	b	-
17. Teve internamento psiquiátrico	5	23.8	5	6.0	b	-
18. Sentiu-se abandonado pelos familiares e amigos	17	81.0	78	92.9	b	-
19. Foi ex-combatente	0	0	0	0	-	-
20. Trabalhou longe de casa	0	0	0	0	-	-
21. Teve sérios problemas de saúde mental	6	28.6	16	19.0	a	.373 <sub>ns</sub>

<sub>ns</sub> Não significativo; a Frequências esperadas foram inferiores a 5, foi usado o Fisher Exact test. b Frequências esperadas  $\leq 2$ , não foram testadas as diferenças.

Na Tabela 35 associamos aos acontecimentos mais frequentes o grau de influência mais assinalado.

Podemos constatar que os acontecimentos de vida com maior nível de influência no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo foram: internamento psiquiátrico; sentimento de abandono por parte de família e amigos, problemas sérios de saúde mental; desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês; morte de companheiro, pais ou filho; despedimento; dependência de álcool; problemas financeiros graves; dependência de drogas; doença pessoal grave, injustiça ou assalto; morte de um familiar ou amigo próximo. Os restantes acontecimentos de vida foram considerados ter provavelmente influenciado o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo e foram eles: separação devido a dificuldades conjugais; doença grave injustiça ou assalto de familiar próximo;

problemas com a justiça; problemas sérios com amigo, vizinho ou familiar; fim de uma relação afectiva estável. O sentimento de abandono por familiares e amigos é o acontecimento de vida com maior ocorrência e o segundo e termos de grau de influência no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

**Tabela 35- Grau de influência dos acontecimentos na situação de sem abrigo**

Acontecimentos	% Ocorrência	% Muito provavelmente influenciou	% Provavelmente Influenciou	Classificação
Teve internamento psiquiátrico	9.5	100		Pessoal
Sentiu-se abandonado pelos familiares e amigos	89.5	96.8		Afectivo
Teve sérios problemas de saúde mental	20.9	81.8		Pessoal
Esteve preso	41.9	81.8		Institucional
Desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês	39.0	80.5		Económico
Morte de companheiro pais, ou filho	13.3	71.4		Afectivo
Despedimento	17.1	66.7		Económico
Dependência de álcool	26.7	64.3		Pessoal
Problemas financeiros graves	41.9	59.1		Económico
Dependência de drogas	35.24	54.1		Pessoal
Doença pessoal grave, injustiça ou assalto	59.0	50		Pessoal
Morte de um familiar ou amigo próximo	9.5	50		Afectivo
Separação devido a dificuldades conjugais	49.5		61.5	Afectivo
Doença grave, injustiça ou assalto de familiar próximo	11.4		58.3	Afectivo
Problemas com a justiça	28.6		56.7	Institucional
Problemas sérios com um amigo, vizinho ou familiar	22.9		50.0	Afectivo
Fim de uma relação afectiva estável	16.2		41.2	Afectivo

De seguida passaremos a apresentar os acontecimentos, agrupados pela classificação atrás apresentada (pessoal, afectivo, institucional e económico) conjugando a influência percebida (pouco provável a muito provável) e a temporalidade (antes, durante e depois). Quando questionados sobre se se tinham sentido abandonados pelos familiares e amigos, 94 dos inquiridos responderam afirmativamente e assinalaram o respectivo grau de influência (Tabela 36).

Entre os que responderam afirmativamente, 88.30% considera que tal abandono se verificou durante a vivência da condição de sem abrigo e que muito provavelmente influenciou o surgimento desse episódio; 10.64% considera que este abandono foi antes do 1.º episódio de sem abrigo. (Tabela 36).

Quando questionados sobre se tiveram sérios problemas de saúde mental 22 dos inquiridos responderam afirmativamente. Destes 81.2% teve problemas antes da vivência de sem abrigo e 18.2% durante o surgimento do primeiro episódio de sem abrigo, sendo que 72.73% considera esta uma causa muito provável deste episódio.

Relativamente à dependência de drogas, esta foi uma realidade para 37 dos inquiridos, sendo que tal aconteceu maioritariamente antes da vivência como sem abrigo (78.4%) e a maioria considera esta uma causa muito provável da condição de sem abrigo.

Quando questionados sobre a ocorrência de doença pessoal grave, injustiça ou assalto, 62 dos inquiridos respondeu que tal aconteceu, sendo este valor distribuído por 66.1% antes do 1.º episódio de sem abrigo, 30.6% durante e 3.2% depois, sendo para cerca de 35% uma causa muito provável da vivência da condição de sem abrigo.

A dependência de álcool foi uma realidade para 28 dos inquiridos e 75% destes consideram que a dependência de álcool ocorreu antes do surgimento do primeiro episódio de sem abrigo, enquanto 25% considera que foi durante este 1.º episódio.

**Tabela 36- Nível de influência de acontecimentos da dimensão pessoal no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo por temporalidade de ocorrência**

Acontecimentos	Influência	Temporalidade					
		Antes		Durante		Depois	
		n	%	n	%	n	%
Sentiu-se abandonado pelos familiares e amigos (n=94)	Pouco provável	1	1.06	0	0	0	0
	Provável	2	2.13	1	1.06	0	0
	Muito provável	7	7.45	83	88.30	0	0
Doença pessoal grave, injustiça ou assalto (n=62)	Pouco provável	2	3.23	0	0	0	0
	Provável	17	27.42	10	16.13	2	3.23
	Muito provável	22	35.48	9	14.52	0	0
Dependência de drogas (n=37)	Provável	12	32.43	5	13.51	0	0
	Muito provável	17	45.95	3	8.11	0	0
Dependência de álcool (n= 28)	Pouco provável	1	3.57	0	0	0	0
	Provável	4	14.29	5	17.86	0	0
	Muito provável	16	57.14	2	7.14	0	0
Problemas de saúde mental (n=50)	Provável	2	9.09	2	9.09	0	0
	Muito provável	16	72.73	2	9.09	0	0

A separação devido a dificuldades conjugais é uma realidade para 52 dos inquiridos, sendo que para 88.5% destes, tal ocorreu antes de serem sem abrigo e foi considerada maioritariamente uma causa provável do mesmo (Tabela 37).

Relativamente à ocorrência de doença grave, injustiça ou assalto a familiar próximo só 12 inquiridos responderam afirmativamente, sendo a distribuição desta ocorrência a seguinte: a 88.33% dos inquiridos aconteceu antes o 1.º episódio de sem abrigo, e foi considerada maioritariamente como uma causa provável.

A morte de companheiro, pais ou filho aconteceu a 14 dos inquiridos, tendo tal acontecimento ocorrido antes de ser sem abrigo a 85.72% destes, sendo considerada maioritariamente uma causa muito provável.

Quando questionados sobre a existência de morte de um familiar ou amigo próximo, 10 dos inquiridos responderam afirmativamente, sendo que na sua maioria tal aconteceu antes do primeiro episódio de sem abrigo (80%).

Tal como podemos observar, 24 dos inquiridos tiveram problemas sérios com um amigo, vizinho ou familiar, sendo que 58.3% destes ocorreram antes, do primeiro episódio de sem abrigo.

Quanto à existência do fim de uma relação afectiva estável esta ocorreu em 17 dos inquiridos e 70.6% destes considera que este acontecimento foi anterior ao surgimento do primeiro episódio de sem abrigo.

**Tabela 37 - Nível de influência da dimensão afectiva no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo por temporalidade de ocorrência**

	Influência	Temporalidade					
		Antes		Durante		Depois	
		n	%	n	%	n	%
Separação devido a dificuldades conjugais (n=52)	Improvável	1	1.92	0	0	0	0
	Pouco provável	3	5.77	1	1.92	0	0
	Provável	29	55.77	2	3.85	1	1.92
	Muito provável	13	25.00	2	3.85	0	0
Problemas sérios com amigo, vizinho ou familiar (n=24)	Improvável	1	4.17	1	4.17	0	0
	Pouco provável	2	8.33	3	12.50	0	0
	Provável	8	33.33	4	16.67	0	0
	Muito provável	3	12.50	2	8.33	0	0
Fim de uma relação afectiva estável (n=41)	Improvável	0	0	1	5.88	0	0
	Pouco provável	3	17.65	2	11.76	0	0
	Provável	5	29.41	2	11.76	0	0
	Muito provável	4	23.53	0	0	0	0
Morte de companheiro, pais ou filho (n=14)	Pouco provável	0	0	0	0	1	7.14
	Provável	3	21.43	0	0	0	0
	Muito provável	9	64.29	1	7.14	0	0
Doença grave, injustiça ou assalto de familiar próximo (n=12)	Pouco provável	1	8.33	0	0	0	0
	Provável	6	50.00	1	8.33	0	0
	Muito provável	3	25.00	1	8.33	0	0
Morte de familiar ou amigo próximo (n=10)	Pouco provável	4	40.00	1	10.00	0	0
	Provável	2	20.00	0	0	0	0
	Muito provável	2	20.00	1	10.00	0	0

Dos 41 inquiridos desempregados ou que procuraram infrutiferamente emprego há mais de um mês, 56.10% afirma que tal ocorreu antes do 1.º episódio de sem abrigo, e que esta foi uma causa muito provável da vivência deste episódio (Tabela 38).

Quando questionados sobre se foram despedidos, 50% dos inquiridos respondeu que tal aconteceu antes de serem sem abrigo e que esta foi uma causa muito provável desse acontecimento. Quando questionados se tinham problemas financeiros graves, 44 inquiridos responderam afirmativamente, sendo que para 31.82% destes esta realidade os acompanhou antes do primeiro episódio de sem abrigo, sendo uma causa muito provável deste. Para 27.27% dos inquiridos que responderam que os problemas financeiros graves eram uma causa muito provável do 1.º episódio de sem abrigo estes ocorreram durante a vivência do mesmo.

**Tabela 38 - Nível de influência da dimensão económica no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo por temporalidade de ocorrência**

	Influência	Temporalidade					
		Antes		Durante		Depois	
		n	%	n	%	n	%
Problemas financeiros graves (n=44)	Provável	13	29.55	5	11.36	0	0
	Muito provável	14	31.82	12	27.27	0	0
Desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês (n=41)	Pouco provável	1	2.44	0	0	0	0
	Provável	3	7.32	4	9.76	0	0
	Muito provável	23	56.10	9	21.95	1	2.44
Despedimento (n=18)	Provável	3	16.66	3	16.66	0	0
	Muito provável	9	50.00	3	16.66	0	0

Tal como podemos constatar na Tabela 39, quando questionados sobre se já tinham estado presos, os 36 inquiridos que responderam afirmativamente, e tal aconteceu antes do primeiro episódio de sem abrigo tendo sido uma causa muito provável da vivência da condição de sem abrigo.

Relativamente a problemas com a justiça, dos 30 inquiridos que responderam afirmativamente, 70% afirma que estes problemas ocorreram antes de serem sem abrigo e para os restantes 30% ocorreram durante o 1.º episódio de sem abrigo.

Quando questionados sobre o facto de terem tido internamento psiquiátrico 10 dos inquiridos responderam afirmativamente e para 90% destes o internamento psiquiátrico aconteceu antes do primeiro episódio de sem abrigo, sendo uma causa muito provável da sua ocorrência.

**Tabela 39 - Nível de influência da dimensão institucional no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo por temporalidade de ocorrência**

	Influência	Temporalidade					
		Antes		Durante		Depois	
		n	%	n	%	n	%
Esteve preso (n=36)	Provável	2	5.56	0	0	0	0
	Muito provável	34	94.44	0	0	0	0
Problemas com a justiça (n=30)	Provável	11	36.67	6	20.00	0	0
	Muito provável	10	33.33	3	10.00	0	0
Teve internamento psiquiátrico (n=10)	Muito provável	9	90.00	1	10.00	0	0

Os resultados da EAVSSA apresentados em seguida acompanham de perto os procedimentos de Muñoz e colaboradores (1999) no seu artigo “stressful life events among homeless people: quantity, types, timing and perceived causality”, por nos parecerem particularmente pertinentes e por permitirem a comparação dos resultados. A percentagem de acontecimentos de vida stressantes (AVS) que caiu em cada uma das três categorias temporais é mostrado na Tabela 40. O Qui-quadrado foi utilizado para determinar entre categorias temporais, as diferenças foram estatisticamente significativas. Por serem comparações post hoc os valores de p foram ajustados com recurso à correção de Bonferroni, diminuindo desta forma a probabilidade de ocorrência de erro tipo I, o valor crítico, nestes cálculos passa a ser  $p < .004$ . Podemos constatar que maioria dos AVS ocorre antes do primeiro episódio de sem abrigo e uma parte delas mantém-se ou acentua-se durante esta vivência. Os AVS que mais se mantêm mesmo depois do primeiro episódio de sem abrigo são as questões relacionadas com o desemprego (16%), pobreza (22%) e problemas de saúde (15%) e de saúde mental (10%). Relativamente ao AVS mais expressivo, o sentimento de abandono pela família e amigos, este decresce acentuadamente no pós vivência de sem abrigo. Provavelmente este resultado não se prende com o facto de terem recuperado a relação com a família e amigos, mas sim porque deixam de o considerar importante.



**Tabela 40 - Ocorrência de Acontecimentos de vida stressantes no que respeita ao surgimento do primeiro episódio de sem abrigo (n=105)**

Acontecimentos de Vida Stressantes	Antes %	Durante %	Depois %	N	A-Du $\chi^2$	Du-De $\chi^2$	A-De $\chi^2$
1. Doença pessoal grave, injustiça ou assalto	90.3	61.3	24.2	62	34.606*	30.674*	14.717*
2. Doença grave, injustiça ou assalto de familiar próximo	83.3	16.7	8.3	12	a) <sup>ns</sup>	51.995*	a) <sup>ns</sup>
3. Morte de companheiro pais, ou filho	85.7	7.1	14.3	14	a) <sup>ns</sup>	51.995*	a) <sup>ns</sup>
4. Morte de um familiar ou amigo próximo	90.0	30.0	10.0	10	13.300*	34.327*	a) <sup>ns</sup>
5. Separação devido a dificuldades conjugais	94.2	23.1	11.5	52	a) <sup>ns</sup>	19.532*	a)*
6. Fim de uma relação afectiva estável	82.4	47.1	17.6	17	26.060*	37.445*	18.529*
7. Problemas sérios com um amigo, vizinho ou familiar	83.3	66.7	33.3	24	49.289*	44.827*	34.639*
8. Desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês	75.6	73.2	39.0	41	46.571*	38.774*	36.989*
9. Despedimento	66.7	38.9	5.6	18	a) <sup>ns</sup>	14.135*	a) <sup>ns</sup>
10. Problemas financeiros graves	82.2	80.0	48.9	45	56.508*	51.927*	43.184*
11. Problemas com a justiça	86.7	53.3	26.7	30	34.064*	44.827*	17.306*
12. Perda ou roubo de algo valioso	100.0	0.0	0.0	2	-	-	-
13. Dependência de álcool	96.4	92.9	21.4	28	99.952*	18.384*	17.500*
14. Dependência de drogas	94.6	83.8	13.5	37	88.446*	a)*	a) <sup>ns</sup>
15. Esteve preso	100.0	0.0	0.0	36	-	-	-
16. Residiu em orfanato	-	-	-	1	-	-	-
17. Teve internamento psiquiátrico	100.0	10.0	0.0	10	a) <sup>ns</sup>	-	-
18. Sentiu-se abandonado pelos familiares e amigos	10.5	87.4	1.1	95	18.669*	a) <sup>ns</sup>	a) <sup>ns</sup>
19. Foi ex-combatente	-	-	-	0	-	-	-
20. Trabalhou longe de casa	-	-	-	0	-	-	-
21. Teve sérios problemas de saúde mental	90.9	95.5	45.5	22	99.034*	41.699*	44.211*

<sup>a</sup> Fisher's Exact Test

\*Correcção de Bonferroni  $p < .004$  para comparações múltiplas; <sup>ns</sup> não significativo.

A: Período de tempo antes do primeiro episódio de sem abrigo. Du: Período de tempo de duração do primeiro episódio de sem abrigo. De: Período de tempo após o primeiro episódio de sem abrigo.

A Tabela 41 reflecte a percentagem dos entrevistados que sofreram cada um dos AVS avaliados. Mostra também a média e o desvio-padrão para o impacto percebido que cada um teve na vida dos sujeitos. Como pode ser visto, os AVS sofridos pelos sem abrigo são na sua maioria de natureza pessoal e afectiva, para além da económica. Praticamente todos os entrevistados (89.5%) se sentiram abandonados pela família e amigos. A segunda maior categoria de AVS envolveram problemas de saúde. Uma em cada duas pessoas entrevistadas teve problemas de saúde sérios. Mais de um terço da amostra concordou que tinham problemas com abuso de drogas (35.2%). Por outro lado, a institucionalização na infância, perda de algo valioso, trabalho longe de casa e ser ex-combatente foram os AVS que menos afectaram os inquiridos da amostra.

É curioso verificar que 21 % dos entrevistados tinham sofrido graves problemas mentais e apenas 9.5% tinha tido internamento psiquiátrico.

**Tabela 41 - Médias e desvios-padrão do grau de causalidade atribuída a cada acontecimento**

Acontecimentos de Vida Stressantes	Total % (N=105)	Média da causalidade (1-4)	
		M	DP
1 Doença pessoal grave, injustiça ou assalto	59.1	3.47	.56
2 Doença grave, injustiça ou assalto de familiar próximo	11.4	3.25	.62
3 Morte de companheiro pais, ou filho	13.3	3.64	.63
4 Morte de um familiar ou amigo próximo	9.5	2.80	.92
5 Separação devido a dificuldades conjugais	49.5	3.17	.65
6 Fim de uma relação afectiva estável	16.2	2.82	.88
7 Problemas sérios com um amigo, vizinho ou familiar	22.9	2.83	.87
8 Desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês	39.0	3.78	.47
9 Despedimento	17.1	3.67	.49
10 Problemas financeiros graves	42.8	3.59	.50
11 Problemas com a justiça	28.6	3.43	.50
12 Perda ou roubo de algo valioso	1.9	3.00	.00
13 Dependência de álcool	26.7	3.61	.57
14 Dependência de drogas	35.2	3.54	.51
15 Esteve preso	34.3	3.81	.40
16 Residiu em orfanato	0.9	2.00	
17 Teve internamento psiquiátrico	9.5	4.00	.00
18 Sentiu-se abandonado pelos familiares e amigos	90.5	3.96	.25
19 Foi ex-combatente			
20 Trabalhou longe de casa			
21 Teve sérios problemas de saúde mental	21.0	3.82	.39

**Tabela 42. Média e desvio-padrão do número de acontecimentos de vida stressantes**

Temporalidade	Mínimo	Máximo	Média	DP
Antes	1	9	4,16	1,98
Durante	1	8	3,31	1,53
Depois	0	6	1,03	1,13
Total	2	20	8,51	3,91

Tal como podemos constatar na tabela 42 a maioria dos acontecimentos de vida stressantes ocorrem antes ou durante o primeiro episódio de sem abrigo.

### 3. Sem abrigo versus população carenciada

#### 3.1. Vinculação

Como podemos verificar na Tabela 43, o grupo dos sem abrigo (GSA) não obteve pontuações significativamente diferentes do grupo de população carenciada (GR) na subescala preocupação com os relacionamentos. Já na subescala confiança em si e nos outros o grupo de referência obteve uma média significativamente superior ao grupo sem abrigo. O grupo de sem abrigo apresentou em média maior no desconforto com a proximidade, tendem a posicionar os relacionamentos como factor secundário e necessitam de mais reforço/aprovação.

**Tabela 43 - Médias e desvios-padrão do grupo dos sem abrigo e grupo de referência, no QVESA (n=225)**

QEVSA	Grupo	n	Média	DP	F <sub>a</sub>	p
Preocupação com relacionamentos	GSA	105	4.67	1.33	0.012	.914 <sub>ns</sub>
	GR	120	4.68	0.91		
Confiança em si e nos outros	GSA	105	3.76	0.94	21.103	.000**
	GR	120	4.23	0.43		
Desconforto com proximidade	GSA	105	4.42	0.92	4.469	.036*
	GR	120	4.18	0.78		
Relacionamento como factor secundário	GSA	105	3.18	1.03	46.384	.000**
	GR	120	2.33	0.82		
Necessidade de reforço/aprovação	GSA	105	3.62	0.90	50.788	.000**
	GR	120	2.83	0.74		
QEVSA_total	GSA	105	3.95	0.42	59.600	.000**
	GR	120	3.40	0.61		

<sup>a</sup> O teste de Levene foi significativo para todas as subescalas do QEVSA e por isso foi considerada a correcção de Brown-Forsythe. \* p<.05; \*\*p<.01; ns não significativo. GSA - Grupo sem abrigo; GR - Grupo de referência.

### 3.2. Saúde Mental

O Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA) é instrumento de “screening” em que os sujeitos com pontuação igual ou acima de 7 foram considerados com Transtorno Mental e abaixo de 7, considerados sem Transtorno Mental.

Foram classificados com transtorno mental 42.5% dos sujeitos do grupo de referência e 80.0% do grupo sem abrigo. A diferença foi estatisticamente significativa ( $\chi^2(1)=32.812, p=.000$ ).

**Tabela 44 - Prevalência de transtorno mental no grupo sem abrigo e no grupo de referência (n=225)**

Transtorno mental	GR		GSA		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sem transtorno mental	69	57.5	21	20.0	90	40.0
Com transtorno mental	51	42.5	84	80.0	135	60.0
Total	120	100.0	105	100.0	225	100.0

### 3.3. Bem estar psicológico

O Bem-Estar psicológico representa “a avaliação subjectiva que os indivíduos fazem das suas vidas, incluindo conceitos como a satisfação com a vida, a felicidade, as emoções agradáveis, os sentimentos de realização pessoal e de satisfação com o trabalho e a qualidade de vida, em detrimento de sentimentos negativos e desagradáveis (Ferreira, 2007, p. 1). Segundo *Petito e Cummins* (citados por *Boeckel & Sarriera, 2006*, p. 53) a noção de bem-estar psicológico comporta elementos afectivos e cognitivos.

Também *Simões e colaboradores* (Citados por *Ferreira, 2007*, p. 9) referem que “sendo o bem-estar um conceito multidimensional, evidencia-se especialmente a dimensão afectiva e cognitiva: a primeira representa a afectividade positiva e negativa, traduzindo a tendência para experienciar sentimentos e sensações agradáveis ou a disposição para experienciar sentimentos ou emoções desagradáveis; a dimensão cognitiva é representada pela satisfação com a vida, que resulta da avaliação global que as pessoas fazem das suas vidas, do seu passado e do seu desejo de mudar.” O bem-estar psicológico operacionaliza-se através de seis dimensões: aceitação de si, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do ambiente, sentido de vida e crescimento pessoal (*idem*).

A média do Bem estar psicológico foi significativamente superior no GR quando comparado com o GSA (Tabela 45).

**Tabela 45 - Médias e desvios-padrão do grupo dos sem abrigo e grupo de referência, no Bem estar Psicológico (n=225)**

Grupo	<i>n</i>	Média	DP	<i>F</i> <sup>a</sup>	<i>p</i>
GSA	105	4.43	0.84	14.851	.000**
GR	120	4.80	0.55		

<sup>a</sup> O teste de Levene foi significativo e por isso foi considerada a correcção de Brown-Forsythe. \*\* *p*<.01.

### 3.4. Suporte Social

Como podemos observar na Tabela 46 o grupo de referência obteve médias significativamente superiores ao grupo sem abrigo ao nível do suporte social. O número de familiares e amigos íntimos também é significativamente superior para o grupo de referência.

**Tabela 46 - Médias e desvios-padrão do grupo dos sem abrigo e grupo de referência na MOS SSS (n=225)**

	Grupo	n	Média
MOS_SSS_total	GSA	105	3.15
	GR	120	4.37
Quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem	GSA	105	4.66
	GR	120	13.16

<sup>a</sup> O teste de Levene foi significativo e por isso foi considerada a correcção de Brown-Forsythe. \*\* p<.01.

### 3.5. Relação entre o bem estar psicológico, o suporte social e a vinculação

Foi efectuada a correlação entre as escalas e subescalas entre si. São apresentadas duas matrizes de correlação, uma para o GSA e outra para o GR (Tabela 47). Esta estratégia pretendeu verificar a existência de relações diferentes entre as variáveis neste dois grupos. Apesar de algumas correlações de baixa magnitude ( $r < .30$ ) serem estatisticamente significativas, iremos debruçarmo-nos principalmente naquelas cuja magnitude seja pelo menos moderada ( $r \geq .30$ , Cohen, 1992). De facto uma correlação de .30 significa 9% de variância comum às variáveis em estudo (.302) e mesmo em caso de significância estatística, as correlações de baixa magnitude têm reduzido valor substântivo. A leitura das tabelas será efectuada coluna a coluna.

No GSA o bem estar psicológico obteve uma correlação de .417 com a confiança em si e nos outros, de .552 com o suporte social e de .438 com o número de familiares e amigos próximos. No GR nenhuma destas correlações foi superior a .30 ou sequer significativa.

No GSA a necessidade de aprovação correlaciona-se negativamente com a confiança em si e nos outros (-.473) e com o QEVSA total (-.630). Uma correlação de .458 foi obtida com a percepção dos relacionamentos como secundários. No GR apenas há a salientar a correlação de -.412 entre a necessidade de aprovação e o QEVSA total.

A confiança em si e nos outros obteve no GSA correlações positivas com a preocupação com os relacionamentos (.411) e com a QEVSA total (.498). No GR esta subescala não obteve

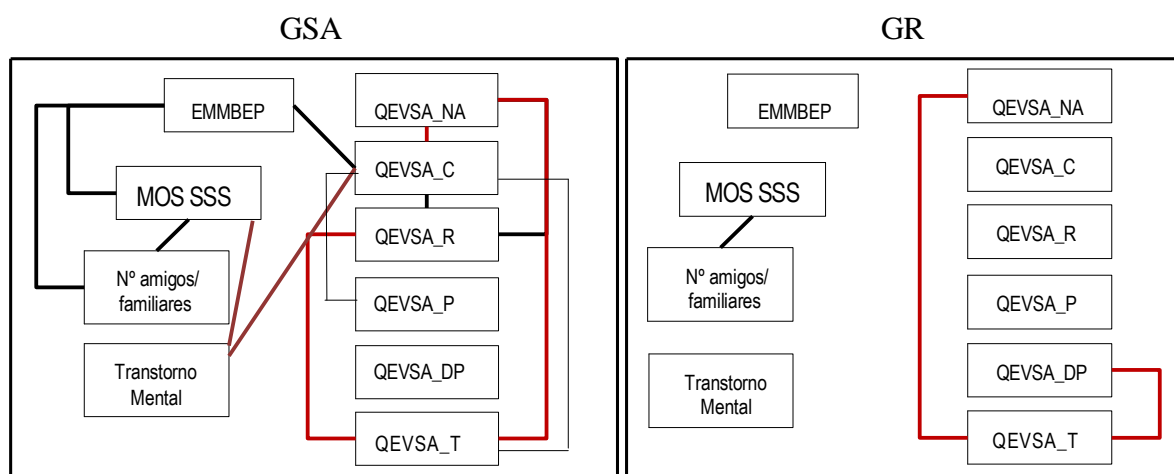
qualquer correlação  $\geq .30$ . Há ainda a salientar correlações elevadas entre o MOS SSS e o número de amigos ou familiares próximos, tanto no GSA como no GR (.632 e .578, respectivamente).

**Tabela 47. Matriz de correlações entre suporte social, bem estar psicológico e vinculação no grupo de sem abrigo (n=105)**

	EMMBEP	QEVSA_NA	QEVSA_C	QEVSA_R	QEVSA_P	QEVSA_DP	QEVSA_T	MOS_SSS_T	Nº amigos
EMMBEP bem estar psicológico	1								
QEVSA Necessidade de reforço/aprovação	-.238*	1							
QEVSA Confiança em si e nos outros	.417**	-.473**	1						
QEVSA Relacionamentos como secundários	-.280**	.458**	-.235*	1					
QEVSA Preocupação com relacionamentos	.242*	.027	.411**	-.133	1				
QEVSA Desconforto com proximidade	-.100	.140	-.202*	.056	-.080	1			
QEVSA_total	.237*	-.630**	.498**	-.327**	.035	-.171	1		
MOS SSS total	.552**	-.093	.239*	-.056	.185	.000	.053	1	
Número de amigos íntimos ou familiares próximos	.438**	-.022	.263**	-.095	.162	-.115	.105	.632**	1

**Tabela 48. Matriz de correlações entre suporte social, bem estar psicológico e vinculação no grupo de referência (n=125)**

	EMMBEP	QEVSA_NA	QEVSA_C	QEVSA_R	QEVSA_P	QEVSA_DP	QEVSA_T	MOS_SSS_T	Nº amigos
EMMBEP bem estar psicológico	1								
QEVSA Necessidade de reforço/aprovação	.051	1							
QEVSA Confiança em si e nos outros	.120	-.185*	1						
QEVSA Relacionamentos como secundários	.052	.246**	.034	1					
QEVSA Preocupação com relacionamentos	-.009	.109	.223*	.123	1				
QEVSA Desconforto com proximidade	.015	.229*	-.105	.041	.106	1			
QEVSA_total	-.002	-.412**	.259**	-.148	-.013	-.367**	1		
MOS SSS total	.043	.242**	-.111	-.054	.038	.266**	-.184*	1.000**	
Número de amigos íntimos ou familiares próximos	.083	.061	.132	-.134	.122	.155	-.044	.578**	1



**Figura 9. Representação gráfica das correlações >.30 entre suporte social, bem estar psicológico, transtorno mental e vinculação no GSA e GR**

Na figura 9 encontramos a representação gráfica das correlações  $\geq .30$  para o GSA e GR, onde se observa claramente um padrão de relações entre as variáveis diferente entre os grupos. A única semelhança encontrada entre os grupos é o facto de em ambos o suporte social se correlacionar positivamente com o número de amigos e familiares próximos.



Podemos perceber que no grupo dos sem abrigo as escalas se correlacionam em diferentes sentidos.

Assim o transtorno mental correlaciona-se negativamente com o suporte social e com a confiança em si e nos outros, mas não se correlaciona com o número de amigos e familiares próximos.

O Bem estar psicológico correlaciona-se positivamente com a confiança em si e nos outros, com o suporte social e com o número de amigos e familiares próximos.

Em termos de vinculação, a necessidade de reforço aprovação correlaciona-se negativamente com a confiança em si e nos outros e com a vinculação total.

O Relacionamento como secundário correlaciona-se positivamente com a confiança em si e nos outros e negativamente com a vinculação total.

A confiança em si e nos outros correlaciona-se positivamente com a preocupação com os relacionamentos e com a vinculação total.

Para além da supra-referida no grupo de referência as únicas correlações encontradas são negativas entre a vinculação total e o desconforto com a proximidade, bem como com a necessidade de aprovação.

#### **4. Exploração das relações entre variáveis no grupo dos sem abrigo**

Em seguida apresentamos o estudo das relações entre o bem estar psicológico, a vinculação, o suporte social, e os acontecimentos de vida stressantes com as variáveis sexo, idade, número de filhos, consumo, detenções, medicação, tempo de rua e de institucionalização, e principal causa apontada para a situação de sem abrigo. A relação entre as variáveis foi estudada com recurso a correlações de Pearson no caso de ambas as variáveis terem um nível de mensuração intervalar. Para estudar as diferenças entre níveis de uma variável nominal nas médias de uma variável intervalar recorreremos à prova estatística ANOVA. As variáveis nominais em estudo apresentaram um número de observações bastante diferenciado nos seus níveis, o que justificou o recurso à correção de Brown-Forsythe em todos os cálculos, por se tratar de uma alternativa mais robusta. O mesmo motivo esteve subjacente à escolha do teste Games -Howell nas comparações post-hoc. Não foram observadas correlações de magnitude

moderada ou alta entre estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes com a idade e o número de filhos no GSA (Tabela ). Há apenas a referir uma correlação positiva de baixa magnitude entre a idade e a confiança em si e nos outros (.176) e uma de sinal negativo entre o número de acontecimentos stressantes antes do episódio de sem abrigo e o número de filhos (-.215).

**Tabela 49 - Correlação entre bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes com a idade e o número de filhos no GSA (n=105)**

Escalas / subescalas	idade	filhos
EMMBEP bem estar psicológico	,074	,077
QEVSA Necessidade de reforço/aprovação	-,064	-,069
QEVSA Confiança em si e nos outros	,176**	,050
QEVSA Relacionamentos como secundários	-,050	-,044
QEVSA Preocupação com relacionamentos	,059	,102
QEVSA Desconforto com proximidade	-,070	-,015
QEVSA_total	,029	-,030
MOS_SSS total	,054	,150
Quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem	-,001	,144
Nº de acontecimentos antes	-,044	-,215*
Nº de acontecimentos depois	-,048	,034
Nº de acontecimentos durante	-,113	-,134
Nº de acontecimentos total	-,080	-,151

Relativamente ao género apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no QEVSA total, em que os homens apresentaram uma média significativamente superior ( $p=.038$ ).

**Tabela 50 - Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função do género (n=105)**

	Feminino		Masculino		F	p
	M	DP	M	DP		
EMMBEP bem estar psicológico	4,21	0,80	4,49	0,85	2,084	,158 <sup>ns</sup>
QEVSA Necessidade de reforço/aprovação	3,70	0,90	3,60	0,91	0,208	,651 <sup>ns</sup>
QEVSA Confiança em si e nos outros	3,53	1,09	3,84	0,89	1,509	,229 <sup>ns</sup>
QEVSA Relacionamentos como secundários	3,36	1,25	3,14	0,97	0,582	,452 <sup>ns</sup>
QEVSA Preocupação com relacionamentos	4,39	1,62	4,74	1,25	0,863	,361 <sup>ns</sup>
QEVSA Desconforto com proximidade	4,55	0,66	4,38	0,98	0,838	,364 <sup>ns</sup>
QEVSA_total	3,15	0,61	3,46	0,60	4,652	,038 <sup>*</sup>
MOS_SSS total	3,16	0,83	3,14	1,10	0,011	,919 <sup>ns</sup>
Quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem	3,86	4,41	4,87	4,93	0,856	,361 <sup>ns</sup>
Nº de acontecimentos antes	4,77	1,51	4,00	2,06	3,859	,056 <sup>ns</sup>
Nº de acontecimentos depois	1,45	1,53	0,92	0,98	2,449	,130 <sup>ns</sup>
Nº de acontecimentos durante	3,68	1,62	3,22	1,50	1,485	,232 <sup>ns</sup>
Nº de acontecimentos total	9,91	3,79	8,13	3,88	3,781	,060 <sup>ns</sup>

Tal como se pode verificar na Tabela 51 os sujeitos que não consumiram no último mês obtiveram uma média significativamente superior no bem estar psicológico ( $p=.005$ ).

**Tabela 51 - Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função da existência de consumo no último mês (n=105)**

	Consumo último mês		Sem consumo último mês		F	p
	M	DP	M	DP		
EMMBEP bem estar psicológico	4.10	0.85	4.60	0.79	8.588	.005**
QEVSA Necessidade de reforço/aprovação	3.69	0.85	3.59	0.93	0.301	.585 <sub>ns</sub>
QEVSA Confiança em si e nos outros	3.71	0.91	3.81	0.96	0.306	.582 <sub>ns</sub>
QEVSA Relacionamentos como secundários	3.30	1.02	3.12	1.04	0.673	.415 <sub>ns</sub>
QEVSA Preocupação com relacionamentos	4.49	1.46	4.76	1.26	0.867	.355 <sub>ns</sub>
QEVSA Desconforto com proximidade	4.26	0.94	4.50	0.90	1.545	.218 <sub>ns</sub>
QEVSA_total	3.44	0.58	3.38	0.63	0.237	.628 <sub>ns</sub>
MOS_SSS total	2.89	0.86	3.28	1.11	3.842	.053 <sub>ns</sub>
Quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem	3.53	3.62	5.25	5.27	3.850	.053 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos antes	4.14	1.94	4.17	2.01	0.008	.931 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos depois	1.03	1.03	1.03	1.19	0.000	.996 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos durante	3.58	1.78	3.17	1.37	1.456	.233 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos total		8.75	4.24	8.38	3.76	0.198

Os sujeitos que tomam medicação tiveram em média significativamente mais acontecimentos de vida stressantes antes, durante, depois e no total, que os sujeitos que não tomam medicação (Tabela 52).

**Tabela 52 - Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função da toma de medicação (n=105)**

	Toma medicação		Não toma medicação		F	p
	M	DP	M	DP		
EMMBEP bem estar psicológico	4.33	0.86	4.55	0.81	1.699	.195 <sup>ns</sup>
QEVSA Necessidade de reforço/aprovação	3.61	0.89	3.64	0.93	0.046	.830 <sup>ns</sup>
QEVSA Confiança em si e nos outros	3.70	1.04	3.87	0.81	0.918	.340 <sup>ns</sup>
QEVSA Relacionamentos como secundários	3.17	1.05	3.20	1.02	0.020	.887 <sup>ns</sup>
QEVSA Preocupação com relacionamentos	4.51	1.49	4.87	1.09	2.026	.158 <sup>ns</sup>
QEVSA Desconforto com proximidade	4.43	0.97	4.40	0.86	0.047	.829 <sup>ns</sup>
QEVSA_total	3.41	0.62	3.39	0.61	0.036	.850 <sup>ns</sup>
MOS_SSS total	3.04	1.08	3.28	0.99	1.330	.251 <sup>ns</sup>
Quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem	4.12	4.45	5.32	5.22	1.559	.215 <sup>ns</sup>
Nº de acontecimentos antes	4.72	2.03	3.47	1.68	12.020	.001**
Nº de acontecimentos depois	1.28	1.27	0.72	0.85	7.073	.009**
Nº de acontecimentos durante	3.71	1.71	2.83	1.11	10.068	.002**
Nº de acontecimentos total	9.71	4.22	7.02	2.91	14.803	.000**

Na tabela 53 verificamos que os sujeitos que não tiveram qualquer detenção apresentaram um bem estar psicológico significativamente superior aqueles que já tiveram alguma detenção ( $p=.027$ ). Os sujeitos com detenções apresentaram em média um maior número de acontecimentos stressantes antes e durante o período de sem abrigo, e no número de acontecimentos total.

**Tabela 53 - Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função de ter existido detenção (n=105)**

	Com detenção		Sem detenção		F	p
	M	DP	M	DP		
EMMBEP bem estar psicológico	4.20	0.94	4.59	0.74	5.106	.027*
QEVSA Necessidade de reforço/aprovação	3.68	0.90	3.58	0.91	0.267	.606 <sub>ns</sub>
QEVSA Confiança em si e nos outros	3.70	0.99	3.83	0.91	0.417	.520 <sub>ns</sub>
QEVSA Relacionamentos como secundários	0.25	1.06	3.13	1.02	0.354	.554 <sub>ns</sub>
QEVSA Preocupação com relacionamentos	4.54	1.48	4.76	1.22	0.660	.419 <sub>ns</sub>
QEVSA Desconforto com proximidade	4.45	0.89	4.39	0.95	0.098	.755 <sub>ns</sub>
QEVSA_total	3.42	0.57	3.38	0.65	0.083	.774 <sub>ns</sub>
MOS_SSS total	2.97	1.05	3.28	1.03	2.240	.138 <sub>ns</sub>
Quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem	4.57	5.57	4.72	4.25	0.023	.879 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos antes	4.80	1.71	3.70	2.04	8.833	.004**
Nº de acontecimentos depois	1.14	0.98	0.95	1.23	0.739	.392 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos durante	3.75	1.54	3.00	1.45	6.358	.013*
Nº de acontecimentos total	9.68	3.46	7.66	4.02	7.630	.007**

O tempo de rua foi recodificado para três níveis (menos de ½ ano, entre ½ ano a 1 ano e mais de 1 ano) para que o número de observações em cada nível permitisse o recurso a estatística inferencial. Na Tabela 54 podemos verificar não existirem diferenças entre os sujeitos quando considerado o tempo de rua.

**Tabela 54 - Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função do tempo de rua (n=105)**

	Até ½ ano		Entre ½ ano a 1ano		Mais de 1 ano		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
EMMBEP bem estar psicológico	4.45	0.73	4.31	0.93	4.44	0.92	0.159	.853 <sub>ns</sub>
QEVSA Necessidade de reforço/aprovação	3.48	0.90	3.59	1.09	3.76	0.84	0.955	.392 <sub>ns</sub>
QEVSA Confiança em si e nos outros	4.01	0.79	3.41	1.19	3.70	0.93	2.220	.122 <sub>ns</sub>
QEVSA Relacionamentos como secundários	3.04	1.01	3.57	.98	3.17	1.06	1.598	.210 <sub>ns</sub>
QEVSA Preocupação com relacionamentos	4.65	1.30	4.52	1.54	4.73	1.32	0.135	.874 <sub>ns</sub>
QEVSA Desconforto com proximidade	4.44	0.93	4.34	1.26	4.43	0.79	0.056	.945 <sub>ns</sub>
QEVSA_total	3.49	0.55	3.14	0.51	3.41	0.68	2.099	.129 <sub>ns</sub>
MOS_SSS total	3.16	1.06	2.84	1.03	3.24	1.04	0.882	.419 <sub>ns</sub>
Quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem	5.49	5.53	2.69	1.66	4.60	4.76	2.720	.071 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos antes	4.20	2.05	3.88	2.06	4.23	1.92	0.194	.825 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos depois	1.02	1.15	1.06	1.12	1.02	1.14	0.009	.992 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos durante	3.29	1.45	3.00	1.46	3.44	1.62	0.514	.600 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos total	8.51	4.03	7.94	4.09	8.69	3.82	0.211	.810 <sub>ns</sub>

Tal como podemos constatar na Tabela 55, relativamente à necessidade de reforço/aprovação, os sujeitos com até 1 mês de institucionalização apresentaram uma média significativamente inferior aos que estão institucionalizados por um período entre 1 mês e ½ ano e mais de ½ ano ( $p=.003$ ) e os que estão institucionalizados há mais de ½ ano ( $p=.045$ ). A média no QEVSA total foi superior nos sujeitos que estão institucionalizados há menos de 1 mês ( $p=.035$ ).

Relativamente ao número de amigos, as pessoas institucionalizadas entre 1 mês e ½ ano obtiveram uma média significativamente superior ( $p=.045$ )

**Tabela 55 - Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função do tempo de institucionalização (n=105)**

	Até 1 mês		Entre 1 mês e ½ ano		Mais de ½ ano		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
EMMBEP bem estar psicológico	4.45	0.88	4.48	0.79	4.32	0.90	0.321	.726 <sub>ns</sub>
QEVSA Necessidade de reforço/aprovação	3.19	1.03	3.87	0.78	3.75	0.77	6.195	.003**
QEVSA Confiança em si e nos outros	3.96	0.93	3.60	1.01	3.83	0.82	1.560	.215 <sub>ns</sub>
QEVSA Relacionamentos como secundários	3.11	1.04	3.18	0.98	3.27	1.13	0.190	.827 <sub>ns</sub>
QEVSA Preocupação com relacionamentos	4.69	1.29	4.57	1.46	4.80	1.21	0.267	.766 <sub>ns</sub>
QEVSA Desconforto com proximidade	4.35	0.94	4.35	.98	4.61	0.79	0.850	.431 <sub>ns</sub>
QEVSA_total	3.59	0.64	3.23	.61	3.44	0.54	3.485	.035*
MOS_SSS total	2.86	0.96	3.36	1.04	3.14	1.10	2.206	.116 <sub>ns</sub>
Quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem	3.18	1.91	5.82	5.93	4.57	4.93	3.219	.045*
Nº de acontecimentos antes	4.03	2.02	3.84	1.71	4.82	2.21	2.135	.125 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos depois	0.91	0.98	0.89	0.89	1.39	1.52	1.796	.174 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos durante	2.91	1.40	3.48	1.49	3.54	1.69	1.687	.191 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos total	7.85	3.67	8.20	3.48	9.75	4.63	1.925	.153 <sub>ns</sub>

A causa da situação de sem abrigo expressa pelo sujeito não apresentou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo (Tabela 56).



**Tabela 56 - Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função da situação que conduziu à ocorrência de sem abrigo (n=105)**

	Desemprego		Doença mental		Conflito familiar		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
EMMBEP bem estar psicológico	4.64	0.62	4.43	0.91	4.35	.84	0.835	.437 <sub>ns</sub>
QEVSA Necessidade de reforço/aprovação	3.49	0.93	3.76	0.87	3.54	.88	0.792	.457 <sub>ns</sub>
QEVSA Confiança em si e nos outros	3.91	0.92	3.61	0.94	3.82	1.00	0.857	.429 <sub>ns</sub>
QEVSA Relacionamentos como secundários	3.12	1.21	3.31	0.99	3.10	1.09	0.366	.695 <sub>ns</sub>
QEVSA Preocupação com relacionamentos	4.58	1.37	4.61	1.45	4.53	1.35	0.030	.970 <sub>ns</sub>
QEVSA Desconforto com proximidade	4.40	0.98	4.38	0.90	4.47	0.91	0.079	.925 <sub>ns</sub>
QEVSA <sub>total</sub>	3.28	0.61	3.39	0.67	3.42	0.55	0.328	.722 <sub>ns</sub>
MOS_SSS total	2.88	1.01	3.40	1.01	3.07	1.16	1.882	.160 <sub>ns</sub>
Quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem	2.95	2.35	5.43	5.22	4.76	5.65	2.051	.136 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos antes	3.95	1.64	4.62	1.83	3.90	2.27	1.500	.230 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos depois	1.05	1.00	1.19	1.37	1.07	0.96	0.158	.854 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos durante	2.95	0.89	4.00	1.74	3.10	1.37	5.983	.004**
Nº de acontecimentos total	7.95	2.91	9.81	4.05	8.07	4.20	2.642	.077 <sub>ns</sub>

Como podemos verificar na tabela 57 os sujeitos sem transtorno mental obtiveram médias significativamente superiores aos que foram classificados com transtorno mental na confiança em si e nos outros, e no suporte social.

**Tabela 57 - Médias, desvios-padrão e ANOVA bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes em função da existência de transtorno mental (n=105)**

	Sem transtorno mental		Com transtorno mental		F	p
	M	DP	M	DP		
EMMBEP bem estar psicológico	4.49	.96	4.41	.82	.103	.751 <sub>ns</sub>
QEVSA Necessidade de reforço/aprovação	3.47	.96	3.66	.89	.718	.404 <sub>ns</sub>
QEVSA Confiança em si e nos outros	4.19	.81	3.67	.94	6.512	.015*
QEVSA Relacionamentos como secundários	3.13	.91	3.20	1.07	.092	.764 <sub>ns</sub>
QEVSA Preocupação com relacionamentos	4.94	1.38	4.60	1.32	1.015	.322 <sub>ns</sub>
QEVSA Desconforto com proximidade	4.06	.93	4.51	.90	3.986	.055 <sub>ns</sub>
QEVSA_total	3.57	.58	3.36	.62	2.313	.138 <sub>ns</sub>
MOS_SSS total	3.59	.99	3.04	1.04	5.084	.031*
Quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem	6.95	6.14	4.08	4.29	4.091	.054 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos antes	3.76	1.81	4.26	2.01	1.220	.277 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos depois	1.10	1.22	1.01	1.11	.081	.778 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos durante	3.29	1.23	3.32	1.60	.012	.912 <sub>ns</sub>
Nº de acontecimentos total	8.14	3.69	8.60	3.98	.244	.624 <sub>n</sub>

## **CAPÍTULO 7**



## Capítulo 7: Discussão dos Resultados

Neste capítulo examinaremos os resultados obtidos nos estudos empíricos. Para o efeito iremos seguir a mesma estrutura de apresentação utilizada no capítulo anterior, cuidando contudo, de articular a apresentação com a contextualização teórica. Hierarquizando os elementos em observação, começaremos por sintetizar os dados sócio demográficos, efectuando, de seguida, uma leitura crítica sobre as variáveis e a forma como os seus resultados se foram alterando ao longo do estudo.

Procuraremos discutir as hipóteses de investigação inicialmente formuladas, dando lugar também aos resultados não contemplados, mas que julgamos serem merecedores da nossa atenção.

### 1. Caracterização das variáveis sócio demográficas

A amostra do estudo é constituída por 225 indivíduos (105 sem abrigo e 120 indivíduos carenciados seleccionados de população em geral) garantindo a homogeneidade nas variáveis sexo e idade. A média de idade da população sem abrigo é de 39 anos (DP= 8.56), sendo o mais novo de 19 anos e o mais velho de 61, e média de idade da população em geral é de 40 anos (DP=7.09), sendo o mais novo de 19 e o mais velho de 61. A diferença de idades entre os grupos não foi estatisticamente significativa ( $F(1,104)=2.501$ ,  $p=.117$ ).

A média de idades da amostra total ( $n= 225$ ) é de 40 anos (DP=7.81) sendo que a maioria dos sujeitos desta investigação pertence ao sexo masculino (76.9%).

Podemos constatar que em termos de idade a população sem abrigo é mais nova do que se poderia hipotetizar. No estudo dinamizado pelo ISS em 2005 foi surpreendente a territorialização da problemática, sendo que a maior parte dos sem abrigo do Porto têm menos de 39 anos e são toxicodependentes, já em Lisboa predominam os indivíduos com mais de 50 anos e com consumos problemáticos de álcool. No presente estudo constatamos que em Coimbra a realidade se assemelha mais à realidade do Porto, quer em termos de idade como em termos de conduta aditiva.

No grupo dos sem abrigo maioria dos sujeitos pertence ao género masculino (79%) e os restantes 21% ao género feminino o que também é consonante com os dados encontrados em pesquisas anteriores. No grupo não clínico a proporção de homens é de 75%. A diferença na distribuição pelo género entre grupo clínico e não clínico não foi estatisticamente significativa ( $\chi^2(1)=0.516$ ,  $p=.472$ ).

## 2. Caracterização dos sem abrigo

Relativamente à idade podemos dizer que se situam entre os 19 e os 61 anos sendo a sua média de 39 anos.

Os desvios padrões são indiciadores de uma ligeira variabilidade, o que aliás, é comprovado pelos coeficientes de variação que apresentam uma dispersão moderada. Os homens são em média mais velhos (M =39.7 anos; DP=8.65) que as mulheres (M = 36.5 anos; DP=8.55) mas as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas.

Estes dados são concordantes com os encontrados em outros estudos. Apesar dos sem abrigo continuarem a ser maioritariamente do sexo masculino (FEANTSA, citada por Avramov, 1995), assiste-se actualmente ao aparecimento de «novos» Sem Abrigo nomeadamente de mulheres (Grella, 1994; Rossi, 1990), de famílias (Rossi, 1990; Shinn, Knickman, Ward, Petrovic, & Muth, 1990), de jovens (Johnson, Aschkenasy, Herbers, & Gillenwater, 1996), e de idosos (Abdul-Hamid, 1997; Elias & Inui, 1993; Kutza & Keigher, 1991).

Na continuação da caracterização da amostra, fazemos referência ao estado civil e número de filhos. Como seria expectável dado o isolamento dos colaboradores neste estudo, a sua maioria é solteira (47.6%), divorciado (29.5%) ou separado (14.3%) perfazendo o somatório destas condições o valor de 91.4%, distribuindo-se os restantes valores percentuais por ordem decrescente pelo estado civil de casado (3.8%), união de facto (2.9%) e viúvo (1.9%). Estes números remetem-nos para a questão do isolamento e perda de vínculos desta população.

Thelen (2004) fala na privação social dos sem abrigo, a que poderemos chamar de nudez social. Tem sobretudo a ver com as peculiaridades do seu modo de vida - A rua. A designação, já referida e que aparece para todos os espaços frequentados pelos sem abrigo, sejam ruas, praças, dormitórios, cozinhas de sopa, abrigos de dia entre outros, - é para o sem abrigo, um meio muito hostil, no qual a sua integridade psicológica se encontra ameaçada. Uma das consequências reside no facto de estes sem abrigo não terem relações sociais próximas, mas sim superficiais. Este processo autodestrutivo é ainda agravado pelo facto de o sem abrigo se mover num contexto de rotinas muito pobre, feito de repetidos e monótonos dias que parecem sempre os mesmos, onde a lógica da sobrevivência absorve toda a atenção do indivíduo. Assim, vivendo constantemente nos limites, a pessoa sem abrigo tem de se adaptar ela própria à rua, universo univocal que exclui qualquer um, ao mesmo tempo que desenvolve estratégias de sobrevivência. Entre estes comportamentos de abandono, acrescentamos o stress das relações sociais muito frágeis (Thelen, 2006).

Segundo Thelen, para todo(a)s, incluindo o(a)s pobres, há uma estreita ligação entre as expectativas futuras e as hipóteses objectivas de as concretizar. O(a)s sem abrigo, não tendo um

projecto, repetem um padrão de falhanço e sofrem de uma falta de resiliência, estão encurralado(a)s no presente e não têm nenhuma consciência do tempo. O sentido temporal das pessoas sem abrigo sofre de uma espécie de auto-sensor inconsciente em que o horizonte temporal é tão curto que nenhuma possibilidade são deixadas para preencher com sonhos e/ou com expectativas futuras. Consequentemente, refere Thelen (2006), estas pessoas são incapazes de definir quais são as suas preocupações assim como os seus desejos.

Ainda o mesmo autor, refere-se aos sem abrigo como estando parados, numa vida em que a satisfação necessidades básicas tais como encontrar comida e um lugar para dormir está sempre presente. Vida esta, preenchida pelo álcool, drogas, tabaco e de outros pequenos expedientes (Thelen, 2006). Tornar-se sem abrigo resulta de um processo progressivo de perda de laços afiliativos com as várias estruturas sociais: a família, a escola, o trabalho, a religião, a política e o lazer (Bahr, 1973). O conceito desafiliação remete-nos simultaneamente para o nível individual e social, na medida em que os laços afiliativos representam a ligação entre o indivíduo e o grupo.

No que concerne ao número de filhos constatamos que 41% da amostra dos sem abrigo tem 1 filho, seguido de 32,4% que tem 2 filhos, e de 16,2% que não tem filhos. Em termos médios nos sem abrigo, as mulheres têm 2 filhos e os homens têm 1. Assim a existência de filhos em grande maioria da população sem abrigo denuncia um passado no qual existiu alguma relação afectiva e não a total ausência relações. Os dados da AMI (2006) indicam que 43% dos sem abrigo tem filhos o que é inferior aos valores encontrados no presente estudo.

Num estudo realizado por Toro, e colaboradores (1999) nos EUA, classificou as pessoas sem abrigo em três grupos diferentes: homens solteiros, mulheres solteiras e mulheres solteiras com filhos. Os resultados sugerem que os homens solteiros são os que menos mantêm contactos com os seus familiares, bem como os que apresentam taxas de abuso de álcool e droga mais elevadas. Por outro lado, as mulheres solteiras com crianças referem receber mais assistência social do que os restantes, indicado que as políticas de assistência norte-americana dão menos apoios as pessoas sem abrigo solteiras, sem filhos, e sem historial de consumo de álcool e drogas (Toro et al, 1999). Além disso, a pesquisa parece revelar que os dois grupos de mulheres sem abrigo apresentam níveis mais elevados de depressão, ansiedade e sintomas psicológicos de angústia e tristeza do que os homens solteiros sem abrigo (Toro et al, 1999). Similarmente, Toro, em 2004, caracteriza as pessoas sem abrigo em três subgrupos: pessoas sem abrigo adultas e solteiras, famílias sem abrigo e jovens sem abrigo. As famílias sem abrigo tendem a incluir uma mãe solteira com crianças menores que vivem na rua normalmente pelos seguintes motivos: extrema pobreza, perda de determinados benefícios sociais ou materiais, expulsão/despejo e violência doméstica. Os jovens sem abrigo distinguem-se dos adultos na mesma situação pela sua idade (normalmente inferior a 21 anos) e das

crianças sem abrigo (que se encontram com a família nesta situação) porque estão sem os familiares. Normalmente caracterizam-se por serem fugitivos, porque abandonaram a casa sem autorização dos pais, foram postos fora de casa pelos pais, ou então sempre viveram na rua desde a infância (Toro, 2004). Em termos de escolaridade, esta variável foi apurada através de uma pergunta fechada e de escolha única: menos do primeiro ciclo, 1.º ciclo, 2.º ciclo, 3.º ciclo, secundário, Bacharelato, licenciatura e Mestrado. Por uma questão de pouca probabilidade excluimos o doutoramento. Dos resultados obtidos observamos que todos os colaboradores do estudo tinham pelo menos o 1.º ciclo. Tal situação não retrata que não existam pessoas que não saibam ler entre as pessoas sem abrigo, mas sim que, uma vez que o estudo utilizou o auto-preenchimento de questionários, uma das condições para participar foi saber ler e logo os possíveis inquiridos com menos do que 1.º ciclo não participaram do estudo.

Maioria dos inquiridos têm o 2.º ciclo (41.9%), sendo que esta escolaridade no sexo masculino representa 42.2% e no sexo feminino 40.9%.

Os restantes valores percentuais distribuíram-se por ordem decrescente pelo 3.º e 1.º ciclo. Destacamos ainda a existência de 3.8% de inquiridos com frequência universitária, nomeadamente, 1.9% com bacharelato e 1.9% com licenciatura. Curiosamente, embora as mulheres estejam em percentagem claramente inferior aos homens, o facto é que em termos de habilitações académicas é no género feminino que se encontra pessoas em situação de sem abrigo com habilitações mais elevadas.

Relativamente à situação profissional maioria dos sem abrigo estão desempregados (45.7%), sendo menor a percentagem de mulheres desempregadas (40.9%) do que de homens (47%). Nas restantes categorias, destacamos que só uma minoria tem emprego estável (1%), bem como emprego precário (1%). Estes valores ainda assim são referentes a situações de emprego de homens denotando que as mulheres sem abrigo que constituem a amostra estão completamente excluídas do mercado de trabalho, estando apenas 9.1% destas a frequentar formação profissional. Também as poucas situações de reforma se verificam no género masculino (2.4%). Destacamos ainda que em termos de género a situação mais predominante nas mulheres sem abrigo é serem beneficiárias de RSI (50%) e nos homens a situação mais predominante é o desemprego (47%). A análise estatística dos dados permite-nos confirmar que apenas 38.10% dos inquiridos recebe RSI o que é consonante com os dados obtidos na investigação feita pelo ISS em 2005. Assim parece que a população mais afectada por formas extremas de pobreza não beneficia de apoios sociais, talvez pelas exigências legais para a candidatura aos mesmos, nomeadamente documentação e morada ou pelo seu despreendimento de tudo o que se relacione com os outros, tal como nos reporta o conceito de exílio de si e do outro a que se refere Thelen (2006).



A integração em cursos de formação profissional obtém um valor total de 12.4%.

Dada a ausência de qualificação profissional e os baixos índices de escolaridade desta população, a integração em cursos de dupla certificação que permitem, em simultâneo, garantir uma remuneração próxima do ordenado mínimo nacional e aumentar as competências (académicas e profissionais), torna-se uma necessidade. Só através da qualificação profissional será possível facilitar o acesso ao mercado de trabalho, quer em termos presentes quer em termos futuros. Por outro lado, a longa duração destes cursos (cerca de 18 meses) permite que a fase inicial de autonomização das estruturas residenciais ocorra num contexto de grupo de formação, muitas vezes gerador de redes de suporte laborais e sociais. Recordamos, mais uma vez, que diversos estudos apontam para a frágil sociabilidade dos sem abrigo e para o facto de apenas acederem a contactos com outros indivíduos em semelhante condição.

Menezes (2010) sugere, que as políticas de intervenção nas situações de sem abrigo deveriam assentar numa lógica de promoção do empoderamento e não numa lógica de assistencialismo.

A possibilidade de integrarem uma medida de inserção que podemos considerar como “emprego protegido”, permite a aquisição de competências relacionais e profissionais (cumprimento de horários, relação interpessoal, entre outros) há muito esquecidas, dados os longos períodos de desemprego que caracterizam a sua história de vida. No entanto, destacamos que é fundamental para o sucesso desta intervenção a continuidade deste processo, nomeadamente através da colocação em mercado de trabalho, sendo para isso imperativo a organização de políticas sociais mais eficazes.

Poderíamos, ainda assim, considerar que dado o carácter temporário dos cursos de formação profissional, estes não se constituíam como resposta efectiva de emprego, no entanto, também na esfera profissional da população em geral os vínculos são cada vez mais frágeis e os empregos para “toda a vida” do passado já não fazem parte da constelação actual do país e quiçá do mundo. Desta forma, a precaridade dos vínculos laborais não é só uma realidade dos indivíduos com baixa escolaridade e pouca formação profissional. Exemplo disto são as medidas de inserção para recém licenciados e a alta percentagem de integração destes através das mais precárias condições.

Num estudo de Hazen e Shaver (1990), estes autores consideram que nos adultos o trabalho tem características funcionais similares às do constructo de exploração do meio de Bowlby (1969, 1973). Esta proposta sugere que os estilos de vinculação adultos poderiam estar associados a padrões concretos de actividade laboral, do mesmo modo que os estilos de vinculação precoce estão relacionados com padrões de conduta exploratórios.

Mais concretamente, tal como as crianças evitantes parecem utilizar a conduta exploratória como um meio para evitar o contacto com as suas mães, os adultos evitantes poderiam utilizar o trabalho compulsivo como forma de evitar as relações de intimidade. Pelo contrário, os adultos

ansiosos ambivalentes poderiam ver no trabalho uma oportunidade para satisfazer as suas necessidades de vinculação insatisfeitas, podendo esta tendência interferir com o seu rendimento laboral. De acordo com o esperado, os sujeitos que apresentam uma vinculação segura demonstram bons índices de satisfação laboral, considerando que são bons trabalhadores e detêm o reconhecimento dos outros. Raramente têm receio de falhar e não permitem que as questões de trabalho interfiram na sua saúde ou relações pessoais.

Hardy e Barkham, (1994) investigaram a influência do estilo de vinculação no desempenho profissional e concluíram que os indivíduos mais ansiosos e evitantes referiam níveis inferiores de satisfação profissional. Outros estudos concluíram que altos níveis de ansiedade e evitamento estavam relacionados com o stress e burnout profissional (Pines, 2004, Pereira, 2001, 2006, 2007). No geral estes estudos indicam que a vinculação insegura contribui para um frágil ajustamento ao local de trabalho. Assim, tendo em conta que os padrões de vinculação na população sem abrigo são maioritariamente inseguros perspectivamos maiores dificuldades de adaptação profissional.

A manutenção do emprego é igualmente importante na estabilidade dos vínculos positivos construídos, sendo fundamental articular esforços para que numa fase inicial de reinserção estas redes sejam preservadas. Tal como defende Branco (2004), a intervenção primordial passa por estratégias de afiliação e restabelecimento de laços sociais para garantir o sucesso da inserção e inclusão social.

Relativamente à nacionalidade, grande maioria dos sem abrigo inquiridos tem nacionalidade portuguesa (95.2%), sendo no género masculino este valor de 96.4% e no feminino de 90.9%. Os restantes valores distribuem-se por países de língua oficial portuguesa, nomeadamente países africanos (3.8%) e Brasil (1%). Questionados sobre quais os factores que contribuíram para a emergência da condição de sem abrigo, mais de um quarto da amostra (27.6%), afirma ter sido conflito familiar. Esta razão é a que mais predominância tem quer no género masculino quer no feminino. Salienta-se ainda, que (19%) da amostra aponta como factor precipitante o desemprego, seguido da toxicod dependência (17%), alcoolismo (15%) e problemas psiquiátricos (7.6%). Se considerarmos que quer a toxicod dependência como o alcoolismo são questões de saúde mental obtemos um total de 40% de problemas de saúde mental na origem, da problemática dos sem abrigo. Acresce referir que os problemas de saúde física obtêm um total de 1.9% (sinalizados unicamente no género masculino), claramente abaixo dos problemas judiciais que assumem 4.8% dos problemas identificados como potenciadores da condição de sem abrigo. De destacar ainda que não são sinalizadas situações de imigração ilegal e a existência de 6.7% atribuído a outras causas, obtendo-se esta variável unicamente no género masculino. Em Lisboa, Barreto e Bento (2002) numa amostra de sem abrigo apuraram 32% de indivíduos com dependência de álcool e 17% com consumos de outras substâncias.

Em termos de género é de destacar que o valor obtido é igual entre géneros ao nível da doença psiquiátrica o que, tendo em conta, que o género feminino está em clara minoria representa um maior reconhecimento entre as mulheres da doença psiquiátrica como causadora dos fenómenos de exclusão ou uma maior incidência deste quadro no género feminino.

Nas mais diversas investigações vários são os factores apontados como conducentes a situações de sem abrigo, desde influências socio-económicas à desinstitucionalização, das problemáticas mentais ao papel desempenhado pelos serviços sociais (Mc Carty, Argeriou, Huebner, & Lubran, 1991; Solarz & Bogat, 1990; Toro, 1998). Dentro das influências socio-económicas incluem-se os elevados preços do mercado habitacional (Daly, 1996; Harvey, 1994), a existência de dificuldades económicas (Koegel, Melamid, & Burnam, 1995), o abuso de substâncias (Johnson, Freels, Parsons, & Vangeest, 1997) e a influência precursora de conflitos familiares (Koegel et al., 1996).

Mais uma vez, no estudo realizado pelo ISS em 2005, constatamos que a esmagadora maioria (75%) das 524 pessoas que responderam ao inquérito por questionário são portugueses. A ruptura familiar (conflitos, separações, divórcios e falecimentos) encabeça a lista de problemáticas associadas à situação de sem tecto (25 %), logo seguida pelos problemas de saúde (23 %) relacionados com a toxicodependência, o alcoolismo, a doença física ou mental. O desemprego representa 22 %, a habitação sem condições e a dívida da casa outros 17%. Instituto da Segurança Social (2005). Apenas 11 % da amostra recolhida declara estar a trabalhar, 6% nunca exerceu qualquer actividade laboral (jovens com menos de 30 anos), e 82 % já foram activos (operários, artífices, serviços, trabalho não qualificado) mas estão desempregados. Os inquiridos evidenciaram uma trajectória profissional de grande instabilidade e precariedade de vínculos contratuais. Apenas um terço tinha uma situação mais estável que perdeu devido a dependências (droga/álcool) ou a rupturas familiares. A maior parte (85 %) não teve direito a subsídio de desemprego. Apesar da inactividade, 75% não estavam inscritos no centro de emprego, Instituto da Segurança Social (2005). Sobrevivem sobretudo, através de actividades pontuais (58%). Uma pequena parte auferia rendimentos do trabalho (6 %), de pensões (8%), de prestações sociais (7%) ou outras (8%), (12%) alegaram não ter qualquer tipo de rendimento. Alguns estudos recentes (Toro, 1999, 2007) parecem sugerir a existência de diferenças em termos de etiologia dos sem abrigo, o que leva os autores a considerar uma teoria baseada na vivência subjectiva da condição de sem abrigo. Esta teoria postula que as causas que levam à condição de sem abrigo são variáveis e multi-factoriais e que a própria forma de vivenciar esta experiência pode variar de sem abrigo para sem abrigo, o que vai de encontro com algumas pesquisas recentes que consideram, na definição das causas para a condição de sem abrigo, a subjectividade inerente a esta experiência. Um conjunto de estudos desenvolvidos essencialmente nos Estados Unidos e no Canadá (Goering, Tolomiczenko, Sheldon, Boydell, & Wasylenki, 2002; Toro, 1999, 2005, 2007) reforça esta teoria, ao

sugerir que as causas, para as pessoas viverem como sem abrigo, tendem a ser variáveis e potenciadas por diversos factores, sugerindo uma complexidade das interacções entre o sistema pessoal do sujeito e o contexto social, económico e político no qual está inserido (Toro, Trickett, Wall, & Salem, 1991).

Contudo, apesar de algumas pesquisas recentes, a maioria dos autores continua a sugerir que as desordens psiquiátricas e o abuso de álcool e drogas são os principais responsáveis pela situação de sem abrigo (Gelberg & Linn, 1989; Phelan & Bruce, 1999). Os resultados do nosso estudo apontam ainda para primazia dos conflitos familiares como causa identificada pelos próprios como estando na origem da condição de sem abrigo.

**Tabela 58- Estimativa do número sem abrigo em dois países e em algumas grandes cidades do mundo**

País e cidade	População	Sem abrigo		
		Total (n) (%)	Nas ruas (n) (%)	Em Albergues (n) (%)
Total				
Holanda (Schabel, 1992)	15.010.000	10.000 (0,06)	600 (6,00)	9.400 (94,00)
EUA (Rossi, 1989) (0,11)	263.437.000	300.000	200.000 (66,65)	100.000 (34,44)
Chicago 1987)	(Rossi et al.,	2.783.726 (0,08)	2.344 (59,00)	1.383.961 (41,00)
Nova Iorque (Cohen, 1994) (0,44)	17.783.455	80.000	40.000 (50,00)	40.000 (50,00)
Londres (Cohen, 1994) (0,29)	6.803.100	20.140	2.140 (10,00)	18.000 (90,00)

Em termos de influência das questões de saúde mental no número de pessoas sem abrigo importa referir que os exemplos das diferentes estratégias de desinstitucionalização dos doentes psiquiátricos é de vital importância. Os números de pessoas na rua em Nova Iorque e em Londres não pode ter origem noutra questão, que não nas adequadas estratégias comunitárias implementadas. Estando nós numa fase inicial deste processo de desinstitucionalização é fundamental ter em consideração as boas práticas utilizadas por alguns países por forma a garantir o êxito da medida e prevenir o aumento do número de pessoas com patologia psiquiátrica a viver na rua.

Retomando os resultados do nosso estudo, quando questionados sobre quanto tempo viveram na rua, percebemos que a vivência de rua é usualmente uma condição que permanece algum tempo. Assim a maioria indica ter vivido na rua mais de um mês (32,4%) sendo este valor seguido pelo que se reporta à permanência na rua durante mais de um ano (31,4%). 15,2% da amostra diz ter vivido na rua mais de meio ano e 14,3% afirma ter vivido na rua durante mais de 5 anos. Podemos perceber que

cerca de 70% dos sem abrigo viveram em tal situação mais de meio ano o que nos indica que esta não é uma situação passageira.

Relativamente às diferenças encontradas entre géneros no que se refere ao tempo de vivência na rua, podemos verificar que nas mulheres sem abrigo as maiores incidências se situam em duas condições: mais de um mês e mais de um ano. Nos homens sem abrigo comparando valores podemos verificar que são poucas as situações em que esta condição unicamente dura uns dias.

Na contextualização teórica percebemos que os indivíduos sem abrigo podem ser descritos em termos da duração da sua condição ou do grau de vulnerabilidade, variando desde indivíduos crónicos sem abrigo, indivíduos periodicamente sem abrigo ou de forma episódica (trabalhadores emigrantes, jovens ou mulheres vítimas de violência doméstica, entre outros); indivíduos temporariamente sem abrigo devido a “acontecimentos de vida stressantes” (desemprego súbito, problemas graves de saúde, morte do cabeça de casal ou perda de casa), Munoz e Vasquez, (2001), até a indivíduos considerados vulneráveis ou “em situação de risco” (mães solteiras com filhos menores, pessoas de idade, logo mais fragilizadas, refugiados, vagabundos, e emigrantes ilegais desprotegidos pela lei, entre outros), (Daly, 1996, Carter, 1990; Crane, 1990, Timmer, 1994, Watson, 1986). Destacamos ainda que os dados demográficos encontrados no nosso estudo são concordantes com os encontrados por Muñoz, Vázquez, (1999). A maioria dos entrevistados eram de meia-idade (42 anos) do sexo masculino (79%), moravam sozinhos (95%), não tinham trabalho (97%), e tinham um baixo nível de educação (entre 7 e 8 anos de escolaridade). Outra característica importante foi que a grande maioria (80%) viviam como sem abrigo à pelo menos um ano. (Muñoz, Vázquez, 1999).

Estes dados confirmam, uma vez mais, o isolamento social com que os sem abrigo se deparam, apenas descontinuado pela proximidade de colegas de consumo e indivíduos em semelhante situação, o que reforça as relações meramente funcionais, a manutenção de comportamentos desviantes e, por sua vez, o afastamento do contacto com a “normalidade” (Batista, 2004). Quando questionados sobre o tempo de permanência na estrutura residencial a maioria da amostra responde menos de seis meses (41.9%) seguidos de mais de um mês (31.4%). O número de inquiridos que afirma estar na instituição à mais de seis meses decresce para 17.1% e os que permanecem mais de um ano são 9.5%. Em termos de diferenças de género percebemos que o tempo de permanência que mais se evidenciam em ambos os sexos é menos de seis meses (42.2% homens; 40.9% mulheres).

Percebemos que as pessoas podem deixar as instituições por considerarem que já estão reunidas as condições para a sua autonomia ou por ilusoriamente acreditarem numa capacidade de autonomização precoce.

Sumariamente, podemos caracterizar os sem abrigo participantes neste estudo, em termos das necessidades apresentadas, em duas grandes áreas, tal como referido em algumas investigações (Diblasio, 1995; Greve, 1990, Keyes, 1988): a) indivíduos que vivenciaram situações de rua mais ou menos prolongadas, no entanto, após estadia em estrutura adequada, por um espaço de tempo considerável, estarão aptos a viver de forma autónoma; b) indivíduos que necessitem de cuidados de forma continuada, com aconselhamento e serviços de apoio adequados.

De destacar ainda, no que concerne às redes relacionais, Costello (2008) defende que a maioria das pessoas em condição de sem abrigo gostariam de permanecer nas suas casas, pois essa possibilidade representa a manutenção de redes de vizinhança e de redes relacionais vitais ao seu bem-estar bio-psico-social. Auxiliar as pessoas a manter as suas habitações deveria ser uma estratégia prioritária ao nível da prevenção, evitando desta forma o sofrimento pessoal dos indivíduos e a interrupção dos processos de socialização, nomeadamente das crianças.

Em nosso entender, torna-se fundamental, após a autonomização das estruturas residenciais, a manutenção dos vínculos estabelecidos e o acompanhamento técnico, em regime de follow-up. Embora os sem abrigo preservem a capacidade de formular desejos e projectos, ainda que de forma frágil, permanece o medo de reincidir nas circunstâncias que os levaram à exclusão. Medo de não serem capazes e que a sociedade não tenha paciência e não lhes conceda o tempo que necessitam para reconstruir as suas trajectórias no sentido inclusivo (Branco, 2004).

Relativamente à situação de saúde foi questionado aos participantes no estudo se tomavam medicação. Maioria respondeu que sim. Quanto ao tipo de medicação tomada percebemos que na maioria são neurolépticos (29.3%) e outros (51.7%), tendo sido referido por muitos dos inquiridos farmacologia de substituição opiácea (metadona e buprenorfina), retrovirais e contraceptivos. Relativamente a diferenças de género constatamos que nas mulheres não existe qualquer referência à toma de anti-depressivos e que o valor destes na amostra masculina é de 19%. Destacamos que tendo em conta o elevado número de pessoas seropositivas ao HIV encontrado, bem como, a alta incidência de doentes com patologia aditiva, os dados encontrados quanto à toma de medicação parecem indicar uma adesão à terapêutica que acreditamos ser superior nos sem abrigo integrados em unidades residenciais do que aos que se mantêm na rua. Tais dados revelam a necessidade de encontrar meios de intervenção adequados para intervir junto desta população (Carrinho, 2003, Carrinho e Pereira, 2009 a). A elevada percentagem de sem abrigo a tomar neurolépticos conduz-nos à reflexão sobre quais serão as implicações que a nova tabela de comparticipação de medicação, na qual os neurolépticos perdem a comparticipação na totalidade, terá em futuros abandonos da terapêutica e consequentes processos de destabilização clínica.

No que se concerne a frequência de consultas, quando questionados sobre este assunto verificamos que 59% dos inquiridos responde que frequenta consultas. No género feminino a percentagem de frequência de consultas é superior. Quando questionados sobre as especialidades das consultas que frequentam percebemos que maioria dos inquiridos frequenta consultas de tratamento à toxicodependência (32.3%), seguidas de consultas de psiquiatra (30.6%) e outras (22.6%). Por fim encontramos as consultas de alcoologia (14.5%). Tendo em conta que o consumo de álcool na população sem abrigo é uma realidade expressiva, a percentagem de doentes que frequenta consultas de alcoologia é baixa o que poderá indicar uma negação ou desvalorização da dependência de álcool (Carrinho e Pereira, 2009 b)

A maior frequência de distúrbios mentais em populações pobres já é bem conhecida. Vários estudos realizados em diversos países já encontraram essa associação. Um estudo clássico conduzido por Faris & Dunham (1939) tinha como objectivo analisar a distribuição de admissões hospitalares por esquizofrenia e depressão na cidade de Chicago. Os autores verificaram que existia uma taxa dez vezes maior de admissões por esses distúrbios por pessoas oriundas de áreas carenciadas.

Relembramos o importante estudo longitudinal que foi conduzido com o objectivo de responder, sobretudo, à seguinte pergunta: se as pessoas que não apresentam um episódio psiquiátrico actual teriam um maior risco de apresentá-lo no futuro se vivessem na pobreza? Os dados para a análise desse estudo faziam parte do famoso trabalho New Haven ECA Program dos EUA. O tamanho da amostra foi de 3.455 pessoas, das quais 7,9% destas viviam na pobreza. Os indivíduos que não apresentassem distúrbios mentais na primeira entrevista, eram re-entrevistados, aproximadamente, seis meses depois. O instrumento utilizado para a avaliação psiquiátrica foi o Diagnostic Interview Schedule (DIS). O principal resultado encontrado foi o de que a taxa de distúrbios mentais foi maior na população pobre em comparação ao outro grupo populacional. A frequência de todos os distúrbios mentais foi maior na classe social mais pobre (15% versus 9%), e quando os distúrbios foram analisados separadamente as diferenças de depressão (17,4% versus 9,0%) e esquizofrenia (1,5% versus 0,5%) foram significativas. Observou-se, também, que os efeitos da pobreza na saúde mental eram intensos, independente da idade, sexo e raça (Bruce et al., 1991). Em termos de diferenças entre géneros verificamos que o acompanhamento de mulheres sem abrigo com patologia alcoólica é de 5.9% destas e que maioria das mulheres frequentam consultas de psiquiatria (47.1%). Nos homens as consultas mais frequentadas são as de toxicodependência (33.3%). Quando questionados sobre a existência de consumos no último mês, maioria da amostra afirma não ter tido consumos (71.4%). Estes valores devem-se ao facto destes consumos serem completamente proibidos numa das estruturas residenciais onde decorreu o estudo.

Dos 28.6% que tiveram consumos maioria pertence ao sexo masculino, percebendo que cerca de 31.3% dos homens tiveram consumos no último mês.

No que concerne às substâncias consumidas 45% refere-se a heroína, seguindo-se o álcool com 35% e o haxixe com 15%. Só uma pequena percentagem afirma ter tido consumos de cocaína (5%). Não houve qualquer menção ao consumo de drogas de síntese junto da população sem abrigo inquirida. Torna-se fundamental sensibilizar os serviços de tratamento às patologias aditivas para a necessidade de implementar respostas de proximidade que fomentem a reinserção destes utentes (Carrinho, 2006).

Em termos de diferenças de género podemos constatar que as mulheres inquiridas que consumiram apenas referem ter consumos de álcool (50%) e de heroína (50%). Nos homens inquiridos que consumiram a maioria dos consumos são de heroína (44.1%), seguido de álcool (32.4%) e haxixe (17.6%).

Relativamente à frequência dos consumos, maioria dos inquiridos com consumos referem que estes ocorrem diariamente (73.7%), ocasionalmente (21.1%) e semanalmente (5.3%). No género feminino não existe qualquer referência a consumos semanais, distribuindo-se estes por diários (66.7%) e ocasionais (33.3%). No género masculino grande maioria dos consumos ocorrem diariamente (75%), seguidos dos ocasionais (18.8%) e por fim semanalmente (6.3%).

Relativamente aos anos prévios de consumo maioria dos 65 inquiridos que consumiram fizeram-no durante mais de 15 (37.9%) ou 10 anos (24.2%) seguidos dos que consumiram mais de 20 anos (18.2%), mais de 5 anos (12.1%) e mais de 3 anos (6.1%). Estes dados são consonantes com os encontrados noutros estudos nos quais se verifica que os sem abrigo denotam um percurso de consumo de drogas prolongado (Stephens and Fitzpatrick, 2007; Quilgars, 2010).

No que concerne às diferenças entre géneros podemos verificar que as mulheres inquiridas maioritariamente afirmam consumos há mais de 10 anos (45.5%) e nos homens a maior percentagem se situa acima dos 15 anos de consumos (41.8%).

Quando questionados sobre a via de consumo maioria afirma ter actualmente consumos por via fumada (46.3%), bebido (36.6%) e injectado (17.1%). Felizmente constatamos na verbalização dos inquiridos uma redução de consumos injectáveis, fruto de intervenções de redução de risco e de uma maior consciencialização para os perigos dos consumos injectados. Ainda assim, é de reiterar que são valores preocupantes.

Não existem diferenças entre géneros ao nível das vias de consumo verificando que nas mulheres consumidoras 16.7% fazem-no por via injectada, enquanto nos homens este valor é de 17.1%.



Relativamente a comportamentos de risco praticados nos últimos seis meses a maioria dos inquiridos afirma não ter práticas de risco (82.9%). Dos 17.1% dos inquiridos que afirmam ter tido comportamentos de risco nos últimos seis meses, percebemos que esta é uma realidade para 27.3% das mulheres e 14.5% dos homens. A totalidade das mulheres que tiveram comportamentos de risco referem-se a relações sexuais desprotegidas. Os homens também na sua maioria assumem que este é o comportamento de risco mais praticado (53.8%) seguido da partilha de material de injeção (46.2%).

Num estudo realizado por Chaves (2010) que pretendia analisar os comportamentos sexuais de 2002 estudantes do ensino superior, constatou que 70% destes não usam preservativo. O uso de preservativo em elevado número de sem abrigo pode resultar das inúmeras campanhas de sensibilização efectuadas pelas equipas dos serviços e também pelo facto de terem um elevado índice de patologia infecto-contagiosa o que os poderá ter conduzido a mudar de comportamento no que toca ao uso de preservativo.

Quando questionados se eram portadores de patologia infecto-contagiosa, e uma vez que todos os inquiridos tinham feito análises recentes, a maioria da amostra respondeu afirmativamente (51.4%). No sexo masculino a existência de patologia infecto-contagiosa ocorre em 50.6% da amostra dos sem abrigo, enquanto que no sexo feminino este valor é de 54.5%.

No que concerne ao tipo de doença infecciosa estas distribuem-se por uma maioria de portadores de HIV/Sida (57.4%), seguido de hepatite C com 40.7% e tuberculose (1.9%). Os números são claramente elevados e fica-nos a dúvida se serão os problemas de saúde que reforçam os fenómenos de exclusão ou se a exclusão que conduz a maior probabilidade de vir a ter problemas de saúde. Estes dados confirmam o postulado por Sluzki (1996) que defende que existe uma espiral mútua de degradação entre os problemas de saúde e o isolamento social. Relativamente ao que consideramos saúde em geral, de vários estudos efectuados com amostras populacionais diferenciadas, ressalta o facto de se encontrar maior prevalência de doenças, dos mais diversos foros, e mesmo de acidentes em indivíduos socialmente isolados (solteiros ou viúvos com redes diminutas e pouca participação social, desempregados, etc.) (Holmes, 1956; Tillman & Hobbes, 1949; Medalie et al., 1973; Gore, 1973; Whittaker & Garbarino, 1983; Reed et al., 1983; Pilsuk & Parks, 1986; OrthGomer et al., 1993, citados por Sluzki, 1996), tendo-se demonstrado que, por exemplo, em amostras de viúvos(as) recentes existe uma maior taxa de mortalidade.

Pode daqui hipotetizar-se que uma baixa qualidade nas redes sociais dos indivíduos se associa a uma perturbação da saúde do indivíduo, ao mesmo nível de comportamentos de risco tais como fumar e não praticar exercício físico (Pereira e Williams, 2001, Pereira, 2004).

Sluzki(1996), aponta quatro processos, pelos quais o apoio social poderá afectar a saúde dos sujeitos. Em primeiro lugar aponta o efeito moderador do stress perante a ameaça do desconhecido e em situações nocivas ou de risco quando há a presença junto do indivíduo, de uma figura familiar percebida como protectora. Por outro lado, a rede facilita os processos de identificação e de vinculação, permitindo dar um sentido à vida das pessoas. Permite igualmente a retroalimentação quotidiana a nível dos desvios que o sujeito faz da saúde favorecendo comportamentos de carácter correctivo. A rede actua como monitor para a saúde, usando os seus mecanismos de controlo e indicando, se necessário, o caminho para os prestadores de saúde. Assim a rede permite favorecer muitas das actividades pessoais que se associam positivamente com a saúde. No entanto, e insistimos uma vez mais, a correlação entre saúde e rede social não é unidireccional, sendo pouco claros “os mecanismos mediante os quais uma rede social activa e efectiva afecta positivamente a saúde” (Sluzki, 1996: 79). A acção de uma situação de doença na rede é bastante mais notória, resultando efeitos essencialmente negativos.

Segundo Sluzki (2006), a doença leva a um evitamento generalizado do relacionamento interpessoal. Boaventura Sousa Santos (1990) define a sociedade portuguesa como “sociedade de providência” referindo existir a tendência oposta em Portugal. Ou seja a doença gera a activação de vínculos da rede e não conduz à sua restrição.

Frequentemente a doença restringe a mobilidade, limitando as possibilidades de encetar novos contactos, provocando alguma inércia de parte a parte e a desactivação de alguns vínculos.

Sluzki (2006) refere o efeito aversivo, a nível interpessoal, assumido pelas doenças, levando ao evitamento de contactos. O aumento da distância física e interpessoal que este tipo de comportamentos pode acarretar conduz a uma maior inércia e resistência da activação do contacto por parte da rede social. Verifica-se igualmente como é frequente a restrição da mobilidade do sujeito, o que conduz à redução de contactos sociais e ao isolamento. O doente é muitas vezes obrigado a abandonar alguns contextos (como por exemplo o profissional) nos quais os contactos e os vínculos são alimentados essencialmente pela presença do sujeito. A doença reduz igualmente a possibilidade de haver reciprocidade na rede social, pois o doente será menos capaz de ter comportamentos equivalentes relativamente aos outros, nomeadamente aos que dele cuidam. Como sabemos, cuidar de um doente crónico é frequentemente pouco gratificante, a excessiva sobrecarga de cuidados leva ao esgotamento dos membros da rede social.

Sluzki (1996: 86) diz-nos ainda que todos estes processos “tendem a potenciar-se entre si e permitem predizer que a incidência de uma doença crónica numa pessoa reduzirá a sua rede pessoal”. Surge assim um ciclo vicioso entre a doença e o declínio da rede, em que um factor potencia o outro e vice-versa. Tendo em conta o elevado índice de doença, quer física como

mental nesta população, reflectir acerca das implicações da doença na rede social é de vital importância. Neste doentes, mais do que noutros que ainda assim mantêm a sua rede primária, toda a ressocialização comunitária passa a depender da rede secundária, ou seja dos serviços e profissionais de saúde e de acção social.

Quando questionados se já tinham estado presos maioria da amostra responde que não (58.1%). No entanto, 41.90% dos inquiridos responde afirmativamente. Estes valores não podem deixar de nos fazer reflectir acerca do processo de exclusão que a detenção provavelmente reforça, bem como, a alta taxa de criminalidade na população sem abrigo. Ao perceber as diferenças entre géneros, constatamos que os 45.8% dos homens estiveram detidos, enquanto que só 27.3 das mulheres foram presas. Estes são números que nos roubam adjectivos, quase metade dos homens em situação de sem abrigo já estiveram detidos e mais de ¼ das mulheres viveram igualmente situações de prisão. Os sujeitos detidos obtiveram percentagens de infecção por VIH/SIDA significativamente superiores às dos sujeitos não detidos o que igualmente nos desperta para a necessidade de reforçar a prevenção do contágio de DST's em contexto prisional.

Percebemos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os portadores de HIV/SIDA e os não portadores, relativamente à existência de comportamentos de risco nos últimos 6 meses, tempo de permanência de rua e tempo de institucionalização. Cerca de 9 das pessoas que têm conhecimento da sua seropositividade ao VIH mantêm comportamentos de risco o que reforça a necessidade destes utentes terem um acompanhamento técnico de proximidade que permita reduzir a prática de comportamentos de risco. O VIH não é tradutor de uma vivência prolongada na rua nem razão de maior tempo de permanência na comunidade de inserção o que poderá ocorrer pela pouca limitação que a doença na fase assintomática causa ou pela negação da sua existência o que justifica a manutenção dos padrões de comportamentos prévios. Passamos agora a reflectir acerca dos dados recolhidos nos instrumentos utilizados no primeiro estudo.

### **3. Acontecimentos de Vida Stressantes nos Sem Abrigo**

Podemos verificar que os acontecimentos de vida stressantes que mais se destacam na população sem abrigo são: sentimento de abandono pelos familiares e amigos; doença pessoal grave, injustiça ou assalto; separação devido a problemas conjugais; problemas financeiros graves; detenção; desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês; dependência de drogas; problemas com a justiça; dependência de álcool; problemas sérios com um amigo, vizinho ou familiar; problemas sérios de saúde mental; despedimento; fim de uma relação afectiva estável; morte

de companheiro, pais ou filho; doença grave, injustiça ou assalto de familiar próximo; morte de um familiar ou amigo próximo; internamento psiquiátrico. Não teve grande expressão a perda ou roubo de algo valioso e a residência em orfanato. Foram inexistentes os seguintes factores de stress: ser ex-combatente e ter trabalhado longe de casa.

A primeira abordagem a fazer quanto a estes resultados é relativa ao número e ao tipo de AVS vivenciados pelos sem abrigo, que poderiam, ajudar a compreender o fenómeno. A segunda abordagem deve girar em torno da análise do AVS sofridos antes do aparecimento do primeiro episódio de sem abrigo. Isto poderia ajudar na identificação das relações de causalidade entre essas variáveis. A criação deste tipo de relacionamento exige a criação de uma determinada sequência temporal. Isso quer dizer que, para ser considerado como uma causa da condição de sem abrigo, um AVS deve necessariamente ocorrer antes deste episódio. Alguns estudos parecem apontar nessa direcção, por exemplo, tem sido demonstrado que uma elevada percentagem dos sem abrigo sofrem de stress pós-traumático e que, em três dos quatro casos, eles mostraram sintomas antes do primeiro episódio do sem-abrigo (North & Smith, 1998).

Em terceiro lugar devem ser recolhidas e analisadas informações sobre as percepções dos sem abrigo, tendo em conta apurar a casualidade das variáveis. Esta informação é importante porque, entre outras razões, a forma como uma pessoa interpreta tais acontecimentos pode influenciar tanto a suas reacções emocionais como os mecanismos que utiliza para lidar com os acontecimentos (Peterson, Maier & Seligman, 1993). No caso específico dos sem abrigo, a percepção do grau de controlo sobre os acontecimentos, ou a imputação de culpa, desempenham um papel importante no prolongamento da condição de sem-abrigo (Burn, 1992).

Relativamente à primeira abordagem, podemos verificar que os principais factores são de ordem pessoal, seguidos dos de ordem afectiva e económica. Mais de 89% dos inquiridos se sentiu abandonado pela família e 59% sofreu doença pessoal grave, injustiça ou assalto. Esta foi a segunda maior categoria de AVS encontrados em Espanha. Neste estudo, mais do que metade da amostra concordou que não havia problemas com o abuso de álcool (53,4%), e dois de cada três sentiu sozinho e abandonado (63,3%). Por outro lado, no estudo realizado em Espanha o abuso de drogas, (8,6%) afectou menos pessoas na amostra. É interessante notar que apenas 18,4% dos entrevistados sofriam de graves problemas mentais e 26% já havia sido institucionalizado por doença mental. No nosso estudo mais de 35% dos inquiridos tem um problema de dependência de drogas e mais de 26% dependência de álcool. Em contrapartida 20.9% dos entrevistados sofriam de graves problemas mentais e apenas 9.5% havia sido institucionalizado por doença mental. Encontramos assim em Portugal maiores índices de doença mental e de sentimento de abandono pela família e amigos.

No estudo realizado por Munoz e Vasquez (1996), os AVS sofridos pelos sem abrigo são sobretudo de natureza económica. Praticamente todos os entrevistados (97%) estavam desempregados, e / ou sofreram outras crises económicas (77,5%), contrastando com os nossos 39% de desempregados e 41.9% com problemas financeiros graves.

No entanto, a situação muda quando a relação causal dos AVS para se tornar sem abrigo foi questionada. A maior causa provável continua a ser pessoal (Internamento psiquiátrico e problemas de saúde mental), seguido de factores de ordem afectiva (abandono de família e amigos) e institucional (detenção).

De seguida encontramos os factores económicos (desemprego). Este conjunto de factores é percebido como desempenhando um papel muito mais importante no surgimento do primeiro episódio de sem abrigo.

Destacamos ainda que embora a percentagem de problemas de dependência de drogas seja superior à percentagem de dependência de álcool, no que concerne ao grau de influência destes, a dependência de álcool é reconhecido como tendo maior nível de influência (64.3% álcool, versus 54.1% drogas).

A tendência mostrada no presente estudo de que a maioria dos AVS foi sofrida antes ou durante a transição para sem abrigo torna-se ainda mais pronunciada quando cada AVS é analisado individualmente. É impressionante que não há um único AVS que ocorra principalmente depois da pessoa ter vivido na rua e que na sua maioria ocorrem antes da situação de sem abrigo.

Daly (1994), no seu relatório sobre a situação de sem abrigo na Europa, afirma que as causas mais comuns podem ser organizados em quatro grupos de factores: material (crises económicas, essencialmente relacionadas com a pobreza), emocional (principalmente relacionados a uma perda de apoio social), pessoais (incluindo doença mental e física, dependência e solidão) e institucionais (relativos a todos os tipos de instituições).

No que concerne à doença pessoal grave podemos constatar que dos 62 inquiridos que vivenciaram estes acontecimento de vida stressante, 50 % considera que este muito provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

Relativamente a doença grave, injustiça ou assalto de familiar próximo podemos constatar que dos 12 inquiridos que vivenciaram estes acontecimento de vida stressante, 50.3% considera que este acontecimento provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo. A atribuição do grau de influência foi diferente entre géneros, tendo o 62.5 dos inquiridos do género masculino dado esta respostas e só 50% dos inquiridos do género feminino. 25% das mulheres acharam pouco provável a influência da doença grave, injustiça ou assalto de familiar próximo na condição de sem abrigo.

No que toca à morte de companheiro, pais ou filho podemos constatar que dos 14 inquiridos que vivenciaram este acontecimento de vida stressante, 71.4 % considera que este muito provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo. Também aqui verificamos diferença entre géneros. No género masculino o grau de influência de muito provável foi a escolha de 88.9% dos inquiridos, enquanto nas mulheres essa foi a escolha de 40%, e outros 40% responderam que provavelmente influenciou.

Relativamente à morte de um familiar ou amigo próximo podemos constatar que dos 10 inquiridos que vivenciaram este acontecimento de vida stressante, 50.0% considera que este acontecimento pouco provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

Na separação devido a problemas conjugais podemos constatar que dos 52 inquiridos que vivenciaram este acontecimento de vida stressante, 61.5% considera que este acontecimento provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

Os problemas sérios com um amigo, vizinho ou familiar; podemos constatar que dos 24 inquiridos que vivenciaram este acontecimento de vida stressante, 50.0% considera que este acontecimento provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

Dos 17 inquiridos que vivenciaram o fim de uma relação afectiva estável podemos constatar que 41.2% considera que este acontecimento provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo. Verificamos diferenças entre géneros, sendo que 50% das mulheres considera que este acontecimento muito provavelmente influenciou o 1.º episódio de sem abrigo, enquanto 45.5% dos homens consideram que esta influência foi provável.

No que se refere ao desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês podemos constatar que dos 41 inquiridos que vivenciaram este acontecimento de vida stressante, 80.5% considera que este acontecimento muito provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

Relativamente a despedimento podemos constatar que dos 18 inquiridos que vivenciaram este acontecimento de vida stressante, 66.7% considera que este acontecimento muito provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

Dos 44 inquiridos que vivenciaram problemas financeiros graves podemos constatar que 59.1% considera que este acontecimento muito provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo. Esta foi a resposta de 61.8% dos homens, enquanto as mulheres distribuíram-se equitativamente pela atribuição de provável e muito provável influência.

Relativamente a problemas com a justiça podemos constatar que dos 30 inquiridos que vivenciaram este acontecimento de vida stressante, 56.7% considera que este acontecimento provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

Dos 28 inquiridos que vivenciaram dependência de álcool podemos constatar que 64.3% considera que este acontecimento muito provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

Relativamente a dependência de drogas podemos constatar que dos 37 inquiridos que vivenciaram este acontecimento de vida stressante, 54.1% considera que este acontecimento muito provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

No que concerne a processos prévios de detenção, podemos constatar que dos 44 inquiridos que vivenciaram este acontecimento de vida stressante, 81.8% considera que este acontecimento muito provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

Na ocorrência de internamento psiquiátrico podemos constatar que dos 10 inquiridos que vivenciaram este acontecimento de vida stressante, 100% considera que este acontecimento muito provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

Dos 94 inquiridos que vivenciaram o sentimento de abandono pelos familiares e amigos podemos constatar que, 96.8% considera que este acontecimento muito provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo. Relativamente a problemas sérios de saúde mental podemos constatar que dos 22 inquiridos que vivenciaram este acontecimento de vida stressante, 81.8% considera que este acontecimento muito provavelmente influenciou o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

Os acontecimentos de vida com maior nível de influência no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo foram: internamento psiquiátrico; sentimento de abandono por parte de família e amigos, problemas sérios de saúde mental; desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês; morte de companheiro, pais ou filho; despedimento; dependência de álcool; problemas financeiros graves; dependência de drogas; doença pessoal grave, injustiça ou assalto; morte de um familiar ou amigo próximo. Os restantes acontecimentos de vida foram considerados ter provavelmente influenciado o surgimento do 1.º episódio de sem abrigo e foram eles: separação devido a dificuldades conjugais; doença grave injustiça ou assalto de familiar próximo; problemas com a justiça; problemas sérios com amigo, vizinho ou familiar; fim de uma relação afectiva estável. O sentimento de abandono por familiares e amigos é o acontecimento de vida com maior ocorrência e o segundo em termos de grau de influência no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo.

No que concerne à relação com a família durante a vivência na rua, a maioria afirma não ter tido qualquer relação, e os restantes dividem-se entre uma relação distante e conflituosa. Estes dados são consonantes com os encontrados na bibliografia consultada, confirmando que a população sem abrigo parece raramente sustentar relações sólidas e de proximidade: As relações dos sem abrigo tendem a ser inconstantes, superficiais e passageiras, numa combinação paradoxal entre uma sociabilidade fácil, isolamento e desconfiança (Snow & Anderson, 1993). Segundo Thelen (2006, p.87)

as pessoas sem abrigo vivem constantemente nos limites, tendo de se adaptar à própria rua ao mesmo tempo que desenvolvem estratégias de sobrevivência.

## **4. Factores de Risco**

### **Factores Materiais**

Analisando os momentos em que há uma maior probabilidade de ocorrência de factores materiais, como por exemplo o desemprego ou a perda, têm uma elevada probabilidade de ocorrer antes e depois do primeiro episódio de sem abrigo.

### **Factores Afectivos/ Relacionamentos**

Os AVS desta categoria têm uma elevada probabilidade de ocorrência. Problemas emocionais e relacionais aparecem muitas vezes antes do primeiro episódio de sem abrigo e também durante, mas a probabilidade de ocorrência baixa drasticamente após o primeiro episódio sem abrigo. Este facto é extremamente interessante como que parece para indicar que, pelo menos na amostra recolhida por Munõz e Vasquez, a perda de habilidades sociais e laços só foi importante no processo de se tornar sem abrigo. É provável que quando uma pessoa chega a esse ponto, o isolamento emocional seja tão grande que os relacionamentos são vistos como factores secundários. Ao analisar os momentos em que estes AVS ocorrem, surge um padrão interessante. Os acontecimentos envolvendo a morte de um amigo ou familiar e a doença em quaisquer pessoas próximas, tendem a ocorrer antes do primeiro episódio de sem abrigo. No entanto, os problemas associados com as relações e a perda de apoio social tendem a aparecer durante o período de sem abrigo. Neste grupo de AVS, uma análise da causalidade percebida também é interessante. Os sem abrigo tendem a dar mais importância ao rompimento das relações sociais (amigos, família, parceiros, etc) do que a outros factores, por considerarem ter sido a causa de sua situação. AVS tais como problemas de saúde, a morte de familiares ou amigos, e empregos que exigem a saída de casa, que ocorrem antes do primeiro episódio de sem abrigo, não são vistos como importantes factores causais, embora seja muito provável que tenham contribuído para um alto nível de stress psicológico e ter causado um maior isolamento, diminuindo o apoio social.

### **Factores pessoais**

Os factores pessoais tendem a aparecer antes e durante o primeiro episódio de sem abrigo. Problemas apenas com a saúde mental mantêm uma significativa probabilidade de ocorrência. O resto ou não ocorre durante esse período, ou não são vistos como novos problemas. Uma interpretação possível é que esses tipos de problemas tendem a ocorrer antes do primeiro episódio de sem abrigo e depois desaparecem ou continuam sem alteração, razão pela qual não são considerados novos problemas. É especialmente interessante ressaltar que os sentimentos de solidão e abandono aparecem com maior frequência durante a vivência de sem



abrigo. Isto coincide com o que foi dito acima, que coloca os AVS envolvendo problemas emocionais e sociais na mesma categoria temporal.

Praticamente todos os itens incluídos nesta categoria têm uma causalidade percebida elevada. No entanto, a taxa de ocorrência não é muito elevada. Problemas de saúde física, dependência de drogas, abuso de álcool, e sentimentos de solidão/abandono ocorrem em mais de 33% da amostra (lembre-se que esses factos foram reunidos subjectivamente a partir dos entrevistados).

### **Factores institucionais**

Os factores institucionais representam relações problemáticas com as instituições (institucionalização, problemas com a polícia, problemas legais, etc.) Os problemas ocorrem com uma probabilidade similar durante a vida inteira, apesar de incidentes envolvendo instituições para crianças ou jovens geralmente aparecem antes de serem sem abrigo. É interessante notar que os dados obtidos sobre a existência de anteriores internamentos psiquiátricos coincidem com os dados obtidos noutros estudos (Shlay & Rossi, 1992; Arce, Tadlock, e Vergare, 1983). Mesmo que alguns autores sustentem que uma inadequada política de desinstitucionalização criou um grande aumento no de pessoas sem abrigo (Lamb, 1984), não existem evidências científicas que apoiem este ponto de vista (Cohen & Thompson, 1992). Os dados recolhidos por Muñoz e Vasquez sugerem que a desinstitucionalização psiquiátrica não desempenhou um papel importante no aumento dos sem abrigo, pelo menos em Espanha, onde poucas pessoas que vivem na rua foram institucionalizadas anteriormente á situação de sem abrigo (26%) e para muitos deles foi por um curto espaço de tempo inferior a 6 meses (Muñoz et al., 1996). Também é interessante ressaltar que, com a excepção dos problemas com a polícia, que aparecem em mais de 33% dos entrevistados, os sujeitos do estudo não relataram uma alta taxa de ocorrência para este tipo do factor.

Os resultados deste estudo enfatizam que os sem abrigo são um fenómeno multicausal. Não são apenas factores económicos que, de um ponto de vista subjectivo, causam e mantêm este problema. Do ponto de vista das pessoas afectadas, factores pessoais, especialmente sentimentos de solidão e abandono, doença mental, problemas de drogas, abuso de álcool, junto com factores relacionados a problemas interpessoais (divórcio, fim de amizades, etc) desempenham um papel muito importante na origem e manutenção do problema.

Um segundo ponto a considerar neste estudo é que os sem abrigo tendem a colocar o surgimento dos AVS antes da ocorrência do primeiro episódio de sem abrigo, o que poderá considerar uma relação entre variáveis como causal: a sua ocorrência num período de tempo antes de um fenómeno (Haynes, 1992). Esse facto deve ser considerado com cautela pois uma segunda possível explicação da falta de AVS "depois" de serem sem abrigo é que, existem certas alterações cognitivas

que conduzem a que se percepcione os problemas como tendo desaparecido (Muñoz et al., 1995). Isto é, o AVS continua a ocorrer, mas deixa ser stressante ou problemático (Taylor, 1989).

Os resultados do estudo desenvolvido por Muñoz e colaboradores (1995) mostraram que os sem abrigo têm sofrido uma média de 9.1 importantes acontecimentos stressantes nas suas vidas. A maioria destes acontecimentos ocorreu antes (45% dos episódios), ou durante (39%), o primeiro episódio de sem abrigo. Em relação à percepção de causalidade dos acontecimentos stressantes, descobrimos que as pessoas sem abrigo têm uma visão multicausal de seus próprios problemas. Na verdade, três categorias de acontecimentos foram subjetivamente relacionadas à sua condição actual sem abrigo: os problemas económicos, a quebra dos laços sociais, e as doenças mentais. Os resultados que obtivemos indicam a ocorrência de 8.51 AVS. A maioria destes ocorreu antes do primeiro episódio de sem abrigo (4.16%) ou durante este (3.31%).

Os acontecimentos de vida stressantes, que identificamos como sendo perspectivados pelos próprios como potenciadores do surgimento da condição de sem abrigo, conduzem-nos a reflectir sobre os factores de risco face à situação de sem abrigo e possíveis estratégias de prevenção.

Esta proposta de reflexão prende-se com a mudança de paradigma que nos permita actuar na esfera da promoção da saúde e prevenção dos problemas, sendo para tal fundamental um conhecimento profundo das causas dos mesmos.

Tal como podemos constatar no quadro 12 existe um conjunto de factores de risco em relação aos sem abrigo, na infância e na adultícea.

**Quadro 12- Factores de risco em relação aos sem abrigo****Factores de risco na Infância**

Abuso Sexual, abuso físico

Expulsão da escola

Estar afastados de casa (por fuga ou expulsão)

Variáveis relacionadas com os pais:

Pais que vivem longe de casa

Problemas relacionados com o abuso de substâncias

Divórcio

Baixo nível educacional

**Factores de risco nos Adultos**Falta de suporte social:

- Rupturas relacionais, morte ou divórcio, etc

- Conflitos familiares e conflitos interpessoais

- Precárias redes sociais

Saúde:

- Problemas de saúde físicos

- Problemas de saúde mental: doenças mentais e hospitalizações psiquiátricas -

Abuso de álcool e drogas

Pobreza e desempregoBaixo nível educacional

Fonte: Munõz e Vasquez, 1995

**Factores de risco na Infância**

Experiências adversas na infância têm sido apontados como factores de risco para o fenómeno de sem abrigo (Craig & Hodson, 1998; Herman, Susser, Struening & Link, 1997; Koegel et al, 1995;. Stein et al., 2002). Foi identificada uma relação entre o número de acontecimentos e a idade em que foram sofridos do; uma maior concentração de acontecimentos adversos na infância parece corresponder a uma menor idade no início da vivência de sem abrigo (Koegel et al., 1995). Muitos estudos têm indicado a falta de cuidados e de abuso na infância como factores que aumentar o risco de se tornar sem abrigo (Herman et al, 1997; Stein et al, 2002.; Toro et al., 1995). Além disso, um elevado número de adultos sem abrigo relatam histórias de falta de cuidados durante a infância (Bassuk, Buckner, Winreb et al, 1997; Odell & Commander, 2000). Vários autores têm proposto diferentes explicações de como os problemas na infância afectam o surgimento dos sem abrigo, sem chegar a qualquer conclusão definitiva. Alguns autores têm proposto que estes problemas levam a dificuldades na aquisição de competências que permitam que essas pessoas posteriormente, estabeleçam relações estáveis ou mantenham uma habitação. Outros, no entanto, propõem que a existência de problemas emocionais associados a estes acontecimentos impedem

a manutenção de uma família (Whitfield, 1998). Ainda outros autores propõem que essa relação pode ser mediada pelo insuficiente apoio fornecido por essas famílias: histórias familiares adversas (Herman et al. 1997; Susser et al, 1991).

### **Factores de risco nos adultos**

Outros factores têm sido identificados na fase adulta: a perda de trabalho e o divórcio no primeiro casamento têm sido apontados como factores de risco para a primeira experiência de sem abrigo (Johnson et al., 1997). Um baixo nível de escolaridade também é um factor de risco para falta de moradia para os homens (Caton, Hason, Shrout, et al., 2000), muito provavelmente porque reduz as probabilidades de encontrar um emprego. Com referência à saúde, vários aspectos influenciam a ocorrência de se tornar sem abrigo (Martens, 2001): problemas de saúde física, alguns transtornos mentais, problemas relacionados ao uso de substâncias também têm sido apontados como factores que aumentam o risco de se tornar sem abrigo (Bassuk, 1997; Caton et al, 2000; Toro et al, 1995; Winkleby, Rockhill, Jatulis, et al., 1992). Alguns autores propõem que essa influência é bidirecional, isto é, estar sem abrigo e abuso de drogas são factores de risco mútuo (Johnson et al., 1997), embora normalmente estes problemas, como problemas mentais, parecem preceder o primeiro episódio da falta de habitação (Muñoz, Vázquez, Koegel et al, 1998; Muñoz, Koegel, Vázquez et al, 2002). A influência do uso de substâncias pode ser mediada pela influência deste tipo de problemas no suporte social (Vangeest & Johnson, 2002). Caton e colaboradores (2000) constataram que, à excepção de um transtorno psicótico, ter um outro transtorno mental não é um factor de risco para se ser sem abrigo. A co-ocorrência de transtornos psicóticos com outros transtornos mentais, como um diagnóstico de abuso de drogas ou álcool, aumenta as possibilidades de se tornar sem abrigo (Caton, Shrout, Domínguez, et al., 1995). Ter sido hospitalizado por problemas de saúde mental em algum momento também parece aumentar as probabilidades de se tornar sem abrigo (Bassuk, et al., 1997). Outros factores identificados são a pobreza a instabilidade familiar, que, além de serem factores de risco para o surgimento da condição de sem abrigo, também podem ser factores de risco para transtornos mentais (Sullivan, Burnam, & Koegel, 2000).

Todas as constatações acima descritas sobre os factores que afectam a probabilidade de se tornar sem abrigo coincidem, em grande medida, com a percepção das próprias pessoas sem abrigo sobre as causas da sua situação. Os principais resultados indicam que, ao tentar explicar sua própria situação, estas pessoas atribuem um papel particularmente importante para os acontecimentos relacionados para os problemas económicos aos problemas relacionais, bem como, a problemas de saúde mental, consumo de álcool e drogas (Muñoz et al, 1998;. Muñoz et al, 1999;. Tessler, Rosenheck, & Gamache, 2001). Esses dados são reportados em diferentes cidades europeias e são independentes do facto dos inquiridos sofrerem ou não de uma doença mental (Leonori, Muñoz, Vázquez, et al., 2001).

Importa ainda referir que maioria dos acontecimentos de vida stressantes ocorrem antes ou durante o primeiro episódio de sem abrigo o que se por um lado pode derivar do apoio fornecido pelas instituições após o primeiro contacto com os serviços, por outro lado também pode reflectir o facto das pessoas sem abrigo deixarem de perspectivar alguns AVS enquanto tais. Exemplificativamente, a distância e o abandono da família não se altera após a vivência do primeiro episódio de sem abrigo, no entanto, deixa de ser referida enquanto uma realidade no pós 1.º episódio de sem abrigo, talvez quer como forma de se protegerem do sofrimento, quer como forma de manterem idealizada a relação com as suas famílias.

A presença de situações de vida geradores de stress na população sem abrigo é confirmada em vários estudos (Buhrich e tal, 2000). A grande maioria foi alvo de abusos na infância, quer físicos, quer psicológicos, sendo que 33% revelam ter sido vítimas de abusos físicos ou sexuais. Adicionalmente, estudos confirmam que a existência de histórias de mau trato na infância predis põem o indivíduo a situações de risco futuras (Noell, Rohde, Seeley, & Ochs, 2001; Stewart et al. 2004). Craig and Hodson (1998), num estudo realizado com jovens adolescentes, identificam em relação à probabilidade de ficar em situação de sem abrigo, os seguintes factores: adversidades na infância, existência prévia de desordens psiquiátricas e dificuldades educacionais.

## 5. Vinculação

A vinculação desempenha um papel de grande importância na compreensão do processo de adaptação do indivíduo ao seu meio social. A investigação postula que a vinculação desenvolvida durante a primeira infância poderá influenciar a personalidade do indivíduo a longo prazo, mais precisamente a confiança em si mesmo e nos outros, e conseqüentemente a profundidade das suas relações sociais. De facto, parece existir uma continuidade do modelo de vinculação desde a infância até à idade adulta (Rothbard e Shaver, 1994; Stein, Jacobs, Ferguson; Allen e Fonagy, 1998). No entanto, Bowlby (1969), tinha já sugerido que as relações de vinculação podem transformar-se ao longo da vida adulta em função de novas experiências emocionais, como também por via da reinterpretação das experiências passadas e presentes.

O QVESA, tal como anteriormente exposto, é um questionário de auto resposta, composto por quarenta perguntas, que através de um processo de cotação se converte em cinco factores referentes às dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta.

De acordo com os itens que constituem o factor evitante das relações sociais, uma pontuação elevada nesta escala corresponde a indivíduos que se sentem pouco à vontade na presença dos outros. Dizem não ter confiança nos outros e revelam estar decepcionadas com as suas relações interpessoais. Não conseguem perceber porque as outras pessoas haviam de gostar delas ou

desejar estabelecer relações. Assim sendo, têm tendência a não investir nas suas relações sociais, a não se abrir com os outros, em suma, a evitar toda a potencial intimidade. Dizem ser independentes dos outros, exprimindo sempre sentimentos de rejeição e de isolamento (Carrinho e Pereira, 2010).

De acordo com os itens que constituem o factor Preocupação em ser amado, uma pontuação elevada nesta escala corresponde a indivíduos que sentem que não têm grande valor e que não merecem o amor dos outros. Desejariam estar mais próximos dos outros e inquietam-se por lhes serem indiferentes e por não serem amados. Atribuem, assim sendo, muita importância ao que os outros pensam e preocupam-se em fazer as coisas de forma a serem amadas e a agradar.

Por fim, os indivíduos Ambivalentes são aqueles que manifestam traços das duas tendências. São de certa forma desorganizados e oscilam entre os dois modos de adaptação. Embora Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978) utilizem o termo para se referirem às crianças resilientes (tipo C), iremos utilizá-lo aqui e com risco de gerar alguma confusão quanto ao facto de descrever o adulto que apresente as duas motivações contrárias, as saber, o evitamento das relações sociais e a busca compulsiva do amor dos outros. Num estudo desenvolvido Sroufe e colaboradores (2005) as dimensões sociais gerais: preocupação com as relações e necessidade de aprovação/reforço, estão conceptualmente relacionadas à vinculação ansiosa, e obtiveram valores de .86 e de .62 respectivamente. Os autores concluíram que, a vinculação ansiosa está sobretudo associada a quadros de depressão e ansiedade; a vinculação evitante mostrou-se relacionada com problemas comportamentais e de conduta. Segundo os dados recolhidos na bibliografia consultada as dimensões sociais gerais: desconforto com a proximidade e a percepção da relação como algo secundário estão, de forma clara, conceptualmente ligadas à vinculação evitante. No estudo de Brennan e colaboradores (1998), a correlação destas duas escalas com o factor evitante foram de .90 e .61 respectivamente. Resultados baixos na sub escala da confiança (combinando o julgamento dos outros em relação a si, mas enfatizando a falta de confiança nos outros) também obtiveram resultados largamente relacionados com a vinculação evitante .70.

Tendo em conta os resultados obtidos podemos verificar que o grupo dos sem abrigo apresenta valores mais elevados em todas as dimensões à excepção da sub escala confiança. Assim, embora tenham nesta fase da sua vida apoio, situação residencial e condições de sobrevivência asseguradas, os sem abrigo demonstram maior preocupação com as relações, maior desconforto com a proximidade, maior necessidade de reforço/aprovação e maior percepção das relações como algo secundário e logo índices de vinculação evitante e ansiosa mais elevados,

Apresentam ainda menores níveis de confiança o que se pode correlacionar com a ausência de padrões de vinculação seguros.

Os dados encontrados neste estudo são consonantes com o estudo de Bento e Barreto (2002), que analisaram o padrão de vinculação de 18 sem abrigo, constatando que nenhum apresentou um padrão de vinculação seguro, não tendo por isso construído um grau de confiança básica nos outros e em si próprios, que advém do estabelecimento de uma boa relação precoce. Os sem abrigo não se revelam apenas ao nível do evitamento em relação aos outros mas também com elevadas preocupações em relação a expectativa de serem rejeitados (Bento & Barreto, 2002).

Os sem abrigo não obtiveram pontuações significativamente diferentes do grupo de pessoas carenciadas na subescala preocupação com os relacionamentos mas, apresentou em média maior no desconforto com a proximidade, e tendem a posicionar os relacionamentos como factor secundário, o que se correlaciona com padrões de vinculação evitante; necessitam de mais reforço/aprovação o que se correlaciona com padrões de vinculação ansiosa.

Assim, quer na bibliografia recolhida, quer no presente estudo, os dados sugerem que esta população pode oscilar entre estes dois modos de adaptação (evitante e ansioso), manifestando, muitas vezes, um comportamento afectivo ambivalente.

Pretendemos, através da análise das dimensões sociais gerais ligadas a vinculação adulta, contribuir para a compreensão da possível relação existente entre a problemática dos sem abrigo e teoria da vinculação. Para além de viver fora da protecção de quatro paredes a população sem abrigo parece sobreviver fora da protecção das relações afectivas. A “doença dos laços” ou a “patologia do vínculo”, mais do que terminologias utilizadas por diversos autores na abordagem desta problemática, são amplos conceitos que põem em evidência o impacto da esfera afectiva e das dinâmicas relacionais estabelecidas ao longo do ciclo de vida, nos processos de exclusão social.

Relativamente ao instrumento utilizado neste estudo, podemos afirmar que o QVESA fornece uma avaliação da sociabilidade do indivíduo (isto é, a sua capacidade de interagir positivamente com os outros), mais precisamente a capacidade de estabelecer e manter com os outros contactos sociais íntimos e satisfatórios. Tendo em conta os objectivos do estudo, este instrumento demonstrou-se adequado, revelando ser facilmente compreendido.

Os resultados obtidos sugerem assim, que a população sem abrigo parece efectivamente corresponder a indivíduos que se sentem pouco à vontade na presença dos outros. Afirmam uma falta de confiança generalizada e revelam-se insatisfeitos com as suas relações interpessoais. Dificilmente percebem porque as pessoas não-de gostar deles ou desejar estabelecer relações. Têm tendência a não investir nas relações sociais, a não criar laços de proximidade, em suma, a evitar qualquer situação que pressuponha níveis altos de compromisso e intimidade. Reiteram a sua independência, exprimindo frequentemente sentimentos de rejeição e de isolamento. Por outro lado, apresentam grande preocupação com os relacionamentos, sentem que os outros não lhe

reconhecem o devido valor e, por tanto, não os estimam o suficiente. Desejariam estar mais próximos dos outros, inquietam-se quando lhes são indiferentes e sentem que não são amados. A condição de sem abrigo é precedida de um longo processo de desenraizamento familiar e social, com rupturas sucessivas.

Abordar temas como a vinculação na população sem abrigo é uma tarefa complexa, quer pela amplitude que a exclusão social comporta nesta população, quer pela própria exclusão poder funcionar como forma de defesa de uma relação de proximidade.

Adquirem, assim, algum sentido os movimentos de auto-exclusão que perpetuam o viver na fronteira entre o “dentro e o fora”, no qual o “fora” se torna demasiado perigoso por todo o isolamento e abandono que implica, e o “dentro” demasiado ameaçador pelo nível de compromisso que exige e do qual estes indivíduos tão arduamente se defendem.

## **6. Saúde Mental**

Foram classificados com suspeita de transtorno mental 42.5% dos sujeitos do grupo de pessoas carenciadas e 80.0% do grupo sem abrigo. A diferença foi estatisticamente significativa ( $\chi^2(1)=32.812, p=.000$ ).

É de destacar a elevadíssima incidência de transtorno mental na população sem abrigo e é incontornável as peculiaridades que tal situação comporta. A prevalência de problemas de saúde mental na população sem abrigo é consistentemente verificada nos diversos estudos, existindo na maioria dos indivíduos, pelo menos uma patologia associada (Buhrich, Hodder, & Tecsson, 2000; Heman, Susser, Struening & Link, 1997; Kamieniecki, 2001). As pesquisas identificam igualmente que cerca de 50% da população sem abrigo tem problemas de toxicodependência ou alcoolismo (Goering, Tomiczenko, Sheldon, Boydell, & Wasylenki, 2002). Também os quadros de alteração de humor, psicóticos e de ansiedade são significativamente superiores nesta população (Cauce, Paradise, Ginzler & Embry, 2000; Herman et al, 1997; Kamieniecki, 2001).

As conclusões do estudo nacional sobre doença mental liderado por Caldas de Almeida (2010) revelou que 23 % dos portugueses sofreram de alguma doença psiquiátrica no último ano e que 43% destes já sofreram de alguma destas patologias durante a vida.

Tal como referido no Plano Nacional de Saúde existem situações de exclusão social que resultam de doenças psiquiátricas, bem como do consumo excessivo e/ou dependência de álcool e drogas, nomeadamente nos sem abrigo, grupo em que a prevalência de perturbações psiquiátricas (incluindo abuso e/ou dependência de álcool e drogas) é superior a 90%.

Os dados encontrados neste estudo parecem assim ser coincidentes com os dados encontrados noutras pesquisas nacionais e internacionais.



Martijn & Sharpe (2006) desenvolvem um estudo no qual pretendem identificar experiências de vida na população sem abrigo, que lhes permita criar um percurso anterior a esta condição. Identificam como factores habituais os seguintes: (1) o trauma é uma experiência comum entre os jovens antes do desalojamento em mais de metade da amostra; (2) depois da vivência de sem abrigo a maioria dos jovens aumenta as manifestações de doença mental, nomeadamente quadros de dependência de álcool ou drogas; (3) actividades criminosas não precedem a situação de sem abrigo, no entanto após esta vivência tornam-se comuns.

O agravamento das fragilidades antecedentes torna fundamental a existência de planos de intervenção especialmente dedicados a população sem abrigo com patologia psiquiátrica. É urgente que se investigue o crescente número de desordens emocionais e distúrbios mentais nas crianças e adolescentes sem abrigo incluindo a permanência e a natureza dos factores de risco, Martijn & Sharpe (2006).

Existem poucos estudos que examinam a diferença de distúrbios mentais entre os sem abrigo e a população pobre. Um desses estudos foi conduzido em Los Angeles com o objectivo de responder a essa indagação (Linn et al., 1990). Entrevistaram-se 464 pacientes que frequentaram durante o período de um ano o serviço médico de uma comunidade carente de Los Angeles: 214 eram sem abrigo e 250 eram moradores de bairros sociais. Embora os dois grupos apresentassem uma grande prevalência de problemas mentais, o grupo de sem abrigo era significativamente mais propício a apresentar internamentos psiquiátricos anteriores por problemas mentais e alcoolismo, e uma maior frequência de sintomas psicóticos. Ou seja, as condições precárias que essas pessoas encontram, morando na rua ou em albergues, precipitam ou exacerbam sintomas anteriores.

A relação da “pobreza” com a doença mental é complexa e tem sido extensamente estudada. Esta relação é multi-direccional, podendo ser identificados três níveis de associação. Uma das teorias explicativas a este respeito, a da causalidade social, postula uma associação entre baixo nível socioeconómico e maior adversidade ambiental (nomeadamente life events stressantes, má qualidade dos cuidados maternos e obstétricos, bem como escassos recursos sociais), sendo esta a via através da qual se expressaria o maior risco de doença mental associado ao baixo nível socioeconómico. Assim sendo, a pobreza material parece ser um factor de risco para o desenvolvimento de doença mental. Outra teoria, contrastante com a anterior, é a da selecção social. Esta teoria defende que a doença mental ocorre mais frequentemente associada a um baixo nível socioeconómico. De acordo com este modelo, a doença pelas limitações que condiciona, e que se repercutem numa baixa escolarização, desemprego, maior tensão familiar e, conseqüentemente, menor coesão familiar, isolamento e maior exposição ao efeito do estigma,

“arrastadas” para os estratos socioeconómicos mais baixos. Para além disso, estes factores contribuí para que as pessoas afectadas sejam seriam preditivos de um mau prognóstico relativamente ao outcome da doença mental. Assim, de acordo com esta teoria, a pobreza constitui não só um factor de risco para a doença mental, como também contribui para um prognóstico negativo no seu outcome.

Tem havido alguma controvérsia relativamente a qual destes mecanismos será mais preponderante. No entanto, ambos parecem ser relevantes e não mutuamente exclusivos. Contudo, o mecanismo da causalidade social poderá ser mais válido no caso das perturbações de ansiedade e na depressão, enquanto o mecanismo da selecção social poderá ser mais relevante nas psicoses e nas situações de abuso de substâncias.

Por fim, pode ser também considerada a pobreza associada à prestação dos cuidados de saúde mental (falta de cuidados compreensivos, culturalmente apropriados e que tenham em conta as necessidades e o contexto do doente, e não apenas os fármacos e intervenções psicoterapêuticas e psicossociais disponíveis). Esta nem sempre se associa à falta de recursos económicos, no entanto, é um factor de prognóstico fundamental para o outcome das doenças mentais. Uma evidência desta situação decorre da observação de que os doentes que sofriam de psicose nos países em desenvolvimento tinham melhor prognóstico comparativamente com aqueles de países sub-desenvolvidos. A pobreza também condiciona barreiras no acesso aos serviços de saúde (não só no que se refere à prestação de cuidados de saúde mental especializados, como também para os cuidados de saúde primários), verificando-se sérias limitações especialmente nos segmentos da população socialmente mais desfavorecidos. Esta situação tem obviamente um impacto negativo na saúde mental e também física. Uma habitação condigna proporciona abrigo, não só físico ma também psíquico, sendo tradutor do nível de protecção que a pessoa em causa possui (social, económica, física, psicológica). A qualidade da habitação está também intimamente relacionada com o nível económico, e em alguns estudos verificou-se que pode traduzir de forma mais fiável o grau de pobreza. As pessoas sem abrigo encontram-se expostas ao maior risco de doença, não só mental mas também física e ainda a um maior risco de mortalidade.

Relativamente às questões da urbanização tem sido encontrada uma associação entre viver em grandes cidades e ter um maior risco de doença mental. Esta associação pode ser explicada por diversos factores de stress e circunstâncias adversas, nomeadamente o enfraquecimento dos laços familiares, a sobrepopulação e as inerentes dificuldades no acesso a bens essenciais, estilos de vida menos saudáveis (com menor prática de exercício físico, obesidade, ambiente poluído), maior stress na vivência do dia-a-dia (meios de transporte sobrelotados, condições de habitação mais precárias, níveis mais elevados de violência) e menor apoio social.

Providenciar alojamento e estruturas de apoio para indivíduos com problemas psiquiátricos, especialmente sem abrigo, é um dos maiores desafios da legislação sobre a saúde mental comunitária. Existe uma mudança de paradigma sendo que presentemente, estes indivíduos já não são entendidos como incapazes de aceitar ajuda e conseguir melhorias ou mesmo como meros recipientes de serviços: são encarados enquanto cidadãos com capacidade de total integração e participação social.

Tal como já referimos, o perfil do doente mental coincide, na maioria dos casos, com situações de pobreza, desemprego ou exploração laboral, falta de instrução e isolamento social. No entanto, com a constante discussão dos fracassos da desinstitucionalização, corre-se o risco de obscurecer os benefícios do tratamento comunitário para muitos doentes mentais com longos períodos de internamento. Por outro lado, a natureza recorrente das desordens psiquiátricas conduz a internamentos repetidos em instituições de saúde e pode também levar à perda de alojamento (Carling, 1990; Harnois, 2000).

Embora alguns dos indivíduos com desordens psiquiátricas tenham recursos financeiros e retaguarda familiar, no caso dos mais carenciados, falhando o apoio a uma habitação estável e decente, resta-lhes permanecer em hospitais psiquiátricos, desnecessariamente, ou ficar em situação de sem abrigo, (Buhrich, Hodder, & Tecsson, 2000; Goering, Tomiczenko, Sheldon, Boydell, & wasylenki, 2002). Historicamente, o campo da saúde mental tem visto o alojamento enquanto um problema do foro social e definido o seu papel como secundário em relação ao tratamento (Carling, 1990). Assim, torna-se evidente a necessidade de congregar as questões de habitabilidade com o apoio clínico especializado, sendo fundamental envolver a saúde mental na ressocialização dos sem abrigo, pois nem para todos a reintegração comunitária passará pelo suporte das famílias.

## **7. Bem estar psicológico**

O Bem estar psicológico representa “a avaliação subjectiva que os indivíduos fazem das suas vidas, incluindo conceitos como a satisfação com a vida, a felicidade, as emoções agradáveis, os sentimentos de realização pessoal e de satisfação com o trabalho e a qualidade de vida, em detrimento de sentimentos negativos e desagradáveis (Ferreira, 2007, p. 1). Segundo Petitto e Cummins (citados por Boeckel & Sarriera, 2006, p. 53) a noção de bem-estar psicológico comporta elementos afectivos e cognitivos. Também Simões e colaboradores (Citados por Ferreira, 2007, p. 9) referem que “sendo o bem-estar um conceito multidimensional, evidencia-se especialmente a dimensão afectiva e cognitiva: a primeira representa a afectividade positiva e negativa, traduzindo a tendência para experienciar sentimentos e sensações agradáveis ou a disposição para experienciar sentimentos ou emoções desagradáveis; a dimensão cognitiva é representada pela satisfação

com a vida, que resulta da avaliação global que as pessoas fazem das suas vidas, do seu passado e do seu desejo de mudar.” O bem-estar psicológico operacionaliza-se através de seis dimensões: aceitação de si, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do ambiente, sentido de vida e crescimento pessoal (idem).

Os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa (Monteiro et al., 2006) revelaram valores de alpha de cronbach entre .67 (envolvimento social) e .89 (felicidade), e .93 para a nota global da escala.

A média do Bem-estar Psicológico foi significativamente superior no grupo nas pessoas carenciadas quando comparado com os sem abrigo ( $m=4.80$ ,  $dp=0.55$ ;  $m= 4.43$ ,  $dp=0.84$  respectivamente).

Ainda assim temos de destacar que estes são valores positivos.

## 8. Suporte social

Como podemos observar no capítulo anterior as pessoas carenciadas obtiveram médias significativamente superiores ao sem abrigo em termos de suporte social ( $m=4.37$  DP= 0.37 Vs  $m=3.15$ , DP=1.05).

O número de familiares e amigos íntimos também é significativamente superior para o grupo constituído por pessoas carenciadas.

Habitualmente, considera-se que a rede social pessoal é o “conjunto de seres com quem interactuamos de maneira regular (...) é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anónima da sociedade (...)” (Sluzki, 1996: 13, 42). O conceito de rede social reporta-nos para a importância das relações interpessoais na nossa vida tanto ao nível da definição da nossa própria identidade quanto ao nível do apoio que nos é (pode ser) oferecido em situações de crise.

Em termos tipológicos gerais é habitual distinguir sumariamente as redes primárias e as redes secundárias.

As primeiras são, como define Lacroix (1990: 79), compostas por “indivíduos que têm afinidades pessoais num quadro não institucional”. Falamos, portanto, dos membros da família do indivíduo, dos seus amigos, colegas e vizinhos. Os vínculos, na rede primária, são fundamentalmente de carácter afectivo, não existindo qualquer sentido de obrigação ou formalidade. Eles podem assumir uma carga positiva ou negativa. Uma outra característica das redes primárias é a sua natureza dinâmica. Estas redes podem mudar com naturalidade a sua composição ou configuração, dependendo esta da mobilidade das relações interpessoais. Os amigos são um

bom exemplo para percebermos a mobilidade da rede primária, o mesmo já não acontecendo habitualmente com a família, que é o “primeiro núcleo do nosso ambiente social”(Guay. s.d., 51). A composição da rede primária é um dos principais indicadores do tipo de rede, podendo então ser consideradas as redes de parentesco, de vizinhança, de amizade, de “companheirismo”, entre outras. Esta pluralidade de relações, que podem co-existir numa rede primária, constitui um importante recurso para o indivíduo.

Litwak e Szeleny (1969, citados por Guédon, 1984) postulam que a ajuda a longo prazo é normalmente oferecida pela rede de parentesco, enquanto que a vizinhança é agilizada em caso de urgência. As redes secundárias são constituídas por relações geradas pelas instituições, tendo como objectivo essencial dar resposta a exigências de natureza funcional (Abreu, 2000: 37). As redes secundárias podem ser definidas como formais ou informais. Tal distinção faz-se tendo por base o seu nível de estruturação, os objectivos a cumprir e as relações estabelecidas no seu seio.

Contrariamente às primárias, as redes secundárias têm, normalmente, uma menor durabilidade e uma clientela mais restrita, sendo a sua adaptação às necessidades dessa clientela habitualmente maior. (Guédon, 1984).

Pensando que cada pessoa que pertence a uma rede social tem, também, a sua própria rede social, e que esta constitui um enorme reservatório de recursos humanos, Mueller (1980, citado por Góngora, 1991) distingue as redes em três níveis: a rede de primeira ordem (onde se inclui as redes pessoais de cada sujeito), a rede de segunda ordem (composta pela rede social de cada membro da rede social) e a rede extensa (que se refere às conexões a que temos acesso através da rede de segunda ordem).

Podemos reflectir acerca de quais serão as expectativas que os sem abrigo têm ao nível do apoio social, uma vez que todos os entrevistados estão integrados em instituições que lhe garantem alimentação, cuidados de higiene, acompanhamento a consultas e actividades lúdicas/ocupacionais. Parece-nos que embora não sinalizem o abandono familiar e de amigos como acontecimentos de vida stressantes após o primeiro episódio de sem abrigo, é das famílias e dos amigos que esperam este apoio social e daí os resultados serem significativamente inferiores. Por muito que os serviços garantam o suporte social, a lacuna da rede social primária dificilmente será superada nesta população.

O tamanho da rede, revelado pelo número de elementos que constituem a rede, isto é, que mantêm contacto com o sujeito central (Barrón, 1996). Este pode ser mínimo, médio ou muito numeroso (Sluzki, 1996).

As diferenças encontradas entre os grupos são igualmente estatisticamente significativas em termos do número de elementos significativos identificados pelos inquiridos. No grupo dos sem abrigo

foram identificados uma média de 5 amigos e no grupo das pessoas carenciadas 13. Os sem abrigo têm um número de amigos muito inferior ao identificado pelo grupo de referência, tendo maioria deles manifestado, no decurso do preenchimento do questionário, que os amigos identificados eram os técnicos das instituições de apoio e algum dos outros residentes, pois não referem com frequência amizades com os pares, dos quais desconfiam.

As redes mínimas tendem a ser pouco eficazes em situações de tensão de longa duração; em contrapartida, as redes muito numerosas podem tornar-se inactivas uma vez que cada um dos seus elementos pensa que o outro irá dar suporte. Por isto pensa-se que as redes de tamanho médio são as mais efectivas e operacionais.

De acordo com a proposta de Sluzki (2006), a rede social pessoal pode ser avaliada de acordo com: a) a suas características estruturais, b) as características funcionais e c) os atributos do vínculo. Seria importante explorar a constituição e funcionamento desta rede em futuras investigações, no sentido de melhor a compreender e perceber os atributos dos vínculos.

Tendo em conta que as estratégias de integração comunitária assentam numa lógica de reforço da rede social do doente/ sem abrigo importa refletir acerca da função da rede social e da vitalidade de aumentar a rede dos sem abrigo, uma vez termos constatado no presente estudo que esta é pequena e menos funcional do que a do grupo de referência.

Ao nível das características funcionais da rede social importa realçar que os membros da rede cumprem, de uma forma individual ou grupal, diversas funções. As funções principais da rede social são o apoio emocional, a socialização e a troca de serviços. Convém contudo realçar que “as relações familiares e de amizade íntimas podem cobrir simultaneamente um importante número de funções, muitas das quais, pela sua riqueza, complexidade ou idiossincrasia, transcendem as especificações” (Sluzki, 1996: 54). Assim destacamos:

1) Companhia social, ou seja, a “realização de actividades conjuntas ou simplesmente o estar juntos” (Sluzki, 1996:49). Embora não implique o apoio emocional, esta função pode ser fundamental no apoio a dar ao sujeito central.

2) Apoio emocional, caracterizado por um “clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio” (Sluzki, 1996:49). É comum nos amigos íntimos e na família próxima pressupondo a existência de laços afectivos bem como de alguma intimidade e proximidade. Esta é, sem dúvida, uma das mais importantes funções da rede e concretiza-se pela demonstração de “amor, afecto, carinho, simpatia, empatia, estima e/ou pertença a grupos” (Barrón, 1996: 123).

3) Guia cognitivo e conselhos, ou seja o estabelecimento de interacções que têm por objectivo a partilha de informações pessoais ou sociais (Barrón, 1996). Esta partilha e tomada de decisões em conjunto reforçam os laços mantidos, pressupondo uma relação de confiança.

4) Regulação e controlo social, em que a rede exerce uma função normativa, no sentido de reafirmar responsabilidades, normas e papéis, permitindo a neutralização dos desvios. Esta função facilita a socialização dos membros da rede, embora por outro lado, facilite a exclusão grupal aquando do desvio de algum membro.

5) Apoio material ou instrumental que se refere ao apoio específico fornecido ao indivíduo na realização de tarefas quotidianas, por forma a fornecer bem-estar e diminuir a sobrecarga do sujeito.

6) Apoio técnico ou de serviços que passa pela colaboração baseada em conhecimentos técnicos, sendo uma função típica da rede secundária.

7) Acesso a novos contactos que permite a “abertura de portas à conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede do indivíduo” (Sluzki, 1996:50). Os recursos potenciais que daí advêm podem representar uma oportunidade de reforço ou criação de novas redes. Surge então como grande trunfo o alargamento da rede social existente e que, por algum motivo, não está a ser activada.

Um elevado suporte social percebido pode conduzir ao aumento das expectativas optimistas e, por conseguinte, conduzir a uma melhor adaptação (Karademas, 2006; Chong, Huan, Yeo, & Ang, 2006). Recentemente, Cervone (2004) publicou *The architecture of personality* na *Psychological Review*, em que apresenta uma nova “arquitetura” cognitiva da personalidade. De acordo com o seu modelo, o comportamento baseia-se em estruturas de conhecimento e processos de avaliação que estão em contacto. Tendo como base este modelo, é possível sugerir que o suporte social percebido represente conhecimento acerca de nós (sermos capazes) e do mundo (como amigável), o que, por sua vez, resulta numa avaliação do futuro como possivelmente agradável e vantajoso e em melhores funcionamento e estado de saúde.

Assim o reforço do suporte social é fundamental no processo de reintegração dos sem abrigo.

## 9. Relação entre o bem estar psicológico, o suporte social e a vinculação

No GSA o bem estar psicológico obteve uma correlação de .417 com a confiança em si e nos outros, de .552 com o suporte social e de .438 com o número de familiares e amigos próximos.

Podemos então constatar que o número de familiares e amigos próximos, o suporte social que estes promovem e a confiança em si e nos outros são importantes para o bem estar psicológico dos sem abrigo. Dada a vasta evidência respeitante aos benefícios do suporte social, é possível sugerir que estar na posse de determinados atributos pessoais que promovam um maior suporte social percebido poderá contribuir para a promoção do bem-estar psicológico (Monteiro e Pereira, 2009).

Uma vez que as percepções de suporte social são de importância crítica para a adaptação pessoal e para a saúde, os investigadores começaram a interessar-se pelos factores pessoais que modelam as percepções de suporte (Lakey & Drew, 1997) e, apesar das diferenças em torno desta temática, a associação entre a avaliação das experiências precoces e a percepção de suporte social tem sido indicada como uma possibilidade teórica em vários estudos (e.g., Hazan & Shaver, 1987; Pietromonaco & Barrett, 1997; Priel & Besser, 2002; Rholes, Simpson, Campbell, & Grich, 2001; Sarason, Pierce, & Sarason, 1990; Sarason et al., 1991).

A tónica assenta na importância das relações e na confiança ou seja na vinculação segura. Quanto mais protegidos por relações de vinculação seguras maior percepção de suporte social sentem e conseqüentemente melhor bem estar psicológico apresentam. A literatura tem destacado o papel do suporte social como amortecedor das reacções negativas associadas, quer a acontecimentos normativos, quer a acontecimentos não-normativos e às crises de desenvolvimento com as quais o indivíduo se depara (Cohen & Wills, 1985; Dunst, Vance & Cooper, 1986).

O suporte social é usualmente definido como o sentimento de suporte, que corresponde às percepções gerais acerca da disponibilidade dos outros para providenciarem suporte e, por extensão, a um sentimento de aceitação: sentimentos de ser amado, cuidado e aceite inteiramente pelos outros (Sarason et al., 1990). O padrão de vinculação segura reflecte por sua vez a visão de nós próprios como merecedores de amor e aceitação por parte dos outros, e a visão dos outros como respondentes e disponíveis (Bartholomew, 1990). Os padrões de vinculação e as percepções do suporte social, tendem a reflectir a existência de um esquema acerca do meio ambiente como sendo respondente ou não e a influenciar a forma como a informação social é processada e as atribuições são feitas (Anan & Barnett, 1999).

De destacar que diversos estudos que analisaram as diferenças individuais na procura de proximidade em situações indutoras de stress sugerem que uma vinculação segura se associa uma maior vontade para procurar suporte social em momentos de stress (Berant, Mikulincer, & Florian, 2001; Birnbaum, Orr, Mikulincer, & Florian, 1997; Florian, Mikulincer, &



Bucholtz, 1995; Larose, Bernier, Soucy, & Duchesne, 1999; Mikulincer & Florian, 1995; Mikulincer, Florian, & Weller, 1993; Ognibene & Collins, 1998).

Adultos com uma vinculação segura referem procurar suporte de outros como método primário de lidar com o stress, enquanto indivíduos com uma vinculação evitante dizem recorrer a estratégias de afastamento no sentido de lidar com o stress. Os comportamentos de procura de proximidade demonstrados por indivíduos com uma vinculação ansiosa ou preocupada são menos consistentes. Nalguns estudos, referem utilizar comportamentos de procura de proximidade como uma estratégia de coping (Mikulincer & Florian, 1995; Ognibene & Collins, 1998); no entanto, noutros estudos, estes indivíduos não referem esses comportamentos como uma forma de lidar com o stress (Florian et al., 1995; Mikulincer et al., 1993).

No GSA a necessidade de aprovação correlacionou-se negativamente com a confiança em si e nos outros (-.473) e com o QEVSA total (-.630). Fruto de relações interpessoais inseguras estabelecem um padrão relacional no qual a necessidade de aprovação surge pela reduzida confiança em si e nos outros e logo caracteriza padrões de vinculação ansiosos.

Acresce-se que a necessidade de aprovação obteve uma correlação de .458 com a percepção dos relacionamentos como secundários o que uma vez mais nos sugere padrões de relacionamento ambivalentes.

As diferenças entre os indivíduos com uma vinculação segura e uma vinculação insegura surgem, não só em estudos que utilizam instrumentos de avaliação de auto-resposta, como também em estudos observacionais do comportamento de procura de suporte (e.g., Collins & Feeney, 2000; Simpson). Tendo em conta o elevado número de acontecimentos de vida stressantes identificados nos relatos dos sem abrigo prevê-se que a sua reacção a estes será a activação de estratégias de evitamento ou a uma procura de proximidade pouco consistente, o que reforça os padrões de vinculação insegura e a percepção de pouca disponibilidade da rede de suporte.

Recentemente alguns estudos têm sido conduzidos com vista a clarificar as relações existentes entre a vinculação, o suporte social e adaptação posterior, nomeadamente o possível papel mediador do suporte social (Kafetsios & Sideridis, 2006; Larose & Bernier, 2001; Monteiro, 2005; Moreira et al., 2003; Priel & Shamai, 1995). De referir que os resultados não têm sido consistentes.

No grupo constituído por pessoas carenciadas apenas há a salientar a correlação negativa entre a necessidade de aprovação e o QEVSA total.

A confiança em si e nos outros obteve no GSA correlações positivas com a preocupação com os relacionamentos (.411) e com a QEVSA total (.498).

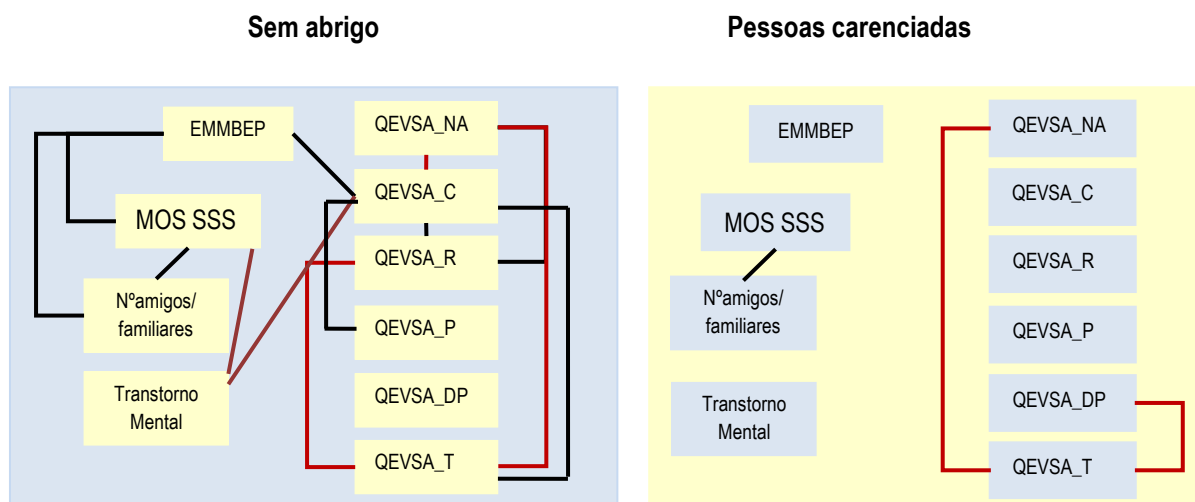
No GR esta subescala não obteve qualquer correlação  $\geq .30$ .

Há ainda a salientar correlações elevadas entre o MOS SSS e o número de amigos ou familiares próximos, tanto nos sem abrigo como nas pessoas carenciadas (.632 e .578, respectivamente) o que traduz que se perspectiva que o suporte social está dependente do número de elementos que constituem a rede. Tal como já referimos redes moderadas são mais eficazes sendo importante incrementar a rede social dos sem abrigo no sentido de obter melhores índices de suporte social.

Não foram observadas correlações de magnitude moderada ou alta entre bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes com a idade e o número de filhos no GSA. Há apenas a referir uma correlação positiva de baixa magnitude entre a idade e a confiança em si e nos outros (.176) e uma de sinal negativo entre o número de acontecimentos stressantes antes do primeiro episódio de sem abrigo e o número de filhos (-.215).

Parece que os sem abrigo com mais filhos têm menor número de acontecimentos de vida stressantes antes do primeiro episódio de sem abrigo o que poderá traduzir a existência de uma vida familiar mais estável e um possível divórcio que originou o início do ciclo de exclusão.

**Figura 10- Comparação dos resultados entre pessoas sem abrigo e pessoas carenciadas**



Tal como referido no capítulo anterior a única semelhança encontrada entre os grupos é o facto de em ambos o suporte social se correlacionar positivamente com o número de amigos e familiares próximos.

No grupo das pessoas carenciadas a vinculação correlaciona-se negativamente com a necessidade de aprovação e com o desconforto com a proximidade. No grupo dos sem abrigo o transtorno mental correlaciona-se negativamente com o suporte social e com a confiança em si e nos outros, mas não se correlaciona com o número de amigos e familiares próximos.

Assim nos sem abrigo parece que a doença mental não constitui diferença no que concerne ao número de amigos e familiares próximos, talvez porque grande parte destes são constituídos por técnicos de saúde e as suas redes são maioritariamente secundárias. No entanto correlaciona-se com um menor suporte social percebido e com padrões de vinculação inseguros.

Priel e Shamai (1995), numa amostra de estudantes universitários, verificaram que a vinculação e o suporte social se assumiam como preditores independentes da ansiedade e da depressão. Larose e Bernier (2001), num estudo conduzido com uma amostra de adolescentes tardios, verificaram que a relação entre a vinculação preocupada e a perturbação era mediada por comportamentos de procura de suporte. Kafetsios e Sideridis (2006) forneceram uma nova evidência a favor do papel mediador do suporte social. Os autores verificaram que o suporte social percebido medeia a relação entre a vinculação evitante e a saúde mental e entre a vinculação evitante e o isolamento. Este efeito foi verificado apenas no grupo com idades compreendidas entre os 35 e os 66 anos (a amostra era também constituída por um grupo com idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos). De salientar ainda que, no que diz respeito à vinculação ansiosa, o papel mediador do suporte social não emergiu.

Reforçamos que o bem estar psicológico se correlacionou positivamente com a confiança em si e nos outros, com o suporte social e com o número de amigos e familiares próximos. Assim sendo estratégias que reforcem o número de contactos sociais e promovam relações pessoais seguras e reparadoras de padrões de vinculação prévios inseguros são de vital importância para a promoção do bem estar psicológico dos sem abrigo. Seria fundamental comparar os resultados encontrados junto de outros sem abrigo integrados noutras estruturas residenciais no sentido de perceber qual o impacto das comunidades de inserção no reforço do bem estar psicológico dos seus utentes.

Em termos de vinculação, a necessidade de reforço aprovação correlaciona-se negativamente com a confiança em si e nos outros e com a vinculação total. O programa anteriormente apresentado da comunidade de inserção parece assim adequado porque visa uma progressiva autonomia e logo redução da necessidade de aprovação de forma progressiva. Numa fase inicial do programa os comportamentos são frequentemente valorizados e reforçados e de forma gradual esta necessidade de reforço vai reduzindo fruto do aumento da confiança em si e nos outros. O relacionamento como secundário correlaciona-se positivamente com a confiança em si e nos outros e negativamente com a vinculação total. A confiança em si e nos outros correlaciona-se positivamente com a preocupação com os relacionamentos e com a vinculação total.

Relativamente ao género apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na vinculação total, onde os homens apresentaram uma média significativamente superior ( $p=.038$ ).

No entanto podemos perceber que o bem estar psicológico, a confiança em si em nos outros, a preocupação com os relacionamentos, o suporte social e o número de amigos e familiares próximos é superior nos homens. Nas mulheres é superior a necessidade de reforço/aprovação e o desconforto com a proximidade. Embora as diferenças não sejam significativas é igualmente de destacar que os acontecimentos de vida stressantes, quer antes, durante ou depois do primeiro episódio de sem abrigo são sempre superiores nas mulheres.

No que concerne à existência de consumos no último mês podemos afirmar que os sujeitos que não consumiram obtiveram uma média significativamente superior no bem estar psicológico ( $p=.005$ ).

Os sujeitos que consumiram no ultimo mês apresentam maior necessidade de reforço/aprovação, maior percepção dos relacionamentos como secundários, maior vinculação total maior número de acontecimentos stressantes durante a vivência do primeiro episódio de sem abrigo, bem como, maior número de acontecimentos de vida stressantes totais.

Os sujeitos que não consumiram no último mês apresentam maior confiança em si e nos outros,

maior preocupação com os relacionamentos, maior desconforto com a proximidade, maior apoio social e maior número de amigos e familiares próximos. O programa da Comunidade de Inserção Novo Olhar que proíbe por completo o consumo de substâncias psicoactivas vê assim reforçado a importância desta regra como factor de melhoria fundamental ao nível do bem estar psicológico e apoio emocional.

Os sujeitos que tomam medicação tiveram em média significativamente mais acontecimentos de vida stressantes antes, durante, depois e no total, que os sujeitos que não tomam medicação. Embora sem diferenças estatisticamente significativas apresentam menor suporte social e menor número de amigos e familiares próximos. Este resultado parece ser consonante com o já exposto previamente no que concerne aos acontecimentos de vida stressantes existentes junto de população com patologia psiquiátrica. Martijn & Sharpe (2006) identificaram experiências de vida na população sem abrigo e identificaram como factores habituais que o trauma é uma experiência comum entre os jovens antes do desalojamento em mais de metade da amostra; depois da vivência de sem abrigo a maioria dos jovens aumenta as manifestações de doença mental, nomeadamente quadros de dependência de álcool ou drogas.

Reforçamos que o agravamento das fragilidades antecedentes torna fundamental a existência de planos de intervenção especialmente dedicados a população sem abrigo com patologia psiquiátrica. É urgente que se investigue o crescente número de desordens emocionais e distúrbios mentais nas crianças e adolescentes sem abrigo incluindo a permanência e a natureza dos factores de risco, Martijn & Sharpe (2006).

No que concerne à detenção, verificamos que os sujeitos que não tiveram qualquer detenção apresentaram um bem estar psicológico significativamente superior aqueles que já tiveram alguma detenção ( $p=.027$ ).

Os sujeitos com detenções apresentaram em média um maior número de acontecimentos stressantes antes e durante o período de sem abrigo, e no número de acontecimentos total.

Os sem abrigo que estiveram detidos apresentam ainda maior necessidade de reforço/aprovação e maior desconforto com a proximidade. Apresentam menor confiança em si e nos outros, menor perspectiva dos relacionamentos como secundários, menor preocupação com os relacionamentos e menor suporte social.

Quando considerado o tempo de rua, percebemos não existirem diferenças entre os sujeitos em termos de bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes.

No entanto, destacamos que os sem abrigo que estiveram na rua até meio ano apresentam maior bem estar psicológico, maior confiança em si e nos outros, maior desconforto com a proximidade, maior vinculação total e maior número de amigos e familiares próximos.

Os sem abrigo que estiveram na rua entre meio ano e um ano apresentam maior perspectiva dos relacionamentos enquanto secundários.

Os sem abrigo que estiveram na rua mais de um ano apresentam maior necessidade de reforço/aprovação, maior preocupação com os relacionamentos, maior suporte social e mais acontecimentos de vida stressantes.

Já no que concerne ao tempo de permanência nas instituições os resultados concluem que relativamente à necessidade de reforço/aprovação, os sujeitos com até 1 mês de estadia apresentaram uma média significativamente inferior aos que estão na instituição por um período entre 1 mês e ½ ano e mais de ½ ano ( $p=.003$ ), bem como os que estão há mais de ½ ano ( $p=.045$ ).

A média de vinculação total foi superior nos sujeitos que residem nas instituições há menos de 1 mês ( $p=.035$ ). O suporte social é maior nos residentes que permanecem entre 1 mês e ½ ano.

Relativamente ao número de amigos, as pessoas que residem entre 1 mês e ½ ano obtiveram uma média significativamente superior ( $p=.045$ ).

Praticamente não existem diferenças ao nível do bem estar psicológico, a confiança parece decrescer entre um mês e o meio ano de permanência e volta a subir nos residentes que ficam mais de um ano.

Nos residentes que permanecem mais de um ano é superior a preocupação com os relacionamentos, o desconforto com a proximidade e o número de acontecimentos stressantes.

As causas da situação de sem abrigo expressas pelo sujeito não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em termos de bem estar psicológico, vinculação, suporte social, número de amigos e acontecimentos de vida stressantes. Relembramos que estudos recentes (Roll, Toro, & Ortola, 1999; Toro, 2007) parecem sugerir a existência de diferenças em termos de etiologia dos sem abrigo, o que leva os autores a considerar uma teoria baseada na vivência subjectiva da condição de sem abrigo. Um conjunto de estudos desenvolvidos essencialmente nos Estados Unidos e no Cánada (Goering, Tolomiczenko, Sheldon, Boydell, & Wasylenki, 2002; Roll, Toro, & Ortola, 1999; Toro, 2005, 2007) reforça esta teoria, ao sugerir que as causas, para as pessoas viverem como sem abrigo, tendem a ser variáveis e potenciadas por diversos factores, sugerindo uma complexidade das interacções entre o sistema pessoal do sujeito e o contexto social, económico e político no qual está inserido (Toro, Trickett, Wall, & Salem, 1991).

Comparando os sem abrigo que identificam como causa da sua condição o desemprego, doença mental e conflito familiar podemos concluir que: a) os que identificam o desemprego como causa apresentam maior bem estar psicológico, e maior confiança em si e nos outros; b) os que identificam a doença mental como causa apresentam maior necessidade de reforço/aprovação, preocupação com os relacionamentos, suporte social, maior número de amigos e familiares próximos, maior número de acontecimentos de vida stressantes bem como, maior número durante e depois do primeiro episódio de sem abrigo; c) os que identificam o conflito familiar como causa apresentam maior desconforto com a proximidade.

Relativamente ao transtorno mental os resultados indicam que os sujeitos sem transtorno mental obtiveram médias significativamente superiores aos que foram classificados com transtorno mental na confiança em si e nos outros e no suporte social.

Curioso perceber que as pessoas que identificam a doença mental como causa da sua condição apresentam maior suporte social o que é consonante com o postulado por Boaventura Sousa Santos que diz que na sociedade portuguesa a doença agiliza a rede social de suporte. No entanto, quando analisamos os resultados da escala de saúde mental percebemos que as pessoas diagnosticadas com doença mental apresentam menor suporte social.

As pessoas com transtorno mental apresentam maior necessidade de reforço aprovação, desconforto com a proximidade e maior número total de acontecimentos stressantes, antes e durante a situação de sem abrigo.

## 10. Síntese conclusiva do estudo 1

Pretendemos com este estudo caracterizar a população sem abrigo em termos de variáveis sócio-demográficas; identificar a sua rede social de apoio; caracterizar as dimensões sociais associadas à vinculação adulta nos sem abrigo; caracterizar a incidência de psicopatologia nesta população; analisar o seu bem estar psicológico e caracterizar os acontecimentos de vida stressantes que contribuem para a emergência desta problemática.

Para atingir os objectivos a que nos propusemos 225 pessoas aceitaram colaborar no estudo e responder aos seguintes instrumentos: Escala de medida de manifestação de bem estar psicológico - EMMBEP (Massé et al., 1998; versão portuguesa: Monteiro, Tavares e Pereira, 2006) que visa avaliar o bem estar psicológico; Questionário do estilo de Vinculação em população sem abrigo - ASQ (Fenney & Noller, 1994; versão portuguesa: Carrinho & Pereira, 2009) que visa avaliar as dimensões sociais associadas à vinculação; A Escala de Acontecimentos de Vida Stressantes em Sem Abrigo - EAVSSA (Brugha & Cragg, 1990: versão portuguesa Carrinho & Pereira, 2009) que visa caracterizar a ocorrência de acontecimentos de vida stressantes relacionados com o surgimento do primeiro episódio de sem abrigo; Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey - MOS-SSS (Sherbourne, 1992, versão portuguesa: Fachado, Martinez, Villalva & Pereira, 2007) que visa avaliar a rede de suporte social e o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos- QMPA (Santana, 1982; versão portuguesa Carrinho & Pereira, 2009) que visa avaliar a existência de transtorno mental.

Foram seleccionados 105 sem abrigo residentes em comunidades de inserção e 120 pessoas carenciadas com a situação habitacional assegurada (grupo de referência), com o objectivo de o comparar com o GSA nas variáveis de interesse.

A média de idade da amostra dos sujeitos do GSA é de 39 anos (DP= 8.56), sendo o mais novo de 19 anos e o mais velho de 63. A média de idades do GR é também de 39 anos (DP =7.09), sendo o mais novo de 19 e o mais velho de 61. O grupos não diferiram estatisticamente em função da idade ( $F(1,223)=0.628$ ,  $p=.429$ ). A média de idades da amostra total ( $n= 225$ ) é de 39 anos (DP =7.81)

A maioria dos sujeitos desta investigação pertence ao género masculino (76.9%). No GSA são do género masculino 79.0% dos sujeitos e no GR são 75.0%. Os dois grupos não diferiram significativamente na distribuição pelo género ( $\chi^2(1)=0.516$ ,  $p=.472$ ).

Em síntese e no que concerne às questões de investigação colocadas podemos afirmar que: a) O perfil de sem abrigo encontrado é maioritariamente homem, em média com 39 anos, solteiro ou divorciado, com 1 filho, 2.º ciclo de escolaridade, desempregado e português; b) maioria viveu na rua mais de um ano, está na instituição há menos de meio ano, não teve nos últimos seis meses consumo

de substâncias (álcool e drogas), frequente consultas (saúde mental e toxicodependência), toma medicação (terapêutica de substituição e neurolépticos), afirma não ter comportamentos de risco, e na maioria têm patologia infecciosa (HIV ou hepatite C), tendo cerca de 40% já estado preso; c) os sem abrigo são um fenómeno multicausal apontando como principais o conflito familiar, o desemprego e problemas de saúde; d) em termos de vinculação a população sem abrigo parece corresponder a indivíduos com vinculação insegura, denotando uma falta de confiança generalizada e sendo comparativamente inferior à apresentada pela população carenciada; e) em termos de bem estar psicológico a média foi significativamente superior no grupo de pessoas carenciadas, quando comparado com o grupo dos sem abrigo; f) no que toca à saúde mental constatamos que 80% dos sem abrigo e 42.5% das pessoas carenciadas são portadores de transtorno mental; g) no que concerne ao apoio social os sem abrigo referem menor suporte social (apoio emocional, afectivo, instrumental e menor interacção social positiva) que os pessoas carenciadas; h) os sem abrigo têm menos familiares e amigos íntimos; i) Os resultados deste estudo enfatizam que os sem abrigo são um fenómeno multicausal. Não são apenas factores económicos que, de um ponto de vista subjectivo, causam e mantêm este problema. Do ponto de vista das pessoas afectadas, factores pessoais, especialmente sentimentos de solidão e abandono, doença mental, problemas de drogas, abuso de álcool, junto com factores relacionados a problemas interpessoais (divórcio, fim de amizades, etc) desempenham um papel muito importante na origem e manutenção do problema; j) Podemos constatar que os acontecimentos de vida com maior nível de influência no surgimento do 1.º episódio de sem abrigo foram: internamento psiquiátrico; sentimento de abandono por parte de família e amigos, problemas sérios de saúde mental; desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês; morte de companheiro, pais ou filho; despedimento; dependência de álcool; problemas financeiros graves; dependência de drogas; doença pessoal grave, injustiça ou assalto; morte de um familiar ou amigo próximo.



## **CAPÍTULO 8**



---

## ESTUDO 2- ANÁLISE EXPLORATÓRIA DA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DA CINO

### Capítulo 8: Metodologia

#### 1. Opções metodológicas

Neste estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa dado o seu “potencial para esclarecer significações pessoais, explicar a experiência humana, apresentar “histórias” ricas em detalhes, compreender e gerar teorias sobre processos que vão mudando ao longo do tempo, explicar a diversidade assim como padrões e temas, e preservar condições históricas, culturais e contextuais” (Narciso, 2001, p.257).

Esta investigação inclui-se no paradigma pós-positivista, pela posição ontológica, epistemológica e metodológica em que se insere. Assim consideramos que a teoria não é a realidade, mas sim a nossa percepção da realidade, o que nos permite apenas uma aproximação à mesma, permanecendo uma simples representação desta, maleável e modificável (Morgan, 1988). Como afirma Edgar Morin “ o conhecimento do conhecimento ensina-nos que apenas conhecemos uma pequena película da realidade” (Morin, 1995, p. 223) ou, como nos diz Popper, “Na ciência não existe saber no sentido em que normalmente se fala de saber (...) O “saber” científico é tão só saber Conjectural” (Narciso, 2001, p. 262).

De acordo com os objectivos deste estudo, esta é uma investigação exploratória. Com efeito, a pesquisa exploratória tem como objectivo proporcionar uma maior familiaridade com o problema, com o intuito de o tornar mais explícito ou de possibilitar a construção de hipóteses. Pode dizer-se que este tipo de pesquisa tem como objectivo o aprimoramento de ideias sobre determinado facto. Assim o seu planeamento é muito flexível, de modo a considerar os mais variados aspectos relacionados com o facto estudado. Normalmente este tipo de pesquisa inclui: levantamento bibliográfico, entrevistas e análises de exemplos que “estimulem a compreensão” (Sellitz et al., 1967, p. 63). Por isso privilegiamos o método de Estudo de Caso.

Como sabemos, na investigação qualitativa é dado maior relevo aos processos e significações, procurando aceder-lhes através dos próprios sujeitos de investigação. “Tal como Goethe nos disse: «a coisa mais difícil de ver é o que está em frente aos nossos olhos»” (Valles, 1991, p. 217). O que procuramos ver são processos e significações, mas só poderemos aceder a estes mediante uma visão holística. Neste tipo de trabalho existe uma relação íntima entre o investigador e aquilo que estuda, de tal modo que a investigação é “um processo interactivo

moldado pela raça, classe social, género sexual, biografia e história pessoal do ou da investigadora e das pessoas no contexto (de investigação)” (Denzin, 1978, p. 23). Daqui depreendemos que o investigador não é nem pode ser neutral, objectivo ou desligado do conhecimento e evidência que vai gerando, sendo portanto necessário que esteja permanentemente atento às suas acções e ao seu papel no processo de investigação (Denzin, 1978).

Os dados que são recolhidos apresentam-se mais na forma de palavras do que de números e destinam-se a uma análise mais centrada nos processos do que nos resultados ou produtos.

Numa investigação qualitativa, a teoria que emerge é, pois, construída a partir do mundo empírico, ao longo do processo de investigação. O investigador vai compondo conjecturas e confrontando-as permanentemente com os dados empíricos recolhidos no decurso da investigação, desenvolvendo-se assim a teoria. O significado é de uma importância vital na abordagem qualitativa. A preocupação centra-se ao nível do que se designa por “perspectivas participantes” (Erickson, 1972), ou seja, a forma como diferentes pessoas dão sentido às suas vivências. Neste sentido os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva, não tendo como objectivo confirmar ou infirmar hipóteses previamente construídas. No entanto, a avaliação dos processos e resultados de um estudo qualitativo não deve deixar de ser uma preocupação do investigador. Torna-se assim necessário considerar a consistência entre a lógica do método, as questões de investigação e as explicações que pretende desenvolver, ou seja, equacionar em que medida tais métodos permitem a aquisição de dados relevantes para as questões que podem ser usadas na construção de explicações. Por exemplo, a opção por entrevistas semi-estruturadas, a pertinência das questões do guião, a utilização-piloto do método, o modo de selecção da amostra, a capacidade dos entrevistados para fornecer dados relevantes e a condução da entrevista, são índices importantes na avaliação da validade do constructo. A avaliação da qualidade e rigor da análise pode fazer-se através do método de comparação contínua e da indução analítica, dado que são índices relevantes na avaliação da validade interna. (Denzin, 1978). Torna-se igualmente importante, para a avaliação da validade interna, a consulta regular de pares e especialistas não envolvidos no processo de investigação, promovendo a discussão dos resultados e hipóteses geradas. Recomenda-se, ainda, que as interpretações do investigador sejam claramente apresentadas de modo a serem avaliadas por outros investigadores (Denzin, 1978).

Como já referimos anteriormente, optámos pelo estudo de caso dado permitir um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objectos de estudo, o que possibilita o seu detalhado e

amplo conhecimento. A sua origem é bastante remota e a sua difusão está ligada à prática psicoterapêutica caracterizada pela reconstrução da história de vida do indivíduo, bem como ao trabalho desenvolvido por assistentes sociais junto de indivíduos, grupos e comunidades. Podemos definir estudo de caso como "... um conjunto de dados que descrevem uma fase ou a totalidade do processo social de uma unidade, em suas várias relações internas e nas suas fixações culturais, quer seja essa unidade uma pessoa, uma família, um profissional, uma instituição social, uma comunidade ou uma nação" (Narciso, 2001, p. 264). Pela sua flexibilidade, o estudo de caso é recomendável nas fases iniciais de uma investigação sobre temas complexos, em que o investigador deve estar atento a novas descobertas.

Sem nos querermos repetir, gostávamos, contudo, de sublinhar uma vez mais que este tipo de metodologia permite que o investigador se volte para a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o como um todo, o que, de acordo com o modelo epistemológico que partilhamos e que clarificamos nos anteriores capítulos, nos parece constituir uma vantagem. Obviamente que o estudo de caso tem limitações. Entre elas está o facto dos seus resultados dificilmente poderem ser generalizados, pois a unidade escolhida para investigação não é representativa do todo. No entanto, é importante realçar que a investigação que nos propomos fazer não tem pretensões de explicar ou de, a partir dela, induzir explicações para o fenómeno em estudo mas sim de nos familiarizar com o processo. Para além disso, não devemos esquecer que, na investigação qualitativa o que se pretende é uma generalização à teoria através da análise dos dados generalização analítica. Assim, a comparação entre os casos permite elucidar processos ou questões centrais para um corpo de conhecimento mais vasto, bem como expandir e/ou desenvolver proposições teóricas explicativas (Flick, 1998). A aquisição da saturação dos dados, ou seja, o ponto a partir do qual a aquisição de informação se torna redundante, marcará, naturalmente, a finalização do estudo.

No sentido de potenciar o aparecimento de informação relevante com alguma economia de meios e esforço, é recomendada: A procura de casos típicos, em que, tendo em conta a informação prévia que possuímos dos casos, se opta por aqueles que possam ser a expressão do tipo ideal da categoria; A selecção de casos extremos, o que tem a vantagem de nos fornecer uma ideia sobre os limites dentro dos quais as variáveis podem oscilar; A consideração de casos marginais, que consiste em procurar casos atípicos para que, por contraste, se conheçam as características dos casos comuns.

## **2. Questões e Objectivos do estudo**

Com a finalidade de contribuir para o conhecimento da vivência em comunidade de inserção e a percepção dos sem abrigo acerca do programa de intervenção aplicado na Comunidade de Inserção Novo Olhar e perspectivando igualmente as possibilidades de interacção e de ajuda que, enquanto técnicos, podemos ter, definimos dez objectivos específicos para este nosso trabalho: a) identificar os factores facilitadores da inserção; b) caracterizar a duração da condição de sem abrigo e as reacções emocionais a ela associadas; c) identificar os factores precipitantes da condição de sem abrigo e da mudança; d) caracterizar a relação do sem abrigo com a família durante o tempo que vive na rua e o padrão de vinculação na última relação conjugal; e) analisar se a integração em comunidade de inserção é percebida como factor de reparação do sentimento de afiliação e qual o papel atribuído aos técnicos e aos residentes; f) identificar quais as características do funcionamento da CINO mais facilitadoras do processo de inserção e as que mais desagradam aos residentes; g) analisar qual a importância atribuída às regras da instituição; h) identificar as perdas e conquistas vivenciadas por integrar uma comunidade de inserção; i) caracterizar os projectos futuros feitos pelos residentes de CINO; j) avaliar a integração na CINO como factor de reaproximação à família, acesso a novos amigos, acesso a mercado de trabalho e identificar as expectativas de autonomização.

## **3. Amostra do estudo**

Seleccionámos 5 sem abrigo que residiram na comunidade de inserção novo olhar durante mais de seis meses. A escolha destes utentes poder-se-á justificar pelo objectivo que assumimos e que passa por avaliar o programa de intervenção da CINO. De forma que esta avaliação mostrasse fidedignamente a realidade sentida, pareceu-nos de primordial importância que estes utentes se encontrassem há mais de seis meses na estrutura por forma a que tenham conhecimento das várias fases do programa da mesma. Tentámos, assim, seleccionar casos típicos, que de alguma forma pudessem caracterizar da melhor forma o tipo de população que integra uma comunidade de inserção para sem abrigo. Embora fosse interessante cruzar a informação obtida com estes sujeitos com outros casos considerados extremos ou marginais, que nos pudessem permitir perceber melhor as pautas de regularidade e os limites dentro dos quais as variáveis podem oscilar, a verdade é que seria extremamente difícil encontrar tais situações extremas dado que nos parece que os sem

abrigo que possam caracterizar estas situações marginais não recorrem a comunidades de inserção.

Este grupo de utentes reúne características que nos permitem avaliar alguns temas que nos pareceram pertinentes, bem como, as diferenças ou semelhanças encontradas nos diferentes sexos.

Foram entrevistados 5 sujeitos, dos quais 3 pertencem ao sexo masculino e 2 ao sexo feminino, o que de alguma forma se justifica pelo menor número de mulheres sem abrigo comparativamente aos homens. Em termos de idade os homens variam entre os 23 e os 50 anos de idade, sendo a média de 35 anos. As mulheres incluídas no estudo tinham entre 24 e 40 anos.

Abordar questões relacionais com a população sem abrigo não facilita a escolha da amostra. É com certeza um tema complexo, do qual muitas vezes nos apercebemos que os utentes preferem não falar. Sentimos assim, que alguns momentos, estes se sentem invadidos quando tentamos falar sobre a sua família e a sobre a exclusão social que sentem. O isolamento e evitamento relacional a que estes utentes estão sujeitos dificultam, a abordagem deste assunto e a partilha das angústias vivenciadas (por nós e por eles).

Deste modo, provavelmente os cinco entrevistados, para além de reunirem as condições acima descritas, tinham igualmente connosco alguma relação de cumplicidade que nos permitiu partilhar momentos de intimidade sem os quais este estudo não se teria realizado.

#### **4. Breve nota sobre o desenho da Investigação**

Ainda que a abordagem qualitativa tenha, frequentemente, um carácter mais exploratório e fluído do que as abordagens quantitativas, o plano ou desenho da investigação é fundamental, principalmente para o seu desenvolvimento rigoroso e coerente, mesmo que este possa sofrer reformulações ao longo da realização do projecto (Narciso, 2001, p. 261).

A questão inicial constitui o ponto de partida, a interrogação primeira, embora ela contenha em si mesma uma orientação relativamente ao ponto de chegada e, por isso, envolva todo o processo numa causalidade circular evolutiva, transformando-a num processo desenvolvido e não desenrolativo (Pina Prata, 1996) e, por isso, sempre sujeito a mudanças.

A questão inicial deste estudo é a seguinte: Qual a avaliação que os sem abrigo fazem do programa aplicado na Comunidade de Inserção Novo Olhar?

Para responder a esta questão consideramos útil e pertinente organizar uma entrevista que nos permitisse aceder, ainda que de forma semelhante, às diferentes vivências dos sujeitos a estudar, tal como apresentaremos seguidamente.

Definidos os instrumentos, seleccionámos cinco casos de sem abrigo integrados na CINO, com quem estivemos uma vez para aplicação do instrumento referido e que apresentamos mais detalhadamente no ponto seguinte.

A análise dos dados, como adiante se explicará melhor, iniciou-se pela análise e compreensão singular de cada caso e finalizou com a leitura das regularidades e singularidades encontradas entre os cinco sujeitos entrevistados. Estes foram avaliados individualmente pela autora do presente trabalho, através de entrevista semi-estruturada, que visou um levantamento de variáveis classificatórias que permitem caracterizar a amostra e que foram utilizados de acordo com os seguintes procedimentos:

1.º) Pedido de colaboração voluntária e consentimento informado; explicação sobre a natureza do estudo e do tipo de tratamento de dados; garantia da estrita confidencialidade das respostas.

2.º) Após realização da entrevista, foram colhidos dados demográficos referentes à idade, sexo, estado civil e grau de instrução. Para aferir se as entrevistas estavam de acordo com os objectivos formulados, realizou-se o pré-teste a dois sem abrigo não pertencentes à amostra do estudo. Foi-lhes solicitado que indicassem dificuldades de compreensão e sugerissem algumas alterações.

Após as modificações propostas, avançou-se com a realização das entrevistas.

Os procedimentos éticos considerados foram idênticos aos descritos no primeiro estudo apresentado.

## **5. Instrumentos de avaliação**

Os instrumentos que privilegiámos neste estudo, tendo em conta os seus objectivos, foram o uso de uma entrevista estruturada e a análise do programa aplicado na instituição. Vejamos, então, com mais pormenor cada um destes instrumentos, começando pela entrevista.



### 5.1. Entrevista estruturada

Como sabemos, a entrevista é uma importante fonte de informação: as questões, desde que oportunas e adequadamente colocadas ajudam a revelar algo acerca das ideias e crenças do entrevistado; quando formuladas de determinada forma podem até ajudá-lo a fazer novas ligações entre pessoas e ideias, o que o ajuda a ver o problema com outros olhos (questionamento circular).

As questões lineares, por vezes chamadas de 'questões fechadas', pedem normalmente uma resposta de 'sim' ou 'não' por parte do entrevistado e são úteis quando o entrevistador deseja obter informações específicas. Pelo contrário, o questionamento circular procura reflectir um raciocínio circular e, como já referimos, pode dar um feedback novo ao próprio sujeito, introduzindo, na entrevista, informação pertinente e diferente e, como tal, catalisadora de novas leituras. Ao usar o questionamento circular o entrevistador consegue seguir bem de perto não apenas padrões de relacionamento existentes no presente, mas pode também saber que alterações ocorreram nesses relacionamentos na altura em que o problema surgiu pela primeira vez (Palazzoli et al., 1978). O princípio básico é sempre o de fazer perguntas que estabeleçam uma diferenciação ou definam uma relação. Um dos objectivos do questionário circular é o de completar todos os circuitos do sistema e cruzar a informação. Outro objectivo é o de descobrir em que ponto do desenvolvimento familiar se deram alterações importantes nos relacionamentos e como é que isso se pode ter transformado num problema.

Pelo facto de serem baseadas nas ideias de circularidade, retorno, 'feedback' e diferenciação, as questões circulares podem ser usadas para explorar diferentes percepções e pontos de vista sobre as relações. Elas servem para ajudar os sujeitos a ver a sua situação, seja ela qual for, de um modo diferente e dão-lhes a oportunidade de se verem a si próprios no contexto das relações, num sistema interactivo. Esta visão ampliada pode, por sua vez, conduzir ao desenvolvimento de novas ideias acerca de um determinado problema e da sua resolução. As questões hipotéticas ou de orientação futura são particularmente eficazes nesse aspecto. Combinar o conceito de futuro e de mudança, através de questões de orientação futura, desafia a capacidade de desenvolvimento do sistema.

Não havendo, neste âmbito, questões certas ou erradas mas, antes, perguntas mais ou menos úteis e tendo os diferentes tipos de questionamento a sua oportunidade a eles recorreremos na organização do guião da nossa entrevista.

Do ponto de vista sistémico, o uso das questões circulares e de orientação futura podem ajudar a atingir alguns destes objectivos. As questões de orientação futura ajudam os sujeitos a falar acerca do futuro e dos seus medos acerca daquilo que possa acontecer, a cada um ou ao grupo como um todo, e fornecem ao terapeuta informação acerca da imagem, presente ou futura, que têm de si próprios. Sempre que o técnico tem a impressão de que não existem ideias nem esperanças para o futuro, estas questões podem dar origem à criação de um sentido de futuro.

No âmbito da entrevista que pretendemos realizar, e de acordo com os objectivos anteriormente referidos, as perguntas a colocar têm de estar relacionadas com os quatro tópicos básicos que queremos abordar: Sem abrigo, Vinculação, Comunidades de Inserção, rede de apoio.

A título de exemplo, e mesmo antes de apresentarmos esse guião na sua totalidade, passamos a referir algumas das questões colocadas, juntamente com a sua tipificação:

Questão linear: “Quanto tempo ficou na rua?”

Questão de orientação futura: “O que espera da comunidade no futuro?”

Questão relacional: “A sua estadia na comunidade contribuiu para conhecer novos amigos?”

Questão de diferenciação: “Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum residente?”

Questão circular: “ Considera que o facto de estar integrado na CINO contribuiu para uma aproximação à família?”

Questão reflexa: “Considera que houve algum factor importante para sair da rua?”

Como pudemos compreender, um objectivo central no processo de inserção de pessoas sem abrigo é ajudá-los a ultrapassar dificuldades de sociabilidade e de integração social. Os psicólogos pretendem dotar os seus utentes de competências para ultrapassar tais dificuldades, nomeadamente do medo de falhar o processo de autonomização e voltar a perder a esperança na mudança. Da capacidade de antecipar as dificuldades e identificar riscos de recaída, uma vez que esta é a principal razão de insucesso da sua reinserção. Torna-se fundamental estruturar planos de prevenção de recaída, anteriormente apresentados no capítulo 4 deste trabalho, e para tal o recurso a questões circulares é fundamental.

Do ponto de vista sistémico, o uso das questões circulares e de orientação futura podem ajudar a atingir alguns dos objectivos dos programas de prevenção de recaída. As questões de orientação futura ajudam os sujeitos a falar acerca do futuro e dos seus medos acerca daquilo que possa acontecer, e fornecem ao terapeuta informação acerca da imagem, presente ou futura, que têm de si próprios e dos outros. Sempre que o técnico tem a impressão de que não existem ideias

nem esperanças para o futuro, estas questões podem dar origem à criação de um sentido ou de uma fé no futuro.

No âmbito da entrevista que pretendemos realizar, e de acordo com os objectivos anteriormente referidos, as perguntas a colocar têm de estar relacionadas com os dois tópicos básicos que queremos abordar: Sem abrigo, programa de intervenção da Comunidade de Inserção Novo Olhar.

Assim, o primeiro refere-se às questões biográficas que nos permitem contextualizar o indivíduo. No segundo elegemos como área de destaque a vivência de sem abrigo e a sua rede relacional. Num terceiro momento a entrevista incidiu sobre a avaliação do programa de intervenção da CINO e por último analisaremos as repercussões deste na reinserção do utente.

Todas as entrevistas seguiram a mesma sequência de questões e foram constituídas pelo seguinte guião:

**Tabela 59- Síntese das questões colocadas na entrevista**

Áreas temáticas	Questões
Dados biográficos	Idade
	Sexo
	Escolaridade
Vivência de sem abrigo e a sua rede relacional	Quanto tempo ficou na rua?
	Qual a razão que o levou à situação de sem-abrigo?
	Considera que houve algum factor importante para sair da rua? Durante o tempo em que viveu na rua como era a relação com a sua família? Tinha algumas pessoas próximas nessa fase da vida?
	Fale-me um pouco da última relação conjugal que teve, como era a pessoa e com se relacionavam?
Avaliação do programa de intervenção da CINO	Sente-se integrado na C.I.?
	Qual o papel que atribui à equipa técnica?
	Papel que atribui aos outros residentes?
	O que é que mais lhe agrada no funcionamento da C.I.? O que é que mais lhe desagrada?
	Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum residente?
	Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum elemento da equipa técnica?
	Sente que abdicou de alguma coisa para entrar na C.I.? Qual a conquista mais importante que já fez, desde que aqui está? O que é que é diferente dos outros serviços
	Perspectivas para quando sair?
Implicações do programa na reinserção do utente.	Considera que o facto de estar integrado nesta comunidade contribuiu para uma aproximação à família?
	A sua estadia na comunidade contribuiu para conhecer novos amigos? Qual a importância da sua estadia para o acesso ao mercado de trabalho? O que espera da comunidade no futuro?

## 5.2 Programa de Intervenção da CINO

Tal como já referido anteriormente a Comunidade de Inserção Novo Olhar (CINO) apresenta uma moldura social e psicológica ampla por serem várias as metodologias oriundas de diferentes escolas, aplicadas na nossa experiência comunitária: perspectivas desenvolvimentistas (Bowlby 1969, 1973, 1980), Sistémica (Ausloos, 1996; Bronfenbrenner, 1979, 1996, 1998; Minuchin, 1991; Sluzki, 1996) e cognitivo-comportamentais - Teoria de Aprendizagem Social (Rotter, 1954, 1990), Prevenção da Recaída (Marlatt, 1993; Marlatt, 2005).

O projecto de reinserção na CINO foi já apresentado no capítulo 3, considerando nós importante para a contextualização do presente estudo destacar algumas das suas características. O projecto desenrola-se como um processo de desenvolvimento, envolvendo a passagem sequencial por estágios de aprendizagem incrementada. A aprendizagem que ocorre num dado estágio facilita a mudança no estágio seguinte. Cada estágio de aprendizagem recorre à maturidade, à socialização e à autonomia pessoal. Este crescimento envolve mudança tanto de comportamento como da compreensão de si mesmo.

Os residentes devem adquirir a capacidade de reconhecer os factores e as influências externas que desencadearam a situação de sem abrigo ou de utilização de drogas, mas também têm de reconhecer os pensamentos, sensações e sentimentos (influências internas) que provocam a utilização de comportamentos autodestrutivos. O reconhecimento das influências (internas e externas) presentes no seu comportamento facilita a aprendizagem do controlo destas e posteriormente da descoberta de modos alternativos de resposta para as situações catalisadoras de angústia, reforçando uma percepção de auto-eficácia. A auto-compreensão envolve ainda o aumento da consciência das circunstâncias passadas que moldaram os actuais sentimentos, percepções e comportamentos. Compreender-se a si mesmo no contexto da sua história passada proporciona aos residentes algum grau de leitura real da sua vida, ajudando a mitigar parte das auto-acusações, da culpa e da vergonha associadas ao passado, aumentando consideravelmente a sua motivação para a mudança, Vieira (2007).

Apesar de tudo o que se faz na CINO poder ter uma componente terapêutica, porque a experiência de vida em grupo é o método terapêutico em si, existem contextos específicos que são o cerne do programa. Permitem que as experiências de vivência interna e externa na CINO possam ser elaboradas, num contexto reflexivo por excelência, em que os indivíduos se confrontam a si

próprios, são confrontados por outros e confrontam outros com as experiências partilhadas de vida, com as suas próprias trajectórias, do passado, do presente e das expectativas de mudança para o futuro.

Respeitar os horários estabelecidos e o programa de actividades permite readquirir capacidades de gestão do tempo, fazer uso construtivo do tempo livre pessoal, planear contactos com outras instituições ou pessoas importantes para o seu projecto de vida fora da Comunidade de Inserção, ensaiando experiências gratificantes que reforcem o sentimento de segurança, de pertença e identidade. O estilo de vida dos residentes da CINO foi pautado, até então, por uma falta de estruturação do seu dia-a-dia. Estão claramente ausentes a estipulação de objectivos, as rotinas de trabalho, a realização de tarefas e a capacidade de gestão do tempo. De certa forma, esta falta de estruturação externa culmina numa desorganização interna (défice de auto-controlo, irresponsabilidade, falta de motivação generalizada).

A rotina diária confere aos residentes a aquisição de competências pessoais e sociais, com vista a uma maior tolerância à frustração, à temporização da satisfação imediata e à capacidade de estabelecer objectivos a longo prazo, ajustando, desta forma, as suas emoções. É particularmente esta rotina que permite aos residentes consciencializar-se que a concretização de metas ocorre passo-a-passo, promovendo um desempenho constante, uma crescente tolerância à repetição das tarefas, moderar comportamentos extremos, regular pensamentos e emoções.

Na primeira fase residencial, ou seja, após admissão na comunidade, o residente permanece temporariamente em regime fechado. Após esta fase inicial, prevê-se a transição para um regime semi-aberto, que se caracteriza por saídas ao exterior com acompanhamento técnico, ou numa fase posterior, do residente mais velho. Estas saídas usualmente comportam a procura de emprego, organização de documentação, acesso a outros serviços, entre outras actividades necessárias ao projecto de inserção individual.

Gradualmente o residente passa a ter acesso ao exterior, ainda que de forma programada, sem qualquer acompanhamento. Nesta fase podem ocorrer incidentes que impliquem algum retrocesso no processo individual, nomeadamente consumo de álcool ou drogas, não cumprimento dos objectivos delineados na saída ao exterior, idealização de uma possível autonomização, que quando efectivada, com facilidade os recoloca numa situação de vulnerabilidade e ambivalência. A idealização de uma autonomização precoce é mais premente para os residentes que se encontram na fase de reinserção, existindo o risco do abandono do projecto de forma precipitada. Podemos

aqui assistir a uma certa analogia entre a forma como se relacionaram com as suas famílias de origem e a replicação desse mesmo funcionamento com CINO, simbolizando estes acting outs dificuldades na separação/individuação (Ausloos, 1996).

Minuchin (1979) chama a atenção para o facto das pessoas oriundas de agregados familiares mais desfavorecidos terem adquirido práticas de aprendizagem inconstantes, que se pautam pelo emaranhamento, quando fisicamente próximos, e pelo desligamento e desresponsabilização quando fisicamente distantes. O autor denomina este processo de inconstância objectal, dificuldade constatada nas primeiras saídas ao exterior.

A intenção é fornecer aos residentes um nível progressivamente decrescente de supervisão e apoio, ao longo das fases nas quais vão ganhando cada vez mais autonomia. Foi com estes pressupostos que se integrou no modelo de funcionamento da CINO uma intervenção faseada com os residentes, tendo-se definido 3 fases, embora não exista qualquer demarcação de passagens de fase, mas sim um padrão caracterizador do processo de intervenção: 1) Acolhimento e adaptação; 2) Intervenção sócio-terapêutica e 3) preparação da autonomização. A duração destas fases foi também alvo de discussão, variando consoante as necessidades específicas de cada residente, capacidade de mudança, factores externos à estrutura (recursos locais) e o próprio tempo de permanência. As metas contratualizadas no PII são previamente acordadas entre o beneficiário e os técnicos, como forma de participação activa do próprio no seu projecto de vida e assinado por ambos. A incerteza quanto ao futuro desequilibra o presente e faz emergir reacções de isolamento, emudecimento, revolta ou agressividade, Guará (1998).

A comunidade pretende ser um meio privilegiado de socialização e de partilha de experiências que pode, no entanto, ser optimizado com algumas estratégias provocadas de interacção em grupo. Numa fase inicial os objectivos propostos passam pelo bom relacionamento com os outros residentes e elementos da equipa, sendo que com o decorrer do processo se pressupõe que as competências relacionais adquiridas sejam aplicadas num contexto familiar. Uma atmosfera de confiança e apoio emocional na casa facilita a resiliência a situações de risco, aumentando a capacidade de gestão de conflitos emocionais dos residentes. Sempre que necessário são realizadas sessões de família e de casal que visam uma melhoria na comunicação e o incremento da capacidade de negociação de novos modos de estar em família, que permitam uma saudável e desejada individualização dos seus membros, sempre numa perspectiva da mudança, da resolução de conflitos (não os evitando) e do sentimento de bem-estar.

As metodologias com maior impacto são as dinâmicas de grupo que, por facilitarem de modo indirecto alguns processos interpessoais não resolvidos, contribuem para a consistência global da intervenção na CINO. Na implementação das sessões de dinâmica de grupo, recorre-se a actividades temáticas (discussões, debates), jogos pedagógicos, dramatizações, actividades lúdicas e role-playing de diversas situações. As sessões, com uma frequência semanal, duram aproximadamente 1h.30m, de acordo com a vivência grupal em cada fase.

Em termos de autonomização, antes da saída efectiva da estrutura, devem estar garantidas condições de habitabilidade adequadas e uma actividade laboral que lhe permita assegurar a subsistência e dar continuidade ao processo de reintegração na sociedade que se pretende abrangente. O beneficiário é apoiado na regularização de eventuais situações burocráticas necessárias à mudança de residência e é estabelecido um plano de follow-up, para que seja mantido o acompanhamento. Pretende-se que a mudança aconteça de forma gradual e sustentada, e neste sentido, o facto de o residente começar a trabalhar ou a frequentar um curso de formação profissional remunerado, não implica obrigatoriamente a sua saída imediata. É importante que o indivíduo fortaleça as rotinas de trabalho, o cumprimento de um horário mais exigente, a gestão de dinheiro e novas prioridades e reforce a sua rede relacional antes de se concretizar a sua autonomização, de modo a minimizar os riscos de recaídas, quer em padrões de consumo, quer em descompensações psiquiátricas, quer em situação de exclusão social.

Tal como já afirmámos anteriormente, durante todo o acompanhamento aos residentes procura-se fomentar a participação activa de cada indivíduo na definição e concretização do seu processo. A autonomização é o momento exponencial da responsabilização do residente, inversamente proporcional ao nível de intervenção da equipa técnica, uma vez que se pretende pôr em prática todas as competências adquiridas ao longo do processo sócio-terapêutico. São comuns verbalizações acerca do medo de falhar, da possibilidade de recaída no que toca ao consumo de substâncias, revivenciar experiências de rejeição, desconsideração, isolamento, desilusão e desespero. Constatam-se assim a necessidade da manutenção de um acompanhamento regular e próximo (social, psicológico e psiquiátrico), que na concepção da CINO ultrapassa a questão da manutenção de abstinência, das condições de habitabilidade ou laborais, abrangendo um estilo de vida e uma identidade (Kooyman, 1993).

Por tal razão é estruturado um plano de acompanhamento em registo de follow up, que prevê a continuidade do acompanhamento individual, usualmente com uma periodicidade quinzenal,



e participação em algumas dinâmicas da casa (visitas ao domingo para almoçar com o grupo, festejo de dia de aniversário na CINO), no sentido de manter os vínculos estabelecidos com a estrutura e que esta permaneça parte integrante da rede de suporte do indivíduo. Esta proximidade permite a reciprocidade de vínculos, no sentido em que confere ao ex-residente uma função importante na dinâmica da estrutura - a de referência positiva na conquista de um projecto de vida autónomo, validando todo o investimento do residente, da equipa e do grupo, num processo de mudança que reitera o poder de quebrar o ciclo de exclusão. O contacto com pares, na mesma condição prévia de vida, pode configurar um apoio social e afectivo, operando como factor de protecção. Ao serem reforçados por estes, podem envolver-se em parcerias, compartilhar sentimentos positivos e negativos, apoiando-se mutuamente. Martins e Szymanski (2004) salientam que comportamentos de cuidado recíproco e auxílio, em várias situações de vida, são observados nas interacções entre residentes de estruturas residenciais. Os indivíduos institucionalizados precisam interagir efectivamente com pessoas, objectos, símbolos e com um mundo externo acolhedor (Bronfenbrenner, 1996).

## **6. Análise dos dados**

Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, as entrevistas foram gravadas e transcritas após o qual foi feita a análise de conteúdo na qual participaram um painel de 3 juízes, havendo entre eles pelo menos 90% de concordância.



## **CAPÍTULO 9**



## Capítulo 9: Corpus de Trabalho (Resultados e discussão)

Os resultados obtidos neste estudo reportam-se à análise das entrevistas efectuadas aos 5 participantes que estão transcritas e constam dos anexos. Ao nível das abordagens qualitativas cada caso é sem dúvida um caso. No entanto e após a análise de todos eles é possível encontrar algumas semelhanças e diferenças na forma cada um deles se adaptou à vivência de sem-abrigo, à vivência em comunidade de inserção, na forma como é composta e funciona a sua rede social de apoio e nas perspectivas de futuro que mantém face à CINO e ao seu projecto de autonomização.

Apresentamos quadros de análise tendo em conta as temáticas abordadas ao longo da entrevista, onde tentámos elencar as redundâncias e singularidades de cada um dos casos. Embora tenhamos recorrido à elaboração de quadros, não pretendemos com os mesmos generalizar grandes conclusões, pretendemos sim, sistematizar de alguma forma a informação, no sentido de nos ser mais fácil tecer um conjunto de considerações que parecem pertinentes e que de alguma forma nos fazem reflectir.

### 1. Dados biográficos

Características	Ana	Rui	Francisco	Raul	Vera
Idade	24	50	33	23	35
Sexo	feminino	masculino	masculino	masculino	feminino
Escolaridade	8.º ano	8.º ano	6.º ano	9.º ano	7.º ano

#### Quadro 13- Dados biográficos dos entrevistados

Em termos de idade os homens variam entre os 23 e os 50 anos de idade, sendo a média de 35 anos. As mulheres incluídas no estudo tinham entre 24 e 40 anos.

Dos 5 sujeitos, 3 pertencem ao sexo masculino e 2 ao sexo feminino, o que de alguma forma se justifica pelo menor número de mulheres sem abrigo comparativamente aos homens.

Em termos de escolaridade os participantes têm entre o 6.º e o 9.º ano de escolaridade.

Este é um perfil que se adequa ao encontrado no primeiro estudo. Será importante realçar que o facto desta estrutura permitir a entrada de mães com filhos aumenta a percentagem de mulheres integradas na mesma.

## 2. Vivência de sem abrigo e sua rede relacional

Características	Ana	Rui	Francisco	Raul	Vera
Duração da situação de sem-abrigo	3 a 4 meses	1 Ano e 6 meses	12 Anos	1 Ano	4 Meses
Reacções emocionais à situação de sem-abrigo	Medo de ser agredida Angústia	Trauma; Abandono; Revolta; Desespero Solidão	Vazio afectivo	Sentimento de liberdade Frio Revolta Solidão Desprezo Tristeza	Tristeza Abandono Revolta
Factores precipitantes da situação de sem-abrigo	Violência doméstica	Acidente de trabalho; Desemprego;	Toxicodependência	Orgulho Ausência de apoio familiar Toxicodependência e alcoolismo	Desemprego Falta de apoio social Alcoolismo
Factores precipitantes da mudança	Apoio de 1 amigo	Apoio 1 amigo; Desintoxicação alcoólica; Apoio técnico	Morte da mãe Apoio técnico	Vontade de recuperar relações familiares e de amizade Apoio técnico	Situação limite de exclusão social; Tomada de consciência da dependência alcoólica; Apoio instrumental e técnico
Relação com a família durante a situação de sem-abrigo	Ausência de relação	Fraca Algum apoio dos filhos	Fraca	Ausência de relação	Ausência de relação
Relações de proximidade durante a situação de sem-abrigo	Ausência de relações de proximidade	1 Amigo	Ausência de relações de proximidade	Pessoas ligadas ao consumo de drogas 1 amigo	1 Amigo
Padrão de vinculação na última relação conjugal	Inseguro Ambivalente Imagem negativa acerca da relação e do outro Violência doméstica	Inseguro Ambivalente; Alcoolismo	Seguro Boa imagem do outro e expectativa de ter sido gostado	Inseguro Ambivalente	Inseguro Ambivalente Relação de dependência com o agressor

**Quadro 14- Dados sobre a vivência de sem abrigo e a sua rede relacional**

Todos os entrevistados têm experiências de sem-abrigo superiores a 3 meses, oscilando entre os 4 meses e os 12 anos, pelo que se caracterizam por ser temporariamente sem abrigo, ou vivenciar esta condição de forma crónica e prolongada.

Relativamente às reacções emocionais face à situação de sem abrigo a maioria refere o medo, revolta, angústia, vazio emocional, desespero, solidão e tristeza. Todos se sentem isolados, embora não seja perceptível se esse isolamento é decorrente da situação de sem abrigo.

Todos referem a CINO como rede secundária e a maioria refere os técnicos como guias cognitivos e emocionais; Podemos constatar na análise efectuada às entrevistas que os dados

encontrados são concordantes com o postulado por Bronfenbrenner (1979/1996) que sugere que apesar de ser um contexto possível de desenvolvimento, a instituição não fornece um equivalente funcional da família, no entanto aproxima-se a este. A relação estabelecida com os técnicos desempenha um papel central na vida dos residentes, na medida que serão estes adultos que assumirão o papel de orientá-los e protegê-los, constituindo, neste momento, os seus modelos de identificação. Bazon e Biasoli-Alves (2000), consideraram as equipas técnicas como educadores, e desta forma, apontaram a necessidade de que sejam guiados de modo a compreender o impacto que os seus gestos podem ter, a fim de darem um sentido às suas acções rotineiras.

Quanto aos factores precipitantes da situação de sem abrigo, maioria refere situações de saúde (toxicodependência, alcoolismo e doença física), situações de carácter familiar e o desemprego. Usualmente, o empenho no projecto individual depende de pressões positivas e negativas para mudar. Algumas pessoas procuram ajuda por pressão das instituições, de conhecidos, de familiares, por ordens judiciais ou problemas legais pendentes, por temer a doença ou a violência (doméstica ou das ruas) ou o receio inerente à fragilidade da condição de sem abrigo. Outras são impelidas por factores mais internos - profunda fadiga emocional ou física com o estilo de vida marcado pelo uso de drogas ou álcool e o desejo expresso de mudar de vida. A motivação baseada na sua maioria em pressões externas, ainda que suficientes para levar o indivíduo a procurar ajuda numa Comunidade, não basta para manter o projecto a longo prazo. O alívio da pressão externa (a ténue reaproximação à família, resolução de problemas com a justiça), a ilusão da capacidade de autonomia, fazem muitas vezes com que o sujeito abandone prematuramente a comunidade, caso não tenham surgido fontes de motivação internas (elaboração do sofrimento pelo qual passou o indivíduo no tocante aos aspectos negativos da sua vida e as esperanças e expectativas positivas em relação ao futuro).

A maioria dos residentes da comunidade de inserção indica que a sua motivação para a mudança é um composto de pressões externas e internas, mas relativamente poucos estão de facto preparados para o longo e árduo esforço envolvido na mudança pessoal. De destacar a importância do apoio técnico como factor que contribui para a mudança.

Relativamente à relação com a família durante a situação de sem abrigo, maioria refere a ausência de relação e os restantes caracterizam-na como fraca, o que é consonante com os dados recolhidos no primeiro estudo efectuado. Relativamente ao grau de proximidade emocional das figuras de vinculação ao longo das diversas etapas do ciclo de vida, percebemos que a relação com

a família se pauta por grandes períodos de ausência de contactos, por histórias prévias de abandono e rejeição. Muitas vezes as suas histórias familiares são idealizadas e assistimos a verbalizações de aceitação de uma culpa por não estar à altura, como se o assumir do papel de “ovelha ranhosa” fosse a única forma de fazerem parte de uma constelação familiar na qual, não conseguiram exercer outro papel. São comuns as histórias de doenças infantis e a existência de conflitos familiares durante a primeira infância. Nos seus testemunhos ao longo do processo terapêutico percebemos a vivência das mães enquanto vítimas de companheiros agressivos e grande maioria das vezes alcoólicos. O discurso enquanto adultos é em muito semelhante ao de crianças que sentem todas as dores das mães, figuras frágeis e vitimizadas, sentindo-se extremamente revoltados e impotentes relativamente à figura do maltratante, a quem nunca perdoam. Talvez por esta história prévia, sejam tão comuns as manifestações de revolta e raiva por quem julgam ter o poder e não os ajuda. Vítimas silenciosas de histórias familiares dolorosas projectam nos técnicos, nos serviços, na sociedade uma raiva já antiga que nunca pode ser exteriorizada, por medo.

Quando questionados sobre quais as relações de proximidade mantidas durante a situação de sem abrigo, maioria refere a existência de uma única pessoa amiga e os restantes referem a total ausência de relações de proximidade. Um deles refere que as pessoas com quem manteve relação de proximidade foram os colegas de consumo.

Relativamente ao padrão de vinculação na última relação conjugal, percebemos pela análise das respostas que um dos entrevistados manteve uma relação segura com a ex-companheira, no entanto, todos os restantes demonstram padrões de vinculação ambivalentes. Tal como já referido anteriormente, este padrão de vinculação caracteriza-se por desejos contraditórios relativamente à proximidade ao outro.

### **3. Avaliação do programa de intervenção da CINO**

Como podemos verificar no quadro 15, no que concerne à avaliação que podemos fazer da integração na CINO como factor de reparação do sentimento de afiliação e tendo em conta que esta é uma questão central neste estudo, convém destacar o que entendemos por afiliação.

Têm surgido várias teorias ou tentativas de classificação dos benefícios da afiliação para o ser humano. R. Weiss (1991,1998) propôs uma análise das necessidades afiliativas e que, de algum



modo, explicam o motivo pelo qual as pessoas precisam umas das outras. De acordo com Weiss, são seis as necessidades afiliativas: vinculação (sentimento de segurança e de conforto proporcionado pelas relações mais íntimas, relação mediada pelo afecto); integração social (atitudes e interesses partilhados que viabilizam a relação com o outro, ligação de pertença a uma comunidade); certeza restabelecida de valor (reforço positivo dado pelo outro acerca da nossa competência e estima); sentimento de aliança consistente (ajuda pelo outro em caso de necessidade); obtenção de encaminhamento (dada por indivíduos a quem recorremos para obter conselhos e informações); oportunidade de educação (responsabilidade pelo bem-estar de outro indivíduo).

Em síntese, podemos afirmar que o ser humano está preparado para estabelecer relações afectivas (desde o nascimento), permanecendo essas relações (de vinculação) ao longo da vida. Tal como refere Matos (2002), essas relações permitem um elevado nível de exploração do meio, a construção de figuras significativas e o desenvolvimento de modelos de representação de si próprio e dos outros, bem como o processo de adaptação psicossocial.

Características	Ana	Rui	Francisco	Raul	Vera
Integração na C.I. como factor de reparação do sentimento de afiliação	Baixo nível de confiança, evitamento da proximidade  Ausência de afiliação	Sentimento de pertença  Valorização de si e dos outros	Sentimento de pertença  Importância de existência de crianças na casa	Sentimento de pertença e de protecção	Sentimento de pertença embora apresente dificuldade em integrar as regras
Papel atribuído aos técnicos	Família no sentido funcional  Controlo social  Guia cognitivo	Relação de proximidade, atribuindo o papel de amigos	Guia cognitivo e conselhos, bem como regulação e controlo social  Importância do reforço de competências como forma de combate à exclusão	Vinculação  Família  Terapêutico	Cuidadores;  Família
Papel atribuído aos residentes	Família  Parentificação dos colegas	Grupo de pares;  Apoio emocional;  Necessidade de definição clara de papéis	Guia cognitivo e conselhos  Identificação aos pares	Amigos  Grupo de pares  Reforço da afiliação	Amigos  Grupo de pares

**Quadro 15- Avaliação da integração no programa de intervenção da CINO**

Medeiros (2003), afirma que o vínculo psicológico do indivíduo com uma organização se baseia num sentimento de identificação e afiliação. Para Medeiros, a afiliação denota um sentimento de fazer parte da organização.

Allen e Meyer (1990) desenvolveram estudos relativos ao comprometimento considerando a existência de múltiplas dimensões que são internacionalmente conhecidas e aceites, dividindo o comprometimento, em três componentes básicos, denominados de: a) comprometimento afectivo (indivíduos permanecem numa organização porque eles querem); b) comprometimento Instrumental (os indivíduos permanecem porque eles precisam); e c) comprometimento normativo (indivíduos permanecem porque sentem que são obrigados a permanecer).

Medeiros e colaboradores (1999) validaram o modelo de três componentes proposto por Meyer, Allen e Smith (1993) e encontraram um quarto, denominado por afiliativo, e que se refere ao indivíduo que permanece numa organização porque ele se sente parte desta.

Tendo descrito o que entendemos por afiliação e considerando a análise dos relatos recolhidos, podemos concluir que maioria dos entrevistados se sente afiliado à instituição e que tal sentimento lhe permite um elevado nível de exploração do meio, a construção de figuras significativas e o desenvolvimento de modelos de representação de si próprio e dos outros, bem como, favorece o processo de adaptação psicossocial, (Matos, 2002). Um dos entrevistados manifesta baixo nível de afiliação, evitamento relacional e falta de confiança, o que traduz um modelo de representação de si e do outro negativo e nos alerta para a manutenção de dificuldades de adaptação psicossocial.

No que concerne ao papel atribuído aos técnicos percebemos que a maioria lhes atribui o papel de família e amigos, sendo notório o reconhecimento de funções de apoio instrumental, guia cognitivo e regulação e controlo social. Destacam a proximidade relacional estabelecida com a equipa e o facto dos técnicos se posicionarem numa relação de horizontalidade, o que lhes permite vivenciarem relações nas quais se sentem competentes e valorizados.

O papel atribuído aos outros residentes é do desempenho de funções de amigos e grupo de pares permitindo uma identificação de narrativas e o surgimento de guias comportamentais. Destacam a importância da existência de crianças na casa quer pela emergência do sentimento de protecção que permite a vivência de outros papéis, mais positivos e compensatórios, quer pela constelação familiar que proporcionam ao grupo. Organizam-se de forma a um fazer o papel de tio,

outro de padrinho, outro de pai, outro de mãe da mãe e desta forma toda a dinâmica relacional se converte numa dinâmica próxima de uma realidade estrutural familiar e não institucional.

Como podemos analisar no quadro 16, relativamente às características do funcionamento da CINO que os residentes mais identificam como facilitadoras do processo de integração percebemos que é destacado a participação pró-activa do próprio na elaboração/dinamização do seu PII, a organização (definição clara de papéis e de regras), a possibilidade de permanecerem crianças na instituição, a promoção da autonomia e os momentos de psicoterapia em grupo. Tal pode estar associado à carência de um quadro normalizador dos comportamentos, que permita aos residentes perceber qual o papel que lhe é atribuído e logo facilitar o seu desempenho. Relativamente às actividades realizadas em grupo, a sua importância, talvez, possa estar relacionada com as dificuldades de sociabilidade e desejo de proximidade. São indivíduos estigmatizados e socialmente isolados, não sendo frequente na sua narrativa a referência a actividades de simplesmente estar juntos.

Já no que toca às características do funcionamento que mais desagradam os residentes são mencionados dois níveis de dificuldades. Um nível que se prendem com o que desagrada no funcionamento da estrutura no qual é referido a dificuldade em cumprir todas as regras e as actividades ocupacionais; e um outro nível que se refere às dificuldades vivenciadas com os outros residentes, onde são mencionados como fonte de desagrado o “fingimento” dos residentes, o facto de não cumprirem as regras e a instrumentalização que fazem dos serviços.

Características	Ana	Rui	Francisco	Raul	Vera
Características do funcionamento da C.I. facilitadoras do processo de integração	Acompanhamento técnico  Valorização dos momentos em grupo	Definição clara de papéis;  Reforço da importância da participação pró-activa do próprio no seu processo de reinserção	Organização	Organização  Regras  Actividades de grupo  Psicoterapia em grupo  Possibilidade de assumir responsabilidade  Promoção de autonomia  Reforço da confiança	Organização  Regras  Regime aberto  Existência de crianças  Possibilidade de acolhimento dos filhos em regime de visita
Características do funcionamento da C.I. que mais desagradam o residente	Actividades ocupacionais	Instrumentalização dos serviços e relações por parte dos residentes	Fingimento dos residentes  Outros residentes não cumprirem as regras	Dificuldade inicial em cumprir todas as regras	Consequências pessoais do não cumprimento das regras por parte dos outros.
Importância das regras institucionais como normalizadoras dos comportamentos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim, no entanto não reconhece a necessidade pessoal das mesmas
De que abdica ao sair da situação de semi-abrigo e integrar a C.I.	Nada  Entrada motivada por factores externos	Nada. Não havia nada para abdicar  Entrada motivada por factores internos	Liberdade e ausência de limites	Liberdade de movimentos e de expressão  Revolta  Abismo	Proximidade familiar, descrita de forma "de romance familiar"
Conquistas mais valorizadas pelo próprio durante o projecto de inserção	Calma  Aprendizagem de competências maternas e competências sociais	Tratamento e manutenção da abstinência do álcool;  Reaproximação familiar;  Reforço da rede de suporte	Reforço da escolaridade e qualificação profissional	Identidade profissional e social  Auto-estima  Construção de uma identidade positiva	Estabilidade clínica  Reabilitação física  Auto-confiança  Reforço da auto-estima
Particularidades da estrutura reconhecidas como mais valias para o processo de reabilitação	Permite estabilidade e segurança	Importância da fase inicial de regime fechado como meio de prevenção da recaída	É semelhante à comunidade Terapêutica, no entanto, o emprego é no exterior e o treino de competências feito no quotidiano	Possibilidade de manter contacto com o exterior.  Participação pró-activa do próprio na definição do seu projecto de inserção.	Equipa multidisciplinar  Intervenção centrada na pessoa

**Quadro 16- Avaliação do funcionamento do programa de intervenção da CINO**

Poderíamos ainda considerar um outro nível, que se refere às consequências que o não cumprimento das regras por parte dos outros têm para o próprio, tendo em consideração que as implicações previstas no programa da CINO podem ser individuais ou grupais. Ter algum tipo de implicação pessoal em consequência da falha de terceiros é vivenciado por esta população com grande desagrado, no entanto, é um meio eficaz no que toca à alteração de comportamentos, pois o próprio grupo age como força de controlo social e regulação.

Podemos ainda acrescentar, que todos reconhecem a importância das regras institucionais como normalizadoras de comportamentos. O estilo de vida dos residentes da CINO foi no passado pautado, por uma falta de estruturação do seu dia-a-dia. Estiveram claramente ausentes a estipulação de objectivos, as rotinas de trabalho, a realização de tarefas e a capacidade de gestão do tempo. De certa forma, esta falta de estruturação externa culminou numa desorganização interna (défice de auto-controlo, irresponsabilidade, falta de motivação generalizada). A rotina diária implementada na CINO confere aos residentes a aquisição de competências pessoais e sociais, com vista a uma maior tolerância à frustração, à temporização da satisfação imediata e à capacidade de estabelecer objectivos a longo prazo, ajustando, desta forma, as suas emoções. É particularmente esta rotina que permite aos residentes consciencializar-se que a concretização de metas ocorre passo-a-passo, promovendo um desempenho constante, uma crescente tolerância à repetição das tarefas, moderar comportamentos extremos, regular pensamentos e emoções.

Quando questionados sobre quais as coisas de que abdicaram ao deixar condição de sem abrigo e integrar a CINO, todos os entrevistados demonstraram espanto relativamente à pergunta. Verbalizam nunca terem pensado nisso, no entanto, dividem-se entre responder que não abdicaram de nada, ou que abdicaram da liberdade e da revolta. Sob o signo da marginalidade, estas vidas pontuam-se pelos rótulos de rebeldes, viciados, vagabundos, criminosos, pessoas fracas, perdedoras ou mesmo de loucos. Esses vários rótulos sociais reflectem o estigma social da toxicodependência, da doença mental, do alcoolismo, frequentemente reforçado pelo comportamento característico dos próprios indivíduos sem abrigo. Este estigma negativo reforça a auto percepção que têm da sua identidade social e pessoal. A auto-compreensão envolve tal com refere Vieira (2007) o aumento da consciência das circunstâncias passadas que moldaram os actuais sentimentos, percepções e comportamentos. Compreender-se a si mesmo no contexto da sua história passada proporciona aos residentes algum grau de leitura real da sua vida, ajudando a mitigar parte das auto-acusações, da culpa e da vergonha associadas ao passado, aumentando consideravelmente a sua motivação para a mudança.

As conquistas mais valorizadas pelos próprios no decurso da sua estadia na CINO foram de três ordens. Uma que se prende com questões de saúde (mental e física), tais como abandono de consumos, equilíbrio emocional, outra que se prende com questões de ordem profissional, onde se destaca o reforço da escolaridade e qualificação profissional, bem como a aquisição de uma identidade profissional e por último uma que se prende com questões de ordem relacional

(aprendizagem de competências inter-relacionais, reaproximação familiar, e reforço da rede social de apoio). O programa da CINO oferece as oportunidades e o contexto do desenvolvimento de elementos de uma identidade social positiva. Incluem-se neste processo individual a constituição do próprio enquanto modelo de comportamento para outras pessoas, a aquisição progressiva de responsabilidades nas áreas de funcionamento da casa e nas várias fases do seu processo de inserção, bem como a aquisição de competências relacionais positivas.

No que concerne às particularidades da estrutura reconhecidas como mais valia para o processo de reabilitação, percebemos que são identificadas como mais valia a importância de uma equipa multidisciplinar; a intervenção ser centrada na pessoa e existir uma participação activa do próprio no processo de reinserção, as actividades de grupo e a existência de um período inicial de regime fechado como forma de prevenção de recaída, bem como, a existência de contacto com o exterior na segunda fase do programa. Este aspecto é referido como factor de mais valia relativamente a outras estruturas de apoio a sem abrigo. Embora não seja explícito nas entrevistas efectuadas uma das actividades mais sugeridas pelos residentes era a dinamização do grupo terapêutico, com carácter semanal na qual se recorria a técnicas de dramatização. As dificuldades comunicacionais verbais são minimizadas, pois diferentemente das outras técnicas puramente verbais, faz-se uso do corpo humano nas suas mais variadas expressões e interacções com outros corpos. Nestas sessões de sociodrama trata-se de concretizar em actos os pensamentos e as fantasias. Aqui revela-se a espontaneidade, o imaginário, a brincadeira e o jogo promovendo a capacidade que uma pessoa tem de adaptar-se adequadamente a novas situações, de dar respostas novas e adequadas a situações mesmo antigas. O exercício da espontaneidade enriquece o indivíduo, permitindo-lhe uma melhor adaptação ao ambiente, por livre vontade e sem imposições que limitem a sua personalidade. Utiliza-se a dramatização para ensinar aptidões sociais, melhorar a forma como os elementos do grupo se relacionam e tornar os temas individuais (as preocupações e os conflitos de cada um) nos temas de discussão do grupo. Esta é uma técnica que se revela eficaz nesta população e que os residentes referem em todas as avaliações semestrais inquéritos de satisfação como uma das que mais gostam. Refira-se aliás que as técnicas grupais são de extrema importância na integração social.

Em tom de comentário, não podemos deixar de referir que o recurso a estas técnicas está obviamente ligado à formação dos profissionais que trabalham na estrutura de acolhimento. Inspirados pelo modelo de Moreno (1993) foi proposto incluir no programa, o recurso à

dramatização com fins terapêuticos. Como curiosidade recordamos que Moreno fez tal opção pelo seu gosto por teatro e a partir da reflexão a partir do caso de Bárbara. Bárbara era uma atriz que no teatro da espontaneidade representava com grande qualidade e frequência o papel de boa dona de casa, cumpridora e submissa, mulher doce e afectiva, com grandes capacidades maternais. Nos espectáculos e entre os espectadores, passou a estar Jorge, que, seduzido por esta imagem doce e terna, se apaixonou por Bárbara, vindo a casar com ela meses depois. Um dia Moreno encontrou Jorge, amargurado e desiludido, que lhe confidencia que a mulher com quem casara era «agressiva, rude, irritável e intolerante quando a sós com ele, nada tendo a ver com a imagem doce que guardara dela das representações». Bárbara ainda trabalhava em teatro com Moreno. Este, numa tentativa de ajudar o casal, passou a dar-lhe papéis violentos e agressivos, tal como tinham sido descritos por Jorge. Mais tarde e por haver alterações nos comportamentos de Bárbara, Jorge foi também convidado a participar nas dramatizações. À medida que o casal ia dramatizando situações de conflito e de zanga, Moreno foi sabendo que os conflitos e discussões vivenciadas na vida real se estavam progressivamente a dissipar. A equipa da CINO em muito se identifica com esta perspectiva e optou pela integração desta actividades como forma de experienciar novos papéis e ultrapassar conflitos no grupo.

Já no que concerne ao papel pró-activo do próprio, o facto de alguns dos inquiridos não referirem a importância deste e remeterem para os técnicos o papel activo no seu processo de reinserção, é fácil de perceber dada a relação de dependência que vão estabelecendo e a postura de delegação de responsabilidades. Destacamos que este é um comportamento típico dos doentes com patologia aditiva, e facilmente compreendido neste contexto, dada a elevada incidência desta realidade na população sem abrigo.

#### 4. Implicações do programa na reinserção do utente

Características	Ana	Rui	Francisco	Raul	Vera
Integração na C.I. como factor de reaproximação à família	Sim	Sim Reestruturação dos vínculos familiares, nomeadamente aos filhos	Sim Reestruturação dos vínculos familiares, nomeadamente aos irmãos e pai	Sim Reestruturação dos vínculos familiares, nomeadamente aos irmãos	Sim Reestruturação dos vínculos familiares, nomeadamente aos filhos  Recuperação do poder paternal do filho
Integração na C.I. como factor de acesso a novos amigos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Integração na C.I. como factor de acesso ao mercado de trabalho	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Perspectivas de conquistas no âmbito do seu processo de autonomização	Casa Emprego Família	Vontade de restabelecer uma relação conjugal  Necessidade de uma companheira	Emprego  Manter a proximidade à criança (figura de vinculação)	Manter o cumprimento de regras  Estabilidade em termos habitacionais, emocionais e perspectiva profissional	Casa Emprego Família
Expectativas das funções desempenhadas pela C.I. no futuro	Apoio emocional e instrumental  Guia cognitivo e conselhos  Companhia social  Regulação e Controle social  Manutenção e reciprocidade do vínculo  Dificuldade de separação/autonomização  Desejo de permanecer na CINO	Apoio emocional Apoio instrumental  Companhia social  Manutenção e reciprocidade do vínculo  Dificuldade de separação/autonomização  Desejo de permanecer na CINO	Apoio instrumental Guia cognitivo e conselhos  Apoio social  Relação com CINO age como factor de prevenção de recaída originada pela rejeição familiar	Apoio psicoterapêutico e psiquiátrico  Guia cognitivo e conselhos  Companhia social  Regulação e Controle social  Manutenção e reciprocidade do vínculo	Apoio emocional  Guia cognitivo e conselhos  Regulação e Controle social

**Quadro 17- Implicações do programa na reinserção do utente**

Tal como podemos constatar no quadro 17, quando questionados sobre se a integração na CINO tinha contribuído para a reaproximação familiar, o acesso a mercado de trabalho e o acesso a



novos contactos (nomeadamente amigos) todos respondem positivamente. É evidente o papel desempenhado pela CINO enquanto mobilizadora da rede de suporte o que para nós é vital para um efectivo processo de reintegração comunitária.

Toda a intervenção a que assistimos se faz em torno de um trabalho inter institucional que coloca o indivíduo no centro do processo, numa efectiva intervenção em rede. Os tipos de intervenção que criam redes, de acordo com Góngora (1991), são usados fundamentalmente quando o indivíduo se encontra isolado socialmente, com um número reduzido de vínculos, por um lado, ou quando os vínculos sociais existentes são considerados como prejudiciais para o sujeito, por outro. O seu objectivo primordial é, por isso, aumentar o número de membros da rede, criando novos vínculos. Parecem-nos que a este nível aos objectivos deste programa são extremamente adequados pois, ao potenciarem a rede incrementam a eficácia da mesma no sentido de uma resolução autónoma dos seus problemas, activando os vínculos que, por alguma razão, estariam desactivados.

Relativamente às perspectivas de conquistas no âmbito do processo de autonomização, maioria dos residentes entrevistados deseja poder manter uma casa e emprego, recuperar ou estabelecer novas relações familiares e manter o cumprimento das regras adquiridas durante a vivência na CINO.

Já no que concerne às expectativas de apoio desempenhado pela CINO no futuro, maioria refere o desejo de manutenção do vínculo, a manutenção do apoio emocional, instrumental e social. É referido ainda a importância da manutenção do contacto como forma de prevenção da recaída e o desejo de permanecer na CINO. De destacar que os elementos que fazem esta referência são os que estão mais próximos da sua autonomização da estrutura o que nos deverá alertar para uma maior atenção à fase de autonomização e para a necessidade destes programas deverem ter prazos máximos de permanência flexíveis. Podendo fazer a analogia entre a autonomização da estrutura e a saída de casa dos pais, seria importante que estes programas permitissem uma autonomização progressiva e que fosse efectuado um acompanhamento de follow-up próximo ao longo da mesma. A forma como a saída da estrutura se efectua é vital para o êxito do programa e é uma etapa sensível do processo. Ao longo do processo terapêutico é feita a análise do processo de separação/individuação que cada um vivenciou com a família de origem, no sentido, de avaliar áreas de vulnerabilidade e prevenir dificuldades.

## 5. Síntese Conclusiva do estudo 2

Em tom de conclusão, podemos dizer que, com este segundo estudo, pretendemos basicamente reflectir sobre o processo de institucionalização na população sem abrigo e a sua avaliação da mesma.

Relativamente às reacções emocionais face à situação de sem-abrigo a maioria refere o medo, revolta, angústia, vazio emocional, desespero, solidão e tristeza. Todos se sentem isolados, embora não seja perceptível se esse isolamento é decorrente da situação de sem-abrigo. Todos referem a ausência de contactos com a família durante a vivência de sem abrigo e a importância da intervenção técnica para a saída da rua.

Destacamos que todos os entrevistados identificam a integração na CINO como factor mobilizador da rede de suporte, nomeadamente facilitando a aproximação à família, contribuindo para aumentar o acesso a novos amigos e ao emprego.

As conquistas mais valorizadas pelos próprios no decurso da sua estadia na CINO foram de 3 ordens: saúde (mental e física), tais como abandono de consumos, equilíbrio emocional; profissional, onde se destaca o reforço da escolaridade e qualificação profissional, bem como a aquisição de uma identidade profissional; relacional (aprendizagem de competências inter-relacionais, reaproximação familiar, e reforço da rede social de apoio).

Relativamente às características do funcionamento da CINO que os residentes mais identificam como facilitadoras do processo de integração percebemos que é destacado a participação pró-activa do próprio na elaboração/dinamização do seu plano individual de inserção, a organização (definição clara de papéis e de regras), a possibilidade de permanecerem crianças na instituição, a promoção da autonomia e os momentos de psicoterapia em grupo. Todos reconhecem a importância das regras institucionais como normalizadoras de comportamentos.

No que concerne às particularidades da estrutura reconhecidas como mais valia para o processo de reabilitação, percebemos que são identificadas como mais valia a importância de uma equipa multidisciplinar; a intervenção ser centrada na pessoa e existir uma participação activa do próprio no processo de reinserção; as actividades de psicoterapia e de grupo e a existência de um período inicial de regime fechado como forma de prevenção de recaída, bem como, a existência de contacto com o exterior na segunda fase do programa.

Este programa, tendo em conta a reflexão anteriormente efectuada das entrevistas, parece contribuir para a emergência de uma rede social estável, activa, acessível e integrada que se constitui como um sistema salutogénico para o indivíduo, diminuindo o uso dos serviços. Parece ainda eficaz aos olhos dos próprios e destacam com factor fundamental a sua participação activa no mesmo, e a importância de rotinas organizadoras.

Torna-se fundamental estruturar intervenções que permitam uma melhoria do bem estar psicológico e dos padrões de vinculação, pois a reconstrução da imagem de si enquanto merecedor da atenção e do carinho dos outros; e da imagem do outro enquanto disponível e responsivo face às suas necessidades (Feeney & Noller, 2001), é de vital importância. A capacidade de reinterpretar a história familiar relacional pode igualmente contribuir para a identificação e reparação de padrões de vinculação disfuncionais (Egeland & Sroufe, 1981), pelo que o acompanhamento psicoterapêutico, a terapia familiar e toda a intervenção efectuada em torno das relações familiares do sem abrigo, têm igualmente um papel importante. Tal como já afirmámos anteriormente, trabalhando aspectos como a análise e avaliação das representações disfuncionais de si próprio e dos outros, perspectiva-se que a relação terapêutica actue como uma experiência desconfirmatória, podendo intervir no sentido da reelaboração dos modelos internos dinâmicos e da reestruturação dos esquemas interpessoais, contribuindo para a ruptura de ciclos transgeracionais negativos (Safran & Segal, 1990, Guidano, 1991).

Em estudos recentes (Bartholomew, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Main et al., 1985; Rutter, 1995; Sroufe & Fleeson, 1986; Waters et al., 1993, Sroufe et al., 2005) considera-se que a figura de vinculação não serve apenas de base segura, mas ao ser sensível e responsiva para o indivíduo, permite-lhe a sensação de que ele próprio é capaz de despertar cuidados por parte dessa figura e de outras. Tal irá aumentar a sua sensação de auto-eficácia que posteriormente se alargará a outras esferas da sua vida.

Em suma, suportamo-nos na bibliografia para fundamentar a conclusão geral de que a integração numa estrutura de apoio, que vá para além da relação dual técnico-indivíduo, capaz de gerar sentimentos de segurança e estabilidade, pode provocar alterações nas dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta. Reiteramos a ideia de que, "em qualquer fase (...) mudanças nos cuidados prestados e acontecimentos da vida como rejeições, separações e perdas, mas também experiências positivas (...), ou a própria adesão terapêutica, podem provocar alterações no decurso do desenvolvimento da vinculação" (Van IJzendoorn, 1995, p. 412). Ao longo da vida as relações

significantes podem ser factores de risco ou de protecção consoante promovem o bem-estar global do indivíduo, ou pelo contrário, gerem condições adversas que impliquem sofrimento (Machado, 2004).

Podemos deduzir que, se estes são os resultados encontrados junto da população sem abrigo integrada em comunidades de inserção, poderíamos encontrar níveis mais baixos de bem estar psicológico e de apoio social junto de sem abrigo cuja intervenção se situa unicamente na satisfação das necessidades básicas.

Após a vivência de relações traumáticas, só a emergência de relações seguras, vivenciadas em ambientes sociais protegidos que resistam aos ataques relacionais que esta população, por instinto de sobrevivência emocional, utiliza, poderá reparar os danos de uma frágil confiança em si e uma imagem negativa do outro. A dimensão relacional nesta população reveste-se de um mundo de paradoxalidades entre o desejo de proximidade e a fuga para um isolamento que protege da desilusão. Adquirem, assim, algum sentido ao movimentos de auto-exclusão que perpetuam o viver na fronteira entre o “dentro e o fora”, no qual o “fora” se torna demasiado perigoso por todo o isolamento e abandono que implica, e o “dentro” demasiado ameaçador pelo nível de compromisso que exige e do qual estes indivíduos tão arduamente se defendem. Estes desafios traduzem-se frequentemente em situações emocionais densas que nos fazem oscilar, também a nós, do ponto de vista pessoal e técnico, entre o desejo de “abrigar” e de “desabrigar” quem tão persistentemente nos diz que não precisa de ninguém. A dependência e a autonomia mesclam assim a relação entre técnicos e utentes, que nem sempre é pacífica. Por tudo isto, torna-se fundamental privilegiar o trabalho em equipa, no sentido de ultrapassar as dificuldades inerentes às relações duais. Podemos afirmar que trabalhar nesta área obriga ao desenvolvimento de uma capacidade inter-relacional tolerante, persistente e sem dúvida estimula-nos a viver com uma consciência social mais aguda. Quem não tem casa lembra-nos, a todos, do valor de tudo o que as quatro paredes comportam, quem elas abrigam e o quanto esta moldura nos define. Este trabalho surge também da mescla entre o desejo de investigar e caracterizar a problemática e desejo de intervir junto desta população de forma eficaz e efectivamente terapêutica. Assim, dedicamos umas palavras aos profissionais que nesta área trabalham. Às vezes a resiliência e o espírito de sacrificio destes substitui uma percentagem significativa dos financiamentos. Bem hajam todos(as) os(as) que dedicam a sua vida profissional e pessoal a dignificar seres humanos.

Constatamos que as instituições nas quais decorreu a investigação envolvem os próprios na elaboração de projectos no sentido da resolução dos seus próprios problemas. O fundamental parece ser, mais do que garantir a satisfação das necessidades básicas, dotar os indivíduos de competências facilitadoras do desempenho dos diversos papéis que a vivência em sociedade comporta (Toro & Warren, 1999). Proporcionar a mudança de comportamentos e expectativas de si e do meio que o rodeia. Permitir a partilha e a reconstrução de laços, a capacidade de expressar e tolerar os sentimentos e emoções e a aquisição de um sentimento de bem-estar.

Assume igual importância facilitar o acesso a relações sólidas que lhes permitam reorganizar as representações mentais de si e do outro. Se podemos definir saúde mental como a capacidade de amar e trabalhar ao mesmo tempo, podemos dizer que temos de prover as condições para que os sem abrigo possam sentir-se amados e úteis para que possamos contribuir para a sua real reintegração comunitária.

Numa abordagem à influência de factores sociais na saúde mental, foi referido que a saúde mental deixou de ser a ausência de doença, problemas mentais e psíquicos, mas sim a percepção e consciência dos mesmos, e a possibilidade pessoal e/ou colectiva de os solucionar, de os modificar, de intervir sobre eles.

Como diria Pio de Abreu (2009) os que preferem acreditar nos modelos que visam internamentos psiquiátricos prolongados e na hipervalorização da doença mental aconselhamos que não invistam em equipas multidisciplinares e em programas que visem a mudança. Aos sem abrigo, mediquem-nos e certifiquem-se que tomam a medicação.

Seguindo a linha de pensamento do autor, provavelmente diria para lhes garantirem também uma casa para que as nossas consciências se apaziguem. Para nunca os aconselhem a ir a um psicólogo ou a um médico sem fé nos medicamentos e que prefira conversar sobre os seus problemas. Continua a ser verdade que tal acompanhamento ficaria, porventura, mais barato do que os medicamentos que consomem mensalmente. Aliviamos consciências com comprimidos. As deles e as nossas.

No entanto, os objectivos de uma intervenção sustentada e profunda junto da população sem abrigo, visa para além da eliminação de sintomas e da satisfação das necessidades básicas, a mudança de comportamentos e da vivência que o sem abrigo faz de si e do meio que o rodeia.

Assim, ao nível do comportamento os objectivos são: interrupção de padrões de comportamento auto e hetero destrutivos; responsabilização pelo próprio comportamento em relação a si próprio e aos outros; reaprendizagem de hábitos de regularidade, concentração e persistência no quotidiano; promover o prazer da produtividade reconhecida pelo próprio e pelos outros.

Em termos emocionais-afectivos os objectivos são: corte e luto do consumo de drogas/álcool e do estilo de vida a ele associado; passagem do isolamento emocional afectivo ao desenvolvimento do interesse pelo outro, à partilha, construção e reconstrução de laços; capacidade de expressar e tolerar os sentimentos e emoções, sem “passagens ao acto”; acesso ao sentimento de bem-estar; aceitação de si próprio e dos outros.

Cognitivamente procura-se: aumento de auto-conhecimento e da capacidade elaborativa de pensar e se pensar a si próprio, com a atribuição de novos sentidos ao pensamento, sentimento e experiência; reparação da auto-imagem e da auto-estima; retomar o processo de construção/reconstrução da identidade; apropriação, pelo indivíduo, da sua própria história permitindo-lhe integrá-la no seu trajecto e projecto de vida.

A rede relacional dos sem abrigo sofre uma profunda alteração aquando da integração destes numa estrutura residencial. Passam a dispor de uma morada, logo o acesso a uma rede social efectiva, passa a ser mais viável. Por outro lado, aumentam o número de pessoas com as quais se relacionam de forma frequente, nomeadamente outros residentes, equipa técnica e colegas de trabalho.

Justifica-se a necessidade de uma revisão constante do caso a caso, que nos permita compreendê-los melhor, evitando que tenhamos sobre eles um julgamento precipitado, um diagnóstico inadequado e uma exigência incompatível com as suas histórias de vida. Se acreditarmos que as relações são resultado de construções afectivas, onde ser compreendido, ser aceite, ser respeitado, ser amado é a base necessária para um percurso satisfatório, então poderemos pensar a instituição de uma forma diferente, tornando-a uma alternativa viável para a construção de sujeitos. Acreditamos que isso se dará através da recuperação da solidariedade e da construção de laços afectivos, o que é, em última instância, o alicerce da nossa subjectividade.

Uma das questões sensíveis do acompanhamento a esta população e à qual dificilmente se acede, a não ser no âmbito do acompanhamento psicoterapêutico destes, é a do romance familiar do sem abrigo. É uma questão particular sobre a qual podemos afirmar estar muito associada ao

medo da rejeição. Constatamos que embora afirmem um eventual apoio familiar dizem não recorrer a este, justificando o comportamento com a vontade de não preocupar a família ou de os proteger da sua realidade. Quando integram a CINO vêm nos técnicos e nesta integração o factor de mediação para experimentarem uma aproximação à família, que sozinhos jamais fariam pelo medo da rejeição. Desafiam-nos a fazê-lo por eles, acreditando que possamos ajudar neste processo de aceitação. Quando tal movimento não se efectiva surge o sentimento de revolta, que é vivenciado de uma forma mascarada em relação à família e de uma forma mais vincada em relação aos serviços e aos técnicos que não fornecem as respostas desejadas. Por parte das famílias existem dois movimentos típicos, o de evitar o contacto com as instituições, em quem delegaram o papel de cuidadores do seu familiar, ou o de gentilmente aceder ao contacto, sendo este imediatamente cessado logo que exista alguma contrariedade. A capacidade de tolerância destas famílias é escassa e a capacidade de autonomização “perfeita” destes utentes também. Por estas razões torna-se fundamental que os técnicos que nesta área trabalham estejam preparados para esta realidade e não se deixem impressionar por este romance familiar, muito menos o alimentem. Retomar o contacto com a família numa fase precoce do processo de reintegração só servirá para acentuar o ciclo de aproximação/afastamento pelos quais estas relações familiares se pautam. Torna-se mais eficaz refazer a rede com novos elementos, nomeadamente do sector secundário, do que insistir em relações familiares geradoras de novos processos de abandono. Um dos entrevistados é muito explícito neste receio, quando afirma que pretende manter-se perto da equipa, pois regressar à família poderia implicar outra rejeição, caso não surgisse uma miraculosa e perfeita integração. Verbaliza que o risco que correria com tal cenário de rejeição familiar seria o de recair em consumos de droga e a manutenção da proximidade à CINO confere-lhe esta segurança.

Parece-nos, face ao exposto, que o programa exposto contribui para a inserção dos residentes sendo o acompanhamento em *follow-up* fundamental para a prevenção de novas situações de vulnerabilidade.





## **CAPÍTULO 10**



## Capítulo 10: Conclusões Integrativas

### 1. Contextualização

Pretendemos com o presente estudo caracterizar uma realidade pouco conhecida cientificamente e contornada socialmente. Visamos criar perspectivas mais esclarecedoras quanto aos seus factores causais e contribuir para a melhoria da qualidade da intervenção efectuada junto dos sem abrigo.

No Inverno, as pessoas sem abrigo que morrem de frio fazem os títulos dos jornais um pouco por toda a Europa. Os artigos pressionam os poderes políticos a intervirem, adoptando medidas de emergência para o Inverno e a conceberem ajuda urgente para as vítimas do frio (Feantsa, 2005). Em toda a Europa o fenómeno dos sem abrigo é reconhecido como um grave problema social não tendo sido, contudo, fácil colocá-lo na agenda política europeia ou nacional. No entanto, têm-se feito alguns avanços na tentativa de dar uma dimensão estatística ao fenómeno, no sentido de ultrapassar o senso-comum da sua visualização.

No Conselho Europeu de Lisboa (2002), os Estados-Membros da União Europeia aceitaram o desafio de lutar contra a pobreza e exclusão social, como um dos elementos centrais na modernização de uma política social europeia. Os chefes de estado e os governos decidiram tomar medidas para erradicar a pobreza e definiram objectivos que foram adoptados pelo Conselho Europeu de Nice em 2000. Também ficou definido que as políticas na luta contra a exclusão se devem basear num Método Aberto de Coordenação (MAC), que combina os planos nacionais de acção e um programa da Comissão Europeia, para encorajar a cooperação transnacional. A nível europeu, e segundo dados da FEANTSA (2005), o número de sem abrigo tem aumentado de forma constante. Estima-se em dezoito milhões de europeus (uma pessoa em 20) nos 15 países da União Europeia, que estão impedidos do acesso a uma habitação condigna. Três milhões estão efectivamente sem tecto e 15 milhões pernoitam em casas superlotadas ou sem condições. Este fenómeno assume diferentes proporções de país para país, se bem que o registo da situação real e a comparação entre países esteja dificultado, nomeadamente, devido à falta de dados estatísticos e de definição consensual do conceito de “Sem Abrigo”.

A Comissão Europeia não possui estudos sustentados sobre este fenómeno que ameaça a coesão social e degrada o modelo social europeu (Conselho Europeu, 2001). Quando questionada, por escrito, em Março de 2003, por um parlamentar grego, se tencionava tomar medidas para fazer

face a este fenómeno, a Comissão respondeu, igualmente por escrito: “O fenómeno dos sem abrigo é um aspecto importante do método aberto de coordenação em matéria de inclusão social.”

Na aceção do primeiro objectivo, entre os objectivos comuns sobre a pobreza e exclusão social acordado no Conselho Europeu de Nice em Dezembro de 2000, foi estabelecido: “Criar políticas que tenham como objectivo o acesso de cada pessoa a habitação decente e salubre, bem como aos serviços essenciais necessários, atendendo ao contexto local e a uma existência normal nessa habitação (electricidade, água, aquecimento” (cit. In Conselho da União Europeia, 2002).

O segundo objectivo estabelece uma meta mais concreta: “Criar políticas destinadas a evitar rupturas em condições de existência susceptíveis de conduzir a situações de exclusão social, nomeadamente no que se refere aos casos de sobre endividamento, exclusão escolar ou perda de habitação”.

A Comissão Europeia (2003) reconhece que o fenómeno dos sem abrigo é uma questão complexa, pois não diz respeito exclusivamente a uma ausência de habitação. Muitos dos sem abrigo também se debatem com múltiplos problemas - doença mental e física, desemprego - que os arrastam para uma espiral de pobreza. Por isso, diz ainda a Comissão “é essencial não focar apenas as pessoas que vivem na rua, mas considerar o fenómeno dos sem abrigo numa perspectiva mais abrangente” (cit. in Comissão Europeia, 2003).

Tal como em outros Estados-Membros, em Portugal foi elaborado um programa nacional de luta contra a pobreza para prevenir e melhorar as condições de vida dos sem abrigo, apesar de não se dirigir exclusivamente a este grupo-alvo. Em Portugal existia, até 2009, um vazio legal neste domínio. A única valência tipificada era o albergue. Isto significava que o “albergue” era a única situação que o Estado previa em termos de apoio prestado pelas organizações não - governamentais aos sem abrigo e, como tal, a única situação legalmente passível de ser comparticipada por referência aos custos médios previstos.

A Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho), embora não se referindo aos sem abrigo, poderá ter algum impacto nestes, uma vez que é o suporte legal para o tratamento e internamento compulsivo dos casos muito graves de doença mental (Bento, 2002). Também a medida do Rendimento Mínimo Garantido, hoje denominado Rendimento Social de Inserção, trouxe repercussões no apoio a esta população, embora nem tanto quanto de esperar pelas limitações logísticas do processo de atribuição da prestação, nomeadamente, documentação e morada.

A Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo (2009) resulta, enfim, da tomada de consciência da existência de um problema e do pouco conhecimento sobre o mesmo. A estratégia reconhece igualmente uma necessidade de respostas, intervenções articuladas e assertivas. Apresenta um conceito de pessoa sem abrigo: Considera-se pessoa sem abrigo aquela que, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição socioeconómica e condição de saúde física e mental, se encontre: sem tecto - vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário; sem casa - encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito.

Assim, e pela primeira vez em Portugal, vislumbra-se vontade política para criar condições para que “ninguém tenha de permanecer na rua por falta de alternativas e, sobretudo, assegurar a existência de condições que garantam a promoção da autonomia, através da mobilização de todos os recursos disponíveis de acordo com o diagnóstico e as necessidades individuais, com vista ao exercício pleno da cidadania” (Estratégia Nacional para Integração da Pessoa Sem Abrigo-2009).

Portugal foi um dos primeiros países Europeus a declarar na sua Constituição em 1976, que: “1. Todos têm direito, para si e para a sua família, a uma habitação de dimensão adequada, em condições de higiene e conforto e que preserve a intimidade pessoal e a privacidade familiar. 2. Para assegurar o direito à habitação, incumbe ao Estado: a) Programar e executar uma política de habitação inserida em planos de ordenamento geral do território e apoiada em planos de urbanização que garantam a existência de uma rede adequada de transportes e de equipamento social; b) Promover, em colaboração com as autarquias locais, a construção de habitações económicas e sociais; c) Estimular a construção privada, com subordinação ao interesse geral, e o acesso à habitação própria ou arrendada; d) Incentivar e apoiar as iniciativas das comunidades locais e das populações, tendentes a resolver os respectivos problemas habitacionais e a fomentar a criação de cooperativas de habitação e a autoconstrução. 3. O Estado adoptará uma política tendente a estabelecer um sistema de renda compatível com o rendimento familiar e de acesso à habitação própria” (Constituição da República Portuguesa, 1997).

Contudo, até aos finais dos anos 90, as políticas de habitação social, não foram eficazes na resposta às necessidades dos mais pobres. Só em meados de 90, o programa especial de realojamento (PER) tornou possível enfrentar, de uma forma mais adequada, os problemas de milhares de famílias que viviam há décadas em barracas e em habitações degradadas. O acesso à habitação é uma das maiores dificuldades com que os cidadãos Europeus têm sido confrontados.

Conseguir uma habitação adequada e condigna é condição necessária para usufruir de um conjunto de direitos, incluindo o direito à educação, o direito ao trabalho, o direito à protecção social, o direito aos cuidados de saúde e à vida em família.

Muitas pessoas são confrontadas com esta situação e, face à inexistência de uma habitação adequada para viver, vêem-se forçadas a permanecer e dormir na rua, em viaturas abandonadas, abrigos e “barracas”. Algumas destas pessoas vivem abaixo do limiar da pobreza e em situação de exclusão social, conduzindo ao aparecimento de determinados grupos sem alojamento e acompanhamento social adequados. Entre eles encontram-se os sem abrigo e as populações desalojadas.

O estudo sobre os sem abrigo encontra vários obstáculos, em grande parte por se tratar de uma área longe de ser prioritária nas políticas sociais. As verbas disponibilizadas são sempre muito reduzidas, o que não facilita a pesquisa e inviabiliza o acesso a números oficiais suficientemente esclarecedores do fenómeno em Portugal. Tendo em conta que o fenómeno dos sem abrigo se encontra distante do normal funcionamento da sociedade e dos seus instrumentos de controlo, não é fácil conferir-lhe uma dimensão estatística que permita avaliar de uma forma credível os números. Exemplificativamente, não podemos deixar de referir que os Censos 2011 obrigam a que a pessoa seja recenseada num alojamento familiar, o que exclui escritórios, hotéis e, claro, a rua. Pela primeira vez os sem abrigo foram contabilizados isoladamente, ainda que de uma forma mascarada. Partindo do princípio, óbvio apenas para alguns, que as estações de comboio não se constituem como alojamentos e muito menos como alojamentos familiares, as 34 pessoas sem abrigo que dormem na Estação do Oriente, em Lisboa, tiveram de ser incluídos nos dois edifícios familiares mais próximos: as Torres São Rafael e São Gabriel. Mesmo que lhes assista a designação de sem tecto, foram referenciados como vivendo em habitação de luxo. É apenas um exemplo da paradoxalidade deste fenómeno em Portugal: demasiado constrangedor para ser publicamente ignorado, mas igualmente constrangedor para ser publicamente assumido.

A FEANTSA ao definir sem abrigo refere que este termo também se reporta às pessoas que são incapazes de aceder e manter uma forma de viver adequada através dos seus próprios meios, ou são incapazes de lidar com as dificuldades, mesmo com a ajuda dos serviços sociais. Ora, esta definição enfatiza a vertente mais improdutivo das pessoas sem abrigo, acentua os seus défices e incapacidades e desvaloriza a influência e interacção de outros factores. A par desta visão reducionista, por parte dos estudos realizados até então, as próprias políticas interventivas das

instituições que trabalham com as pessoas sem abrigo são orientadas, na maior parte das vezes, por uma lógica de política de urgência (Branco, 2004), que tende a definir como prioritário, na sua intervenção, a satisfação das necessidades básicas (e.g., fome, sede), desvalorizando que existem outras necessidades (e.g., bem estar, qualificação e formação profissional, promoção de sentido de autonomia e auto-eficácia), que quando satisfeitas poderão, por si mesmas, facilitar a satisfação de necessidades primárias. Esta visão limita a compreensão deste problema social e conseqüentemente as próprias estratégias de intervenção definidas pelas instituições/ associações que actuam com esta população.

Quem detém alguma responsabilidade sobre estas questões da pobreza deverá encará-la de forma humanista e menos paternalista. Todos os seres humanos independentemente da sua condição socioeconómica têm direito à felicidade, ao amor, à ternura e ao bem-estar de um lar. Não se trata da disponibilização de comida e cama, por parte dos abrigos, trata-se da criação de estruturas que possam conferir ao ser humano que se encontra na situação de sem abrigo o acesso à felicidade, ao amor e ao exercício pleno da cidadania, de acordo com as suas reais capacidades. Não podemos exigir a um ser humano que já nasceu nas piores condições socioeconómicas, sem acesso à saúde, à educação, à cultura, ao desporto, ao trabalho e a um lar, o mesmo que exigimos a quem sempre teve tudo à nascença.

Um dos instrumentos indispensáveis à compreensão do problema dos sem abrigo é o da história de vida, que permita analisar o percurso de cada um, a percepção subjectiva que têm da sua própria situação, das suas necessidades, hábitos e costumes, problemas, capacidades, motivações. Uma outra linha de análise é a que diz respeito ao estudo objectivo das características bio-psico-sociais dos sem abrigo, tal como pretendemos fazer ao longo desta investigação. Não é pela simples atribuição de uma casa que se ultrapassa a questão dos sem abrigo, as comunidades de inserção, no nosso entender, possibilitam a criação de um espaço relacional de partilha que permite conhecer a história de vida prévia e a reconstrução de uma nova história futura focada na aquisição de novas competências.

Sugere-se então, que as políticas de intervenção nas situações de sem abrigo deveriam assentar numa lógica de promoção do empowerment e não numa lógica de assistencialismo. Este é um processo pelo qual os indivíduos ganham mestria e controlo sobre as suas vidas, autonomamente acedem aos recursos da comunidade e participam democrática e activamente na vida da sua comunidade. Este nível de análise remete para a percepção de controlo da vida, para

uma atitude pró-activa e uma compreensão crítica do ambiente sociopolítico. O nível de análise psicológico implica três componentes: uma componente intrapessoal que inclui variáveis de personalidade (locus de controlo), cognitivas (autoeficácia) e motivacionais; uma componente interaccional, que integra a forma como as pessoas utilizam as suas competências para influenciar os seus ambientes e aceder aos recursos; e uma componente comportamental, ou seja, à acção de exercer controlo na participação activa das actividades das suas comunidades.

É apontada a necessidade de desenvolver investigação longitudinal neste domínio, com especial relevância em populações de jovens adultos a fim de melhor identificar as variáveis que interferem na emergência do primeiro episódio de sem abrigo. Esperamos que este estudo contribua para que a noção de sem abrigo deixe de ser um drama individual que não pesa nas estatísticas oficiais, descansa nossas consciências, e não provoca insegurança. Enfim, desde que eles se mostrem pacíficos, agradecidos e confinados. Esta é uma realidade intolerável para uma sociedade que pretenda ser uma comunidade de inserção.

## **2. Principais conclusões**

Ao longo desta investigação foram abordados diversos aspectos que demonstram a profunda ligação existente entre a problemática dos sem abrigo e fenómenos extremos de exclusão que, usualmente, comportam a história de consumos de substâncias, uma frágil saúde mental, uma parca rede social de apoio e lacunas de um processo de vinculação, construído de forma frágil. Na sua história de vida, os sem abrigo transportam um rol de perdas, de abandonos, medos, angústias, isolamento, ruptura emocional, ausência de um sentimento de pertença familiar, empobrecimento da rede primária de suporte, doença, enfim, uma sucessiva e abrangente constelação de acontecimentos de vida stressantes em todas as dimensões: pessoal, familiar, social, laboral, institucional.

Os resultados deste estudo enfatizam que os sem abrigo são um fenómeno multicausal. Não são apenas factores económicos que, de um ponto de vista subjetivo, causam e mantêm este problema. Do ponto de vista das pessoas afectadas, factores pessoais, especialmente sentimentos de solidão e abandono, doença mental, problemas de drogas, abuso de álcool, junto com factores relacionados a problemas interpessoais (divórcio, fim de amizades, etc) desempenham um papel muito importante na origem e manutenção do problema. Os resultados encontrados apontam para que os principais factores sejam de ordem pessoal, seguidos dos de ordem afectiva e



económica. A incidência de acontecimentos de vida stressantes claramente indicou o abandono familiar como uma das causas do surgimento do primeiro episódio de sem abrigo.

Um segundo ponto a considerar neste estudo é que os sem abrigo tendem a colocar o surgimento dos acontecimentos de vida stressantes antes da ocorrência do primeiro episódio de sem abrigo, o que poderá considerar uma relação causal entre variáveis: a sua ocorrência num período de tempo antes de um fenómeno (Haynes, 1992). Esse facto deve ser considerado com cautela pois uma segunda possível explicação da falta de acontecimentos de vida stressantes "depois" de serem sem abrigo é a existência de certas alterações cognitivas que conduzem a uma percepção dos problemas como tendo desaparecido (Muñoz et al., 1995). Isto é, o acontecimento de vida stressante continua presente, mas deixa ser stressante ou problemático para o próprio (Taylor, 1989).

No que toca à vinculação, pretendemos através da análise das dimensões sociais gerais ligadas a vinculação adulta, contribuir para a compreensão da possível relação existente entre a problemática dos sem abrigo e teoria da vinculação.

Para além de viver fora da protecção de quatro paredes a população sem abrigo parece sobreviver fora da protecção das relações afectivas. A "doença dos laços" ou a "patologia do vínculo", mais do que terminologias utilizadas por diversos autores na abordagem desta problemática, são amplos conceitos que põem em evidência o impacto da esfera afectiva e das dinâmicas relacionais estabelecidas ao longo do ciclo de vida, nos processos de exclusão social.

Relativamente aos instrumentos utilizados neste estudo, podemos afirmar que o QEVSA fornece uma avaliação da sociabilidade do indivíduo (isto é, a sua capacidade de interagir positivamente com os outros), mais precisamente a capacidade de estabelecer e manter com os outros contactos sociais íntimos e satisfatórios. Tendo em conta os objectivos do estudo, este instrumento demonstrou-se adequado, revelando ser facilmente compreendido.

Os resultados obtidos sugerem que a população sem abrigo parece corresponder a indivíduos que se sentem pouco à vontade na presença dos outros. Afirmam uma falta de confiança generalizada e revelam-se insatisfeitos com as suas relações interpessoais. Dificilmente percebem porque as pessoas não-de gostar deles ou desejar estabelecer relações. Têm tendência a não investir nas relações sociais, a não criar laços de proximidade, em suma, a evitar qualquer situação que pressuponha níveis altos de compromisso e intimidade. Reiteram a sua independência, exprimindo frequentemente sentimentos de rejeição e de isolamento. Por outro lado, apresentam grande preocupação com os relacionamentos, sentem que os outros não lhe reconhecem o devido

valor e, por tanto, não os estimam o suficiente. Desejariam estar mais próximos dos outros, inquietam-se quando lhes são indiferentes e sentem que não são amados.

Abordar temas como a vinculação na população sem abrigo é uma tarefa complexa, quer pela amplitude que a exclusão social comporta nesta população, quer pela própria exclusão poder funcionar como forma de defesa de uma relação de proximidade. Torna-se evidente que a condição de sem abrigo é precedida de um longo processo de desenraizamento familiar e social, com rupturas sucessivas. Os dados sugerem que esta população pode oscilar entre estes dois modos de adaptação (evitante e ansioso), manifestando, muitas vezes, um comportamento afectivo ambivalente.

No que toca à saúde mental constatamos que 80% dos sem abrigo são portadores de transtorno mental, bem como 42.5% da população carenciada.

As conclusões do primeiro estudo nacional sobre doença mental liderado por Caldas de Almeida (2010), revelou que 23 % dos portugueses sofreram de alguma doença psiquiátrica no último ano e que 43% destes já sofreram de alguma destas patologias durante a vida.

Tal como referido no Plano Nacional de Saúde existem situações de exclusão social que resultam de doenças psiquiátricas, bem como do consumo excessivo e/ou dependência de álcool e drogas, nomeadamente nos sem-abrigo, grupo em que a prevalência de perturbações psiquiátricas (incluindo abuso e/ou dependência de álcool e drogas) é superior a 90%.

Os dados encontrados neste estudo parecem assim ser coincidentes com os dados encontrados noutras pesquisas nacionais.

Ora, se a população sem abrigo apresenta um elevado número de acontecimentos de vida stressantes, alto índice de psicopatologia e uma vinculação insegura não será de estranhar que as relações que estabelecem com o meio que as rodeia sejam pouco satisfatórias. Uma vinculação segura supõe bom nível de auto confiança e de confiança no meio, pelo que, em situações de stress as pessoas com vinculação segura com facilidade acedem a figuras de vinculação e acreditam que são dignos do amor e atenção destas. Pessoas com vinculação insegura, face a acontecimentos

stressantes oscilam entre o isolamento e evitamento do outro, e a sua procura activa de uma forma desajustada. A relação dos sem abrigo com os serviços de saúde mental é disto exemplo claro: ou evitam os serviços e em face de alguma contrariedade abandonam consultas e medicação, o que conduz a descompensações psiquiátricas e novos episódios de internamento; ou procuram o seu apoio de forma apelativa, como se não houvesse amanhã e tudo tivesse o carácter de inadiável

urgência. Estes dois pólos relacionais são sobejamente conhecidos dos sem abrigo e dos profissionais de saúde. Como podem os técnicos agir terapêuticamente face a esta polaridade relacional? Sabemos que só relações de vinculação seguras poderão refazer padrões prévios de insegurança, mas sem dúvida que estas, com a população sem abrigo, dificilmente emergem em contextos de consulta externa ou em episódios de internamento. É fundamental consciencializar os detentores de poder e também os profissionais de saúde e de acção social para a importância do trabalho terapêutico que é desenvolvido nas instituições residenciais para sem abrigo.

Actualmente, reconhece-se que a saúde mental não deverá ser unicamente avaliada a partir de reacções negativas como a depressão ou ansiedade. É consensual que a integração de medidas de emoções positivas e de satisfação com a vida e consigo mesmo é essencial no sentido de captar um retrato mais completo da saúde mental de determinado individuo. É importante destacar que em termos de bem estar psicológico a média foi significativamente superior no grupo das pessoas carenciadas quando comparado com os sem abrigo.

No que concerne ao suporte social, o grupo de referência obteve igualmente médias significativamente superiores às do ao grupo dos sem abrigo, em todas as subescalas e na escala total. O número de familiares e amigos íntimos também é significativamente superior para o grupo de referência. Assim, os sem abrigo referem menor apoio emocional, afectivo, instrumental e menor interacção social positiva. Durante estes anos foram publicados diversos artigos científicos de revisão sobre as evidências da teoria que suporta que o apoio social exerce como buffer dos efeitos do stress psicossocial e físico e tem um efeito directamente proporcional na saúde das pessoas.

A Organização Mundial de Saúde entende a saúde como "um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou dor". Nesta definição, a "saúde mental" é entendida como um aspecto vinculado ao bem estar, à qualidade de vida, à capacidade de amar, trabalhar e de se relacionar com os outros. Ao defini-la nesta perspectiva positiva, a OMS convida a pensar na saúde mental "muito para além" das doenças e das deficiências mentais.

Para melhorar a saúde mental dos sem abrigo são fundamentais intervenções que promovam a qualidade de vida e que criem redes de apoio. Os tipos de intervenção que criam redes, são usados fundamentalmente quando o individuo se encontra isolado socialmente, com um número reduzido de vínculos, por um lado, ou quando os vínculos sociais existentes são considerados como prejudiciais para o sujeito, por outro. O seu objectivo primordial é, por isso, aumentar o número de membros da rede, criando novos vínculos. Tendo em conta que um dos

resultados mais expressivos, da avaliação do programa de intervenção da CINO, é o facto de este ser considerado um factor de reforço da rede de apoio, passamos de seguida a apresentar uma sumária reflexão acerca deste.

No que concerne às particularidades da estrutura reconhecidas como mais valia para o processo de reabilitação, percebemos que são identificadas como mais valia a importância de uma equipa multidisciplinar; a intervenção ser centrada na pessoa e existir uma participação activa do próprio no processo de reinserção; as actividades de psicoterapia e de grupo e a existência de um período inicial de regime fechado como forma de prevenção de recaída, bem como, a existência de contacto com o exterior na segunda fase do programa.

Reforçamos que as conquistas mais valorizadas pelos próprios no decurso da sua estadia na CINO foram de três ordens: saúde (mental e física), tais como abandono de consumos, equilíbrio emocional; profissional, onde se destaca o reforço da escolaridade e qualificação profissional, bem como a aquisição de uma identidade profissional; relacional (aprendizagem de competências interrelacionais, reaproximação familiar, e reforço da rede social de apoio).

Findo o programa torna-se importante avaliar se o individuo é capaz de manter a sua autonomia ou se beneficiaria de integração em estrutura residencial de carácter prolongado. Se existem casos em que é possível a autonomização, outros há em que tal ideal não é atingível. Nestas situações o programa de intervenção da CINO poderá funcionar como método diagnóstico que permita um eficaz encaminhamento. Chamamos a atenção para a necessidade destes programas serem complementados por políticas habitacionais adequadas. Dificilmente estes utentes poderão aceder a outras rendas que não as sociais e é fundamental que as empresas de habitação social sejam responsabilizadas por estas questões e sejam definidos programas concelhios eficazes e devidamente articulados sob pena do processo de reabilitação se transformar no, já conhecido, fenómeno de porta giratória.

É incompreensível que estando já delineado o perfil de sem abrigo, no qual constatamos que o sem abrigo português é maioritariamente isolado, sejam praticamente inexistentes os apartamentos T1 ou T0 ao nível da habitação social. Por falta de fogos com características adequadas às necessidades dos sem abrigo, quem mais precisa de aceder a habitação social, fica confinado às fileiras de lista de espera de décadas. Urge responsabilizar os detentores de poder nesta matéria sobre a integração de critérios que garantam que esta população é prioritária ao nível da atribuição de habitação social; sobre a necessidade de flexibilizar os processos de atribuição de

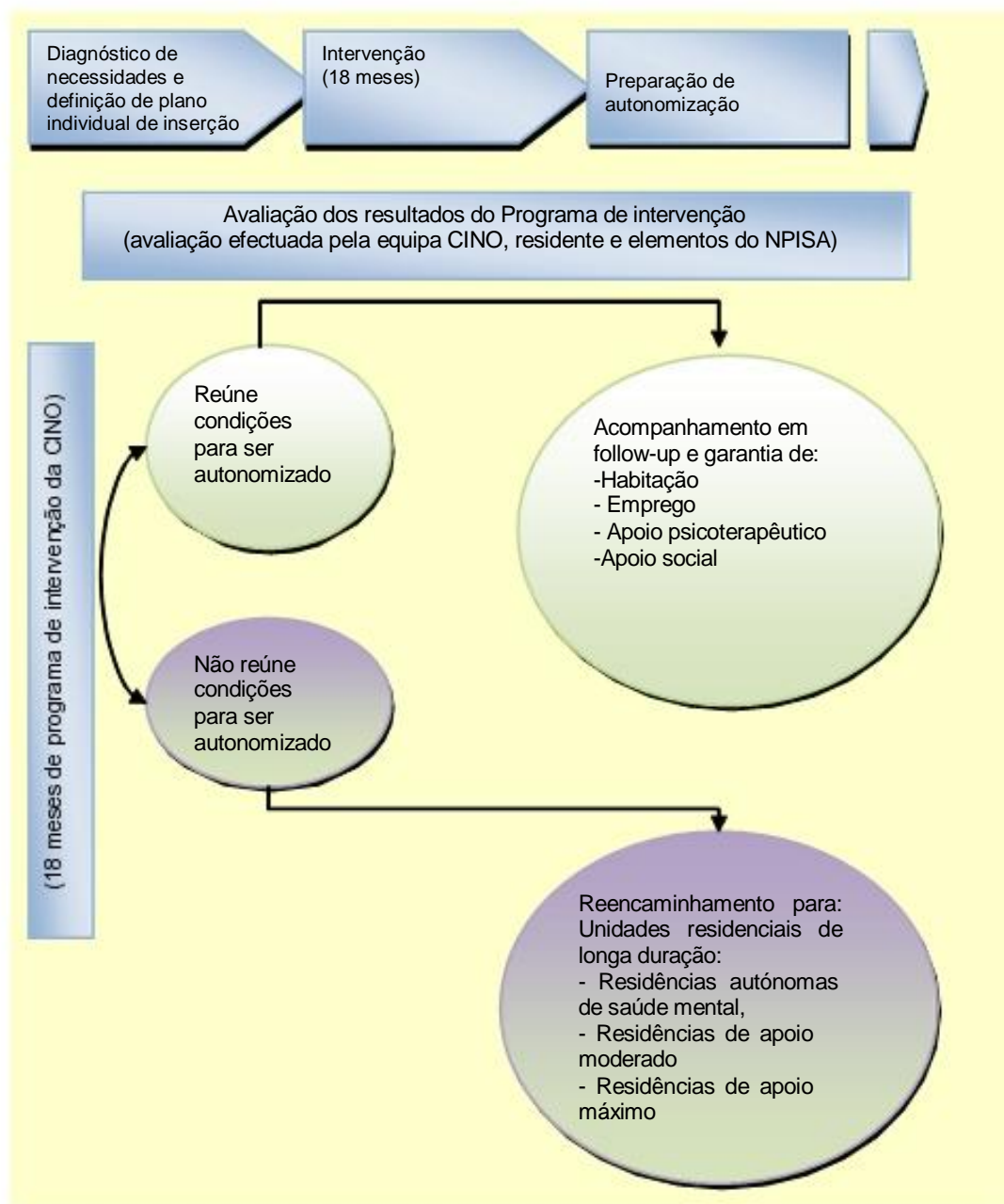
casa podendo criar alternativas de atribuição temporária para fazer face a um período de maior vulnerabilidade; e para a necessidade de criar apartamentos partilhados são apartamentos, em blocos de habitação social, não identificados como instituição, que se destinam a ser partilhados por um conjunto de pessoas com determinadas características e competências. O alojamento nestas condições não deverá ser superior a um ano e deverá ter um acompanhamento técnico regular (pelo menos semanal). Estes apartamentos têm como objectivos: garantir alojamento a baixo custo, partilhado ou individual, facilitar o processo de autonomização, desenvolver competências específicas de gestão doméstica, gestão de conflitos e partilha e criar condições para a busca activa de alojamento próprio. Consideramos que esta população necessita de acompanhamento na fase de adaptação à nova residência, assumido por assistentes sociais e psicólogos em regime de apoio domiciliário. Inicialmente o contacto é constante, devendo progressivamente estabelecer-se uma frequência de visitas. As necessidades mais frequentes prendem-se com o treino de actividades quotidianas e com o acompanhamento ao nível do tratamento de dependência de álcool ou drogas. Defendemos ainda que a prevenção e a reintegração devem ser respostas complementares, pois existirão sempre pessoas que necessitam de apoio mais especializado, podendo beneficiar dele em instituições ou nas suas próprias residências, prevenindo os fenómenos de dessocialização. São assim necessárias políticas sociais que congreguem intervenções preventivas, de reinserção e de manutenção da inserção da população mais vulnerável a processos de exclusão social.

As medidas de intervenção local postuladas na estratégia nacional para os sem abrigo não podem ficar exclusivamente no papel, nem demorarem anos a ser implementadas por dificuldades meramente administrativas. Grande maioria das dificuldades encontradas a este nível não se prende exclusivamente com a escassez de verba mas, acima de tudo, com a dificuldade de operacionalizar as medidas.

Por outro lado, na situação particular dos sem abrigo com patologia psiquiátrica incapacitante e que origine situações de risco social, pela dificuldade do próprio em garantir a sua autonomia, urge criar soluções comunitárias eficazes que garantam o êxito do processo de reintegração comunitária dos portadores de doença mental. A legislação nesta matéria é muito adequada, no entanto, questionamo-nos se o actual contexto de enormes constrangimentos financeiros não irá atrasar a implementação da estratégia. Realçamos a vitalidade destas estruturas e a necessidade de agilizar meios e recursos para que seja garantido a estes utentes o acesso a condições de habitabilidade, satisfação das necessidades básicas e cuidados de saúde.

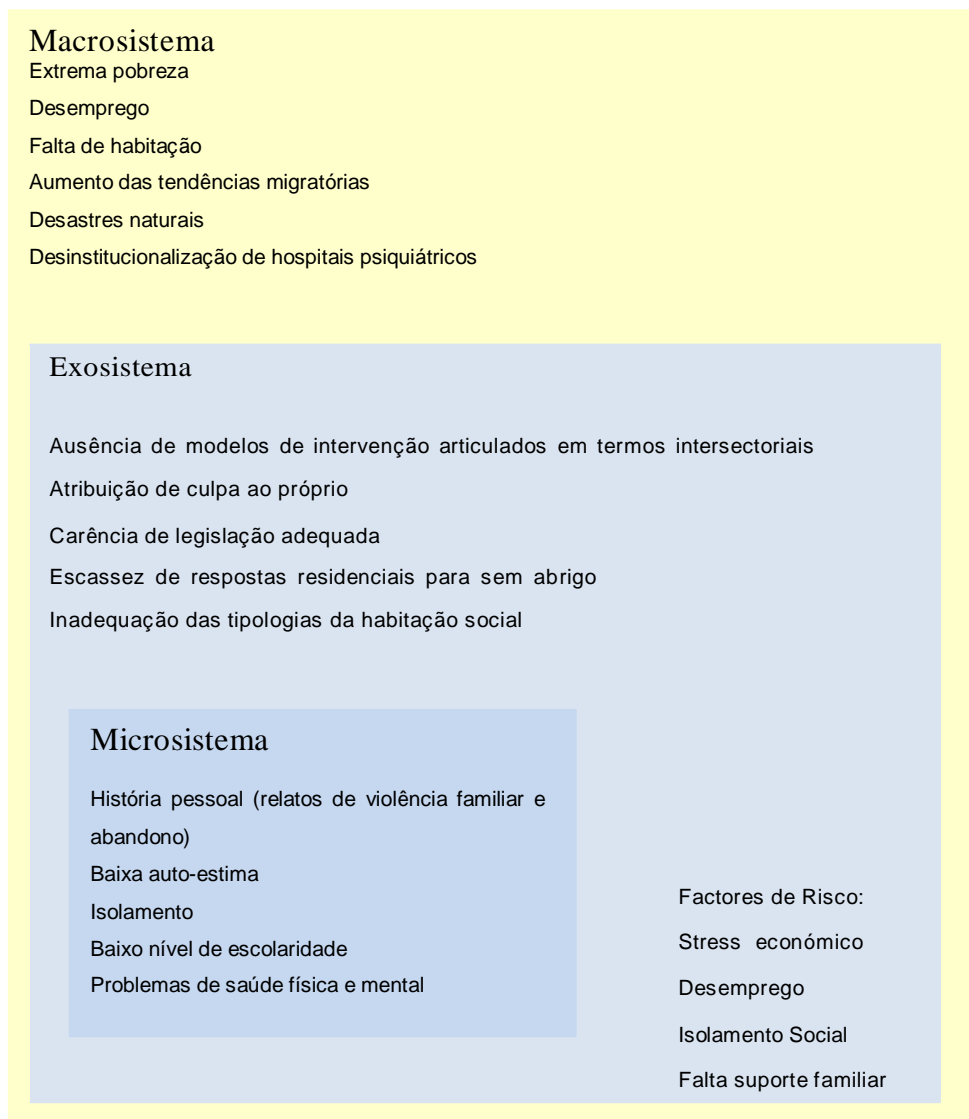
Realçamos ainda a pertinência de garantir mecanismos de emprego protegido para estes utentes como forma de prevenir o ciclo de exclusão.

Como tentativa de sistematizar o processo de intervenção elaboramos o seguinte esquema:



Esquema 2 - Esquema geral da intervenção

Corsi (1995) propôs um modelo ecológico no qual tenta elaborar uma grelha de leitura sobre a violência familiar que nos parece possível adaptar à questão da intervenção junto de população sem abrigo. Esta leitura sugere lentes diferentes que poderemos adoptar consoante a ressonância de cada um de nós, tendo em consideração que o objectivo será amplificar a nossa criatividade, flexibilidade e melhorar a articulação inter-institucional, pois esta é uma problemática transversal a diversos sectores de intervenção e com múltiplas causalidades.



**Esquema 3- Modelo ecológico de leitura da problemática dos sem abrigo**

Este esquema está, simbolicamente, escrito em vários tipos de letra. Pretendemos desta forma destacar que para além dos diferentes sistemas terem conteúdos distintos, as estruturas que pertencem a cada um destes dificilmente falam a mesma linguagem, pelo que os circuitos de

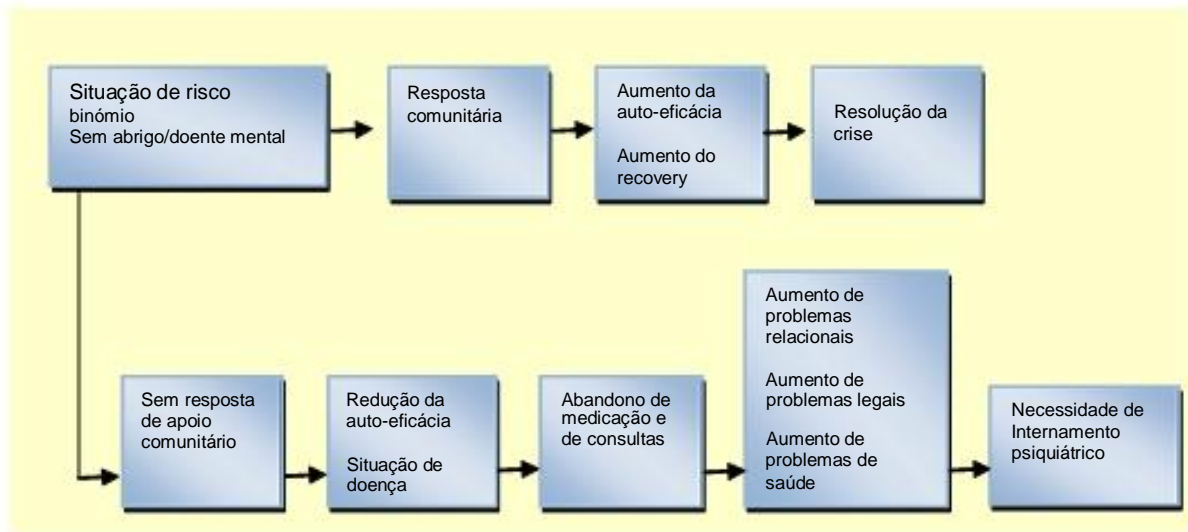
comunicação inter-sectoriais se tornam complexos e ineficazes. Nem o sem abrigo se consegue repensar no contexto do macro- sistema, nem o macro-sistema consegue aceder à vivência do sem abrigo. Como em maioria das separações, este divórcio por mútuo consentimento, entre o sem abrigo e a sociedade, não prima pelas capacidades comunicacionais.

Tal como podemos constatar, vários factores podem estar associados à condição de sem abrigo, podendo ser divididos em três níveis: o primeiro corresponde a variáveis estruturais ou macro que compreenderia a extrema pobreza, o desemprego, a falta de habitação, o aumento das tendências migratórias, os desastres naturais e a desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos; o segundo nível inclui a família, o suporte social e o enquadramento legal e operacional da questão dos sem abrigo. Inclui ainda as questões educacionais, nomeadamente a formação cívica; o terceiro nível, denominado de variáveis individuais ou micro, refere-se aos factores de risco inerentes ao perfil de sem abrigo (faixa etária de 30 a 40 anos, sexo masculino, solteiro ou separado, nível baixo de escolaridade, situações de violências na infância e doenças debilitantes físicas e mentais).

Há um risco evidente em se negar a óbvia importância dos factores macro na génese dos sem abrigo. As variáveis micro têm relevância como marcadores de vulnerabilidade numa situação em que os factores macro estão em escassez, como em épocas de grande desemprego e falta de habitação para a população. Os factores de riscos individuais para a condição de sem abrigo só podem ser entendidos dentro de um processo social maior, ou seja, os factores macro. É lógico pensar que os indivíduos com distúrbios mentais maiores têm uma maior dificuldade de sobrevivência em situações de crise. A situação pioraria ainda mais se esses indivíduos não tivessem uma rede adequada de apoio.

Apesar da dificuldade de se entender todo o processo e as variáveis envolvidas na condição de sem abrigo, esse problema deveria ser uma das prioridades em saúde.





**Esquema 4 - Modelo de intervenção comunitária em termos de saúde mental**

Não podemos deixar de repetir o êxito da política de desinstitucionalização hospitalar passará pela criação/adaptação das respostas comunitárias necessárias para garantir que a população sem abrigo, com problemas de saúde mental, possa ter acesso a cuidados de saúde e condições de habitabilidade e sobrevivência.

Na introdução deste estudo começámos por dizer que o fenómeno dos sem abrigo comporta um rol de questões multifactoriais que nos levam a questionarmo-nos a todos, enquanto profissionais, investigadores e em última instância enquanto cidadãos. Após a reflexão acerca dos resultados do estudo, permitam-nos a partilha que, eticamente se impõe, quando se trabalha nesta área. Esta nota, não é um resultado do estudo, é um resultado do “estado” em que estamos.

Que tipo de inserção estamos a promover, quando por um lado atribuímos subsídios mensais sem acompanhamento efectivo dos beneficiários, e por outro não investimos suficientemente na criação e manutenção de respostas comunitárias e equipas multidisciplinares capazes de efectuar um trabalho de proximidade, sustentado no tempo. Como poderemos considerar que a políticas sociais são eficazes quando só uma minoria dos sem abrigo é beneficiário de Rendimento Social de Inserção e na sua maioria não conseguem aceder a habitação social? Como nos podemos demitir das nossas responsabilidades profissionais quando sabemos que maioria desta população tem sérias dificuldades de gestão económica e que os parques apoios que têm, não se traduzem em benefício real para a sua inserção?

Talvez as medidas que passamos a apresentar possam parecer demasiado paternalistas, no entanto, a realidade vai-nos consciencializando da existência de uma franja da população que carece destes cuidados e da qual não nos podemos continuar a alhear, sendo fundamental a criação de políticas sociais adequadas, sob pena da nossa seriedade profissional e cívica ser hipotecada. Para os poucos que usufruem de prestações sociais, tendo em conta as suas vulnerabilidades, eventualmente, parte da prestação poderia ser directamente direccionada para o pagamento da renda da casa e o restante recebido com uma periodicidade semanal, tal como acontece em Inglaterra, para que pudesse ser rentabilizado ao longo do mês.

Durante quanto tempo mais precisamos assistir a situações de perda de habitação social, por falta de pagamento dos beneficiários de rendimento social de inserção? Qual o sentido do Estado atribuir uma prestação social e depois cobrar uma renda por uma habitação? Não seria mais apropriado atribuir a casa gratuitamente e facultar uma prestação inferior? Eventualmente. Mas o problema é que a casa é atribuída pelas empresas de habitação social e a prestação, por sua vez, é atribuída pela segurança social. Quando tudo falha e estamos perante uma acção de despejo de um potencial sem abrigo que incumpriu “as normas” socialmente exigidas, à duas hipóteses: a) se tiver a sorte de frequentar consultas, pede-se um relatório ao psiquiatra que ateste a falta de competências básicas que lhe permitam cumprir o definido pelos serviços sociais e é-lhes concedido a permanência na casa; b) caso não tenha a sorte de beneficiar do estatuto de “louco” passa beneficiar do estatuto de sem abrigo. Não seria mais fácil fazer um diagnóstico das situações de maior vulnerabilidade e criar respostas preventivas, no sentido de apoiar as pessoas mais vulneráveis a fenómenos de exclusão.

Onde ficam então as comunidades de inserção? De que servem os resultados destes estudos? Quem tem em consideração o perfil dos sem abrigo para a elaboração de estratégias de intervenção? De que serve toda a legislação e estratégias nacionais, tão bem escritas, se não são prioritárias aos olhos de quem decide?

Este conjunto de questões não pretende mais do que, de facto, evidenciar que o “divórcio por mútuo consentimento” entre os sem abrigo e a sociedade é uma realidade incontornável. E o divórcio entre os profissionais e os serviços; e entre os serviços e os investigadores, será litigioso? Ou estaremos todos demasiado cansados e contentamo-nos por escrever conclusões de estudos que ninguém vai ler? Esta será porventura a maior limitação do nosso estudo. Mas passaremos a apresentá-las com mais detalhe no ponto seguinte.

### 3. Limitações

Cumpre-nos destacar que algumas leituras resultantes da presente investigação devem ser apresentadas com prudência na interpretação e generalização dos resultados, e nas conclusões enunciadas.

A primeira limitação do estudo advém do facto dos instrumentos utilizados serem de auto registo, sendo que a utilização destas medidas implica que se considerem aspectos como a desejabilidade social, a falsificação ou o estilo de resposta na análise das respostas (Pais Ribeiro, 2007). Como fonte de informação, o auto relato, tem numerosas vantagens, das quais destacamos o acesso à informação de forma relativamente fácil, com baixos custos em termos de tempo e de esforço despendido pelos investigadores. Contudo, o auto relato está sujeito a enviesamentos e a imprecisões. Por exemplo, alguns indivíduos podem querer auto apresentar-se de um modo positivo subvalorizando aspectos que consideram ser inconvenientes e sobrevalorizando outros que imaginam ser desejáveis.

A propósito da QEVSA, não podemos deixar de considerar as críticas apontadas ao recurso a medidas de auto registo na avaliação da vinculação (Belsky, 2002; Bernier & Dozier, 2002; Waters et al, 2002). No entanto, as associações significativas encontradas entre as medidas de auto resposta e as entrevistas que avaliam os padrões de vinculação (Feeney & Noller, 1991; Bartolomew & Horowitz, 1991; Bartolomew & Shaver, 1998; Griffin & Bartolomew, 1994b; Shaver et al, 2000), bem como, a economia de tempo necessária na administração dos instrumentos de avaliação justificam a sua utilização.

O tamanho da amostra é, indubitavelmente, outra das limitações do presente estudo. Ainda a este propósito, tal como já o referimos anteriormente, consideramos pertinente chamar a atenção para aspectos procedimentais que influenciaram o reduzido número de participantes.

As limitações identificadas não impedem, no entanto, em nosso entender, que alguns dos resultados a que chegámos neste trabalho sejam considerados.

#### 4. Implicações práticas

Ao longo da discussão dos resultados obtidos, algumas considerações foram feitas sobre as suas implicações teóricas, mais especificamente sobre o suporte empírico que forneciam a algumas perspectivas e modelos teóricos, bem como às questões que levantavam. No entanto, da investigação realizada decorrem igualmente algumas implicações práticas que consideramos merecedoras de destaque.

Uma das implicações práticas do presente estudo foi a contribuição para a definição de perfil do sem abrigo da zona centro do país. Bem como a contribuição para a criação de medidas preventivas, tendo em conta o perfil do sem abrigo e a existência de grupos de risco.

Propomos a criação de um observatório sobre a saúde mental dos sem abrigo que possa caracterizar a realidade no nosso país, identificar os recursos comunitários existentes, as necessidades, as prioridades de intervenção e que implemente guide lines de actuação uniformes e validados.

Uma das outras implicações é o facto de constataremos a importância da integração de psicólogos e psiquiatras nas equipas de trabalho que actuam junto de população sem abrigo, quer pelos altos índices de psicopatologia encontrados, quer pela necessidade de implementar uma intervenção que reforce o bem estar psicológico desta população e que contribua para alterar padrões prévios de vinculação insegura. Trabalhando aspectos como a avaliação e análise das representações disfuncionais sobre si próprios e sobre os outros (Guidano, 1991; Main et al., 1985; Rutter, 1995; Safran & Segal, 1990; Sperling & Lyons, 1994) e permitindo que a relação terapêutica actue como uma experiência desconfirmatória (Guidano, 1991; Safran & Segal, 1990; Sperling & Lyons, 1994; West & Sheldon-Keller, 1994b), poderemos actuar no sentido da reelaboração dos modelos internos dinâmicos (Bowlby, 1980; Main et al., 1985; Rutter, 1988) e da reestruturação de esquemas interpessoais, objectivando a ruptura de ciclos interpessoais negativos (Safran & Segal, 1990). Sugerimos que as políticas de intervenção nas situações de sem abrigo devam assentar numa lógica de promoção do empowerment e não numa lógica de assistencialismo. Sugerimos ainda criar um instrumento de investigação que permita caracterizar/obter o perfil dos sem abrigo por forma a melhor definir estratégias de intervenção/prevenção. Sensibilizamos os serviços para a necessidade de avaliar as diferentes metodologias de intervenção utilizadas nas estruturas residenciais para sem abrigo, analisando os resultados e impacto de cada uma, de forma a criar guide lines e uniformização de procedimentos.

## 5. Sugestões para futuras investigações

Seria importante em futuras investigações avaliar as diferentes metodologias de intervenção utilizadas nas estruturas residenciais para sem abrigo, avaliando resultados e impacto de cada uma, permitindo a criação de *guide lines* e uniformizando procedimentos.

Seria igualmente pertinente alargar o estudo às restantes zonas do país e comparar com outros países.

Vemos igualmente como importante a possibilidade de fazer um estudo longitudinal de forma a poder seguir um indivíduo antes durante e após a intervenção, avaliando a importância do acompanhamento psicoterapêutico junto desta população.

Seria ainda útil, cruzar os dados obtidos neste estudo com informações recolhidas junto de sem abrigo considerados casos extremos ou marginais, e pertencentes aos grupos de risco face à situação de sem abrigo no sentido de melhor perceber os limites dentro dos quais as variáveis podem oscilar e a forma como estes processos influenciam as mesmas.

Uma vez que o presente estudo utilizou uma amostra reduzida, constituída apenas por residentes da Comunidade de Inserção Novo Olhar e Farol, seria interessante para investigações futuras a replicação deste trabalho em amostras de sem abrigo mais alargadas e provenientes de outras estruturas de apoio residencial, com vista à confirmação ou infirmação dos resultados obtidos. Seria ainda interessante replicar o estudo junto de sem abrigo integrados ao nível do *housing first*, e grupos de risco face à condição de sem abrigo, no sentido de comparar os resultados e propor medidas preventivas.

Desenvolver investigação longitudinal neste domínio, com especial relevância em populações de jovens adultos a fim de melhor identificar as variáveis que interferem na emergência do primeiro episódio de sem abrigo.

Podemos afirmar que mais do que um ponto de chegada esta investigação pretende ser um ponto de partida para futuras investigações neste domínio.

Em anexo, coligiremos os materiais mais relevantes para o desenvolvimento da investigação, incluindo o instrumento de avaliação utilizado, a informação que foi fornecida aos participantes do estudo e a folha de consentimento que foi assinada por estes de modo a confirmar o seu acordo em participar, os pedidos de autorização aos autores dos instrumentos, às instituições onde decorreu a investigação, bem como, a transcrição das entrevistas.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**





**Referências Bibliográficas**

- Abreu, J.L. Pio (1982). O Modelo do Psicodrama Moreniano. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Abreu, J.L.Pio (1994), "Introdução à Psicopatologia Compreensiva". 5ª Edição, Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.
- Abreu, J.L.Pio (2000). O Tempo Aprisionado. Coimbra. Quarteto Editora.
- Abreu, J.L.Pio (2002) Como Tornar-se Doente Mental, Quarteto: Coimbra
- Achenbach, T.M. (1978). Research in Developmental Psychology- concepts, strategies, methods. London: Free Press.
- Adbul-Hamid, W.(1997). The elderly homeless men in Bloomsbury hostels: Their needs for services. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 724-727.
- Ainsworth, M. (1982). Attachment: Retrospect and Prospect. In C. M. Parkes e Stevenson Hinde, 1. (Eds). The place of attachment in human behavior. London: Tavistock Institute of Medical Psychology, 3-30.
- Ainsworth, M. (1994). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hindle & p. Marris (Eds.), Attachment across the life cycle (pp. 3-51). London: Tavistock/Routledge.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, Z., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M.D.S. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61 (9), 792- 811.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Alarcão, M. (1996). Re-criando vínculos: redes de suporte e relações inter geracionais. *Interações*, 4, Julho-Dezembro, 41-49.
- Allen, J. P. Moore, C. Kuperminc, G. (1997). Developmental approaches to understanding adolescent deviance. In S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti, & J. R. Weisz (Eds.), *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder* (pp. 548-567) New York: Cambridge University Press.
- Allen, N. J. e Meyer, J. P.(1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*. 63, 1-18.
- Alves, P.V. (2008) Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho- O caso de um serviço hospitalar. Lisboa. *Sísifo - Revista de ciências da educação* n.º 5,19-32. AMI (2006), Relatório Anual, Lisboa.
- Anan, R. M., & Barnett, D. (1999). Perceived social support mediates between prior attachment and subsequent adjustment: A study of urban African American children. *Developmental Psychology*, 35(5), 1210-1222.
- Anderson D, Bilodeau B, Deshaies G, Gilbert M. (2005). Validation canadienne-française du «MOS Social Support Survey». *Can J Cardiol*;21(10):867-73
- Anderson J. Caton CLM, Wilkins C, Toward Understanding Homelessness (2007). National Symposium on Homelessness Research; People Who Experience Long-Term Homelessness: Characteristics and Interventions (Conference Paper); Washington, D.C. 2007. Mar 1,
- Andrews, F. M., & McKennell, A. C. (1980). Measures of self-reported well-being: Their affective, cognitive and other components. *Social Indicators Research*, 8, 127-155
- Anker, J. (2009) Speaking for the Homeless: Opportunities, Strengths and Dilemmas of a User Organisation, *European Journal of Homelessness* 3, pp.275-88.
- Annis, H. M., Turner, N.E., & Sklar, S.M. (1997). Inventory of Drug-Taking Situations: User's Guide.

- Toronto: Addiction Research Foundation.
- Anthony W.A., Blanch, A. (1989). Research on community support services: What have we learned? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(3), 55-81.
- Antonucci, T. (1976). Attachment: a life-span concept. *Human Development*, 19, 135-142.
- Antunes, T. (1998), "Os Sem Abrigo: Níveis de Intervenção", comunicação nas Jornadas Técnicas da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 11 a 13 de Novembro de 1998, Lisboa.
- Antunes, T. (2003) Um centro modelar para os sem abrigo. Centro de Apoio Social dos Anjos - a casa. Lisboa: Cidade solidária.
- Arce, A.A., Tadlock, M., & Vergare, M.J. (1983). A psychiatric profile of street people admitted to an emergency shelter. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 812-817.
- Ausloos, G. (1996). A competência das famílias, tempo, caos e processo. Lisboa. Climepsi Editores. Avia, M., & Vásquez, C. (1998). Optimismo inteligente. Madrid: Alianza Editorial.
- Avramov, D. (1995) Homelessness in the European Union. Social and Legal Context of Housing Exclusion in the 1990s. Fourth Research Report of the European Observatory on Homelessness (Brussels: FEANTSA).
- Avramov, D. (1996) The Invisible Hand of the Housing Market. A Study on Effects of Changes in the Housing Market on Homelessness in the European Union. Fifth Report of the European Observatory on Homelessness (Brussels: FEANTSA).
- Avramov, D. (1999) Data Sources on Homelessness and Data Necessary for Needs -Based Research, in: D. Avramov (ed.) Coping with Homelessness: Issues to be Tackled and Best Practices in Europe (Aldershot: Ashgate Publishing), pp.145-64.
- Bachrach, L. (ed) (1984) The homeless mentally ill and mental health services: An analytical review of the literature, In H.R. Lamb (ed), The homeless mentally ill, p 11-54, Washington, Psychiatric Association.
- Bachrach, L. L.(1996). Lessons from America: Semantics and services for mentally ill homeless individuals. In: Dinesh Bhugra. Homelessness and mental health. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bag, W. Bundesarbeitsgemeinschaft W. (2009) Statistikbericht 2007. Zur Lebenssituation von Menschen in den Einrichtungen und Diensten der Wohnungslosenhilfe in Deutschland [Data Report 2007. About the Living Situation of Persons in Homeless Services in Germany], author: J. Evers (Bielefeld: BAG W Verlag).
- Bahr, Howard M. (1973). Skid Row: an introduction to disaffiliation, Oxford University Press, New York.
- Bailly, D. (1997). Angustia de separación. Barcelona: Masson.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Bandeira, M.; Gelinás, D.; Lesaga, A. (1998). Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47 (12): 627-640
- Bandeira, M.; Lesaga, A.; Morissette, R. (1991). Desinstitucionalização: importância da infraestrutura comunitária de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43 (12): 659-666.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215
- Baptista, I. (2004) Sem abrigo e imigração: Olhares sobre a realidade em Portugal, Padrões Culturais editora, Lisboa.

- Baptista, I. (2004), Sem-Abrigo em Portugal - elementos de uma reflexão, contributos para um diagnóstico in Estudo dos Sem Abrigo, ISS, I.P. Lisboa.
- Baptista, I. (2009) The Drafting of the Portuguese Homeless Strategy: An Insight into the Process from a Governance-Oriented Perspective. *European Journal of Homelessness* 3, pp.54-74.
- Baptista, I. (2010) Women and Homelessness, in: V. Busch-Geertsema, E. O'Sullivan, N. Pleace and D. Quilgars (eds.) *Reflections on Homelessness Research in Europe, 1990-2010: A Festschrift to Honour Bill Edgar and Joe Doherty* (Brussels: FEANTSA).
- Barrón, A. (1996) *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*, Siglo Veintiuno, España editores, Madrid.
- Bartolomew, K. & Horowitz L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartolomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bassuk, E. L. ; Rubin, L. & Lauriat, M. A. (1984). Is homelessness a mental health problem? *American Journal of Psychiatry*, 141(12):1546 - 1550.
- Bassuk, E. L. (1984). The homeless problem. *Scientific American*, 251(1):28-33.
- Bassuk, E. L., Buckner, J.C., Winreb, L.F., Browne, A., Bassuk, S., Dawson, R. & Perloff, J.N. (1997). Homelessness in female-headed families: Childhood and adult risk and protective factors. *American Journal of Public Health*, 87 (2), 241-248.
- Bassuk, E.L., Rosenberg L. (1988) Why does family homelessness occur?, *American Journal of Public Health* 78, p. 783-788.
- Bazon, M. R. & Biasoli-Alves, Z. M. M. (2000). A transformação de monitores em educadores: uma questão de desenvolvimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), 199-204.
- Becker, T.E. (1992). Foci and bases of commitment: are they distinctions worth making? *Academy of Management Journal*, 35(1), 232-244.
- Belsky, J. (1988). Infant day care and socioemotional development: The United States *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 29, 397-406.
- Belsky, J., & Fearon, R. M. P. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: a moderational analysis. *Development and Psychopathology*, 14, 293-310.
- Bender, M. P. (1978). *Psicologia da Comunidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Benjaminsen, L. and Christensen, I. (2009) Hjemløshed i Danmark. *National Kortlægning [Homelessness in Denmark. National Mapping]* (Copenhagen: SFI 07: 22).
- Benjaminsen, L. and Dyb, E. (2008) The Effectiveness of Homeless Policies - Variations among the Scandinavian Countries, *European Journal of Homelessness* 2, pp.45-67.
- Bento, A. (2004), *Sem abrigo e instituições, Sem abrigo e Imigração, Olhares sobre a Realidade em Portugal*, Stória Lda., Lisboa.
- Bento, A. et al (1996) *Os sem abrigo na cidade de Lisboa*, Lisboa SCML.
- Bento, A.; Barreto, E. (2002). *Sem-Amor, Sem-Abrigo*. Climepsi Editores.
- Bento, A.; Pimentel, C.; Barreto, E.; Pires, T. (1999). Quatro anos de uma equipa de rua da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. *Psiquiatria na Prática Médica*, vol. 12, nº5, Set. Out., Lisboa.
- Berant, E., Mikulincer, M., & Florian, V. (2001). The association of mothers' attachment style and their psychological reactions to the diagnosis of infant's congenital heart disease. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 208-232.
- Bergeret, J. (1980), *Le toxicomane et ses environnements*, PUF, Paris
- Bergeret, J. (1997) *A personalidade normal e patológica*. Climepsi Editores. Lisboa

- Berkman, L. F. & Syme, S. L., (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109:186-204.
- Berman W.H. & Sperling M.B. (1994). Parental attachment and emotional distress in the transition to college. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 47-440.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C. & Bernazzani, O. (2002a). Adult attachment style:I. Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C. & Lillie, A. (2002b). Adult attachment style:II. Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 60-67.
- Birnbaum, G. E., Orr, I., Mikulincer, M., & Florian, V. (1997). When marriage breaks up: Does attachment style contribute to coping and mental health? *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 643-654.
- Blumberg, L., Shipley, T., & Shandler, I. (1973), *Skid row and its alternatives*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Boeckel, M.; Sarriera, J. (2006). Estilos Parentais, Estilos Atribucionais e Bem-Estar Psicológico em Jovens Universitários. *Revista Brasileira Desenvolvimento Humano*, 16(3), pp. 53-65.
- Bogue, D. (1963), *Skid row in American cities*. Chicago: University of Chicago.
- Bohman, M. (1996). Predispositions to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. In G. R. Bock, & J. A. Goode (Eds.), *Genetics of criminal and antisocial behaviour*. Chichester, UK: Wiley.
- Bowlby, J. (1969). *Apego* (23 Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1973). *Separação: Angústia e Raiva* (23 Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1980). *Perda: Tristeza e Depressão* (23 Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J., & Parkes, C. M. (1970). Separation and loss within the family. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: International Yearbook of Child Psychiatry and Allied Professions* (pp. 197-216), New York: Wiley.
- Bowlby, J., (1958). A natureza da ligação da criança com a mãe, in L. Soczka, *As Ligações Infantis Amadora*, Bertrand Ed., 105-153, 1976
- Bowlby, J., (1979). *Formação e rompimento de laços afectivos*, 2ª ed., São Paulo, Martins Fontes Ed., 1990
- Bowling, A., 1997. Measuring social networks and social support. In: *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurements Scales* (A. Bowling, ed.), pp. 91-109, 2nd Ed., Buckingham: Open University Press.
- Branco, F. (2004) *Políticas sociais e direitos humanos, Sem abrigo e imigração: Olhares sobre a realidade em Portugal*, Padrões Culturais editora, Lisboa.
- Brandt, P. (2008), *Housing for homeless people in Denmark - Trying new ways*, in *Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe*, The Magazine of FEANTSA.
- Bratter, B. I., & Radda, H.T. (1986) *The Jonh Dewey Academy: A residential therapeutic high school*. *Journal of Substance Abuse*, 3, 23-31.
- Braun, P. Kochansky, G., Shapiro, R., Greenberg, S., Gudeman, J., Johnson, S., Shore, M.F. (1981). Overview: Dinstitutionalization of psychiatric patients - a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 138, 736-749.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1988). *A relação mais precoce*, Lisboa, Terramar Ed.
- Brazelton, T., (1992). *Tornar-se Família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*, Lisboa, Terramar Ed.

- Breakey, W. R. (1997) It is time for the Public Health to declare war on homelessness. *American Journal of Public Health*, 87(2):153-155.
- Brennan, K. A., Clark, C.L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment. An integrative view. In J. A. Simpson & W.S. Rholes (Eds), *Attachment theory and close relationship* (pp. 46-76). New York, Guilford Press.
- Bretherton, I., Walsh, R., & Lependorf, M. (1996). Social support in postdivorce families: An attachment perspective. In G. Pierce, B. Sarason, & I. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and families* (pp. 345-373). New York: Plenum
- Brickner, P.W., Scharar, L.K., Conana, B. Elvy, A. & Savarese, M. (Eds). (1985). *Health care of homeless people*, New York: Springer.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (1998). The Ecology of Developmental Process. In I.W. Danon & R. Lerner (Ed), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (pp. 993-1028). New York: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments*
- Bronfenbrenner, U. (1996) *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Trad. M. A. V. Veronesi. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brooker C., Falloon I. & Butterworth A., Goldberg D., Graham-Hole V. & Hillier V. (1994) The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry* 165, 222-230.
- Bruce, M. L. ; Takeuchi, D. T. & Leaf, P. J.(1991) Longitudinal evidence from the New Epidemiologic Catchment Area Study - Poverty and Psychiatric Status. *Archives General Psychiatry*, 48:470-474.
- Brugha, T. S., & Cragg, D. (1990). The List of Threatening Experiences: The reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 82, 77-81
- Bruner, J. (1969). *Uma nova teoria da aprendizagem*. Rio de Janeiro: Bloch
- Bruner, J. (1997). *Realidade mental, mundos possíveis*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Bryman, A., & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta.
- Buhrich, N. Hodder, R., & Teesson, M. (2000) Lifetime prevalence of trauma among homeless people in Sidney. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 963-966.
- Burge, D., Hammen, C., Davila, J. Daley, S.E., Paley, B., Herzberg D., Et al (1997). Attachment cognitions and college and work functioning two years later in late adolescent women. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 285-301.
- Burn, S. M. (1992). Loss of control, attributions, and helplessness in the homeless. *Journal of Applied Social Psychology*, 22 (15), 1161-1174.
- Burt, M. (1992) *Practical methods for counting homeless people*, Washington DC: Interagency Council on the Homeless, HUD by Nature and Design. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Busch-Geertsema, V. (2007) Measures to Achieve Social Mix and Their Impact on Access to Housing for People Who Are Homeless, *European Journal of Homelessness* 1, pp.213-24.
- Busch-Geertsema, V. (2010) Defining and measuring homelessness, *European Journal of Homelessness FEANTSA*, pp.19-28.
- Busch-Geertsema, V. and Edgar, B. (2009) Survey on the Use and Potential Harmonisation of Core Variables for Measuring Homelessness (Dundee: MPHASIS Project), available at: [www.trp.dundee.ac.uk/research/mphasis/papers/MphisReport](http://www.trp.dundee.ac.uk/research/mphasis/papers/MphisReport) Evaluation of Questionnaires on Variables.pdf.

- Busch-Geertsema, V. and Fitzpatrick, S. (2008) Effective Homelessness Prevention? Explaining Reductions in Homelessness in Germany and England, *European Journal of Homelessness* 2, pp.69-95.
- Cabrera. J. J. V. (2003). Los recursos básicos de atención a las personas sin hogar en Madrid desde la perspectiva de los usuarios, Consejo económico y social, Comunidad de Madrid.
- Canário R. (1994). Centros de Formação das Associações de Escolas: Que Futuro? In A. Amiguiho & R. Canário (Orgs.), *Escolas e Mudança: O Papel dos Centros de Formação* (pp. 13-58) Lisboa: Educa.
- Canavarro, M. C. S. (1999). *Relações Afectivas ao longo do Ciclo de Vida e Saúde Mental*, Coimbra, Quarteto Editora.
- Capaldi, D. M., & Clark, S. (1998). Prospective family predictors of aggression toward female partners for at-risk young men. *Developmental Psychology*, 34, 1175-1188.
- Carling, P. J. (1990). Major Mental Illness, housing, and supports. *American Psychologist*, vol. 45, n.º 8 August, 969- 975.
- Carling, P. J., & Ridgway, P. (1987). Overview of a psychiatric rehabilitation approach to housing. In W. A. Anthony & M. Farkas, *Psychiatric rehabilitation: Turning theory in to practice* (pp. 28-80). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Carling; P.(1995). *Return to Community: Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York: The Guilford Press.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Carrinho P. (2003) *Eu, tu nós e o meu Virus*, Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Carrinho P., Pereira A. (2009a) *Prevenção da recaída: saber sem recair ou recair sem saber? Experiências e intervenções em psicologia da saúde, resumos e textos do I congresso luso-brasileiro de psicologia da saúde*, 1072-1088, Faro
- Carrinho, P Pereira A.,(2009b). “What does it mean live with HIV/AIDS in drug adiction patiens”, livro de actas do, 11th European Congress of Psychology ECP09 Oslo, Norway
- Carrinho, P. (2006) *Reinserção de toxicodependentes*, Revista de Reinserção do Instituto da Droga e da Toxicodependência, Porto
- Carrinho, P. Pereira, A.,(2010) *Vinculação na população sem abrigo*, livro de actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em psicologia, Braga
- Carrinho, P., Pereira A.(2009) *HIV-Sida*. Livro de actas da conference of the european helath psychology society, Pisa
- Carrinho, P., Pereira A.(2011) *Stressful life events in homeless people*, livro de actas do 25th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Grécia
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46- 54.
- Carter T., McAfee, A. (1990). The municipal role in housing the homeless and poor, in Fallis, G. and Murray, A. (eds) *Housing the homeless and poor: new partnerships among the private, public and third sectors*, Toronto: University of Toronto Press, p. 227-262.
- Carvalho, N. (1991) *Prevenção do abuso de álcool e drogas nos jovens*, Instituto Nacional de Investigação Científica. Porto
- Cassel J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol.*;104:107-123.

- Cassidy, J. & Berlin, L.J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory and research. *Child Development*, 65, 971-981.
- Castel, R. (2000). A precaridade: transformações históricas e tratamento social. In M. H. Soulet (Org.) da não integração. Tentativas de definição teórica de um problema social contemporâneo. Coimbra, Quarteto Editora, pp. 21-38.
- Castillo, L. Bailón M. & Moruno, M. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria, *Medicina de Familia (And)* Vol. 6, N.º 1, Abril, Granada
- Caton, C.L., Hason, D., Shrout, P.E., Opler, L.A., Hirshfield, S., Dominguez, B. & Felix, A. (2000). Risk factors for homelessness among indigent urban adults with no history of psychotic illness: A case-control study. *American Journal of Public Health*, 90 (2), 258-263.
- Caton, C.L., Shrout, P.E., Domínguez, B., Eagle, P.F., Opler, L.A. & Cournos, F. (1995). Risk factors for homelessness among women with schizophrenia. *American Journal of Public Health*, 85 (8), 1153-1156
- Cauce, A. Paradise, M. Ginzler, J.A., & Embry, L. (2000). The characteristics and mental health of homeless adolescents: age and gender differences. *Journal of emotional and behavioural disorders*, 8 (4), 230-239.
- Cervone, D. (2004). The architecture of personality. *Psychological Review*, 111, 183-204.
- Chamó, L. (1997) Enfoque ecosistémico de las drogadicciones, *Toxicodependências*, ano 3: n.º 3:9 - 16
- Charue, F. (1992). L'organisation fait-elle apprendre? *Éducation Permanente*, 112, 78 - 86.
- Chase, K. & Hendry, M. (1989). A continuum of care from hospital to community. *Administration and Policy in Mental Health*, 16(4): 227-238.
- Chaves, C., Martins, R. & Pereira, A. (2007). Preventive educational strategies towards aids in higher education. *Health Psychology Review*. 1, supplement 1, [Abstract] p. 241. ISSN: 1476-8321 (electronic) 0887-0446 (paper)
- Chaves, C., Pereira, A. (2010). Promoção de comportamentos saudáveis e prevenção da SIDA no Ensino Superior. Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro
- Chaves, C., Pereira, A., Martins, R., Duarte, J., Dionisio, R. & Carrinho, P. (2009). Information sources of higher education students about AIDS. *Psychology & Health Review*, (24), Supplement 1, September, [Abstract] p. 128. ISSN: 0887-0446. 2009 Impact Factor of 1.692 (2010 Thomson Reuters, 2009 Journal Citation Reports)
- Chong, A. H., Huan, V. S., Yeo, L. S., & Ang, R. P. (2006). Asian adolescents' perceptions of parent, peer, and school support and psychological adjustment: The mediating role of dispositional optimism. *Current Psychology*, 25(3), 212-228
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cohen, C. I. (1994). Down and out in New York and London: A cross-national comparison of homelessness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(8): 769-776.
- Cohen, C.I., & Thompson, K.S. (1992). Homeless mentally ill or mentally ill homeless? *American Journal of Psychiatry*, 149, 816-822.
- Cohen, S. & Wills, T. A., (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98:310-357.
- Colectânea de Ensaio Cais, (2004), sem abrigo e Imigração, Olhares sobre a Realidade em Portugal, Stória Lda., Lisboa.
- Collins N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.

- Comissão das Comunidades Europeias. (2003). Relatório conjunto sobre inclusão social que sintetiza os resultados da análise dos planos de acção nacionais para a inclusão social (2003-2005). Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões, Bruxelas.
- Comunidade de inserção: guião técnico / Direcção-Geral da Solidariedade e Segurança Social. Lisboa: DGSSS, 2004. - 8 p.
- Costa, A. Baptista, I.; Cardoso, A.; Rasgado, S. (1999a) "Pobreza e Exclusão Social em Portugal. A Região de Lisboa e Vale do Tejo", Prospectiva e Planeamento, Lisboa.
- Costa, A. Baptista, I.; Cardoso, A.; Rasgado, S. (1999b) "Pobreza e Exclusão Social em Portugal. A área metropolitana do Porto", Prospectiva e Planeamento, Lisboa.
- Costa, B. (1998), Exclusões sociais, Gradiva, Lisboa.
- Costa, B. (2004) Sem-Abrigo e imigração, Olhares sobre a realidade em Portugal, CAIS, Lisboa.
- Costa, E.; Matos, P. (2007). Abordagem sistémica do conflito. Universidade Aberta. Lisboa.
- Costello, A., & Osborne, J. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Costello, J. (2008), Enforcing the right to housing: housing advice in Wales, in Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe, The Magazine of FEANTSA.
- Craig, T. Hodson, S. (1998) Homeless youth in London: I childhood antecedents and psychiatry disorder. *Psychological Medicine*, 38, p. 1379-1388.
- Crane, H. (1990) Speaking from experience: Working with homeless families, London: Shelter.
- Cruz, M. N. (2000) As drogas: viagem cultural sem fronteiras, dissertação de mestrado em sociologia, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- Cummings, E.M., & Cicchetti, D. (1990). Toward a transactional model of relations between attachment and depression. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and interventions* (pp. 339-372). Chicago: University of Chicago Press.
- Cunha, M. & Chaves, C. (2008). Prostitution and aids. *Psychology & Health Review*, 23, Supplement 1, [Abstract] p. 95. ISSN: 1476-8321 (electronic) 0887-0446 (paper)
- Cupa, D. (2007). *Amenity Bonuser Bridging Cultural: production and consumption in Vancouver's City Centre*, Simon Fraser University.
- Curry, S., Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1987). Abstinence violation effect: Validation of an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 145-149
- Dalgard, O. S. & Haheim, L. L., (1998). Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 476-481.
- Daly, G. (1996), *Homeless, policies, strategies, and lives on the street*, Routledge, London.
- Daly, M. (1992) *European Homelessness - The Rising Tide: The First Report of the European Observatory on Homelessness* (Brussels: FEANTSA).
- Daly, M. (1993) *Abandoned: Profile of Europe's Homeless People: The Second Report of the European Observatory on Homelessness* (Brussels: FEANTSA).
- Daly, M. (1994) *The Right to a Home, the Right to a Future: The Third Report of the European Observatory on Homelessness* (Brussels: FEANTSA).



- Dayson, D. (1993) The TAPS Project 12: Crime, Vagrancy, Death and Readmission of the long-term mentally ill during their first year of local reprobation. *British Journal Of Psychiatry*, 162(suppl. 19):40-44.
- Dean, K.; Holst, E.; Kreiner, S.; Schoenborn, C. & Wilson, R., 1994. Measurement issues in research on social support and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48:201-206.
- Denzin, N. (1978), *The research act*, MacGraw-Hill, New York.
- DiBlasio, F.A., Belcher J.R. (1995) Gender differences among homeless persons: special services for women, *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 1, p. 131-137.
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2 (2), 217-235. Rockville, MD: U.S.D.H.H.S., P.H.S., N.I.H., NIDA.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57.
- Dockett, K. H. (1989). *Street homeless people in the District of Columbia: Characteristics and stride needs*. Washington D,C: Agriculture Experimental Station.
- Dozier, M. & Kobak, R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63, 1473-1480.
- Dozier, M. Bates, C. (2004) *Attachment State of Mind and the Treatment Relationship*. *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention*. London: Lawrence Erlbaum Associates, 7, 167-180.
- Dressler, W. W.; Balieiro, M. C. & Santos, J. E., (1997). The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21:303-335.
- Dunst, C. J., Vance, S. D., Cooper, C. S. (1986). A social systems perspective of adolescent pregnancy: Determinants of parent and parent-child behavior. *Infant Mental Health Journal*, 7, 34-48.
- Dyb, E. and Johannessen, K. H. (2009) *Bostedslose i Norge 2008: En Kartlegging [Homelessness in Norway 2008: A Mapping]* NIBR-rapport 2009: 17 (Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning).
- Edgar, B. (2009) *European Review of Statistics on Homelessness* (Brussels: FEANTSA).
- Edgar, B. (2010) *Homelessness and Housing Exclusion*, in; Marlier, E., Frazer, H. and Nicaise, I. (2010) *A Social Inclusion Roadmap for Europe 2020* (Antwerp: Garant).
- Edgar, B., Doherty, J. and Mina-Coull, A. (1999) *Services for Homelessness people: Innovations and change in European Union*, police press, Bristol
- Edgar, B., Harrison, M., Watson, P. and Busch-Geertsema, V. (2007) *Measurement of Homelessness at European Union Level* (Brussels: European Commission), available at: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_inclusion/docs/2007/study\\_homelessness\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/study_homelessness_en.pdf). European Commission, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG, Social Protection and Social Integration, Social and Demography Analysis (2009) *Portfolio Indicators for the Monitoring of the European Strategy for Social*
- Edgar, W. and Meert, H. (2005) *Fourth Review of Statistics on Homelessness in Europe. The ETHOS Definition of Homelessness* (Brussels: FEANTSA).

- Edgar, W., Doherty, J. and Meert, H. (2004) Third Review of Statistics on Homelessness in Europe. Developing an Operational Definition of Homelessness (Brussels: Feantsa).
- Egeland, B. & Sroufe, L.A. (1981). Attachment and early maltreatment. *Child Development*, 52, 44-52.
- Ehrensaft, M. K. & Cohen, P. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, n.º 4, 741-753.
- Elias, C. J., & Inui, T. S. (1993). When a house is not a home: Exploring the meaning of shelter among chronically homeless older men. *Gerontologist*, 33, 396-402.
- Emmanuelli, X. (1998), *L'homme n'est pas la mesure de l'home*, presses de la Renaissance, Paris. Encyclopedia of homelessness. Great Barrington, MA: Berkshire Publishing/Sage. [On-line]. Available: <http://sun.science.wayne.edu/~ptoro/hopats4.pdf>. (January 2006)
- Erickson, E. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York: Norton.
- Erikson, E. (1972), *Identidade, juventude e crise*, Zahar, Rio de Janeiro
- Esteves, M. (2000), "Exclusão social à entrada do século XXI", in José Madureira Pinto e António Dornelas (orgs.), *Pobreza, Exclusão: Horizontes de Intervenção*. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda, 85 - 89.
- Fachado, A., A., Martinez, A.M., Villalva, C.M., & Pereira, M.G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Medica Portuguesa*, 20, 525-533
- Fakhoury, W.K.H., Murray, A.; Sheperd, G. Priebe, S. (2002) Research in supported housing, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37: 301 315.
- Faris, Dunham H. W. (1940). *Mental Disease in Urban Areas*. University of Chicago Press, 1939.
- Faris, R. E. L. & Dunham, H. W. (1939). *Mental disorders in urban area*. New York: Hafner Publishing Co.
- Farr, R.; Koegel, Burriam, A. (1986). *A Study of homelessness and mental illness in the skid row of Los Angeles*. Los Angeles; County Department of Mental health.
- FEANTSA (2005). *FEANTSA proposal for Urban Audit 2006*. Brussels: FEANTSA.
- Feeney A. (1999). Adult attachment, emotional control and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 6, 169-185.
- Feeney, A. Noller, P. (1996). *Adult attachment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Feeney, A. Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Editorial desclée de Brouwer, S.A., Bilbao
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Theory, assessment, and treatment* (pp. 128-152). New York: Guilford Press.
- Félix C. (1999) *Toxicodependentes em tratamento: estudo sagital de 1997*, *Toxicodpendências*, 5 (1):35-48
- Fernandes, R. G. P. V. (1993). *Os sem abrigo da cidade de Lisboa: Avaliação do estado de saúde dos sem abrigo utentes do refeitório dos Anjos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa* (Disponível na Direcção Geral de Saúde, Alameda D. Afonso Henriques, 45, 3.º, 1056 Lisboa CODEX).
- Ferreira, A. (2007). *Sentido Interno de Coerência e Bem-Estar Psicológico nos Enfermeiros Prestadores de Cuidados a Doentes Hemato-Ontológico* Rivotti, A. (2007). *Estratégias de sobrevivência e existências na cidade nua*, tese de mestrado, Instituto Superior das Ciências do trabalho e Empresa, Lisboa

- Fitzpatrick, S., Pleace, N., Stephens, M. and Quilgars, D. (2009) Introduction: An overview of homelessness in the UK, in: S. Fitzpatrick, N. Pleace and D. Quilgars (ed.) Homelessness in the UK. Problems and Solutions (Coventry: Chartered Institute of Housing).
- Fleming, M. (1993), Adolescência e autonomia, o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais. Porto, Edições Afrontamento.
- Fleming, M. (1995), Família e toxicodpendência, Edições Afrontamento, Porto.
- Flick, U. (1998), An introduction to qualitative research, Sage Publications, London.
- Florian, V., Mikulincer, M., & Bucholtz, I. (1995). Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *Journal of Psychology*, 129, 665-676.
- Fortin, M. F. (1999), O processo de investigação- Da concepção à realização, Loures, Lusociência-Edições Técnicas e Científicas Lda, ISBN: 972-8383-10-X, p388
- Fossati, A., Donati, D., Donini M., Novella L., Bagnato M., Acquarini E., Maffei, C. (2003). On the Dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian Clinical and Nonclinical Participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 20, No. 1, 55-79.
- Fratiglione, L.; Wang, H.-X.; Ericsson, K.; Maytan, M. & Winblad, B., 2000. Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. *Lancet*, 355:1315-1319.
- George, C. & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. *Attachment and Human Development*, 3, 30-61.
- Goering, P., Tomiczenko, G., Sheldon, T., Boydell, K., & Wasylenki, D. (2002) characteristics of persons who are homeless for the first time. *Psychiatric Services*, 53, 1472-1474.
- Golder, S., Rogers, Gillmore, M.R., Spieker, S., & Morrison, D. (2005) Substance Use, Related Problem Behaviours and Adult Attachment in a Sample of High Risk Older Adolescent Women. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 181.
- Góngora, J.N. (1991) Intervencion en grupos sociales, *Revista de Psicoterapia*, II, 6 e 7: p. 139-158.
- Goodman, L. Saxe, I. Harvey, M. (1991). «Homelessness as Psychological Trauma», *American Psychologist*, Vol. 46, Novembro, pp 1219-1225.
- Greenblatt, M., Robertson, M.J. (1993) life-style, adaptative strategies and sexual behaviours on homeless adolescents, *Hospital Community Psychiatry*, 44-12: 1177-1180.
- Grella, C. (1994), Contrasting a shelter and day center for homeless mentally ill Women: Four patterns of service use. *Community Mental Health Journal*, 30, 3-16.
- Greve, J., Currie, E. (1990) Homelessness in Britain, York: Joseph Rowntree Trust.
- Grossman, K. E., Grossman, K., & Waters, E. (Eds.), (2005). Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal Studies. New York, Guilford Press.
- Grunger, J. & Eagle (1990). Shelterization: how the homeless adapt to shelter living. *Hospital and community psychiatry*, 41(5), 521-525.
- Guará, I.M.F.R. et al. (1998) Trabalhando abrigos. São Paulo/Brasília: IEE PUC SP/MPAS.
- Guay, J. (s.d.). L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle. Gaëtan Morin Éditeur.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1994) Competing paradigms in qualitative research. Chapter 6 in N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds) *Handbook of Qualitative Research*. Sage.
- Guedeney, N., Guedeney, A. (2004) Vinculação conceitos e aplicações, Climepsi Editores, Lisboa.
- Guédon, M. C.(1984). Les réseaux sociaux, in BRODEUR, Claude e ROUSSEAU, Richard (dir.) (1984). L'intervention de réseaux - une pratique nouvelle: Éditions France-Amérique.
- Guidano, V.F. (1991). Affective change events in a cognitive therapy system approach. In J.D. Safran & L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change*. New York: Guilford Press.

- Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S. and Sean N. (2003). Fischer Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13, 171-186)
- Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A., Greenwood, R.M. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal*, 43 (3), 211-28.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E. (2010), *Multivariate Data Analysis; a global perspective*, New Jersey, Prentice Hall.
- Hamid, W. A. (1991). Homeless people and community care: An assessment of the needs of homeless people for mental health services, PhD thesis. London: University College London and Institute of Psychiatry, London,
- Hamid, W. A; Wykes, T & Stansfeld, S. (1993).The homeless mentally ill. Myths and Realities. *The International Journal of Social Psychiatry*, 38(4):237-254.
- Hamid, W. A; Wykes, T & Stansfeld, S. (1995).The Social Disablement of Men in Hostels for homeless people II. A comparison with patients from long-stay wards. *British Journal of Psychiatry*, (166):809-812.
- Hanson, B. S. & Ostergren, P.O., (1987). Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: Theoretical and methodological aspects on some results from population study "Men born in 1914", Malmo, Sweden. *Social Science and Medicine*, 25:849-859.
- Hardy G.E. & Barkham, M.(1994). The Relationship Between Interpersonal Attachment Styles and Work Difficulties. *Human Relations*, Vol. 47, No. 3, 263-281.
- Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, XIII, 673-685.
- Harnois G, Gabriel P. (2000). Mental health and work: impact, issues and good practices. Geneva, Organização Mundial da Saúde e Organização Mundial do Trabalho (WHO/MSD/MPS/00.2).
- Harris, T.O., Brown, G.W. & Bifulco, A. (1986). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the Walthamstow study:1. The role of lack of adequate parental care. *Psychological Medicine*, 16, 641-659.
- Harris, T.O., Brown, G.W. & Bifulco, A. (1990). Depression and situational helplessness/mastery in a sample selected to study childhood parental loss. *Journal of Affective Disorders*, 20, 27-41.
- Harter, S. (1990). Identity and self development. In S. Feldman and G. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Harvey, B. (1994, August). Homelessness in Europe. Paper presented at the meeting of the European Network for Housing Research, Glasgow, Scotland.
- Hattie, J. A., Myers, J. E., & Sweeney, T. J. (2004). A factor structure of wellness: Theory, assessment, analysis and practice. *Journal of Counseling and Development*, 82, 354-364.
- Haynes, S. (1992). Models of causality in psychopathology: Toward dynamic, synthetic and nonlinear models of behavior disorders. New York: Macmillan.
- Haywood, T.W. et al. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *The American Journal of Psychiatry*, v. 152, n. 6, p. 856-861
- Hazan C., & Shaver, P. R. (1990). Love and Work: an attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270- 280.

- Hazan, C., & Shaver, P. R. & Bragshaw, D. (1988). Love as attachment: The integration of tree behavioural systems. In R.J. Sternberg & M.L. Barnes (Eds.), *The Psychology of Love* (pp. 68-99). New Heaven, C.T.: Yale University Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Herman, D. B., Susser, E.S., Struening, E.L. & Link, B. (1997) Adverse childhood experiences: Are they risk factors for adult homelessness? *American Journal of Public Health*, 87(2), 249-255.
- Hervie, C.O. (1999) Homeless: In international perspective, United states In C.O. Helvie& Kunstmann (eds), Westport, CT: Greenwood Press, p. 531
- Hopper, K. Mauch, D. y Morse, C. (1989). CSP Demonstration Projects to Serve homeless Mentally Ill Persons: A preliminary pssessment. Rockville, MD: National Institut of Mental health.
- Hoult J, Rosen A, Reynolds I. (1984) Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Soc Sci Med*.18(11):1005-1010.
- Insee (2009) F2009/06 Economie et Statistique: Special Issue on the Homeless, English version (Paris: Institut National de la Statistique et des Études Économiques).
- Instituto da Segurança Social (2005) Caracterização das respostas sociais e serviços dirigidos aos sem-abrigo. Lisboa: ISS.
- Instituto da Segurança Social (2005) Os Sem-Tecto: realidades (in)visíveis. Lisboa: ISS.
- Instituto da Segurança Social (2006), Estudo dos sem abrigo, União Europeia, Fundo Social, Lisboa
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2001). Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999: dados gerais. Lisboa: INSA/Observatório Nacional de Saúde.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; Instituto Nacional de Estatística (2007). Inquérito Nacional de Saúde (4.º) 2005/2006: Principais Indicadores. Lisboa. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Janis, I. L., & Mann L. (1977). *Decision-Making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press.
- Johnson, T. P., Aschkenasy, J. R., Herbers, M. R., & Gillenwater, S. A. (1996). Self-reported risk factors for AIDS among homeless youth. *AIDS Education and Prevention*, 8, 308-322.
- Johnson, T. P., Freels, S. A., Parsons, J. A., & Vangeest, J. B. (1997). Substance abuse and homelessness: Social selection or social adaptation? *Addiction*, V.92, 437-445.
- Kafetsios, K., & Sideridis, G. D. (2006). Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 863-876.
- Kamieniecki, G.W. (2001) Prevalence of psychological distress and psychiatric disorders among homeless youth in Australia: A comparative review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 352-358.
- Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281-1290.
- Kärkkäinen, S.-L. (1999) Annual Survey on Homelessness in Finland: Definitions and Methodological Aspects, in: D. Avramov (ed.) *Coping with Homelessness: Issues to be Tackled and Best Practices in Europe* (Aldershot: Ashgate Publishing), pp.165-89.
- Keyes, L. (1988) *Housing and homeless*, MIT Housing Policy Project Working Papers, MIT Center for Real Estate Development.
- Kiesler, C.A. (1982) Mental hospitals and alternative care: oninstitutionalization as potential public policy for mental patients. *American Psychologist*, 37, 349-360.

- Kiess, H. O., & Bloomquist, D.W. (1985). *Psychological research methods: A conceptual approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kizman, U. (2008), Having a home or being homeless? How to switch from one system to the other, in *Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe*, The Magazine of FEANTSA.
- Klaus, M.H., and J.H. Kennell. (1976). *Maternal-infant Bonding*. Saint Louis: Mosby. Klein, J. (2007) "Vinculação, emoção e regulação autonómica em sujeitos não clínicos", Tese de doutoramento, não publicada apresentada à Universidade do Minho Portugal.
- Kloos, B., Zimmerman, S., Scrimenti, K., & Crusto, C. (2002). Landlords as partners for promoting success in supported housing: "It takes more than a lease and a key". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25 (3), 235-244.
- Knapp, M. (1994). Service use and costs of home base x hospital based care for people with serious mental illness. *B. Journal Psychology*, 165: 195-203.
- Kochanska, G. (1995). Children's temperament, mothers' discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerge internalization. *Child Development*, 66, 597-615.
- Kochanska, G. (1997). Multiple pathways to conscience for children with different temperaments: From toddlerhood to age 5. *Developmental Psychology*, 33, 332-240.
- Koegel, P., Burnam, M.A., & Morton, S.C. (1996) Enumerating homeless people, *Alternative strategies and their consequences*. *Evaluation review*, 20, 378
- Koegel, P., Melamid, E., & Burnam, M. A. (1995). Childhood risk factors for homelessness among homeless adults. *American Journal of Public Health*, 85 (12), 1642-1649.
- Kooyman, M. (1993) *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome*. Amsterdã, Holand, Swets and Zeitlinger
- Krausz, M., Bizman, A. & Braslavsky, D. (2001). Effects of attachment style on preferences for and satisfaction with different employment contracts: An exploratory study. *Journal of Business and Psychology*, 16, 299- 316.
- Kutza, E. A., & Keigher, S. M. (1991). The elderly «new homeless»: An emerging population at risk. *Social Work*, 36 (4), 288-293.
- Lacroix, J.L. (1990). *L'individu, sa famille et son réseau: les thérapies familiales systémiques*. Paris: ESF.
- Lahey, B., & Drew, J. B. (1997). A social cognitive perspective of social support. In G. Pierce, B. Lahey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 107-140). New York: Plenum.
- Lamb, H. R. (1984a) Deinstitutionalization and homeless mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 35:889-924
- Lamb, H.R. (1984b). *The homeless mentally ill*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Lamb, Richard H. (1993). *Lessons Learned from Deinstitutionalization in the US*. *British Journal of Psychiatry*, 162, p.: 587-592.
- Lambert, MJ, Hansen, NB & Finch, AE (2001) Patient- focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159-172
- Lancetti, A. (1989). *Prevenção, preservação e progresso em saúde mental*. São Paulo, Ed. Hutitec.
- Larose, S., & Bernier, A. (2001). Social support processes: Mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attachment & Human Development*, 3, 96-120.

- Larose, S., Bernier, A., Soucy, N. & Duchesne S. (1999). Attachment style dimensions, network orientation, and the process of seeking help from college teachers. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, 225-247.
- Leff, J. (1981) All the homeless people - where do they all come from? *British Journal of Psychiatry*, 306:669-670
- Leff, J. (1993). All the homeless people - where do they all come from? *British Journal of Psychiatry*, 306:669-670.
- Left J. & Vaughan, C.E. (1981) Expressed emotion. The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow up. *Br. Journal of Psychiatry*, 139: 102-104.
- Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 482-509.
- Leon, G. (2003), *A Comunidade Terapêutica. Teoria, Modelo e Método*, S. Paulo. Edições Loyola.
- Leonori, L., Muñoz, M., Vázquez, C., Vázquez, J. J., Bravo, M. F., Nuche, M., Brandt, P., Bento, A., & Horenbek, B. (2000). The mental health and social exclusion European network: A activity report on European homeless citizens. *European psychologist*, 5(3), 245-251.
- Link, B. G., Susser, E., Stueve, A., Phelan, J., Moore, R. E., & Struening, E. (1994). Lifetime and five year prevalence of homelessness in the United States. *American Journal of Public Health*, 84(12), 1907-1912.
- Link, B.G., Susser, E., Stueve, A., Phelan, J., Moore, R., Sturening, E. (1995) Lifetime and five -year prevalence of homelessness in the United States, *American Journal of Public Health*, 84, 1907.
- Linn, L. S. ; Gelberg, L. & Leake, B. (1990). Substance abuse and mental health status of homeless and domiciled low-income users of a medical clinic. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(3):306-310.
- Lopez, F.G. (2001). Adult attachment orientations, self-other boundary regulation, and splitting tendencies in a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 440- 446.
- Lorenz, K. Z. (1952). *King Solomon's ring*. New York: Crowell.
- Machado, T. S. (2004). Vinculação e comportamentos anti-sociais. In A. C. Fonseca (Ed). *Comportamento anti-social e crime. Da infância à idade adulta*. (pp. 291-321). Coimbra: Almedina.
- Madanes C., Dukes, J. Harbin, H. (1982) Liens familiaux des heroinomanes, *Cahiers Critiques de Therapie familial et de Pratiques de Réseaux*, 6: 87-100
- Mahler, M. (1993). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*: Porto Alegre, Artes Médicas.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 37-43.
- Main, M. Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of Society for Research in Child Development*, 50 (1-, Serial Nº 09), 66-104.
- Main, M., Hesse, E., & Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behaviour and representational processes at 1, 6 and 19 years of age: The Berkeley longitudinal study. In K. E. Grossman, K. Grossman, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York/London: The Guilford Press.

- Main, T. (1998), How to think about homelessness: balancing structural and individual causes, *Journal of social distress and the homeless*, vol 7, n. 1.
- Manual de normas e regras da Residência Alcântara (Projecto Orientar)
- Marazziti, D. (2002/2007). A natureza do amor - Conhecendo os sentimentos para vivê-los melhor (B. M. Cardoso, Trad.). São Paulo: Atheneu. (Obra original publicada em 2002).
- Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. (Eds.) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2nd Edition. New York: Guilford Press.
- Marlatt, A. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, v. 27, n. 6, p. 867-886, nov./dez.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. G. (1993). *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (D. Batista & P. Knapp, trads.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1985. Título original: *Relapse prevention: Maintenance in the treatment of addictive behaviors*)
- Marlatt, G.A. (1985). *Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model*. In Marlatt, G.A. & Gordon, J. R. (eds.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marshall, M. (1989). Collected and neglected: are Oxford hostels for the homeless filling up with disable psychiatric patients. *British Medical Journal*, 299: 706-708.
- Martens, W.H.J. (2001). A review of physical and mental health in homeless persons. *Public health review*, 29, 13-33.
- Martijn, C., Sharpe, L. (2006) Pathways to youth homelessness, *Social Science & Medicine* 62, 1-12.
- Martín B., C.; Alba, E; Diaz, j. & Sastri, V. J. (1985). *Transeúntes y albergues*. Documentación social, 60-61.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'É.M.M.B.E.P. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89(5), 352-357.
- Matos, P.M. (2002). *Vinculação e relações românticas*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Porto.
- Mc Carty, D., Argeriou, M., Huebner, R. B., & Lubran, B. (1991). Alcoholism, drug abuse, and the homeless. *American Psychologist*, 46, 1139-1148.
- Medeiros, C. F. (2003) *Comprometimento organizacional: um estudo de suas relações com características organizacionais e desempenho nas empresas hoteleiras*. Tese de doutorado. São Paulo: FEA/USP
- Medeiros, C. F.; Enders, W. T.; Sales, I; Oliveira, D. e Monteiro, T.C. (1999) Componentes do comprometimento organizacional. In: ENANPAD 99, Foz do Iguaçu. Anais do 23o Encontro da Anpad - Organizações - CD-ROM.
- Mello, J.H.R. (1997). Esquizofrenia; sobrecarga do cuidador. In: *O que é ser familiar de doente mental*. *Informação Psiquiátrica*, 16 (3): 117-119.
- Mendes F. (2001) *Family: the challenge of prevention of drug use*: Irefrea, Espanha
- Menezes, I. Jesus, M. F., (2010). A experiência de sem-abrigo como promotora de empoderamento psicológico. *Análise Psicológica*, 28(3), 527-535
- Meyer, J. P., Allen, N. J. e Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538-551.
- Mikulincer M. & Shaver, P. R. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotions*, 27, 77-102.



- Mikulincer M. & Shaver, P. R. (2007). Attachment in adulthood, structure, dynamics, and change, The Guilford Press, New York, London.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- Mikulincer, M., Florian, V., (1995). Appraisal of and coping with real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 406-414.
- Mikulincer, M., Florian, V., (1997). Are emotional and instrumental supportive interactions beneficial in times of stress? The impact of attachment style. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 10, 109-127.
- Milburn N. G., Watts, R. J. (1986) Methodological issues in research on the homeless and the homeless mentally ill, *International Journal of Mental Health*.
- Minkler, M., 1985. Social Support and Health of the Elderly. In: *Social Support and Health*. (S. Cohen & S. L. Syme., org.) London: Academic Press.
- Minuchin, S. (1979). *Families en therapie*. Paris, J.P. Delarge. Edição original, 1974.
- Modelo da Casa de Transição. Da concepção à Implementação, Projecto Oportunidades, Lisboa, Santa Casa da Misericórdia
- Moita, G. M., (2004) *Sem abrigo e imigração: Olhares sobre a realidade em Portugal*, Padrões Culturais editora, Lisboa.
- Montagner, H., Gauffier, G., Epoulet, B., Goulevitch, R., Wiaux, B., Restoin, A., Taule, M. (1993). Emergence et développement des compétences du jeune enfant, *Arch. fr. Pédiatr.*, 50, 645-651.
- Monteiro, M. S. & Pereira, A.S. (2008). Optimismo e vinculação na transição para o ensino superior: relação com sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico, Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro.
- Monteiro, S. (2005). Contextos relacionais na adaptação à maternidade. Estudo da Influência das relações afectivas com os pais durante a infância e adolescência e do suporte social na idade adulta. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Moreira, J. M., Silva, M. F., Moleiro, C., Aguiar, P., Andrez, M., Bernardes, S., et al. (2003). Perceived social support as an offshoot of attachment style. *Personality and Individual Differences*, 34, 485-501.
- Morel, A., Herve, F. Fontaine, B. (1998) *Cuidados ao toxicodependente*. Climepsi Editores. Lisboa
- Moreno, J. L. (1993). *Psicodrama*, São Paulo: Ed. Cultrix
- Morgado, A. & Lima, L. A. (1994). Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43 (1): 19-28.
- Morgan, D. C. (1988), *Focus groups as qualitative research*, C. A. Sage, Newbury Park
- Morin, E. (1995), *Introdução ao pensamento complexo*, Instituto Piaget, Lisboa
- Morris, P. (1982). Attachment and society. In C. M. Parkes & J. Stevenson Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 185-201). New York: Basic Books.
- Mulkein, V. & Bradley V. (1986). Service utilization and service preferences at homeless persons. *Psychosocial rehabilitation journal*, 10, 23-29.
- Munoz M., Vásquez, C. (1998) Las personas sin hogar: aspectos psicosociales de la situación española, *Intervención Psicosocial*, vol. 7, n.º 1, p. 7-26.
- Munoz M., Vásquez, C. (2001) Homelessness, Mental Health, and Stressful Life Events, *International Journal of Mental Health*, Vol. 30, n.º 3, p. 6-25.

- Muñoz, M., Koegel, P., Vázquez, C., Sanz, J. y Burnam, A. (2002). An empirical comparison of substance and alcohol dependence patterns in the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (CA, USA). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37, 289-298.
- Muñoz, M., Vázquez, C., & Cruzado, J.A. (1995). *Las personas sin hogar en Madrid: un estudio psicosocial*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Bermejo, M., Vázquez, J.J., and Sanz, J. (1996). Trastornos mentales (DSMIII-R) de las personas sin hogar en Madrid: Un estudio utilizando la CIDI. *Archivos de Neurobiología* 59, 269-282.
- Murphy, B., Bates, G. (1978). Adult Attachment style and vulnerability to depressive symptoms. *Personality and Individual differences*, 22, 835-844.
- Narciso, I. (2001), *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas - À procura do "padrão que liga"*, Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa
- Nelas, J.; Duarte, J.; Nelas, P.; Chaves, C.; Nelas, R. (2010, September). Social support, family functioning and quality of life. *Psychology & Health*, 25 (Supplement 1): 6. [Abstract] p. 286. ISSN: 1476-8321 (electronic)
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and adaptation to community living of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and mental Health Services Research*, 34 (2), 89-100.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social (vol.II)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Newcomb-Rekart, K., Mineka, S., Zinbarg, R.E. & Griffith, J.W. (2007). Perceived Family Environment and Symptoms of Emotional Disorders: The Role of Perceived Control, Attributional Style, and Attachment. *Cognitive Therapy and Research*.
- Noell, J., Rodhe, P., Seeley, J, & Ochs, L. (2001) childhood sexual abuse, adolescent sexual coercion and sexually transmitted infection acquisition among homeless female adolescent. *Child abuse & neglect*, 25, p. 137 148.
- Normas de funcionamento interno da Casa Jubileu (Centro Comunitário de Carcavelos).
- North, C. S. Smith, E. M. & Spitznagel, E. L. (1994). violence and the homeless: an epidemiologic study of victimization and aggression. *Journal of Traumatic Stress*, 7 95-110.
- North, C.S., Pollio, D.E., Smith, E.M. & Spitznagel, E.L. (1998) Correlates of early onset and cronicity of homelessness in a large urban homeless population. *The Journal of Nervous and mental Diseases*, 186(7), p. 393 400.
- Nowlis H. (1989) *A verdade sobre as drogas*. GPCCD. Lisboa
- Ó Broin, E., (2008), Can we end long term homelessness by 2010, in *Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe*, The Magazine of FEANTSA.
- O'Driscoll, C. & Leff, J. (1993). The Taps Project: Design of the research study on the long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 162 (suppl. 19):18-24.
- Odell, S.M. & Commander, M.J. (2000). Risk factors for homelessness among people with psychotic disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35, 9, 396-401.
- Ognibene, T. C., & Collins, N. L. (1998). Adult attachment styles, perceived social support, and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 323-345.
- Olivenstein, C. (1990) *a clinica do toxicómano*. Artes Médicas. Porto Alegre

- Önnevall, M., (2008), Housing and Homelessness in Sweden, in Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe, The Magazine of FEANTSA.
- O'Reilly, P., 1988. Methodological issues in social support and social network research. *Social Science and Medicine*, 26:863-873.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Ornelas, J., Marta, M., & Maroco, J. (2010) Modelo de atitudes face aos sem-abrigo em Portugal. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), pp. 437-450
- Ottenberg, D.J. (1978) Responsible concern. the addiction therapist, 3(1), 67-68
- Pain, A. (1990). *Éducation informelle. Les effets formateurs dans le quotidien*. Paris: Éditions L'Harmattan.
- Pais Ribeiro, J.L. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. Porto: Legis editora
- Palazzoli, M. et al. (1978), *Paradoxe et contre-paradoxe*, ESF, Paris.
- Paquette, D. (2009) "La validation du QSA et la prevalence des styles d'attachement adulte dans un echantillon francophone de Montreal". *Canadian Journal of Behavioural Science*.
- Paquette, D., M. Bigras et S. Parent. (2001). « La validation du QSA et la prevalence des styles d'attachement adulte dans un échantillon francophone de Montréal », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 33, no 2, 88-96.
- Pardal, L., Correia, E.(1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.
- Parks, G. A., Marlatt, G. A., Anderson, B.K. (2001). *Cognitive-Behavioral Alcohol Treatment in the Handbook of Alcohol Dependence and Problems* edited by N. Heather, T. Peter, & T. Stockwell, Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Pedhazur, E.J. & Scmelkin, L.P. (1991). *Measurement, design, and análise: An integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pepper, B. (1986). A public policy for the long-term mentally ill. A positive alternative to reinstitutionalization. *American Journal Orthopsychiatry*, 452-458.
- Pereira, A. C. (2006). Há quase 3000 sem-abrigo em Portugal Continental. Público, 4/08/2006.
- Pereira, A., Barreto, P., Fernandes, G. (2000), *Análise longitudinal dos sem abrigo em Lisboa: A situação em 2000*. Relatório final, Grupo de Ecologia Social, Laboratório Nacional de Engenharia Civil e Departamento de Acção Social da Câmara Municipal de Lisboa.
- Pereira, A., Chaves, C., Carrinho, P., Vagos, P., Santos, L., Monteiro-Ferreira, J., Melo, A., Rodrigues, M., Carvalho, A. & Coutinho, E. (2009). Stress vulnerability and traumatic events in students. *Psychology & Health Review*, (24), Supplement 1, September, [Abstract] p. 309. ISSN: 0887-0446. 2009 Impact Factor of 1.692 (2010 Thomson Reuters, 2009 Journal Citation Reports)
- Pereira, A. & Williams GD.I. (2001). Stress and coping in helpers on a student "nightline" service. *Counseling Psychology Quarterly*, 14 (1), 43-47.
- Pereira, A. (2004). *Educação Multicultural: Teorias e Práticas*: Porto CRIAP, Edições Asa.
- Pereira, A. (2007). As crises de vida do jovem adulto e o seu desenvolvimento pessoal In P. Santos (org), *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. Lisboa, Climepsi Editores (pp. 141-153)
- Pereira, A. (2006). *Stresse e doenças: Contributos de Psicologia da Saúde na última década*. In Isabel Leal (Eds.) *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora (pp. 145-167) (ISBN 989-558-045-2).
- Pereirinha, J. (2007) - *Género e Pobreza: Impacto e determinantes da Pobreza no Feminino*, - CIG-Lisboa.
- Perris, C. & Andersson, P. (2000). Experiences of parental rearing and patterns of attachment in adulthood. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 279-288.

- Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, W. A. Arrindell, & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology*. Chichester: Wiley.
- Pestana, M., Gageiro, H. (2005). *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. 4 ed. Lisboa : Edições Lisboa
- Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- Pezzana, P. (2008), Housing is simple a toll, in *Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe*, The Magazine of FEANTSA.
- Phelan, J. C., & Bruce G. L. (1999). Who are "the homeless"? Reconsidering the stability and composition of the homeless population. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1334-1338.
- Piaget, J. (1947), *La représentation du monde chez l' enfant*, Paris, PUF.
- Piaget, J. (1948), *La naissance de l' intelligence chez l' enfant*, Lausana, Delachaux & Niestlé.
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (1997). Working models of attachment and daily social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1409-1423
- Pilisuk, M. & Minkler, M., 1985. Supportive ties: A political economy perspective. *Health Education Quarterly*, 12:93-106.
- Pimenta, M. (1992), *Os sem abrigo da cidade de Lisboa*, Lisboa, Caritas, n.º 14
- Pines, A.M.(2004).Adult attachment styles and their relationship to burnout: a preliminary, cross-cultural investigation. *Work & Stress*, 1464-5335, Volume 18, Issue 1, 66 - 80.
- Polit D., Hungler B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem (3.ª edição)* porto alegre, Artes Médicas
- Pollard, E. L., & Lee, P. D. (2003). Child well-being: A systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 61(1), 59-78.
- Priebe, S. e Turner, T. (2003). Reinstitutionalisation - a new era in mentalhealth care. *BMJ*, 326, 175 -176.
- Priel, B., & Besser, A. (2002). Perceptions of early relationships during the transition to motherhood: The mediating role of social support. *Infant Mental Health Journal*, 23, 343-360.
- Priel, B., & Shamai, D. (1995). Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation. *Personality and Individual Differences*, 19(2), 235-241.
- Prochaska, J. O., Narcross, J. C., & Diclement, C. C. (1994). *Changing for good*. New York: William Morrow.
- Quilgars, D., Fitzpatrick, S. and Pleace, N. (2011) *Ending Youth Homelessness: Possibilities, Challenges and Practical Solutions*, London.
- Raftery, J. (1992). Mental health services in transition: the USA and UK. *British Journal Psychiatry*, 161:589-593.
- Ranganathan, S. (2005). *Relapse Management*. United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Office for South Asia.
- Raskin, A., Boothe, H. H., Reatig, N. A., Schulterbrandt, J. G., & Odel, D. (1971). Factor analyses of normal and depressed patients' memories of parental behavior. *Psychological Reports*, 29, 871-879.
- Regulamento da Casa de Saída do EP de Caldas da Rainha.
- Regulamento do Centro de Acolhimento dos Anjos (CASA-SCML).
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., Campbell, L., & Grich, J. (2001). Adult attachment and the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 421-435

- Ridgway, P. (2007). Supported Housing: Theory and Research. Comunicação apresentada na Conferência Habitação Apoiada. Lisboa.
- Robertson, M. & Cousineau, M.R. (1986). Health status and access to health services among the urban homeless. *American Journal of Public Health*, 76, 561-563.
- Rodin, J., (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science*, 233:1271-1276.
- Rodrigues, J. Silva, F. D. S. (1999). População de rua, Agenda Pública - Drama Social. Rio de Janeiro: Faperj,
- Roisman, G.I., Tsai, J.L., Chiang, K.H.S. (2004). The emotional integration of childhood experience: Physiological, facial expressions, and self-reported emotional response during the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology*, 40, 776-789.
- Room, R.; Janca, A.; Bennett, L.A.; Schmidt, L.; Sartorius, N. (1996). Who Cross-Cultural Applicability Research on Diagnosis and Assessment of Substance Use Disorders: An Overview of Methods and Selected Results. *Addiction*, 91: 199-220
- Rosenstein, D.S., & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Rossi, P.H. (1990), The old homeless and the new homelessness in historical perspective, *American Psychologist*, vol. 45, n.º 8 August, 954-959.
- Rothbard, J.C. & Shaver, P.R. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M.B. Sperling, & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults*, (pp. 128-152). New York: The Guilford Press.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Rotter, J.B. (1990). Internal vs. external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489 - 493.
- Ruiter, C. (1995). Anxious attachment in agrophobia and obsessive-compulsive disorder: a literature review and treatment implications. In C. Perris, W.A. Arrindell & M. Eiseman (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 281-308). New York: John Wiley and Sons.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727
- Safran, J. D., & Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books
- Sagi, A., vanIzendoorn, M.H., Scharf, M. Joels, T., Koren-Karie, N., Mayseless, O., et al. (1997). Ecological constraints for intergenerational transmission of attachment. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 287-299.
- Salinas, F. (1993) Informe final del observatorio español de los "sin techo" Brussels, Magazine of FEANTSA.
- Salinsky J. & Sackin, P. (2007) *Médicos com Emoções*, Edições Fundação Grunenthal.
- Sameroff, A.J. (1993). Models of development and developmental risk. In C.H. Zeanah (ED.), *Handbook of infant mental health* (pp. 3-13). New York: Guildford Press.
- Samperi R., Collado C. & Lucio P. (2003). *Metodología de la investigacion*, 3.ª edicion Mc Graw-Hill, Interamericana, México
- Santana W.(1982) Estudo epidemiológico das doenças mentais em bairro de Salvador. Salvador: Instituto de Saúde da Bahia.
- Santiago, J.M., Bachrach, L., Berren, M.R., & Hannah, M.T. (1988) Defining the homeless mentally ill: A Methodological note, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1100
- Santos, B. S. (1990), "O Estado e o Direito na Transição Pós-Moderna", *Humanidades*, 7, 3.

- Sarason, B. R., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interaccional view* (pp. 97-128). New York: Wiley.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., Shearin, E. N., Sarason, I. G., Waltz, J. A., & Poppe, L. (1991). Perceived social support and working models of self and actual others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 273-287.
- Selltiz, C. (1967). *Métodos de pesquisa nas Relações sociais*. S.Paulo, Ed. Herder.
- Shadish, W. R. (1984). Lessons from the implementation of deinstitutionalization. *American Psychology*, 39 (7): 725-738.
- Shaver, P.R. & Clark, C.L. (1994). The psychodynamics of adult romantic attachment. In J.M. Masling & R.F. Bornstein (Eds.), *Empirical perspectives on object relations theories* (pp. 105-156). Washington, DC. America Psychological Association.
- Shaver, P.R., Belsky, J. & Brennan, K.A. (2000). The Adult Attachment Interview and self reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7, 25-43.
- Shepper-Hugues, N. (1988). Hás Deinstitutionalization Failed? Caveats and Lessons from U.S. and Italy. In: *Regards Antropologiques en Psychiatrie*, p.: 161-177. Montreal: Girame.
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A L., (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32:705-714.
- Shinn, M., & Tsemberis, S. (1998). Is housing the cure for homelessness? In X. B. Arriaga, & S. Oskamp (Eds.), *Addressing community problems: Psychological research an interventions* (pp. 52-77). Thousand Oaks: Sage.
- Shlay, A.B., & Rossi, P.H. (1992). Social science research and contemporary studies of homelessness. *Annual Review of Sociology*, 18, 129-160.
- Silva, S. P. (2007). *Identidades e narrativas sem-abrigo*. Cadernos Sisifo 3, Lisboa, Imprensa de Coimbra.
- Simpsons, J.A., & Rholes, W.S.(2002). Fearful-avoidance, disorganization, and multiple working models: Some directions for future theory and research. *Attachment and Human Development*, 4, 223- 229.
- Skolnick A. (1987). Early attachment and personal relationships across the life course. In P.B. Baltes, D.L. Featherman & R.M. Lerner (Eds.), *Life span development and behaviour* (Vol. 7, pp. 173- 204). Hillsdale, N.J.: Lawrence Earlbaum Associates.
- Sluzki, C.E. & Berliner, C. (2006). *Rede Social na Prática Sistêmica: Alternativas Terapêuticas*, Gedisa, Brasil
- Sluzki, C.E. (1996) *La red social: frontera de la práctica sistêmica*, Gedisa, Espanha
- Snow, D., L.; Anderson, A. (1993), *Down on Their Luck, A Study of Homeless Street people*, Berkeley, University of California Press.
- Soares, I. (1992). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência: Estudo intergeracional: mãe-filho(a)*. Tese de dissertação de doutoramento na área de psicologia, apresentada à FPCE da Universidade do Porto.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

- Soares, I. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: teoria e investigação das relações de vinculação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 381-434). Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. (Coord.). (2007). *Relações de Vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Soeiro, L.N. (1959) A vagabundagem e mendicidade: problema bio.pscio-social (investigação no albergue da Mitra 1947-1948) *Anais Portugueses de Psiquiatria*, Ano XII, Dezembro.
- Solarz, A., & Bogat, G. A. (1990). When social support fails: The homeless. *Journal of Community Psychology*, 18, 79-95.
- Soucy, N., Bernier, A., Larose, S., & Duchesne, S. (1996). Validation transculturelle du ASQ. Affiche presentee au XIX congres de la SQRP, Trois-Rivieres, Quebec, Octobre 1996.
- Soulet H. M. (2000), Pensar a exclusão nos dias de hoje: não-integração o desintegração. In M. H. Soulet (Org.) da não integração. Tentativas de definição teórica de um problema social contemporâneo. Coimbra, Quarteto Editora, pp. 9-19.
- Sousa F. M.V., Almeida, S. M. (2001) E se perguntássemos aos sem-abrigo?! Satisfação percebida face aos serviços, num abrigo de Lisboa, *Análise psicológica*, 2 (XIX) 299-312.
- Sousa, A. (2000), "A pobreza urbana em Coimbra", in José Madureira Pinto e António Dornelas (orgs.), *Pobreza, Exclusão: Horizontes de Intervenção*. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda, 161 -171.
- Sousa, G. (2004) *Políticas de Saúde, Colectânea de Ensaios Cais*, (2004), sem abrigo e Imigração, Olhares sobre a Realidade em Portugal, Storia Lda., Lisboa.
- Speck R. V. (1995), "La intervención de red social: las terapias de red, teoría y desarrollo", in ELKAIM, M. (org.), *Las Practicas de la Terapia de Red: salud mental y contexto social*, 2ª Ed., Gedisa Editorial, Barcelona.
- Speck, R. Attneave, C. (1990). *Redes familiares*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Spinnewijn, F. (2005) *Sem Abrigo: apelo à acção Europeia in Rede Europeia*.
- Spitz, R. (1979). *A Formação do Ego: Uma teoria genética e de campo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sroufe, L.A. & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In W.W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development* (pp. 53-72). Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates.
- Sroufe, L.A. (1978). Attachment and the roots of competence. *Human Nature*, 1, 50-57.
- Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E. & Collings, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- Statistics New Zealand (2009) *New Zealand Definition of Homelessness* (Wellington: Statistics New Zealand).
- Stein, H., Jacobs, N.J., Ferguson, K.S., Allen, J.G. & Fonagy, P. (1998). What do adult attachment scales measure? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62(1), 33-82.
- Stein, J.A., Leslie, M.B. & Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: Mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child abuse and neglect*, 26, 1011-1027.
- Stephens, M. & Fitzpatrick, S. (2007). Welfare regimes, housing systems and homelessness: How are they linked? *European Journal of Homelessness*, 1, 201-211.

- Sterlin H., Levi, L., Savard, R. (1971) Parental perception of separation children, *Family process*, 10 411-427
- Stewart, A.J., Steinman, M. Cauce, A.M., Watanabe, H. & Hoyt, D.R. (2004) Vitimization and posttraumatic stress disorder among homeless adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, p. 325-331.
- Stierlin, H., Levi, L. B., Savard, R. Y. (1971), Parental perception of separation children, *Family Process*, 10: 411-427.
- Striener, D.L. Norman, G.R. (1989). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford University Press, Oxford.
- Sullivan, G., Burnam, A. & Koegel, P. (2000). Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35, 444-450.
- Sund, A. M., & Wichstrom, L. (2002). Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1478-1485.
- survey of the general public. *American Journal of Community Psychology*, 20, 53-80.
- Susser, E. ; Moore, R. & Link, B. (1993). Risk factors for homeless. *American Journal of Epidemiology*, 15(32):546-556.
- Susser, E., Conover, A., & Streuning, E. (1991). Childhood antecedents of homelessness in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 8.
- Sveri, G. (2008), Norway: Permanent housing - as soon as possible, in *Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe*, The Magazine of FEANTSA.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon
- Taylor.(1989). *Positive illusions*. Nueva York: Random.
- Teixeira, J.M. (2006) Reestruturação dos serviços de saúde mental, *Revista Saúde Mental*, volume VIII, n.6 Novembro/ Dezembro de 2006
- Tessler, R., Rosenheck, R. & Gamache, G. (2001). Gender differences in self-reported reasons for homelessness. *Journal of social distress and the homeless*, 10 (3), 243-254.
- Test, M.A.; Stein, L.I. (1980) Alternative to mental hospital treatment, III: social cost. *Archives of General Psychiatry*, 37: 409- 412.
- Thelen, L. (2006), *L'exil de soi, sans-abri d'ici et d'ailleurs*, Publications des Facultés universitaires saint-Louis Bruxelles
- Thoits P. Lin (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Social Behav*;2:145-59
- Timmer, D.A., Eitzen, D.S., Talley, K.D. (1994) *Paths to homelessness: Extreme poverty and the urban housing crisis*, Boulder, Colo: Westview Press.
- Tompsett, C. J., Toro, P. A., Guzicki, M., Schlien, N., Blume, M., & Lombardo, S. (2003). Homelessness in the US and Germany: A cross-national analysis. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 13, 240-257.
- Toro, P. A., & Janisse, H. C. (2004, in press). Patterns of homelessness. In S. Barrow et al. (Eds.), Toro, P. A., & McDonnell, D. M. (1992). Beliefs, attitudes, and knowledge about homelessness: A Toro, P. A., & Warren, M. G. (1999). Homelessness in the United States: Policy considerations. *Journal of Community Psychology*, 27(2), 119-136.



- Toro, P. A., Trickett, E. J., Wall, D. D., & Salem, D. A.A. (1991). Homelessness in the United States: An ecological perspective. *Special Issue on Homeless, American Psychologist*, 46, 1208-1218.
- Toro, P., Tompsett, C., Philipott, P., Nachtergaeel, H., Galand, B., Schlien, N. et al. (2007) Homelessness in Europe and the United States: A Comparison of Prevalence and Public Opinion, *Journal of Social Issues* 63, pp.505-24.
- Toro, P.A. (1998) Research on Homelessness: Recent findings and the new frontiers, In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*, Vol.9, p. 119-135, New York, Pergamon.
- Torrey, E. F. (1988). *Nowhere to go*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Tsemberis, S, Yanos, P., Barrow, S.(2004). Community Integration in the Early Phase of Housing Among Homeless Persons Diagnosed with Severe Mental Illness: Successes and Challenges. *Community Mental Health Journal*, 40, 2, 133-150.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94 (4), 651-656.
- UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) and Eurostat (Statistical Office of the European Communities) (2006) *Conference of European Statisticians Recommendations for the 2010 Censuses of Population and Housing* (Geneva: United Nations).
- United States: Assessing changes in prevalence and public opinion, 1993-2001. *American Journal of Community Psychology*, 37(1/2), 47-61.
- Valles, M. S. (1997), *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*, Editorial síntesis, Madrid.
- Van Ijzendoorn, M. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in non-clinical populations. *Developmental Review*, 12, 76-99.
- Van Ijzendoorn, M. (1995). Of the way we are: On temperament, attachment, and the transmission gap: A rejoinder to Fox (1995). *Psychological Bulletin*, Vol. 117, N° 3, 411-415.
- Van Ijzendoorn, M. e Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, N° 1, 8-21.
- Vangeest, J.B. & Johnson, T.P. (2002). Substance abuse and homeless: direct or indirect effects? *Annals of epidemiology*, 12, 455-461
- Vieira, C. (2007), *A Comunidade Terapêutica: da integração à reinserção*. Lisboa. *Toxicodependências*, volume 13, número 3 15-22.
- Vielva D., (1992). Estrés psicocial y alteraciones emocionales en traseuntes marginados. *Papel modulador de las redes de apoyo social. Intervention Psicosocial* 1, 79-86.
- Vitali, I. (2004). *Como nossos pais? A transmissão intergeracional dos estilos parentais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Vogt, T. M.; Mullooly, J. P.; Ernst, D.; Pope, C. R. & Hollis, J. F., (1992). Social Networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: Incidence, survival and mortality. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45:659-666.
- Wall, P. & Rönnlund, M. (2007). Adult attachment and psychopathological symptoms as assessed by the Attachment Style Questionnaire and Symptom Checklist -90 a correlational study. Umea University
- Wallot, H. (1988). *l'Ideologie de la désinstitutionalization en psychiatrie*. *Information Psychiatrique*, 64 (10): 1281-1286.

- Wandersman, A., & Florin, P. (2000). Citizen participation and community organizations. In J. Rappaport, & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 247-272). New York: Kluwer Academy/Plenum.
- Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F., & Farmer, R. (1995). *Relapse prevention for addictive behaviors: A manual for therapists*. Cambridge, MA: Blackwell Science, Ltd.
- Watson, S. Austerberry, H. (1986) *Housing and homelessness: A feminist perspective*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Watters, E. Posada, G. Crowell, J.A. & Ling Lay, K. (1993). Is attachment theory ready to contribute to our understanding of disruptive behaviours problems? *Development and Psychopathology*, 5, 215-224.
- Watters, E. Posada, G. Crowell, J.A. & Ling Lay, K. (1994). The development of attachment: from control system to working models. *Psychiatric*, 57, 32-42.
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in Adult Life. In C. M. Parkes e Stevenson Hinde, J.(Eds). *The place of attachment in human behaviour* (pp. 171-184). New York: Basics Books.
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional e social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Weiss, R.S. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. In C. M. Parkes e Stevenson Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 66-76). London: Tavistock/Routledge.
- Weiss, R.S. (1998). A taxonomy of relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 671-683.
- Weller, B. G. A & Weller, M. P. I.(1986). Health care in a destitute population: Christmas 1985. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 10: 233-234.
- West, M., & Sheldon-Keller, A.E. (1994) *Patterns of relating: An adult attachment perspective*. New York: Guilford Press.
- Whitfield, C.L. (1998). Adverse childhood experiences and trauma. *American journal of preventive medicine*, 14 (4), 361-364.
- Wiersma, D., Kluiters, H., Nienhuis, J.F., Ruphan, M. (1995). Cost and benefits of hospital and they treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *Br. J. Psych.*, 166 (27): 52-59.
- Wilson, S.F. (in press). Community support and integration: new directions for outcome research. In S. Rose (Ed), *case management: an overview and assessment*. White Plains, NY: Longman.
- Winkley, M.A., Rockhill, B., Jatulis, D., & Fortmann, S. (1992). The medical origins of homelessness. *American journal of public health*, 82 (10), 1394-1398.
- Winnicott, D. D. (1987) *Privação e delinquência*. Trad. de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- Wortman, C. B., & Lehman, D. R. (1985). Reactions to victims of life crises: Support attempts that fail. In I. G. Samson & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 463- 489). Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Wright, J.D., & Weber, E. (1987). *Homelessness and health*. New York: McGraw Hill.
- Xavier, E. (2000)- « Alexandre Vexliard le Visionnaire ». « *Champ Psychosomatique* », nº 20, 107-111.
- Winnicott, D.W. (1975) *Objectos transicionais e Fenómenos Transicionais*. In O Brincar & a Realidade. Imago Editora, Rio de Janeiro.
- Xiberras, M. (1996). *As teorias da exclusão. Para uma construção do imaginário do desvio*. Lisboa. Instituto Piaget.

- Yates BC (1995). The relationships among social support and short and long-term recovery outcomes in men with coronary heart disease. *Res Nurs Health*, 18:193-203.
- Yu D, Lee D, Woo J. (2004). Psychometric testing of chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-SSSC). *Res Nurs Health*, 27:135-43
- Yunes, M. A. M., Miranda, A. T., & Cuello, S. E. S. (2004). Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. In S. H. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 197-218). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zamberlan, M. A. T. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos de psicologia*. (Natal) 2002, v. 7, n. 2, pp. 399-406. ISSN 1413-294X.

## II) Webgrafia

CNIS(2009), "Órgão de confederação Nacional das Instituições de Solidariedade" Página consultada em 29 de Maio de 2009 Disponível em [www.solidariedade.pt/seccao/index.php?x=48](http://www.solidariedade.pt/seccao/index.php?x=48) - 26k

REAPN (2009) Rede Europeia Anti- Pobreza  
Disponível em <http://www.reapn.org/contactos.php>

FEANTSA  
Disponível em [http://www.feantsa.org/files/prevention/national%20reports/portugal\\_portuguese](http://www.feantsa.org/files/prevention/national%20reports/portugal_portuguese).



**ANEXOS**



## Anexo 1

UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

## Protocolo de Recolha de Dados

Protocolo \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_  
Participante \_\_\_\_\_

Data da aplicação do questionário \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Os questionários que se seguem destinam-se a um estudo de caracterização das pessoas sem abrigo.

Pedimos-lhe que responda com a máxima sinceridade e precisão para que os resultados tenham interesse efectivo.

As respostas serão estritamente confidenciais e anónimas. Para que o anonimato possa ser garantido, por favor, não escreva o seu nome em nenhuma das folhas do questionário.

Não hesite em perguntar sempre que haja alguma palavra cujo significado não compreenda.

Muito agradecemos a sua disponibilidade

## Anexo 2

UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

## Informação ao Participante

O presente documento pretende, antes de mais, ser um convite para participar num estudo de investigação. Contudo, antes que possa decidir se quer colaborar ou não, é importante que compreenda a razão pela qual o estudo vai ser feito e o que envolve.

Por favor, leve o tempo que necessitar para ler cuidadosamente a seguinte informação. Se necessitar de algum esclarecimento adicional, não hesite em pedir. Agradecemos a sua disponibilidade.

## 1. Quem promove o estudo?

Esta pesquisa decorre no contexto da realização, por parte do investigador, do curso de doutoramento em Psicologia criado sob a proposta do Departamento de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Aveiro.

## 2. Qual é o objectivo do estudo?

Este estudo pretende avaliar o impacto da vivência em comunidade de inserção na reintegração da população sem abrigo, bem como, caracterizar os seus padrões de vinculação, a sua saúde mental, o bem-estar psicológico, a rede social de apoio e os acontecimentos de vida stressantes existentes ao longo da sua vida.

## 3. Porque sou convidado a participar?

Uma vez que é/foi residente numa comunidade de inserção e nos parece ser fundamental a sua participação activa no seu processo de reinserção. A sua participação é fundamental porque sabendo a sua opinião poderemos adequar o nosso modo de agir enquanto técnicos. Uma vez que está integrado em curso de formação para adultos e nos parece fundamental a comparação de dados agradecemos a sua colaboração.

Gostaríamos que participassem cerca de 200 pessoas neste estudo (100 sem abrigo e 100 não sem abrigo).

## 4. Tenho que participar?

A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido, podendo para tal colocar quaisquer questões que lhe pareçam pertinentes. No caso de não querer participar do estudo ou de querer abandonar esta investigação em qualquer momento do seu curso isso não trará qualquer consequência para si, continuando a receber todo o apoio e a ser acompanhado como foi até aqui. Caso assim decida não terá de apresentar qualquer motivo ou explicação.



5. O que terei que fazer se decidir participar?

Depois de ler este folheto, pedir-lhe-emos que forneça alguns dados sobre si e sobre a sua situação. Seguidamente solicitamos que preencha alguns questionários que visam responder aos objectivos do estudo.

6. A minha participação neste estudo será mantida confidencial?

Os dados obtidos com a sua participação neste estudo serão sempre mantidos totalmente confidenciais, sendo a sua identidade protegida por um número.

7. O que acontece aos resultados do estudo?

Não será divulgada a sua identidade em qualquer relatório ou publicação que resulte deste estudo. Depois de concluída a investigação terá acesso aos resultados através de consulta pública do relatório ou contactando directamente o investigador.

8. Contacto para informação adicional

Se tiver qualquer questão ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre este estudo, poderá entrar em contacto com o investigador.

Nome do investigador: Paula Carrinho

Contacto: 919043199

## Anexo 3

UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta pesquisa decorre no contexto da realização, por parte do investigador, do curso de doutoramento em Psicologia criado sob a proposta do Departamento de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Aveiro.

Intitula-se: Saúde mental dos Sem Abrigo: Comunidades de Inserção e pretende avaliar o impacto da vivência em comunidade de inserção na reintegração da população sem abrigo, bem como, caracterizar os seus padrões de vinculação, a sua saúde mental, o bem-estar psicológico, a rede social de apoio e os acontecimentos de vida stressantes existentes ao longo da sua vida.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de cerca de 200 pessoas. É por isso que a sua colaboração é fundamental.

O resultado da investigação, orientada pela Professora Doutora Anabela Sousa Pereira, será apresentado na Universidade de Aveiro no final de 2011, tendo acesso aos resultados do estudo.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efectuadas através de questionários a 5 voluntários N uma pequena entrevista que deverá ser gravada para permitir uma melhor compreensão dos factos.

Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Anexo 4  
Questionário de caracterização  
Carrinho, & Pereira, 2009

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: Fem.  Masc.

Habilitações literárias: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Estado civil:

Solteiro  casado  divorciado  separado  viúvo  união de facto

Situação profissional:

Emprego estável  Emprego precário  Desempregado  Curso de formação

Reformado  Beneficiário de RSI

Quais os motivos que o conduziram à situação de sem-abrigo?

Desemprego  Alcoolismo  Doença Física  Doença Psiquiátrica  Conflito Familiar   
Toxicod dependência  Imigração Ilegal  Problemas. Judiciais  Outro

Quanto tempo viveu na rua? \_\_\_\_\_

Toma medicação?

Sim  Não

Se sim, indique qual por favor: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está na instituição:

>1 mês  <6 Meses  >6 meses  > 1 ano

No último mês teve consumos de álcool/drogas?

Sim  Não

Se sim, indique a substância: \_\_\_\_\_

Frequência de consumo

Diária  Semanal  Ocasional

Anos de consumo: \_\_\_\_\_ Via de consumo: \_\_\_\_\_

Teve comportamentos de risco nos últimos seis meses?

Sim  Não

Se sim, indique quais:

Relações sexuais desprotegidas  Partilha de material de injeção

Frequenta consultas?

Sim  Não

Se sim, indique quais:

Alcologia  Toxicod dependência  Psiquiatria  Outra

É portador de patologia Infecciosa?

Sim  Não  Desconhecido

Se sim, indique qual:

Hepatite C  Hepatite B  Tuberculose  HIV/Sida

Já esteve preso?

Sim  Não

## Anexo 5

## Ocorrência de acontecimentos de vida stressantes relacionados com o surgimento do primeiro episódio de sem abrigo

Brugha &amp; Cragg, 1990 ; versão Portuguesa: Carrinho &amp; Pereira, 2009

Idade:                      Sexo:

De seguida estão uma lista de situações de vida. Assinale as que lhe aconteceu aquando a primeira vez que ficou sem abrigo. Os números correspondem à sua existência antes, durante e depois de ter ficado sem abrigo.

1- Antes; 2-Durante; 3- Depois; 4- Antes e durante; 5- Durante e depois; 6 Antes e depois  
As últimas 4 colunas referem-se à influência desses acontecimentos como causa de ter ficado sem abrigo 1 - improvável; 2 pouco provável; 3- provável, 4 muito provável

	11	22	33	44	55	66	11	22	33	44
1. Doença pessoal grave, injustiça ou assalto										
2. Doença grave, injustiça ou assalto de familiar próximo										
3. Morte de companheiro, pais ou filho										
4. Morte de um familiar ou amigo próximo										
5. Separação devido a dificuldades conjugais										
6. Fim de uma relação afectiva estável										
7. Problemas sérios com um amigo, vizinho ou familiar										
8. Desemprego ou procura infrutífera de emprego há mais de um mês										
9. Despedimento										
10. Problemas financeiros graves										
11. Problemas com a justiça										
12. Perda ou roubo de algo valioso										
13. Dependência de álcool										
14. Dependência de drogas										
15. Esteve preso										
16. Residiu em orfanato para crianças										
17. Teve internamento psiquiátrico										
18. Sentiu-se abandonado pelos familiares e amigos										
19. Foi ex-combatente de guerra										
20. Trabalhou longe de casa										
21. Teve sérios problemas de saúde mental										

## Anexo 6

## ESCALA DE MEDIDA DE MANIFESTAÇÃO DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

Massé et. al, 1998; versão Portuguesa: Monteiro, Tavares, &amp; Pereira, 2006

Instruções: Por favor responda a cada uma das seguintes afirmações de acordo com a escala fornecida.

Sexo: \_                      Idade: \_\_\_\_\_

DURANTE O ÚLTIMO MÊS

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente /	Quase sempre
1. Senti-me confiante.	1	2	3	4	5
2. Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam.	1	2	3	4	5
3. Senti-me satisfeito com o que fui capaz de alcançar, senti-me orgulhoso de mim próprio.	1	2	3	4	5
4. Senti-me útil.	1	2	3	4	5
5. Senti-me emocionalmente equilibrado.	1	2	3	4	5
6. Fui igual a mim próprio, natural em todas as circunstâncias.	1	2	3	4	5
7. Vivi a um ritmo normal, não tendo cometido excessos.	1	2	3	4	5
8. A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas actividades familiares, pessoais e académicas.	1	2	3	4	5
9. Tive objectivos e ambições.	1	2	3	4	5
10. Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas.	1	2	3	4	5
11. Envolvi-me em vários projectos.	1	2	3	4	5
12. Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas actividades e passatempos preferidos.	1	2	3	4	5
13. Ri-me com facilidade.	1	2	3	4	5
14. Tive um grande sentido de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente.	1	2	3	4	5
15. Fui capaz de estar concentrado e ouvir os meus amigos.	1	2	3	4	5
16. Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta.	1	2	3	4	5
17. Estive capaz de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva.	1	2	3	4	5
18. Perante situações complexas, fui capaz de as resolver com clareza.	1	2	3	4	5
19. Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações.	1	2	3	4	5
20. Estive bastante calmo.	1	2	3	4	5
21. Tive a impressão de realmente gostar e viver a vida ao máximo.	1	2	3	4	5
22. Senti-me bem, em paz comigo próprio.	1	2	3	4	5
23. Achei a vida excitante e quis aproveitar cada momento dela.	1	2	3	4	5
24. A minha moral esteve boa.	1	2	3	4	5
25. Senti-me saudável e em boa forma.	1	2	3	4	5

## Anexo 7

Questionário do Estilo de Vinculação de Sem Abrigo  
 Feeney & Noller, 2001; versão Portuguesa: Carrinho & Pereira, 2009

## Instruções:

Diga até que ponto concorda ou discorda com cada uma das seguintes questões cotando-as segundo a seguinte escala:

1 Discordo totalmente    2 Discordo muito    3 Discordo pouco    4 Concordo pouco    5 Concordo muito    6 Concordo totalmente

	1	2	3	4	5	6
1. De um modo geral, sou uma pessoa que vale a pena conhecer						
2. Sou mais fácil de conhecer do que a maioria das pessoas.						
3. Sinto-me confiante de que as outras pessoas estarão lá para me ajudar quando eu precisar.						
4. Prefiro depender de mim do que das outras pessoas.						
5. Prefiro guardar as coisas para mim próprio.						
6. Pedir ajuda é admitir que se é um falhado.						
7. O valor das pessoas devia ser medido pelo que conseguem alcançar.						
8. Conseguir coisas é mais importante do que construir relações.						
9. Fazer o nosso melhor é mais importante do que dar-mos bem com os outros.						
10. Se há um trabalho para fazer, deve ser feito independentemente das pessoas que sofrem com isso.						
11. É importante para mim que os outros gostem de mim.						
12. É importante para mim evitar fazer coisas que não agradem os outros.						
13. Tenho dificuldades em tomar uma decisão a menos que saiba o que os outros pensam.						
14. As minhas relações com os outros são, geralmente, superficiais.						
15. Às vezes penso que não valho nada.						
16. Tenho dificuldade em confiar noutras pessoas.						
17. Tenho dificuldade em depender dos outros.						
18. Penso que os outros são relutantes em aproximar-se de mim tanto quanto eu gostaria.						
19. Penso que é relativamente fácil tornar-me próximo/a de outras pessoas						
20. Tenho facilidade em confiar nos outros.						
21. Sinto-me confortável em depender de outras pessoas.						
22. Receio que os outros não se preocupem comigo tanto como eu me preocupo com eles.						
23. Preocupa-me que as pessoas se aproximem demasiado.						
24. Preocupa-me não estar à altura dos outros.						
25. Sinto-me confuso com o estar próximo das outras pessoas.						
26. Embora me queira aproximar dos outros sinto-me desconfortável em fazê-lo.						
27. Questiono-me porque é que os outros poderiam querer envolver-se comigo.						
28. É para mim muito importante ter uma relação próxima.						
29. Preocupo-me muito com os meus relacionamentos.						
30. Questiono-me como iria encarar a vida sem ter alguém que me amasse.						
31. Sinto-me confiante no relacionamento com os outros.						
32. Muitas vezes sinto que sou deixado/a de parte ou sozinho/a						
33. Muitas vezes preocupo-me que não encaixe realmente com as outras pessoas.						
34. Os outros têm os seus problemas portanto não os incomodo com os meus.						
35. Quando falo dos meus problemas a outras pessoas geralmente sinto-me envergonhado/a ou ridículo/a.						
36. Estou demasiado ocupado com outras actividades para despender muito tempo em relacionamentos.						
37. Se alguma coisa me incomoda, normalmente os outros têm consciência disso e preocupam-se.						
38. Tenho confiança que os outros irão gostar de mim e respeitar-me.						
39. Sinto-me frustrado/a se os outros não estão disponíveis quando eu preciso deles.						
40. As outras pessoas desapontam-me frequentemente.						

## Anexo 8

## QUESTIONÁRIO MOS-SSS

Sherbourne, Stewart, 1992; Versão portuguesa: A. Fachado, A. Martinez, C. Villaalva, M. Pereira (2007)

## Instruções:

Sexo:                      Idade:

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda de que dispõe:

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem? (Pessoas com as que esta à vontade e pode falar de todo o que quiser).

Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa? Assinale com um círculo um dos números de cada fila:

1 Nunca            2 Raramente            3 Às vezes            4 Quase sempre            5 Sempre

	1	2	3	4	5
1. Alguém que o ajude, se tiver que estar de cama					
2. Alguém com quem falar quando precise					
3. Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas					
4. Alguém que o leve ao médico quando o necessite					
5. Alguém que lhe dê sinais de carinhos, amor ou afectos					
6. Alguém com quem passar um bom bocado					
7. Alguém que lhe dê uma informação e o ajude a entender uma situação					
8. Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio e das suas preocupações					
9. Alguém que lhe dê um abraço					
10. Alguém com quem poder relaxar					
11. Alguém para preparar as suas refeições se não as pode fazer					
12. Alguém cujo conselho deseje					
13. Alguém com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer os seus problemas					
14. Alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente					
15. Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos					
16. Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais					
17. Alguém para se divertir					
18. Alguém que compreenda seus problemas					
19. Alguém a quem amar e o faça sentir-se querido					

## Anexo 9

Questionário Morbilidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA)  
(Santana, 1982; versão portuguesa: Carrinho & Pereira, 2009)

Marque com um X a alternativa que mais se aproxima do que lhe ocorreu no último ano.

	Ssim	Nnão
01. Recebe tratamento para nervosismo ou doença mental?		
02. Já utilizou ou usa actualmente remédio para dormir ou acalmar os nervos?		
03. Bebe exageradamente?		
04. Sofre de ataques, caindo no chão e agredindo-se a si mesmo?		
05. Sofre de acessos de loucura?		
06. Não consegue trabalhar por nervosismo ou doença mental?		
07. Tem dificuldades para dormir?		
08. Sofre de nervosismo ou está sempre ansioso?		
09. Tem com frequência crises de irritação?		
10. Fica agressivo, explode com facilidade?		
11. Queixa-se de palpitação ou aperto no coração?		
12. Queixa-se de zumbidos no ouvido e pressão na cabeça?		
13. Sente dores ou pontadas frequentes na cabeça?		
14. Sente fraqueza nas pernas, dores nos nervos?		
15. Sente tremores ou frieza nas mãos?		
16. Sente bolo na garganta, ou ardor no estômago?		
17. Preocupa-se muito com doenças? Se queixa sempre?		
18. Já ficou sem poder falar ou ver?		
19. Já sofreu algum ataque depois de um susto ou contrariedade?		
20. Tem medo excessivo de certas coisas ou lugares, como de escuro ou de lugares fechados ou de alguns bichos?		
21. Tem mania exagerada de limpeza ou arrumação?		
22. Após fechar as portas, verifica várias vezes se estão bem fechadas?		
23. Fica períodos triste, com desânimo?		
24. Às vezes fica parado, chorando muito?		
25. Sofre de falta de apetite?		
26. Já pensou em dar um fim à vida?		
27. Já ficou descontrolado, fora de si como se estivesse a enlouquecer?		
28. Queixa-se de ouvir vozes ou ver coisas que os outros não vêem?		
29. Fica fechado no quarto sem querer ver ninguém?		
30. Às vezes fica muito tempo numa posição estranha?		
31. Sente que está sendo controlado por telepatia, por rádio ou por espírito?		
32. Acha-se perseguido, que lhe querem fazer mal?		
33. Fala coisas sem sentido?		
34. Fala ou ri sozinho?		
35. Fica períodos exageradamente alegre sem saber porque?		
36. Fica andando muito, cantando ou falando sem parar?		
37. Tem dificuldade de aprender, lembrar ou entender as coisas?		
38. Já lhe aconteceu ficar sem falar, caminhar, e deixar de reconhecer as pessoas?		
39. Tem dificuldades para frequentar todos os dias o trabalho?		
40. Consome drogas?		
41. Embriaga-se ao menos uma vez por semana?		
42. Bebe diariamente?		



## Anexo 10

### Pedido e Autorização de utilização de Escalas



UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Dear Fenney, PhD

My name is Paula Carrinho and I am starting a doctoral investigation in Education Sciences at University of Aveiro, Portugal, supervised by Anabela Pereira, PhD (University of Aveiro).

The thesis is about "Homeless people."

I am contacting you to ask permission to translate and use the Attachment Style Questionnaire (Fenney & Noller, 1994)

Thank so much for your attention. I look forward to receive your answer.

Best regards,

My address and contacts are:

Tel. 919043199

e-mail: [paulacarrinho@mail.com](mailto:paulacarrinho@mail.com)

UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Cara Professora Doutora Sara Monteiro

Sou estudante de doutoramento em psicologia na Universidade de Aveiro e no presente momento, estou a desenvolver um projecto de pesquisa supervisionada pela Professora Doutora Anabela Sousa Pereira sob a problemática dos sem abrigo, tendo como objectivo caracterizar esta população, nomeadamente na cidade de Coimbra e da Figueira da Foz.

No âmbito da referida investigação, gostaria de lhe pedir a sua autorização utilizar a escala de medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico.

Além disso, comprometo-me a prestar-lhe comentários sobre os resultados obtidos com este instrumento na nossa investigação.

Muito obrigado pela vossa atenção.

Atenciosamente

Paula Carrinho

UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Cara Professora Doutora Maria Graça Pereira

Sou estudante de doutoramento em psicologia na Universidade de Aveiro e no presente momento, estou a desenvolver um projecto de pesquisa supervisionada pela Professora Doutora Anabela Sousa Pereira sob a problemática dos sem abrigo, tendo como objectivo caracterizar esta população, nomeadamente na cidade de Coimbra e da Figueira da Foz.

No âmbito da referida investigação, gostaria de lhe pedir a sua autorização utilizar o questionário MOS-SSS-P.

Além disso, comprometo-me a prestar-lhe comentários sobre os resultados obtidos com este instrumento na nossa investigação.

Muito obrigado pela vossa atenção.

Atenciosamente

Paula Carrinho



UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Caro Professor Doutor Santana

Sou estudante de doutoramento em psicologia na Universidade de Aveiro e no presente momento, estou a desenvolver um projecto de pesquisa supervisionada pela Professora Doutora Anabela Sousa Pereira sob a problemática dos sem abrigo, tendo como objectivo caracterizar esta população, nomeadamente na cidade de Coimbra e da Figueira da Foz.

No âmbito da referida investigação, gostaria de lhe pedir a sua autorização utilizar o questionário Morbilidade Psiquiátrica em Adultos.

Além disso, comprometo-me a prestar-lhe comentários sobre os resultados obtidos com este instrumento na nossa investigação.

Muito obrigado pela vossa atenção.

Atenciosamente

Paula Carrinho

UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Caro Professor Doutor Brugha

Sou estudante de doutoramento em psicologia na Universidade de Aveiro e no presente momento, estou a desenvolver um projecto de pesquisa supervisionada pela Professora Doutora Anabela Sousa Pereira sob a problemática dos sem abrigo, tendo como objectivo caracterizar esta população, nomeadamente na cidade de Coimbra e da Figueira da Foz.

No âmbito da referida investigação, gostaria de lhe pedir a sua autorização utilizar o questionário de ocorrência de acontecimentos de vida stressantes relacionados com o surgimento do primeiro episódio de sem abrigo

Além disso, comprometo-me a prestar-lhe comentários sobre os resultados obtidos com este instrumento na nossa investigação.

Muito obrigado pela vossa atenção.

Atenciosamente

Paula Carrinho



Anexo 11

Autorização das Instituições

UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DA EDUCAÇÃO

Exmo. Sr. Presidente da Direcção da Cáritas Diocesana de Coimbra

Sou estudante de doutoramento em psicologia na Universidade de Aveiro e no presente momento, estou a desenvolver um projecto de pesquisa supervisionada pela Professora Doutora Anabela Sousa Pereira sob a problemática dos sem abrigo, tendo como objectivo caracterizar esta população, nomeadamente na cidade de Coimbra e da Figueira da Foz.

A escolha destas cidades prende-se com a facilidade de acesso, quer pela proximidade, quer pelo facto de exercer funções como psicóloga numa comunidade de inserção para sem abrigo no concelho da Figueira da Foz.

No âmbito da referida investigação, gostaria de lhe pedir a sua autorização me poder deslocar à instituição que V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> dirige e recolher junto dos utentes uma bateria de escalas que pretendem avaliar:

- Rede social de apoio;
- Acontecimentos stressantes ocorridos aquando o primeiro episódio de sem abrigo
- Padrões de vinculação
- Ficha de caracterização
- Escala de Manifestação de Bem-estar Psicológico
- Escala sobre saúde mental

Os dados recolhidos serão apenas divulgados no relatório final do estudo, sendo o anonimato dos seus protagonistas e da instituição salvaguardados, na apresentação dos resultados de investigação.

Comprometo-me a prestar comentários sobre os resultados obtidos com esta na investigação, esperando contribuir para um reforço de conhecimentos que se traduzam numa mais valia profissional para todos nós.

Disponível para qualquer informação adicional, agradeço desde já toda a disponibilidade face ao meu pedido.

Atenciosamente

Paula Carrinho

UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DA EDUCAÇÃO

Exmo. Sr. Coordenador da Comunidade de Inserção Novo Olhar

Sou estudante de doutoramento em psicologia na Universidade de Aveiro e no presente momento, estou a desenvolver um projecto de pesquisa supervisionada pela Professora Doutora Anabela Sousa Pereira sob a problemática dos sem abrigo, tendo como objectivo caracterizar esta população, nomeadamente na cidade de Coimbra e da Figueira da Foz.

A escolha destas cidades prende-se com a facilidade de acesso, quer pela proximidade, quer pelo facto de exercer funções como psicóloga numa comunidade de inserção para sem abrigo no concelho da Figueira da Foz.

No âmbito da referida investigação, gostaria de lhe pedir a sua autorização me poder deslocar à instituição que V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> dirige e recolher junto dos utentes uma bateria de escalas que pretendem avaliar:

- Rede social de apoio;
- Acontecimentos stressantes ocorridos aquando o primeiro episódio de sem abrigo
- Padrões de vinculação
- Ficha de caracterização
- Escala de Manifestação de Bem-estar Psicológico
- Escala sobre saúde mental

Gostaria de pedir igualmente autorização para entrevistar 5 residentes da CINO, no sentido de avaliar a sua percepção da eficácia do programa implementado pela instituição.

Os dados recolhidos serão apenas divulgados no relatório final do estudo, sendo o anonimato dos seus protagonistas salvaguardado.

Comprometo-me a prestar comentários sobre os resultados obtidos com esta na investigação, esperando contribuir para um reforço de conhecimentos que se traduzam numa mais valia profissional para todos nós.

Disponível para qualquer informação adicional, agradeço desde já toda a disponibilidade face ao meu pedido.

Atenciosamente

Paula Carrinho

UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DA EDUCAÇÃO

Exmo. Director da EuroExemplo, Centro de formação, Lda.

Sou estudante de doutoramento em psicologia na Universidade de Aveiro e no presente momento, estou a desenvolver um projecto de pesquisa supervisionada pela Professora Doutora Anabela Sousa Pereira sob a problemática dos sem abrigo, tendo como objectivo caracterizar esta população, nomeadamente na cidade de Coimbra e da Figueira da Foz.

A escolha destas cidades prende-se com a facilidade de acesso, quer pela proximidade, quer pelo facto de exercer funções como psicóloga numa comunidade de inserção para sem abrigo no concelho da Figueira da Foz.

No âmbito da referida investigação, gostaria de lhe pedir a sua autorização me poder deslocar à instituição que V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> dirige e recolher junto dos formandos uma bateria de escalas que pretendem avaliar:

- Rede social de apoio;
- Acontecimentos stressantes ocorridos aquando o primeiro episódio de sem abrigo
- Padrões de vinculação
- Ficha de caracterização
- Escala de Manifestação de Bem-estar Psicológico
- Escala sobre saúde mental

Os dados recolhidos serão apenas divulgados no relatório final do estudo, sendo o anonimato dos seus protagonistas e da instituição salvaguardados, na apresentação dos resultados de investigação.

Comprometo-me a prestar comentários sobre os resultados obtidos com esta na investigação, esperando contribuir para um reforço de conhecimentos que se traduzam numa mais valia profissional para todos nós.

Disponível para qualquer informação adicional, agradeço desde já toda a disponibilidade face ao meu pedido.

Atenciosamente

Paula Carrinho

UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Exmo. Director da Associação Figueira Viva,

Sou estudante de doutoramento em psicologia na Universidade de Aveiro e no presente momento, estou a desenvolver um projecto de pesquisa supervisionada pela Professora Doutora Anabela Sousa Pereira sob a problemática dos sem abrigo, tendo como objectivo caracterizar esta população, nomeadamente na cidade de Coimbra e da Figueira da Foz.

A escolha destas cidades prende-se com a facilidade de acesso, quer pela proximidade, quer pelo facto de exercer funções como psicóloga numa comunidade de inserção para sem abrigo no concelho da Figueira da Foz.

No âmbito da referida investigação, gostaria de lhe pedir a sua autorização me poder deslocar à instituição que V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> dirige e recolher junto dos formandos uma bateria de escalas que pretendem avaliar:

- Rede social de apoio;
- Acontecimentos stressantes ocorridos aquando o primeiro episódio de sem abrigo
- Padrões de vinculação
- Ficha de caracterização
- Escala de Manifestação de Bem-estar Psicológico
- Escala sobre saúde mental

Os dados recolhidos serão apenas divulgados no relatório final do estudo, sendo o anonimato dos seus protagonistas e da instituição salvaguardados, na apresentação dos resultados de investigação.

Comprometo-me a prestar comentários sobre os resultados obtidos com esta na investigação, esperando contribuir para um reforço de conhecimentos que se traduzam numa mais valia profissional para todos nós.

Disponível para qualquer informação adicional, agradeço desde já toda a disponibilidade face ao meu pedido.

Atenciosamente

Paula Carrinho

## Anexo 12- Entrevista Ana

Ana 24 anos  
8.º ano de escolaridade

Entrevistador - quanto tempo ficou na rua?

Ana - 3 meses

3 Meses na  
rua

Entrevistador - como se sentiu nas primeiras noites em que esteve na rua?

Ana - Medo e angústia. Medo de ser assaltada, de ser maltratada, de ser raptada.

Medo de ser  
fisicamente  
agredida

Entrevistador - Qual a razão que o levou à situação de sem-abrigo?

Ana - Saí de casa aos 18 anos por causa do meu padrasto, devido aos maus tratos que ele me dava. Não tinha para onde ir.

Sem abrigo  
devido a  
violência  
doméstica

Entrevistador - Considera que houve algum factor importante para sair da rua? Ana

- Foi uma pessoa amiga que me viu toda suja e me perguntou onde eu estava a dormir. Eu disse que estava na rua e ele ofereceu-me a casa de um familiar, onde eu podia ficar à confiança.

Apoio de  
amigos  
como forma  
de sair da  
rua

Entrevistador - Durante o tempo em que viveu na rua como era a relação com a sua família?

Ana - Não quiseram saber de mim. Nunca mais vi a minha família durante esses 3 meses.

Ausência de  
contacto  
com a  
família  
durante o  
tempo de  
rua

Entrevistador - Tinha algumas pessoas próximas nessa fase da vida?

Ana - Não. Enquanto estive na rua não tive ninguém próximo.

Isolamento  
enquanto  
viveu na rua

Entrevistador - Fale-me um pouco da última relação conjugal que teve, como era a pessoa e com se relacionavam?

Ana - Nunca achei que aquilo fosse uma relação séria, nem uma relação boa. Ao princípio achava que sim, porque eu nunca pensei que ele estivesse metido nas drogas, mas quando ele me contou que andava metido e começou a consumir à minha frente, eu nem sabia o que havia de fazer. Se havia de continuar, se havia de deixá-lo. Andava indecisa. Então decidi ajudá-lo. Fui eu que o motivei a ir para o CAT, foi aí que a minha relação começou a desmoronar. Quando eu lhe falei no CAT, ele começou a bater-me, atirava-me contra a parede, fazia-me trinta por uma linha. Até

Padrão de  
vinculação  
ansioso-  
ambivalente  
na relação  
conjugal

Violência  
doméstica

cheguei a fazer queixa dele à polícia. Abri um processo e fui observada no Instituto de medicina legal. Andámos separados durante muito tempo por causa desse processo. Sempre que ele me encontrava na rua batia-me. Ouve uma vez que até chamei a polícia e disse-lhes que ele me bateu no meio da rua. Depois, mesmo com a queixa aberta, nós retomámos a relação. Mas ele ainda andava nas drogas e eu só me enterrei. Fui muito difícil. Sempre tive azar na vida, também nunca vou ter sorte.

Entrevistador - Sente-se integrado na C.I.?

Ana - Por um lado sinto que sim, mas por outro não. Porque eu também não faço um esforço para isso. Às vezes não tenho interesse por nada. Mas sinto-me bem na casa.

Ambivalência que traduz falta de confiança

Entrevistador - Qual o papel que atribui à equipa Técnica?

Ana - A equipa é como se fosse uma família para mim. É a família que eu nunca tive. É importante no dia-a-dia. É importante em tudo. Sem equipa técnica não tenho ponta onde me agarrar.

Atribuição à equipa técnica e residentes do papel de família não no sentido afectivo mas no funcional

Entrevistador - Qual o papel que atribui aos outros residentes?

Ana - Não posso considerá-los como irmãos do peito. São só irmãos. Irmãos do dia-a-dia. Uma das coisas mais importantes de ter vindo para cá foi ter conhecido a Vera e o Raul.

Entrevistador - O que mais lhe agrada no funcionamento da C.I.?

Ana - As saídas de grupo, o desporto e os momentos de convívio. Também quando vão comigo ao médico com a minha filha. Ir à médica de família é mais fácil, mas quando vou às consultas ao pediátrico é mais difícil. Por isso é que peço sempre aos técnicos para me acompanharem e entrarem comigo. Para perceber ao certo o que me querem dizer. Sozinha atrapalho-me. Assim, sinto-me mais segura e a minha filha também.

Valorização dos momentos de grupo e do acompanhamento técnico

Entrevistador - O que é que mais lhe desagrada?

Ana - Não gosto das actividades da madeira. Quando são as actividades da madeira, pronto, está tudo estragado. Tentei fazer o armário e não consegui. Furei tudo torto. Tudo o resto são coisas que me agradam fazer, porque sei fazer.

Entrevistador - Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum residente?

Ana - Sim. Para além do Francisco que é mais do que um pai para a minha filha, há a Vera, que eu não conhecia e foi uma pessoa que me ajudou muito. Sinto muito a falta dela. Às vezes vou ter com ela ao café e quando a vejo ficou feliz. E ela também.

Importância de relações de amizade estabelecidas na CI

Ficou uma forte ligação entre nós. Outra pessoa que foi muito importante para mim foi o Raul. Era uma pessoa mais calma, mais compreensiva. É uma pessoa que sabe estar e dar conselhos. A Vera é mais mãe, mais protectora. O Francisco ainda não o sei bem definir. O Francisco não é mais virado para mim, é mais virado para a minha filha. Protege-a muito. Dá-lhe muitos mimos, qualquer coisinha vai logo ter com ela.

Parentificação dos colegas

Entrevistador - Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum elemento da equipa técnica?

Ana - Ao princípio não me sentia lá muito à vontade com os técnicos. Mas agora estou-me a deixar ir. Fujo um bocadinho deles, acho que é por uma questão de respeito. Com o Dr. Alberto sinto-me mais à vontade porque já o conheço e conversava com ele há vários. Depois encontrei-o aqui e passámos a conversar ainda mais. Com os outros técnicos é mais naquela coisa do correcto, tratar de assuntos sérios e andar na linha. Tem sido importante porque me tem ajudado a reflectir um pouco mais.

É atribuído aos técnicos o papel de controlo social

Entrevistador - Sente que abdicou de alguma coisa para entrar na C.I.?

Ana - Não. Não abdiquei de nada. A CPCJ deu-me a escolher: ou vinha para aqui ou tiravam-me as minhas filhas. E eu decidi vir. Contrariada, mas vim. Vir contrariada não ajudou em nada, não confiava nas pessoas. Se já era revoltada de natureza, depois impuseram-me vir para aqui, e eu fiquei ainda mais revoltada. Ao início vim de pé atrás porque estava convencida que me queriam tirar as minhas filhas, mas depois o tempo ajudou-me a pensar que não era assim.

Entrada na CI motivada por factores externos

Entrevistador - Qual a conquista mais importante que já fez, desde que aqui está?

Ana - A calma. Acho que sim. O tempo ajudou-me a ficar mais calma. Eu não era assim. Era muito revoltada. Por tudo e por nada explodia, virava a casa inteira. Agora já não sou assim tanto. Já estou um bocado mais estável. Quando me deviam ter ajudado a ser mãe tiraram-me a prioridade e afastaram-me das minhas filhas mais velhas. Agora é que aos poucos estou a aprender a ser mãe. Ainda não aprendi muito mas estou a tentar. A maior conquista que queria fazer era aprender a ser 100% mãe. Estar estável é importante, mas aprender a ser mãe é mais importante.

Modelo negativo de si próprio e dos outros

Eu quando cá cheguei, eu era muito má. Não confiava em ninguém, não queria estar com ninguém, só queira estar sozinha. Tudo o que me diziam eu não queira saber, não obedecia a ninguém. Agora hoje em dia, de vez em quando também não obedeceu, não é? Mas hoje em dia já obedeço às pessoas. Digo que não obedeço, mas obedeço e já confio mais nos outros. No principio não confiava nada em

Necessidade e de aprender papéis: o de boa mãe e o de boa filha (menina obediente)



ninguém, mas agora já confio mais e acho que aos poucos e poucos ainda vou confiar mais.

Entrevistador - O que é que é diferente dos outros serviços?

Ana - Esta instituição é diferente, porque esta comunidade dá estabilidade, dá uma paz interior às pessoas que as outras instituições que eu conheço não dão. Esta paz que eu tenho é uma coisa que nunca tive. Aqui dentro sinto-me segura, lá fora não. Se pudesse eleger um serviço, era este porque é uma instituição que sempre me ajudou do princípio ao fim. A instituição ajudou-me e trabalhou para me dar estabilidade enquanto os outros serviços em vez de me ajudarem, bem pelo contrário, só me enterraram e fizeram com que eu ficasse na rua. Aqui sinto-me mais apoiada.

Valorização da estabilidade e da segurança

Entrevistador - Perspectivas para quando sair?

Ana - Queria muito ter estabilidade, trabalho, um cantinho e ser feliz com as minhas filhas. Não queria mais nada.

Sonhos de futuro: casa, emprego e família

Entrevistador - Considera que o facto de estar integrado nesta comunidade contribuiu para uma aproximação à família?

Ana - Mudaram como da noite para o dia. Enquanto eu estive a viver na rua não quiseram saber de mim, quando vim para cá toda a gente me passou a procurar. Eu nem sei se me sinto bem se mal com esta mudança. Fico bastante confusa.

Estadia na CI como factor de reforço da rede social: família, amigos e emprego

Entrevistador - A sua estadia na comunidade contribuiu para conhecer novos amigos?

Ana - Foi, porque os amigos que eu tinha não eram bem amigos. Eram amigos que só sabiam enterrar uma pessoa e estes daqui não, são amigos estáveis e saudáveis que sabem estar e ajudar uma pessoa quando ela precisa.

Entrevistador - Qual a importância da sua estadia para o acesso ao mercado de trabalho?

Ana - Eu sem a instituição não conseguia arranjar trabalho. Primeiro porque não estava estabilizada, segundo, não tinha onde dormir e terceiro quem é que me ia dar trabalho? Gostei do meu emprego na junta e gostava de voltar à jardinagem.

Entrevistador - O que espera da comunidade no futuro?

Ana - Espero o apoio, espero continuar a ter consultas aqui. Espero continuar a ter os amigos que sempre tive. Por exemplo, se eu tiver uma dificuldade com as minhas filhas. Se uma ficar doente ou se a menina ficar internada eu espero poder ligar para

cá e que me fiquem com a Sara para eu poder acompanhar a Telma. Espero que possa continuar a pedir ajuda no que precisar. Eu estou para sair da casa porque já cá estou há um ano e meio e é complicado. Quando começo a ver os números de telefone para procurar uma casa para alugar sinto-me um bocado estranha, porque depois de tanto tempo aqui em casa eu começo a pensar, passei ano e meio cá em casa e agora tenho que sair de uma casa para a outra? Mas penso só comigo não digo a ninguém. Penso, agora que devia de estar a entrar é que estou a sair. Agora é que devia estar a entrar na dinâmica da casa que foi coisa que eu no principio não queira entrar, não queria saber das coisas daqui de casa e agora que já estou a entrar no ritmo da casa estou a sair. Sinto que precisava de mais tempo. Agradava-me continuar a ter o apoio da casa, se vocês quiserem, nem que eu continuasse ali nos papéis das tarefas, nem que eu viesse participar nos desportos e nas tarefas, e não queria largar a cozinha, fazer o almoço e o jantar, fazer um jantar de aniversário, quando alguém fizesse anos.

Perspectiva de manutenção futura de apoio instrumental, emocional, companhia social.

Dificuldade de autonomização/separação

Desejo de permanecer na CINO

## Anexo 13- Entrevista Rui

Rui: 50

8.º ano de escolaridade

Entrevistador - quanto tempo ficou na rua?

Rui- Sensivelmente um ano e meio. Não posso precisar o tempo, mas foi entre um ano e ano e meio.

Entrevistador -O que sentiu nas primeiras noites na rua?

Rui- As primeiras noites forma traumatizantes. Era tudo o que eu não podia imaginar, após tantos anos de uma vida em comum estar a ser abandonado completamente. Estar a ser desprezado, isso para mim revoltou-me bastante, levou-me quase ao desespero. Comecei a beber, essa foi uma das razões para o meu problema de alcoolismo, porque a bebida era o meu refúgio. Eu sentia-me muito só, embora com algum conforto do meu filho do meio. Eu também estava dependente da família o que eu ganhava do seguro era insuficiente e embora fosse fazendo uns trabalhitos a este e aquele e ainda me ficam a dever. Por vezes trabalhava a troca de um almoço ou de um jantar, eu lá ia sobrevivendo. A minha família só me dava comida às vezes ao fim de semana, porque o meu filho do meio fazia pressão sobre a mãe. Para ela eu era um peso que estava a carregar.

Entrevistador - Qual a razão que o levou à situação de sem-abrigo?

Rui- Eu sempre ganhei muito dinheiro, sempre trabalhei, até aos domingos, nunca faltei com nada. Depois do meu acidente é que as coisas começaram a piorar, ela pensava que eu ia receber uma fortuna da companhia de seguros e como por razões várias, os meus companheiros foram falsos para mim. Porque nós nunca usámos óculos de protecção e eles foram dizer em pleno tribunal que sim, que estávamos a usar. Foi após esta situação que percebi que não dava para mais. Fiquei sempre na expectativa que as coisas fossem melhorando.

Situação de sem abrigo motivada por acidente de trabalho que conduz a desemprego

Entrevistador - Considera que houve algum factor importante para sair da rua?

Rui- Eu abri-me bastante com um amigo meu e ele ajudou-me a ir fazer uma desintoxicação. Fazer uma lavagem em mim mesmo, porque eu já estava completamente a alucinar, estava mesmo a “tripar”. Eu já via coisas imaginárias, já ouvia vozes, eu já estava mesmo, não sei como explicar. Na altura não sabia, agora já sei. Porque eu só consumia álcool, fazia uma refeição de duas ou três sandes e o resto era álcool. A alimentação era bastante escassa. Depois da desintoxicação ele informou-me da existência da Associação onde conheci as doutoras que me encaminharam para aqui.

Apoio de amigos e de técnicos como factor motivador da saída da rua

Ausência de rede de suporte

Entrevistador - Durante o tempo em que viveu na rua como era a relação com a sua família?

Rui- Em termos familiares só tive o apoio de dois dos meus filhos, mais ninguém. Eu também não recorri a ninguém sabia que era escusado. Sempre fui pessimista, porque família só tenho uma irmã que está bem na vida, mas não temos assim grande ligação.

Apoio dos filhos durante a vivência na rua

Entrevistador - Tinha algumas pessoas próximas nessa fase da vida?

Rui- Não, não tive ninguém próximo nesse percurso, a não ser esse amigo. Esse ajudou-me e eu fui um bocado hipócrita quando vim e deixei de entrar em contacto com ele. Por uma razão muito simples, eu sou católico e, quer dizer, ele não me obrigou a ir para o reino de deus, mas eu frequentei durante uns dias esse reino de deus quase por gratidão por aquilo que ele fez. Mas como aquilo para mim não me dizia nada, para mim era uma fantochada, afastei-me e nunca mais entrei em contacto com ele. Talvez seja egoísmo da minha parte, mas foi uma das razões que me levou a desviar dele.

Escasso apoio da família aquando da vivência de sem abrigo

Apoio de amigo

Entrevistador - Fale-me durante 5 minutos da última relação conjugal que teve, como era a pessoa e como era a relação?

Rui- Ela foi, ainda há dias me cruzei com ela e íamos no mesmo sentido e quando ela me viu mudou de passeio. Eu por curiosidade parei e olhei para trás e ela também estava a olhar. Ela ia apanhar o autocarro para casa. Foi uma pessoa que eu nunca perdi as esperanças, enquanto estive em casa, que houvesse uma reconciliação. Só que também reparei que eu estava a ser um empecilho na vida dela. Já há quatro anos que não tínhamos relações a nível nenhum. Isso para mim... tive que viver muito na solidão. Também fui uma pessoa que nunca procurei outras mulheres, porque não queira de forma alguma ser infiel, quer dizer fui em tempos. Ela sem dúvida alguma é uma mulher trabalhadora, limpa. Tem tudo como mulher. Só essa parte, o que ela me fez, o abandono que ela me fez, pronto, deixou tudo a perder. Muito limpa, muito trabalhadora, muito amiga dos filhos. Eu talvez tenha a minha cota parte de culpa no divórcio porque comecei a ingerir muito álcool. Mas foi depois de sentir o abandono dela, senão as coisas eram capazes de continuar. Depois o problema maior foi a minha filha querer fazer-se grande com coisas que não podia, porque ela trabalhava numa agência imobiliária e na altura vendia muito bem, e juntou um dinheirinho e depois pôs-se a inventar e fez uma firmazinha pequena com os irmãos. Ela sem conhecimento básico de nada sobre a construção civil e inventou. Mas durante os primeiros vinte e dois aninhos de casados foi bom, foi excelente.

Vinculação ambivalente em relação à companheira

Alcoolismo

Educamos os dois os nossos filhos, até certa altura, até á maturidade deles. Tudo caminhava sobre rodas, mas entretanto tive este percurso na vida e a relação findou, mas enquanto durou ela soube-me respeitar, tenho quase a certeza que mesmo durante aqueles quatro anos sem ter relações com ela, ela nunca me traiu. Não porque ela estava muito agarrada aos filhos e entretanto apareceu a neta. Eu é que já, ultimamente quando já estava completamente num estado de depressão comecei a desconfiar. Já estava completamente a ir-me a baixo.

Entrevistador - Sente-se integrado na C.I.?

Rui- Inicialmente como nunca tinha estado numa situação destas, encarei as coisas de uma forma delicada, porque não estava preparado de forma alguma para uma situação destas. Mas derivado à situação de sem abrigo em que encontrava, fui-me adaptando. Não estou arrependido. Tenho tido uma equipa excelente, tenho feito, creio eu, um bom trabalho. Tornei-me responsável, sempre fui mas houve um período de tempo que não fui. Sinto que hoje estou em plena forma, ainda não me encontrei completamente, é um bocado prematuro para dizer isso mas acho que já estou mais perto do objectivo que futuramente terei que olhar para ele com bons olhos. O futuro para mim ás vezes torna-se pouco risonho, porque eu gosto do presente. Sinto-me completamente integrado e tenho orgulho em pertencer a esta comunidade. Aliás, digo isso sem querer, como se diz na gíria, sem querer engraxar. Eu escrevo muito acerca da comunidade, e aquilo que escrevo é sentido e com amor à camisola. Fez-me bastante bem e percebi que uma comunidade não é aquilo que muita gente pensa, uma comunidade é muito mais complexa. Não é só um abrigo de quem não tem abrigo, há outros percursos que a equipa técnica tem que gerir. Cada caso é um caso. Fui aprendendo isso aqui, e a minha permanência tem sido positiva e tenho sabido aproveitar todos esses espaços.

Dificuldade de adaptação inicial.

Valorização dos outros e de si

Sentimento de pertença à CINO

Importância de experiências positivas como forma de desconfirmar crenças pessimistas

Entrevistador - Qual o papel que atribui à equipa Técnica?

Rui- Não tenho palavras para descrever. Tem sido uma equipa, além de jovem sabe funcionar. Tem um profissionalismo acima da média, o que para qualquer residente é uma mais valia. Vejo o interesse e a abertura com que comunicam connosco, de pessoa para pessoa, o que nos faz sentir bastante bem. Ali não estão só os doutores, são também amigos.

Importância da relação de proximidade com a equipa técnica

Entrevistador - Papel que atribui aos outros residentes?

Rui- às vezes é um bocado complicado definir cada um, mas no cômputo geral se estão aqui é porque tiveram problemas, alguns foram criados, outros criamo-los nós. Mas não são casos perdidos como eu pensei que era, inicialmente antes de vir para

Importância da existência de guias cognitivos e de apoio emocional

Vinculação à CINO

aqui. Pensei que era um caso perdido, que não tivesse remissão, mas a comunidade amarrou-me de uma forma tal que não me deixaram ir ao fundo. Creio que como o meu caso, há N deles. É uma aprendizagem diferente da de lá de fora, é uma aprendizagem mais directa, passa por sentir o sofrimento de cada um. Encontrei aqui casos muito diferentes do meu, alguns conseguem superá-los com calma, paciência e com ajuda. Sozinhos era muito difícil. Ainda não estamos no topo mas temos meio caminho andado. Existem casos como o do Francisco que chegou aqui quase nas mesmas condições que eu e agora está capaz de realizar uma vida lá fora em boas condições.

Importância de experiências positivas como forma de desconfirmar crenças pessimistas

Entrevistador - O que é que mais lhe agrada no funcionamento da C.I.?

Rui- A vontade e o querer da equipa. Há muita gente que não compreende, até mesmo alguns residentes. Agrada-me, no funcionamento do dia-a-dia, saber-mos qual é o nosso papel, qual é a nossa função. A equipa técnica tem que gerir mas é importante sermos pioneiros, sem o nosso querer não vale a pena. Temos que ser nós mesmos a dar o primeiro passo.

Confiança no meio

Importância da definição de papéis

Entrevistador - O que é que mais lhe desagrada?

Rui - O desinteresse de alguns residentes. Às vezes eu também me incluo nesse desinteresse. Às vezes parece que estão aqui de passagem e que a comunidade tem a obrigação de lhes proporcionar tudo.

Instrumentalização das relações reconhecida como negativa

Entrevistador - Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum residente? Rui

- Sinto-me à vontade com o Francisco, abro-me muito com ele. Converso bastante com outros residentes mas sinto-me mais à vontade com o Francisco.

Estabelecimento de relação entre pares

Entrevistador - Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum elemento da equipa técnica?

Rui - Estaria a ser injusto. Para mim é uma equipa coesa, da qual gosto bastante. O facto de falar mais com um não quer dizer que seja ele que nos está ajudar mais, há todo um trabalho de equipa por trás que nós desconhecemos.

Equipa técnica vista como um todo

Entrevistador - Sente que abdicou de alguma coisa para entrar na C.I.?

Rui - Não, não abdiquei de nada porque não tinha nada de que abdicar.

Entrevistador - Qual a conquista mais importante que já fez, desde que aqui está?

Rui - A mais importante foi saber que sou mesmo capaz de deixar o álcool. Acho que essa foi a maior conquista. Depois, foi ter voltado a estar com os meus filhos, ter-mos conversado, e ter-lhes demonstrado que o meu percurso no álcool está ultrapassado. Foi também importante ter conhecido as pessoas da comunidade, ajudaram-me muito.

Valoriza:  
abandono de consumos de álcool;  
reaproximação dos filhos e reforço da rede de suporte.

Entrevistador - O que é que é diferente dos outros serviços?

Rui - Embora tenham maior abertura, para mim foi muito importante ficar aquele tempo em regime fechado. Acho que doutra forma não tinha conseguido. Quando se vem dum tratamento e se tem logo acesso ao exterior, há tendência para recair. Acho que o período de regime fechado é uma salvaguarda para nós. Primeiro é frustrante só poder sair em grupo, mas depois, faz todo o sentido.

Importância da fase inicial de regime fechado como forma de prevenir recaída, regulação e controlo social

Entrevistador - Perspectivas para quando sair?

Rui - Em termos de funcionamento laboral as perspectivas são limitadas derivado aos meus problemas de visão. Terei que arranjar uma companheira, sou humano, sou homem, tenho as minhas carências e as minhas necessidades. Mas para isso tenho que ter as condições reunidas. Se não tiver recursos suficientes prefiro estar sozinho. Gostava de reconstruir uma família.

Esperança de refazer uma relação conjugal

Medo de não o conseguir

Entrevistador - considera que o facto de estar integrado nesta comunidade contribuiu para uma aproximação à família?

Rui - Em parte sim. Foi bom para demonstrar que não era aquilo que eles pintavam e que sou capaz. Foi muito positivo para eles voltarem a acreditar em mim. Expliquei-lhe a dinâmica da casa e eles entenderam e deram-me valor.

Entrada na CI importante como factor de:  
Reaproximação familiar;  
Acesso a mercado de trabalho

Entrevistador - A sua estadia na comunidade contribuiu para conhecer novos amigos?

Rui - Sim, os amigos que eu tinha. Amigo é uma palavra muito complexa. Os amigos para mim são como o amor, têm que ser conquistados. Acho que além de ter amigos, aqui encontrei alguns amigos, particularmente a Rosa, gosto muito da Rosa. Como amiga, de imediato não está no meu horizonte mais do que isso, mas falo muito com ela e entendemo-nos. Também gosto muito das crianças.

Necessidade de ter uma companheira

Entrevistador - Qual a importância da sua estadia para o acesso ao mercado de trabalho?

Rui - Deu-me mais vontade, eu estava desanimado, porque as perspectivas eram poucas. Tinha medo que alguém me desse trabalho, devido à minha situação. Eu tinha que fazer alguma coisa, tinha que me curar. Onde eu andava a trabalhar toda a gente bebia e eu também não podia ficar aquém. Tinha uma paranóia em mim que se não bebesse eles dissessem que: “quem não é para beber não é para trabalhar”. Eu sentia-me um bocado constrangido, mas diga-se a verdade, nunca fiz nada para deixar de beber. Senão estivesse aqui ainda hoje não estava a trabalhar. Além de ser duro fez-me bem. Estava a precisar disto. Eu já estava sem trabalhar à cerca de cinco anos, sem fazer nada.

Crença sobre álcool

Entrevistador - O que espera da comunidade no futuro?

Rui - espero que a comunidade novo olhar continue a ajudar outras pessoas que estejam na mesma situação que eu, e que tenha forma de subsistir.

A comunidade para mim foi e está a ser uma lição, senão fosse uma casa deste género não sei onde estaria. A comunidade já me deu muita coisa e ainda tem mais coisas para me dar. Embora eu também espere ter coisas para dar à comunidade. Espero que possa sempre contar com a equipa técnica. Espero sair bem e nunca me vou esquecer da comunidade. Estou aqui à sete meses e sinto que a comunidade já faz parte de mim. Ao princípio queria que o tempo passasse depressa, mas agora não. Acho que o tempo está a correr depressa demais. Bateu-me muito forte e eu sou muito sensível, já disse que a comunidade faz parte integrante de mim. Digo-o de coração. Se pudesse ficar cá para sempre, desde que pudesse ter uma companheira, ficava.

Expectativa futura de manutenção de contactos

Desejo de reciprocidade

Dificuldade de autonomização/separação

Desejo de permanecer na CINO



## Anexo 14- Entrevista Francisco

Francisco- 33  
6.º Ano escolaridade

Entrevistador - quanto tempo ficou na rua?

Francisco - 12 anos. 12 ou mais. Se calhar foram mais. Estava em casa, a trabalhar na Câmara, e quando se estava a aproximar a passagem de ano, o meu pai disse: ano novo, vida nova. Mas eu pensei que como dava 30 contos para a casa e ele era muito agarrado ao dinheiro, nunca pensei que ele fizesse o que fez. Eu estava a consumir e a trabalhar, ele deixou-me receber o ordenado, dei o dinheiro para a casa e ele meteu-me na rua.

12 anos de vivência de sem abrigo

Entrevistador -O que sentiu nas primeiras noites na rua?

Francisco- Nada. Um enorme vazio. Estava alheado do mundo e de mim. Não sentia nada.

Vazio afectivo

Entrevistador - Qual a razão que o levou à situação de sem-abrigo? Francisco - Foi a toxicodependência. O meu pai já me tinha avisado, mas como eu dava dinheiro para a casa estava convencido que ele não me punha na rua.

Toxicodependência como factor que causou a situação

Entrevistador - Considera que houve algum factor importante para sair da rua?

Francisco - Sim, houve. Foi a morte da minha mãe. Ela já me tinha pedido muitas vezes para eu deixar a droga, e eu até já tinha tentado várias vezes. Uma vez consegui ficar cinco anos e meio abstinente mas depois recaí. Quando a minha mãe estava doente, eu de manhã deixava o meu pai sair e ia lá tratar da higiene dela. Ela dava-me sempre dez euros para tirar a ressaca. Houve um dia que eu cheguei lá para a ir tratar e ela estava no posto médico morta. Outra ajuda muito importante foi a abertura de um centro de apoio lá na minha zona. Foi um passo de gigante para conseguir estar onde estou. Com a ajuda deles e com a minha iniciativa comecei a frequentar o centro, a lavar lá a roupa, a tomar banho. Houve um dia em que eles me disseram que tinha aberto uma comunidade, que é esta onde estou, e perguntaram-me se eu estava interessado em largar a vida em que andava. Eu respondi que já estava à espera disso há muito tempo e que agora que a minha mãe morreu, ainda mais força tenho para que a minha vida mude. O Dr. encaminhou-me até aqui e eu cá estou.

Factores que promovem a saída da rua:  
Morte de familiar  
Apoio técnico

Entrevistador - Durante o tempo em que viveu na rua como era a relação com a sua família?

Francisco - Era distante. O meu pai ia ao pingo doce todos os dias, eu estava lá a arrumar carros, e ele chegava, estacionava e era como se não me conhecesse. A minha irmã é que quando ia lá comprava-me comida, não me dava dinheiro mas comprava-me comida, ajudava-me nesse ponto. O meu irmão mais velho é que raramente, raramente... a princípio ainda teve a iniciativa, mas depois, quando percebeu que eu não conseguia e viu a situação em que eu estava, afastou-se. Às vezes ia lá e falava comigo, outras vezes não falava comigo.

Escassez de relação com a família durante a vivência de sem abrigo

Entrevistador - Tinha algumas pessoas próximas nessa fase da vida?

Francisco - Próximas, não, durante esse tempo não.

Entrevistador - Fale-me um pouco da última relação conjugal que teve, como era a pessoa e com se relacionavam?

Francisco - Eu andava na tropa e conheci essa moça. Ela não consumia nada e eu, na altura em que me juntei com ela estava parado. Estava a trabalhar na Câmara, tinha acabado de sair da fábrica, tive 8 meses a trabalhar sem me pagarem.

Conhecemo-nos, começamos a namorar e ao fim de uns tempos eu fui para casa dela, vivermos juntos. Eu meti-a consumir o que levou a que ela mais tarde me deixasse. Eu fiz várias tentativas enquanto estava com ela, a última eu estava a consumir e mentia-lhe e como eu não ressacava ela pensava que era verdade, pensava que eu estava bom. Ela, não sei como, conseguiu deixar de consumir, conseguiu manter o trabalho. Era uma pessoa de quem eu gostava muito e era muito minha amiga. Só tenho boas coisas a lembrar dela. Eu andava sempre com um colega que foi quem me traiçou, derivado também... eu fui o culpado porque ela deu-me três hipóteses e eu sempre lhe menti e depois comecei a mexer no dinheiro e a mexer nas coisas lá em casa dos pais dela e comecei a tirar algum ouro e coisas de valor que davam para eu conseguir dinheiro. Foi o que levou a que me deixasse, estivemos 6 anos e meio juntos. Era como se estivéssemos casados, fazíamos a nossa vida e foi assim um bocado...duro o fim da relação. Ela deixou-me mesmo quando eu lhe consegui tirar o cartão Multibanco, levantei 400 e tal contos e destruí-os em dois dias e foi quando acabou a nossa relação. Ela teve razão. Era uma mulher, era. Se eu fosse por ela nunca chegava à situação a que cheguei. Se fosse pelo que ela me dizia e fizesse o que ela queria... Ela ainda hoje trabalha e tem dois filhos, prontos, mas voltou a falar comigo... se eu fosse como ela queria, talvez tivesse uma vida diferente, talvez até tivesse filhos e tivesse uma vida organizada.

Ausência de relações de proximidade durante a vivência de sem abrigo

Boa imagem do outro e má imagem de si próprio.

Reconhecimento de culpa.

Relação de vinculação segura com a ex-companheira

Entrevistador - Sente-se integrado na C.I.?

Francisco - Sinto. Algumas coisas que pessoalmente ainda tenho que mudar, mas são coisas mínimas, não é como ao princípio, por exemplo a higiene, sei lá estive alguns 10 ou 11 anos sem tomar banho e depois comecei lá no centro a tomar banho e depois aqui comecei a mudar de roupa todos os dias e sim sinto-me integrado. Quer dizer, não é a 100% porque ainda me falta arranjar um emprego e assim, mas sinto-me integrado. Já falei com a minha terapeuta e o meu objectivo, todos sabem da minha situação com a Filipa, que é uma criança, mas nunca pensei vir a encontrar uma criança. Comparado com outros centros onde eu passei e onde não havia crianças era só problemas de toxicodependência ou de alcoolismo e agora, se os doutores me ajudarem, quando eu acabar o curso, a ter uma vida estável eu fico cá e aí talvez já me sinta completamente integrado. Integrado também lá fora.

Importância da existência de crianças na CINO

Entrevistador - Qual o papel que atribui à equipa Técnica?

Francisco - Para mim o papel que tiveram e estão a ter, é muito importante, foi o que me ajudou a dar uma volta de 150 graus na minha vida. Também com um bocado de esforço da minha parte em adquirir tudo o que nos propõem fazer. É positivo o trabalho da equipa, porque já estive em vários centros. Para mim o melhor centro onde eu tinha estado foi o Vida e Paz onde também começamos do zero e vamos subindo lentamente de patamar e aqui também é assim, fazem as coisas organizadas, na minha maneira de ver. Pode haver pessoas com outras ideias diferentes, eu ao princípio também não aceitei certas coisas que a equipa impõe como estar no início em regime fechado. Uma pessoa não estava habituada, estava habituado a 12 anos de rua a fazer o que queria e o que lhe apetecia, não tomar banho... Enfim aqui exigem certas coisas que o ser humano precisa no dia a dia para viver e ter uma vida estável. E aqui ensinam isso e muito mais. É o que não acontece nos centros onde eu passei, fazem-se muitas coisas que não são precisas para a vida. Todo o utente tem o seu conhecimento, mesmo o pouco que seja e ensinam as pessoas a saber mais. Eu por exemplo vim para aqui com a quarta classe e estou a tirar o 9.º ano. Encaminham as pessoas para que, quando sairmos daqui, seja mais fácil integrarmo-nos na sociedade.

Atribuição de papel de guia cognitivo à equipa

Importância do reforço de competências como forma de combate à exclusão

Sentimento de valorização dos utentes no percurso da CINO

Entrevistador - Papel que atribui aos outros residentes?

Francisco - Alguns têm um papel importante. Houve pessoas de quem eu acatei algumas ideias por que tinham um raciocínio acima do meu. Aprendi algumas coisas com eles e se calhar eles também aprenderam comigo. Outros houve que tiveram a vida mais ou menos igual à minha, se calhar não tão dolorosa como a minha, 12 anos na rua. Mas, na toxicodependência mais ou menos as vidas são idênticas, não fogem

Importância da partilha de experiências entre pares

muito e no alcoolismo também. Ainda assim, os outros residentes para mim são importantes porque eu aprendo algumas coisas com eles.

Entrevistador - O que é que mais lhe agrada no funcionamento da C.I.?

Importância da organização

Francisco - É a forma como as coisas estão organizadas. Como a equipa sugere que as coisas funcionem e que os residentes as cumpram dessa maneira.

Entrevistador - O que é que mais lhe desagrada?

Francisco - É o fingimento das pessoas. Em frente aos técnicos são uma coisa e depois nas costas são outra. Algumas pessoas são fingidas. É o não funcionamento das coisas como a equipa sugere que a casa tenha. A princípio eu também não cumpria as indicações mas depois com o tempo fui vendo que têm razão e que isto é preciso para lá para fora. Nós temos que viver com isto e eu hoje entendo-o e compreendo-o, porque ao princípio não confiava, não é? Os técnicos eram pessoas mais novas, que não conhecia, que nunca tinha visto, nem tinha tido convivência com eles, sei que tinham estudado para isso. Sabem, podem não saber na prática, mas em teoria sabem. Eu não acatava ao princípio e hoje vejo as outras pessoas a não acatarem e sinto-me mal com isso, porque sei que elas estão erradas. Devem acatar as indicações que lhes dão porque, vai ser um benefício mais tarde para nós.

Necessidade de regras claras como forma de confiar

Estabelecimento progressivo de uma relação de confiança que induz à integração de regras e valores

Entrevistador - Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum residente?

Francisco - Estabeleci com a Filipa que é uma criança mas é uma residente, não é?

Para mim foi a melhor ajuda que eu tive foi a Filipa. Eu não confiava nas pessoas adultas e eu na Filipa, ela não tem maldade e eu agarrei-me a ela e é o que me leva a pensar ficar por aqui para me manter perto dela. E também o Raul, foi pouco tempo mas percebi que era uma pessoa compreensiva e também não havia falsidade no Raul. Também o Zé que era muito inteligente, embora já não confiasse tanto nele, era amigo, mas já era diferente. E agora é o Rui.

Importância do estabelecimento de uma relação de vinculação com uma criança

Estabelecimento de relações de proximidade com pares.

Entrevistador - Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum elemento da equipa técnica?

Francisco - Para mim são praticamente todos iguais, são importantes porque existem pessoas que têm um certo patamar na vida, são doutores e neles eu vejo simplicidade, não há aquela arrogância dos doutores. Vejo pessoas simples e isto funciona melhor derivado a isso, porque se eles fossem pessoas arrogantes era mais difícil. É importante que trabalhem assim como o fazem, na minha maneira de ver, que não sou ninguém. Mas acho que ajuda bastante a que os residentes se adaptem à casa e fazem as coisas com gosto. Ao princípio custa um bocado mas, como os técnicos não são arrogantes, não se sentem superiores a nós nem nos desprezam.

Importância de relação de proximidade com a equipa

Existem pessoas que trabalham no mesmo ramo e que não são tão empenhadas como esta equipa. Têm mais afastamento, por exemplo usam luvas para dar a medicação. Aqui comem nos mesmos pratos que nós comemos, na mesma mesa e isso é muito importante.

Entrevistador - Sente que abdicou de alguma coisa para entrar na C.I.?

Francisco - Sim abdiquei de alguma liberdade, que era exagerada. Eu fazia coisas que não devia ter feito e hoje sinto que estava errado. Foi o que me levou também a mudar e a estar como estou agora.

Necessidade de abdicar de liberdade para integrar CINO

Entrevistador - Qual a conquista mais importante que já fez, desde que aqui está?

Francisco - A mais importante ainda não a acabei. Era conseguir terminar aqui o processo e finalizar o 9.º ano. Conseguir o 9.º ano era a maior conquista. Já consegui o 6.º, mas era importante conseguir o 9.º ano, porque lá fora sem ele até para varredor é difícil arranjar emprego.

Maior conquista: qualificação escolar e profissional

Entrevistador - O que é que é diferente dos outros serviços?

Francisco - É totalmente diferente. É semelhante à comunidade terapêutica, dão a medicação também e têm os doze passos. Lá era mais funcional dentro de casa porque têm oficinas e outras actividades. Aqui o emprego é lá fora, aqui dentro adquirimos os princípios, mas depois o emprego é lá fora e acho que deve ser assim. Podemos vir para cá a tomar metadona e dão-nos a medicação e ensinam-nos para podermos ter um emprego lá fora. Só vamos trabalhar quando já estamos preparados. Não há pressa. Respeitam o ritmo de cada um e nós decidimos as coisas não são os técnicos. Eles só nos ajudam, mas as decisões são nossas.

Reconhecimento da importância do plano terapêutico e de reinserção laboral da CINO

Importância da participação na definição do PII

Entrevistador - Perspectivas para quando sair?

Francisco - Conseguir o emprego e não ir para a minha zona, sinto-me mais seguro perto da Filipa, embora não seja minha filha gostava de estar próxima dela para ver a evolução da Filipa, o desenvolvimento dela. Vejo que é uma criança inteligente, todos os dias quando chega a casa parece que evoluiu um ano, todos os dias vem com coisas diferentes.

Necessidade de manutenção da figura de vinculação

Entrevistador - considera que o facto de estar integrado nesta comunidade contribuiu para uma aproximação à família?

Francisco - Sim, um bocado. Um bocado não, bastante. Como já disse, o meu pai ia ao pingo doce todos os dias e nem falava comigo. Agora vou a casa, dá-me a chave de casa, já confia novamente em mim. Se não confiasse, eu tinha de esperar por ele

Entrada na CI importante como factor de: Reaproximação familiar;

no prédio, como aconteceu das outras vezes que tive noutras comunidades. Logo da segunda vez deu-me a chave de casa e da bicicleta para eu ir à campá da minha mãe. Prontos, voltei a adquirir a confiança da minha família e o facto de estar aqui contribuiu bastante para isso. Aliás, só podia ser assim, senão nunca mais adquiria a confiança da minha família. Se não mudasse de vida... se calhar já não era vivo... a situação em que me encontrava. Cada dia que passava estava a degradar-me mais. Cada dia que acordava tinha que ter uma seringa cheia. Não era meia, era cheia. Se não já não me conseguia orientar.

Entrevistador - A sua estadia na comunidade contribuiu para conhecer novos amigos?

Francisco - Sim... se calhar nesse ponto tenho me andado a desmazelar um bocado derivado a não ficar com o contacto de algumas pessoas que me marcaram mais, para que um dia eu as procure ou elas me procurem a mim. Mas contribuiu, contribuiu. Continua a contribuir. Talvez sejam os verdadeiros amigos, as pessoas que estão na mesma situação que eu, ou idêntica. Compreendemo-nos uns aos outros e ajudamo-nos uns aos outros.

Entrada na CI importante como factor de: Acesso a novos contactos;

Entrevistador - Qual a importância da sua estadia para o acesso ao mercado de trabalho?

Francisco - Foi importante. Se eu não estivesse aqui, à uma a situação na minha zona está bastante difícil em relação a trabalho, e eu aqui vim a saber de uma série de coisas que não sabia. De cursos, por exemplo. Lá ouvia falar mas, não sabia que uma pessoa podia integrar num curso, pensei que fosse só para pessoas que tivessem o 9º ano, ou pessoas com estudos e nunca me puxou para que eu procurasse. Contribuiu bastante para que eu viesse a saber certas coisas que desconhecia totalmente.

Acesso a mercado de trabalho e a informação

Entrevistador - O que espera da comunidade no futuro?

Francisco - Espero que me continuem a ajudar como me ajudaram até aqui. Se calhar agora vai ser a fase mais importante. Está muito difícil arranjar emprego e eu não quero voltar para a minha zona. A relação com o meu pai está boa mas ele é muito agarrado ao dinheiro. Se eu não arranjasse emprego depressa ele punha-me na rua outra vez, e aí tinha medo de recair. Se ficar aqui sinto-me mais seguro porque estou perto da Filipa e sei que posso contar com o vosso apoio.

Expectativa futura de manutenção de contactos com a CINO

## Anexo 15- Entrevista Raul

Raul - 23 anos  
9.º Ano de escolaridade

Entrevistador - quanto tempo ficou na rua?

Raul - Aproximadamente meio ano a oito meses, da primeira vez. Talvez estivesse estado até mais, muita das vezes não andava sóbrio portanto não consigo ter aquelas datas presentes mas foi entre seis, oito meses, quase um ano, talvez mais. Já tinha estado ausente mas era mais novo, fugia de casa para evitar conflitos. Aquilo que fazia era estar uma semana fora e depois voltava. Essa foi a minha maior situação de sem-abrigo. Um ano.

Cerca de um ano a viver na rua

Entrevistador - O que é que sentiu nas primeiras noites em que dormiu na rua?

Raul - Nas primeiras noites em que dormi na rua senti que, primeiro que tudo, que tinha uma liberdade, não tinha horas, podia fazer o que quisesse, podia dormir, podia não dormir, senti uma liberdade. Mas acima de tudo sentia frio, ausência de conforto, algo que não me dava paz de espírito. Era o chão e o meu corpo encostado a uma pedra que era fria e essa frieza era mais do que a ausência de conforto, transparecia uma dor, uma data de sentimentos de revolta, de solidão, de desprezo, o próprio desprezo por mim e pela vida. Era isso basicamente que eu senti, era algo que eu não conseguia pôr para fora mas que me empurrava ainda mais para o sítio onde eu estava. Era uma casa de banho, debaixo de um lavatório, apenas limpo, tudo limpinho e com um placar a dizer vende-se. É assim um bocado irónico mas duro, também. Era triste, era uma tristeza que se abatia todos os dias, chegava à hora, estava cansado e em vez de ter uma cama, um colchão, um cobertor, tinha um saco de cama e uma pedra fria que batia contra a carne e chegava até ao osso de frieza. Nos dias de Inverno a chuva, já íamos molhados de andar na rua e era chegar ali e despir o casaco, as roupas molhadas, estender-me no lavatório e enviar-me no saco de cama. É duro.

A vivência de rua conduz a um sentimento inicial de liberdade que posteriormente se traduz em revolta, solidão, desprezo e tristeza

Entrevistador - Qual a razão que o levou à situação de sem-abrigo?

Raul - Orgulho! Da minha parte foi o orgulho e a droga. Depois foi a nível sentimental. A minha parte afectiva, a minha cara metade, digamos assim, na altura em que se passou isto, não deu certo. Pensava que era uma coisa para toda a vida, não deu certo e eu não me consegui organizar a nível de estabilidade profissional porque não tinha a estabilidade sentimental. Ao princípio admito que foi estilo aventura: não tenho, vamos ver como é que é, se há pessoas assim, vamos ver... Mas depressa cheguei aquele limite de olhar para mim, perder o orgulho e dizer para

Factores que conduziram à situação de sem abrigo: Toxicodependência e fim de relação afectiva.

mim próprio que estava a passar dos limites. Eu como ser humano que sou, olhava para as pessoas ao lado e pensava: estas têm e eu não tenho. O que é que há de mau em mim, o que é que há de diferente em mim, o que é que me fez isto. Depois foram também questões familiares, ver os meus irmãos cada um com a sua própria vida, o falecimento da minha avó, o vício do jogo do meu pai, da pessoa que me criou e não me dar aquela rede onde eu pudesse cair e sentir que estava seguro na sociedade. Lá está o orgulho de não ter pedido ajuda aos meus irmãos por sentir que ia incomodar e por já estar numa fase de vida em que já tinha lidado com a discriminação, com a ausência de trabalho, sentir-me inútil para os meus irmãos. Todos têm uma profissão menos eu, era um inútil. Foi quando eu me meti a fundo nas drogas e no álcool. O desleixo também surgiu a partir deste ponto. Quando andamos a consumir, quando estamos pedrados não sentimos nada disso. Somos os maiores e temos força para fazer o trabalho de um dia ou dumas horas. Mas depois desse efeito passar essa força cai, cai toda por terra. A vontade que tinhas à umas horas atrás acabou, não há. Depois há aquela vontade de ir buscar mais vontade, e assim sucessivamente. Só nos desleixamos e só deterioramos os sentimentos em nós próprios.

Ausência de suporte familiar

Imagem negativa de si próprio

Entrevistador - Considera que houve algum factor importante para sair da rua?

Raul - Sem dúvida, foi a vontade de recuperar as relações que eu tinha, de amizade, de família, de bem-estar. Sentimentos como segurança, estabilidade e.... uma felicidade, uma emoção. Estava farto daqueles sentimentos de repulsa, de querer agir e não poder, não ter como. Estava farto do meu próprio orgulho, de não pedir ajuda a ninguém, saber que me podia desvencilhar sozinho porque até fazia um roubo aqui, e outro ali, e fazia um dinheirito para comer qualquer coisa e pouco mais. Consumia umas doses e comprava uma garrafa para me embebedar e ficar no meu abrigo, sentado a dormir. Era basicamente isso que eu fazia, ficava no meu canto a dormir para não ver a vida passar. E então estava farto disso sabia que era capaz de melhor e que tinha que ir arregaçar as mangas e ir à luta, não sei como, mas tinha que ir à luta. Nessa altura foi muito importante o apoio técnico, porque eram quem me podia ajudar na base do meu problema de álcool e de droga. Ainda não tinha a noção que havia um apoio para os sem-abrigo. Então recorri ao CAT, admiti que estava doente e que precisava de fazer uma cura. Até foi caricato a situação, entrei lá para dentro com uma garrafa de conhaque que tinha roubado numa garagem e não queria largar a garrafa. Diziam-me “você aqui não entra com a garrafa” e eu fui esconder a garrafa atrás de um carro com medo que os outros que estavam à porta, me roubassem a garrafa. Quando saio da consulta o carro já tinha saído e a garrafa estava à mostra. Foi aí que eu percebi “é só uma garrafa, ninguém lhe vê importância, o que é uma garrafa, não é?” E isso mudou-me ali. Ao estar a admitir que estava

Factores que conduziram à saída da rua:

Factores internos- vontade de recuperar relações de amizade e familiares

Factores externos- apoio técnico

Imagem negativa de si próprio



doente e depois ver ali aquela garrafa sozinha. Aquela garrafa era como eu, estava ali, ninguém lhe ia tocar ninguém a ia ver, se calhar até lhe davam um pontapé e viravam o liquido que lá estava dentro. O liquido que para mim era reconfortante, era quente, era tudo o que eu não tinha. Basicamente é isso.

Entrevistador - Durante o tempo em que viveu na rua como era a relação com a sua família?

Raul - Foi uma relação ausente. Pouco falava com eles. Eles trabalhavam, o tempo que estávamos juntos era “olá tudo bem”, íamos comer alguma coisa, mas não me abria com eles, sentia uma indiferença, um nível mais alto que eu se calhar ainda não estava preparado para atingir. Sentia que às vezes até precisava de dinheiro mas não pedia para não pensarem que eu só estava com eles por causa de dinheiro. Mas também não lhes dizia que passava fome, não lhes dizia que me drogava. Eles notavam que eu estava diferente, notavam a minha distância, diziam que eu não dizia coisa com coisa. Surgiam daí os conflitos e eu virava costas e vinha embora. Dizia que não precisava deles. Apesar de sentir ali o sentimento de irmão para irmão, mas sentia indiferença em relação a eles porque eu já fazia parte de outro mundo. Então aquele mundo era diferente do meu, era contrário ao meu. Vinha contra às minhas ideias naquele momento, contra os meus sentimentos. Os meus sentimentos transpareciam revolta, imaturidade também, posso dizer isso. Até posso dizer de um modo infantil, que eu estava a fazer birra. Porque criei uma inveja, já estava a ter sentimentos que eram contrários aos que nos tinham ensinado para a nossa vida, que eles tinham como valores e que eu tinha perdido como valores. Tinha adquirido outros valores, mas, medíocres.

Ausência de relação com a família durante o tempo de vivência de rua

Imagem negativa de si e positiva dos outros

Entrevistador - Tinha algumas pessoas próximas nessa fase da vida?

Raul - Na fase de rua quem estive próximo foram amigos circunstanciais, de consumos. Colegas circunstanciais, uma parte afectiva que era apenas carnal. Não tinha aquele interesse aquela emoção, um sentimento onde se lhe agarrar. E depois uma pessoa que fez a diferença a quem eu recorri e que me encaminhou. Essa foi uma verdadeira amiga, era amiga da minha avó e é amiga dos meus irmãos e foi minha amiga naquele momento. Essa foi a pessoa que me conduziu a um círculo infundável de amizades correctas, que eu até aquele tempo tinha perdido. Perdi os amigos de infância por causa de reacções que tinha, dos estados em que aparecia. Começaram-me a desprezar. Foi como se descobrisse qualquer coisa, quando me apresentei a essa pessoa e disse aquilo que sentia, essa pessoa fez a diferença. Foi quando decidi que chegava e que realmente havia pessoas. Cheguei a chorar quando saía de ao pé dessa pessoa e pensar que realmente existem pessoas. Mas no tempo em que estive na rua, não, era uma vida isolada. Era uma vida de solidão, para não

Durante o tempo de rua as únicas pessoas próximas eram os colegas de consumo

Importância de uma relação de amizade

mostrar o sítio onde dormia, para não mostrar os meus podres, digamos assim. Afastava-me das pessoas porque não estava apresentável, ou não tomava banho há dois dias, e assim era um bocado complicado conviver.

Entrevistador - Fale-me um pouco da última relação conjugal que teve, como era a pessoa e com se relacionavam?

Raul - Foi uma tentativa que resultasse certo. Nós já nos conhecíamos, já tínhamos tentado, foi uma empatia à primeira vista. Ela trabalhava num sítio e eu trabalhava noutra, foi numa fase em que eu ainda não era sem-abrigo, tinha casa própria. Ela queria estudar mas trabalhava e eu queria trabalhar e levar a minha vida para a frente, construir uma família, ter uma parte afectiva de quem eu realmente gostasse e me interessasse e fizesse por. Conhecemo-nos e ela foi estudar para o norte e eu emigrei. Ambos sentíamos uma coisa um pelo outro, mas quando voltei vi-me nesta situação de sem-abrigo, pedi-lhe apoio, ele deu-mo e eu depois recusei. Só nos voltámos a encontrar depois da fase de sem-abrigo. Acabou por não dar certo, talvez por desinteresse de parte a parte. Perdurou a amizade. Ela era uma pessoa simples e meiga, mas rígida quando tinha que ser. Vejo-a como uma pessoa que consegue os objectivos. Ela queria estudar, queria tirar um curso de moda e conseguiu. Sei que neste momento está a trabalhar para conseguir algo mais, um objectivo que ela tem delineado. Uma pessoa forte. Ela costumava dizer que me defendia no que fosse preciso. Eu realmente precisava de uma protecção e era isso que me cativava nela. A coragem dela sem saber o que se passava ao virar da esquina. Eu podia ter feito mal a alguém e essa pessoa vir contra mim e eu estar com ela. Ela ia-me defender de quê? Eu não lhe dizia o que fazia, tentava mostrar-lhe uma parte boa, que ela se sentisse bem ao meu lado. Ela fazia-me sentir bem, seguro, com conforto. Aqueles momentos em que eu estava com ela o tempo voava. Era um sonho aqueles momentos. O que me cativava nela era a força e a determinação.

Padrão de vinculação ambivalente

Entrevistador - Sente-se integrado na C.I.?

Raul - Sem dúvida, sem duvida. Primeiro que tudo deram-me uma casa, um quarto onde ter as minhas coisas organizadas. Poder adquirir as minhas coisas e tê-las ali, olhar para elas todos os dias e poder dizer: o que ali está é meu, sem risco de desaparecer. Deram-me uma cama onde eu pudesse chegar à noite e deitar-me, e passar algum tempo. Lembro-me da sensação de estar a curtir o meu quarto e voltar a sentir que tinha uma casa. Tinha tarefas que faziam sentir útil, coisa que já não era há algum tempo, embora anteriormente trabalhasse, mas sempre bêbado e sem regras. Às vezes chegava cedo de mais, outras vezes chegava tarde. Às vezes chegava tão tarde que o patrão tinha que me dar a folga. Na comunidade deram-me uma responsabilidade e eu sempre gostei de responsabilidades, até ignorá-las, né? E

Sentimento de pertença, afiliação

Protecção

Importância de se sentir útil

essa responsabilidade era importante para mim naquela fase, estavam a dar-me uma oportunidade e eu senti que tinha que retribuir e isso foi muito importante. Ajudou-me a fazer um ciclo de amigos, a procurar um ciclo de amigos, sem consumos. Senti que para além de dar uma oportunidade a mim próprio senti que tinha que retribuir a oportunidade que me estavam a dar. Sinto que é a última. É isto ou é a rua, e a rua são os consumos e conseqüentemente um hospital, uma doença que me leve à morte. Ou uma cadeia. É isso que vejo quando olho à minha volta. A rua é muito agressiva, ninguém liga à pessoa que passa ao lado e isso torna a pessoa agressiva. Se já está numa situação má então a indiferença é pior.

Ali senti-me seguro como se fosse uma base, aquela base que me faltou. Tenho o meu espaço, as minhas coisas e agora temos que fazer o que interessa e viver em paz.

Rua vivida como algo destrutivo que conduz à morte ou à prisão.

Integração na CI vivida como protecção que conduz à vida

Entrevistador - Papel que atribui aos outros residentes?

Raul - É engraçado, porque eu fui criado com muitos irmãos e não foi totalmente estranho. Eu, a minha situação e a situação dos outros, que não era diferente da minha. Foi uma tentativa de me fazer sentir em casa tornando-os mais próximos de mim, confortando-os naquilo em que eu também sentia falta de conforto. Foi o construir de uma amizade, de um conhecimento... não aquele conhecimento superficial do, olá estás bem? Mas sim passar mais tempo juntos, saber os problemas dos outros, porque de certo eu não tive os mesmos problemas que eles. E se eles estavam naquela situação é porque havia algumas semelhanças. Eu queria perceber o que é que falhou neles, o que é que falhou em mim. Havia pessoas mais velhas que me podiam ensinar e eu preciso de toda a gente, toda a gente tem alguma coisa para me ensinar. Seja um valor ou uma coisa má, mas se eu estiver dentro do valor, essa coisa má eu poderei identificá-la e criar um anti-corpo. A minha relação com os outros foi de aproximação e de conforto. Não me senti rejeitado e eles também não. Embora houvesse os conflitos normais, mas isso também havia com os meus irmãos e, eu adoro os meus irmãos. Acho que foram laços que ficam. Sempre que os vir, irei ter com eles e vou falar com eles.

Papel atribuído aos outros residentes de amigos e família.

Entrevistador - Qual o papel que atribui à equipa Técnica?

Raul - A equipa técnica são "os fantásticos", se tiver algum problema que eu não posso falar com os residentes, sobre mim próprio, vou ter com eles e são eles que lá armam a tenda, como se fosse uma tenda, metem ferrinho atrás de ferrinho e uma muleta aqui para não cair. Uma palavra reconfortante para o puzzle voltar a encaixar. É como se fosse um ombro em que nós estivéssemos a chorar. Um irmão mais velho, no seu conjunto uma mãe, no seu conjunto um pai. Se calhar eu penso assim porque tive essa ausência. É também o facto de terem conhecimentos que me possam ajudar

Papel de suporte de confiança atribuído à equipa técnica.

Atribuição de papéis usualmente desempenhados pela família

a suportar esses momentos de solidão, de depressão, de angústia. Fecho a porta, entro no gabinete e deito tudo cá para fora, mas saio de lá com um apoio, com uma lucidez diferente, com uma maneira de pensar diferente. Não é tirar-me a minha perspectiva, mas sim fazer-me olhar para ela de maneira diferente. Não é esconder, como faziam em casa, por exemplo: está mal, mas eu não te vou dizer porquê. Em casa não me diziam, olha aquele caminho é melhor ou é pior. Não é tentar impor-me uma perspectiva, é dizer assim: sim senhor, tens isto, mas há este caminho também. São uns mediadores de um conflito interno, dentro de mim.

Importância do processo terapêutico na organização mental e desenvolvimento pessoal

Entrevistador - O que é que mais lhe agrada no funcionamento desta comunidade?

Raul - A organização. O facto de prezarem o tempo em conjunto. Agora lembro-me dos momentos de terapia de grupo, os momentos de inspiração, onde nós nos soltávamos, onde nós ríamos, em que estávamos juntos e fazíamos brincadeiras uns com os outros. Onde fechávamos os olhos e nos deixávamos cair nos braços de uma pessoa que nós não conhecíamos e não sabíamos se ia ter força. Era um acto de confiança e acho que eles prezam muito isso, ou seja, criar laços. Ver filmes juntos, só o facto de estarmos a ver um filme juntos e depois discutirmos o filme, na cozinha, na lavandaria, onde estamos com outro residente, isso traz-nos proximidade. A responsabilidade, é uma coisa que nos ajuda a lidarmos com algumas situações, porque não vamos ficar aqui para sempre. Se levamos enraizado aquele sentido de responsabilidade, de levantar, de arrumar, de cozinhar, já vamos com uma orientação. É um hábito que se cria. Na comunidade fazem isso, dão-nos uma responsabilidade, ao mesmo tempo que nos dão confiança e uma certa liberdade para falarmos, para nos expormos, para nos cultivarmos.

Importância de:  
- organização e regras  
- momentos de grupo  
- momentos terapêuticos de grupo  
- aquisição de responsabilidade  
- promoção da autonomia

Entrevistador - O que é que mais lhe desagrada?

Raul - Eu tenho carência disto tudo, há métodos novos que eu não conhecia, mas hoje, depois deste tempo todo, cheguei à conclusão que já há muito precisava disto. Perspectivas novas, experiências novas. Ter tudo marcado com horas, para uma pessoa que vem habituado à liberdade da rua e chegar aquele ponto de dizer: sim senhor isto tem de ser feito, tem de se acordar, é um bocado complicado. Ao princípio foi o que me custou mais. O facto de no meu abrigo eu poder estar a dormir até às três horas e ali levantar-me para ir tomar o pequeno-almoço e não me poder ir deitar mais um bocadinho, porque tinha que ir fazer uma limpeza, organizar o almoço, se estivesse na cozinha, ou ir para a lavandaria, se estivesse na lavandaria. Ao princípio são muitas regras e comecei a questioná-las, mas depois percebi que era necessário. Só tenho que valorizar esse trabalho e agradecer.

Reconhecimento da importância de projecto terapêutico

Dificuldade inicial em cumprir regras e horários.

Entrevistador - Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum residente?

Raul - Cada um tem significado para mim. Um é o vizinho, o outro é o irmão, o outro é a prima. Eu fiz isto desta maneira, não sei se foi para me proteger e sentir mais confortável, mas cada um tem o seu lugar. Criei laços com duas meninas, que chegaram ali, filhas de uma residente, e que despertaram em mim um outro lado. Um lado digamos sensível, de querer constituir uma família. Eu tenho sobrinhos, mas não lido com eles. Elas despertaram em mim um lado espectacular. Para mim foi muito importante a presença das crianças por dois lados, por um lado a mãe das crianças estava em situação de sem-abrigo, logo foi um apoio para as crianças em si e para a mãe criar valores que até à data não havia tido. Tais como a própria limpeza das crianças, a limpeza da mãe. E depois foi a interactividade com os outros residentes. Existiam lá pessoas mais velhas, mais novas e as crianças começaram a ter uma percepção de pessoas mais velhas e de um meio saudável. Depois existe o lado das outras pessoas, o meu lado, o lado das pessoas mais velhas. Sem-.abrigo há anos, despertou um brilhar nos olhos, foi querer acompanhar, querer saber. Dá uma fragilidade às pessoas, que estavam habituados a agredir e que se lembraram de um lado frágil. Somos adultos mas, já fomos crianças e existe um lado frágil. Ninguém deixa de ser criança totalmente. E isso é muito importante.

Importância do estabelecimento de relações de amizade

Importância da convivência com crianças como factor facilitador da relação.

Entrevistador - Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum elemento da equipa técnica?

Raul - Confiança, sobretudo confiança, um sentimento de gratidão e aquele sentimento que não desiludir ninguém na aposta que estavam a fazer. Isso é o mais importante. Porque desiludi a minha avó, desiludi os meus irmãos, desiludia a pessoa que me criou, o meu pai, desiludi a minha mãe e preciso de alguém que me dê valor. Quero criar um laço de confiança e então não vou desiludir. Ou seja, estou farto de desilusões, já desiludi, já fui desiludido e quero com base na confiança e com base num sentimento que ainda não consigo descrever, mas que é um sentimento que quando falo me preenche. Construir alguma coisa em relação à equipa técnica, porque são eles que me estão a dar amor, são eles que me põem bem quando estou mal, são eles que me ajudam com palavras e não é preciso dar nada. É a presença, a palavra, o estar, uma conversa, apesar dos meus problemas, há momentos agradáveis. Incrível como é que vou descobrir isto ao fim de 27 anos, como é que é possível. Não é que nunca tenha vivido, mas nunca tinha dado importância a este aspecto. É muito importante para mim. Eu prefiro pensar que a equipa é como um todo, porque é uma equipa que rema toda contra uma maré, que é a sociedade. Não é toda a sociedade, mas é uma parte da sociedade. Prefiro pensar que é como um todo, mas é claro que cada um ao seu estilo me vai cativando e construindo um

Desempenho de papel cuidador

Importância do estabelecimento de relação de confiança com os técnicos.

Vinculação à equipa.

lugarzinho aqui dentro. Não sei se tenho esse efeito neles, mas eles têm esse efeito em mim.

Entrevistador - Sente que abdicou de alguma coisa para entrar na C.I.?

Raul -É claro que abdiquei. Deixei uma liberdade de movimentos, de expressões de linguagem, deixei uma revolta para traz. Uma revolta que muitas vezes era simpática e era conveniente. Mas deixei o espírito de aventura para traz. Não quer dizer que não me vá aventurar de outra maneira, mas deixei um abismo, uma aventura um bocado suicida, perigosa. Deixei e não me arrependi. Mas às vezes penso, estou sozinho e penso, fazia isto e aquilo, mas deixei isso para traz. Posso ter saudades, mas só naquela de falar. Voltar a fazer não consigo, neste meu estado não consigo.

A integração significa o abdicar da liberdade e da revolta.

Entrevistador - Qual a conquista mais importante que já fez, desde que aqui está?

Raul - Conquistei. Profissionalmente, intelectualmente. Comecei a ter mais espaço para mim, para me cultivar para me enriquecer. A comunidade dá cursos, dá uma formação, dá uma oportunidade de sermos autónomos. Conquistei um lugar na sociedade, que até à data não havia. Eu adquiri um pensamento, engraçado, as pessoas na rua perguntam quem é aquele? E eu um dia, com a ajuda da comunidade, vou poder dizer: eu sou isto. Vou poder dizer assim: tenho uma profissão. Sou isto, sei fazer isto. Vou poder fazer isto, e isso é o que me vai dar valor como pessoa e como ser humano. Vou adquirir uma identidade profissional e social. Cumprir com obrigações e tudo o que isso envolve. Conquistei também auto-estima. Esta foi a conquista mais importante. Sem auto-estima, nós não conseguimos fazer nada. Voltar a acreditar que temos valor. Não imagina a importância disso.

Necessidade de construir uma identidade pessoal e profissional.

Construção de uma imagem positiva de si.

Entrevistador - O que é que é diferente dos outros serviços?

Raul - Tive oportunidade de fazer uma visita, antes de conhecer esta comunidade, a uma comunidade terapêutica. Eu tinha estado preso e conheci o coordenador dessa comunidade dentro da cadeia, ele falou-me da comunidade como alternativa à cadeia e eu achava aquilo espantoso. Fui visitar o espaço e quando lá entrei vi portões altos, vi um grande terreno muito espaço e muros altos. Vi as instalações, que eram agradáveis, falei com eles, deram-me um folheto e explicaram-me as regras do espaço, bem como, que teríamos alimentação, roupa lavada e um volume de tabaco por mês. A segurança social pagava algumas despesas e ficávamos ali um ano e meio fechados com algumas actividades no exterior. E eu pensei, eu para ali não vou, prefiro ficar na rua. Não sei se foram os muros, não sei se foi a maneira de falar, não sei o que é que foi, mas senti que ali não ia ficar bem. Vi muros, paredes e portões altos. Depois conheci a comunidade de inserção novo olhar. Também não sabia o

Importância de permanecer o contacto com o exterior como exercício de exploração do meio.

que era, mas fui conhecer. Fui a uma entrevista e deu para perceber que funcionava em regime aberto, proporcionavam o que proporcionavam na outra comunidade, não nos davam tabaco e muito bem, e davam-nos a oportunidade de não virar as costas, totalmente, ao exterior. Não perder aquilo que nós tínhamos de uma certa maneira conquistado durante o tempo que estivemos na rua porque, não estivemos mortos, estivemos a fazer alguma coisa. Davam-nos essencialmente a oportunidade de escolher. Está tudo ali muito perto, tens aqui uma oportunidade e tens de escolher. Foi um sistema diferente em que existiu o livre arbítrio e uma oportunidade de escolha, na outra instituição não existia escolha, era aquilo e aquilo mesmo. Por estas razões decidi ingressar na comunidade de inserção novo olhar porque ser virada ao exterior, permitia estar dentro e fora. Adquirir uma série de coisas lá dentro e ir vivendo o mundo exterior. Durante o tempo em que estivesse eventualmente na Comunidade terapêutica eu não saberia como ia sair de lá. Quando entrei na comunidade de inserção eu fui vendo uma forma de funcionamento e as oportunidades que surgiram de tirar vários cursos, enriquecer os meus conhecimentos, em várias matérias como economia doméstica, informática, investir numa profissão. Senti que me estavam a preparar para várias hipóteses na vida, com vários patamares. Acho que foi isso que mais me atraiu. Na outra comunidade senti um clima de obrigatoriedade, regras muito rígidas e assim preferia estar na rua.

Importância do papel co-activo do próprio

Entrevistador - Perspectivas para quando sair?

Raul - Quando sair da comunidade, sem dúvida é, continuar com a casa que tenho tido com regras que passaram a fazer parte de mim, que posso considerar que foram adquiridas aqui. Quero ter uma perspectiva profissional pois têm-me proporcionado várias saídas. Queria ter a oportunidade de construir uma família, que isso para mim é o mais importante, não com muita sede ao pote digamos assim. A prioridade é o emprego e a estabilidade a nível de habitação, depois a estabilização emocional e afectiva. Embora me sinta preparado emocionalmente pelas experiências que tive, com as experiências que vou tendo e com as aprendizagens que fiz, com base na equipa técnica e com base nos meus companheiros. Dá-me base para pôr o pé fora da comunidade e dizer, sim senhor, estou preparado para ser feliz.

Perspectivas futuras:  
Manter o cumprimento de regras;  
Emprego;  
Habitação;  
Relação afectiva

Entrevistador - considera que o facto de estar integrado nesta comunidade contribuiu para uma aproximação à família?

Raul - Bastante, bastante. Inclusive saí uma vez e quando lá cheguei, sem saber porquê, porque não tinha dado a morada a ninguém, estava lá a minha irmã mais nova, para me ver. Foi uma das experiências das mais agradáveis que tive. Foi uma surpresa. No Natal também estive com os meus irmãos, estamos sempre juntos, haja

conflitos ou não haja, e disse-lhes que estava a fazer um esforço para ficar bem. Disse que estava numa comunidade, que tinha estas oportunidades, que estavam a tratar de mim e que realmente tinha admitido que tinha um problema e que estava a tentar resolvê-lo totalmente. Serviu de aproximação à minha família, senti apoio, senti uma abertura nova dos corações, do ser. Senti que voltaram a acreditar na minha recuperação e que tiveram curiosidade em conhecer as pessoas que me tinham dado a mão. Provavelmente pensaram que até à data não tinham tido condições ou elas não se tinham proporcionado para me ajudarem e devem ter pensado: como é que isto foi acontecer? Quem são as pessoas que estão por trás desta mudança. Chegou a existir proximidade entre os técnicos e a minha família. Julgo que os técnicos, tal como servem de mediadores para mim, também o podem vir a ser para os eventuais conflitos que surjam na família, porque estão dentro da história do que se passa e podem ouvir as duas partes e mediar a situação. Podem ajudar a lidar com os conflitos, o que é muito importante.

Importância da integração na CI para:  
 -Reaproximação da família  
 - construção de relações de amizade  
 - acesso mercado de trabalho

Entrevistador - A sua estadia na comunidade contribuiu para conhecer novos amigos?

Raul - Sem dúvida. O saber o que está atrás das pessoas, em vez de ver só a parte superficial é muito importante. Eu acredito que toda a gente tem um dom, para além da parte superficial, é importante descobrir esse dom próprio. Não é a parte superficial, a maneira como se veste, como vive, como se penteia, se tem brincos ou se não tem, se anda um pouco mais sujo ou se tem uma roupa mais “cool”, se anda mais ou menos na moda, não é isso que vai identificar a pessoa. É ao falar e conviver com as pessoas é que se pode saber se aquela pessoa é o não um amigo. Um amigo é aquele que está presente nos bons e maus momentos e tenta fazer o melhor por nós. A estadia na C.I. permitiu-me olhar para as pessoas com olhos de ver, com um novo olhar. Olhar para o interior da pessoa e saber decifrar esta pessoa é boa, ou esta pessoa é má para mim.

Entrevistador - Qual a importância da sua estadia para o acesso ao mercado de trabalho?

Raul - Sem dúvida, tenho uma carta de trabalho para um restaurante, e estou à espera neste momento. Nunca me fecharam as portas, sempre me deram oportunidade de fazer dali a minha residência, receber ali o meu correio, ter a inscrição no centro de emprego e receber propostas de trabalho. Fui a muitas entrevistas de emprego, tentei inscrever-me num curso de formação profissional. Deram-me uma morada, um contacto telefónico que me permitiu estar contactável.



Frequentei também vários cursos internos que me abriram horizontes. Até aquela data, que fiz o curso de introdução à informática, não sabia mexer num computador. Agora já posso aceder a um emprego que seja informatizado. Se for num bar, por exemplo, o curso de economia doméstica ajuda-me a gerir, porque revi alguns conhecimentos matemáticos importantes. Acho que está muito bem trabalhado.

Entrevistador - O que espera da comunidade no futuro?

Raul - Vou continuar a precisar de apoio psicológico, vou continuar a precisar de apoio psiquiátrico, porque temos altos e baixos na vida. Eu sou um doente, fui um toxicodependente e tenho receio de voltar a cair. Tenho esse receio. Tenho receio de beber exageradamente e vou precisar de ajuda sempre. Se um dia acordar com uma depressão, eu acho que eles vão conseguir identificar essa depressão e vão poder encaminhar-me outra vez como fizeram naquele dia em que os procurei e me deram abrigo, me deram a mão. Há muita gente na rua, tive oportunidade de conhecer muita gente na rua. Miúdos e adultos. Gostaria de não perder esta relação privilegiada. Espero não voltar a precisar, mas se um dia precisar gostaria que estivessem, e dissessem assim: alto, não estiveste aqui em vão. Tens aqui um ombro. Nem que seja só aquela palavra, aquele estar. Mesmo que não se diga nada, mas se calhar sentar-se ao lado da pessoa e deixar que ela me fale. Gostaria, um dia, de poder fazer eu esse papel também. Aquilo que eu tenho aprendido na Comunidade pode servir para alguém, ser útil numa emoção de perda, numa emoção negativa que as pessoas possam ter. Eu não conheço muita gente a fazer isto, é um projecto global, com cabeça, tronco, membros e cérebro. Deram-me uma oportunidade e fizeram de mim uma pessoa melhor.

Necessidade de manter apoio psicológico e psiquiátrico

Importância de cumprir o papel de cuidador de outros

Melhoria da imagem de si

## Anexo 16- Entrevista Vera

Vera- 35 anos

7.º Ano de escolaridade

Entrevistador - quanto tempo ficou na rua?

Vera- Uns quatro meses.

4 meses de vivência de sem abrigo

Entrevistador - como se sentiu nas primeiras noites em que esteve na rua?

Vera- Tristeza, muita tristeza. Não era eu, não... quem eu era, e o caos em que eu me encontrei. Estar a dormir numa casa abandonada. Foi muito mau. Eu trabalhei sempre e tive uma vida boa, e os pais dos meus filhos destruíram-me a minha vida. Sempre como mãe solteira, eles não ajudavam, exploravam-me a mim, não ajudavam os filhos e eu comecei a decair.

Sentimentos de tristeza

Imagem positiva de si e negativa dos outros

Entrevistador - Qual a razão que o levou à situação de sem-abrigo?

Vera- Falta de emprego. Quando saí da Santa Casa da Misericórdia e depois procurava trabalho e não consegui-a, tinha a renda para pagar, tinha que comer, tinha tudo, e as fábricas estavam fechadas, não havia emprego. Haver havia, mas eu não tinha transporte. Também não tive apoio da segurança social para me poder movimentar, não me davam o rendimento mínimo e só me passaram a dar depois de eu ter assinado o livro amarelo. Nessa altura fizeram uma conferência e começaram a dar-me esse apoio.

Factores que conduziram á situação de sem abrigo:  
- desemprego  
- falta de apoio social

Entrevistador - Considera que houve algum factor importante para sair da rua?

Vera- Eu não queria tornar-me alcoólica. Estava a beber muito. O meu companheiro estava desempregado, eu estava desempregada, o meu filho estava na protecção de menores. Ele queria ir para Inglaterra e eu disse que sim, vendi tudo o que tinha para ir, mas a decisão do tribunal nunca mais vinha e eu não queria ir embora e deixar o meu filho na protecção de menores. Não sabia o que mais tarde podia acontecer e o dinheiro que tinha da venda das minhas coisas fui gastando comigo e com ele e depois sem trabalho. Depois a segurança social chamou-me para uma formação, onde descobri que existia uma instituição onde podia comer, lavar a roupa, tomar banho e fazer estas coisas todas. Depois fui lá, tive o apoio deles e perguntei aos técnicos, porque ouvia falar que havia comunidades se me podiam ajudar e pôr-me num desses sítios porque eu queria começar a minha vida de novo. E eles disseram que sim e foi quando vim para aqui.

Factores motivadores da saída da rua

Factores internos- desejo de para consumos

Factores externos- apoio técnico

Entrevistador - Durante o tempo em que viveu na rua como era a relação com a sua família?

Vera- Eu praticamente não comunicava com eles, para eles não sentirem pena de mim. Porque eles sabem que eu trabalhando e gostando do trabalho sou capaz. Eu sei que se fosse pedir alguma ajuda eles não me podiam ajudar, ajudavam só com palavras, que também é ajuda. Mas eles também trabalham para viver. Eu afastei-me bastante tempo.

Ausência de relação com a família durante a vivência de sem abrigo

Entrevistador - Tinha algumas pessoas próximas nessa fase da vida?

Vera- Tinha o tio Manuel que me dava muito apoio. Não é meu familiar, mas era vizinho de um tio meu que já faleceu e com quem eu ganhei bastante afinidade, com ele e com a esposa. Ele ia muitas vezes ter comigo, levar alimentos, dar-me algum dinheiro para o tabaco para eu não me sentir tão em baixo, tão mal e dizia-me sempre que eu tinha que deixar aquela vida. “Tu já tiveste uma vida boa” e isso foi-me dando muita força. Quando eu disse que vinha para a comunidade ele apoiou-me sempre.

Escassez de relações de proximidade na fase de sem abrigo

Entrevistador - Fale-me um pouco da última relação conjugal que teve, como era a pessoa e com se relacionavam?

Vera- A nossa relação no princípio foi muito boa. Tivemos coisas muito boas, porque eu gosto muito dele e eu sei que ele gosta de mim, mas o caminho que ele estava a levar no álcool estava-me a arrastar com ele e começou a tornar-se violento e a partir as coisas em casa. Eu discutia muito com ele porque não era vida, ele tinha várias propostas de trabalho e um dia não ia. Teve hipóteses de trabalhar em empresas boas, entrou para uma empresa de segurança, como segurança privado, foi dois dias ou três e depois deixou. E eu pensava então, eu mulher não consigo trabalho aqui, ele tem trabalho, vai trabalhar um dia ou dois e estou eu a endividar-me? Enfim, quando ele me conheceu eu tinha casa e tinha tudo depois chegou um ponto que o álcool era tanto e os aborrecimentos por ele não trabalhar também, que ele partia tudo. Ele destruía e eu com a ajuda do meu tio voltávamos a compor e depois ele batia-me porque discutíamos. Ele levou um ano e tal sempre a partir e depois a bater-me. Eu dizia-lhe que não era vida e que eu queria recuperar o meu filho que estava na altura a viver com o pai. O pai do meu filho também não aguentava uma emprego e eu não confiava muito nele, mas a mãe tinha uma casa própria e eu pensei que talvez fosse melhor o meu filho ir para lá até eu conseguir organizar a minha vida. Já não havia o dinheiro das coisas todas que eu tinha vendido. O meu sonho com ele foi sempre casar, casar. Ele sem álcool é uma pessoa excelente, amigo, e eu estava sempre a lutar para que ele fosse mudando, mas ele não mudava e tive que ser eu a mudar. Ele não acreditava mas eu disse-lhe que ia para uma comunidade e não lhe

Padrão de vinculação ambivalente com o último parceiro

Relação de dependência com o agressor

disse para onde para ele não vir atrás de mim e me deixar em paz, porque ele gostava de mim, mas começou a gostar mais do álcool do que de mim. Tive que me vir embora.

Entrevistador - Sente-se integrada na C.I.?

Vera- Sinto-me muito bem. No princípio, quando cheguei, não aceitava tantas regras, achava que já era grande demais para ter tantas regras. Foi um bocado complicado para a minha cabeça, mas depois fui-me habituando que realmente tinha que ser assim porque existiam pessoas que cá estavam, que não tinham regras e que se era para uns, era para todos. Gostei, gostei, senti-me em casa. Comecei a sentir-me muito bem e senti que os técnicos, já fui apoiada por muitos serviços sociais e nunca vi ninguém tão empenhado em ajudar mesmo as pessoas. Esta equipa não abandona, a pessoa é burra se não aproveita esta oportunidade. Senti-me bem muito bem nesta casa.

Dificuldade inicial de integrar regras ultrapassada pelo apoio que sentiu

Sentimento de pertença

Entrevistador - Qual o papel que atribui à equipa Técnica?

Vera- Não têm idade para isso, mas são uns pais para nós, uns pais, uma família. A palavra certa nem sei, não escolhem cores, não escolhem raças, ciganos, negros, são todos iguais e isso faz-nos sentir muito bem.

Atribui à equipa o papel de cuidadores, protectores, substitutos da família

Entrevistador - Qual o papel que atribui aos outros residentes?

Vera- Amigos. Arranjei aqui amigos. Todos aqueles que aqui conheci gostei deles. Fiquei chateada quando o Zé saiu e recaiu de novo nas malhas da droga e o Carlos também, mas esse eu compreendo porque no fundo ainda é um garoto, mas o Zé é muito inteligente e sei que se ele tiver força é capaz. E o Raul também, o pouco tempo que tive com ele gostei muito, é um Senhor. Fiz aqui amizades fortes. O Tó tem sido um amigo vem todos os dias ter comigo e ajudar-me quando estou em baixo. Tem sido um verdadeiro amigo. E o Zé também, mas ele não está ainda preparado para a vida lá fora. Tenho muitas saudades dele.

Importância do estabelecimento de relações de amizade.

Entrevistador - O que mais lhe agrada no funcionamento da C.I.?

Vera- Tudo, desde a limpeza, organização e a arrumação. Tudo, tudo. Não nos falta nada, nada. Temos tudo aqui, a única questão é que acho que a casa é pequena para todas as pessoas que querem e necessitam vir para aqui. Foi muito importante podermos sair e irmos tendo tempo à sexta e ao sábado para sair e espairecer um bocado a cabeça, conviver e ir tendo contacto com a vida lá fora. Ser um espaço aberto e com regras foi muito importante. As regras estão muito bem.

Foi importante ter cá crianças, primeiro porque gosto muito de crianças e depois agarrei-ma às filhas da Ana, isso fez-me continuar sentir mãe por causa dos meus

Organização Regras Existência de regime aberto Existência de crianças Possibilidade dos filhos visitarem os pais e dormirem na instituição

filhos. Foi muito bom o facto do meu filho mais novo poder vir à instituição passar os fins-de-semana e as férias. A vinda dele carregava-me baterias, fazia-me bem à autoestima. Quando estou com ele tenho uma força enorme. Dá-me felicidade e quando não posso lá ir fico muito mal, fico muito triste.

Entrevistador - O que é que mais lhe desagrada?

Vera- Nada me desagrada, nada. Só ficava danada quando não fazíamos a gestão da semana e por castigo tínhamos que cozinhar com os enlatados. Desagradava-me mas percebi que era por erro nosso, no entanto, ficava muito zangada, porque é que eu tinha que pagar por um erro dos outros. Mas depois percebi que são normas e regras são regras.

Revolta associada a imagem positiva de si e negativa dos outros

Entrevistador - Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum residente?

Vera- Assim amigo, amigo, como é que vou escolher, gosto de todos, não quero que nenhum deles leve a mal. Gosto do Francisco, é mais fechado, mas gosto dele e acho que merece ser feliz. Gosto muito do Zé, do Tó, do Carlos que já conhecia e que sempre foi um bom amigo, ajudou-me a abri-me a porta e deu-me comer, não me posso esquecer disso. E gosto do Raul, hei-de ir visitá-lo. E gosto da Ana, ela é pura, tem algumas coisas complicadas porque a vida foi madrasta com ela e ela precisa de ajuda para limar algumas coisas.

Existência de relações de afectividade

Entrevistador - Estabeleceu alguma relação privilegiada com algum elemento da equipa técnica?

Vera- Gosto de todos e é um bocado complicado responder. O Dr. é muito rijo é curto e seco, mas eu gosto de pessoas assim. Só que ele às vezes é um bocado teimoso e eu também e entramos em choque. Mas as coisas que ele me diz são verdade, ele não me esconde a verdade, todos me dizem a verdade, mas ele parece que é bruxo e sabe o que vai acontecer e quando me pergunta e as coisas já aconteceram eu não posso dizer mais nada, Tinha razão fui burra e pus-me a acreditar. O outro Dr. acho uma pessoa muito leve, todos são sociáveis, mas ele, talvez por também trabalhar numa equipa de rua, acho que é mais. E a Dr.<sup>a</sup> é mamã, é aquela coisa de pôr a mão na cabecinha. Por isso é que eu gostava que estivesse presente quando queria pedir alguma coisa ao Dr. porque ele dava uma no cravo e a Dr.<sup>a</sup> outra na ferradura. São alinhamentos que eu consegui estudar fazer uma análise de todos para eu saber como podia lidar e habituar-me às regras da casa. Foi fundamental ter uma psicóloga. Eram momentos muito importantes.

Estabelecimento de relações de confiança

Importância de espaço terapêutico individual

O facto de todos os técnicos serem diferentes é bom, porque conseguem atingir o equilíbrio. Não pode ser tudo igual, temos que ter uma balança da vida.

Entrevistador - Sente que abdicou de alguma coisa para entrar na C.I.?

Vera- Deixei tudo, deixei os meus filhos lá fora, a minha família, mas para poder vê-los eu tinha que estar bem. Tinha que voltar a crescer, tinha que estar bem. Eu via-os sempre mas queria estar como gente. Virei as costas mas sabendo que ia ter a ajuda para revê-los e quando fosse ia com força para poder falar, bem física e psicologicamente. Cada vez que eu falava na Comunidade, quando os visitava ao domingo eles diziam-me sempre para aproveitar a oportunidade.

Sente que se afastou da família para integrar a CINO

Entrevistador - Qual a conquista mais importante que já fez, desde que aqui está?

Vera- A minha saúde clínica. Estava muito debilitada e precisava de ajuda, precisava de médicos, coisa que não tinha antes de vir para cá. Tinha psicólogos amigos no hospital mas não tinha como ir, parecia que tinha os pés e as mãos atadas e aqui eu consegui ter saúde, ter forças. Vim para aqui estava magra e agora estou forte e forte da cabeça, com força para ir à luta. Se este trabalho não der certo, há outros. Eu estou pronta, aqui deram-me isso, deram-me essa força. Essa foi a conquista maior que consegui aqui dentro.

Valoriza conquista da saúde e da confiança

Entrevistador - O que é que é diferente dos outros serviços?

Vera- Esta instituição está composta, tem todos os elementos que o utente precisa. Tem desde psicólogo, ao psiquiatra, ao presidente, a equipa está certa. Se em todas as terras houvesse equipas assim apostadas no utente, talvez não houvesse tantos deslizes de álcool e toxicodependência. É o que falta em muitas terras. Onde eu estava não havia nada. O país está mal por falta de emprego, a indústria hoteleira, não há organização, não há ética, está um caos. Há muitas brasileiras e ucranianas, o trabalho fica para as meninas mais bonitas. Não pode ser e o país precisa de uma equipa assim em todas as terras.

Importância da existência de equipa multidisciplinar na prestação de apoio aos sem abrigo

Entrevistador - Perspectivas para quando sair?

Vera- É ter a minha casinha, ter o meu trabalho, que goste e me sinta bem e realizada. Ganhar o meu dinheirinho para o dia-a-dia, pagar a minha renda e para ter o meu filho mais novo comigo. É tudo o que eu quero.

Perspectiva futura:  
Casa, emprego e família

Entrevistador - Considera que o facto de estar integrada nesta comunidade contribuiu para uma aproximação à família?

Vera- A minha família nunca me virou as costas, eu é que lhe virei as costas, mas fiz-me dar forças para ir lá e dizer que estou bem, parem de andar a ouvir que eu estou assim ou assado. Eu estou bem, estou no sítio certo e daqui para a frente tudo vai correr bem. O meu tio mais novo até me disse que se tivesse dinheiro abria um

restaurante e eu é que era a cozinheira. As minhas tias já nem vão ao cabeleireiro ao sábado, porque sabem que eu posso lá ir. Aproximou-me da minha família e dos meus filhos. Já não falava com o meu filho mais velho há mais de três anos, ia tendo informações dele, de como estava e não falava com ele. Tudo o que quero na minha vida é ter a harmonia com os meus filhos, e tê-los perto de mim, mas o meu filho mais velho ainda tem revolta dentro dele.

Entrevistador - A sua estadia na comunidade contribuiu para conhecer novos amigos?

Vera- São todos meus amigos. Pessoas com quem estou há pouco tempo, tratam-me muito bem. São muito importantes para que possa acreditar que vou ser capaz de ter uma vida normal. Considero amigos os colegas da casa e os técnicos. E acho que nunca os vou perder.

Entrevistador - Qual a importância da sua estadia para o acesso ao mercado de trabalho?

Vera- Deu-me tempo para me recompor e ir à procura de trabalho. Foi mais fácil.

Entrevistador - O que espera da comunidade no futuro?

Vera- Espero que tudo corra bem aqui na casa e que sejam sempre meus amigos. Sempre que eu precisar sei que posso dar um telefonema e tenho uma palavra amiga. Sei que vão dizer-me sempre palavras verdadeiras, não vou ouvir nada do mundo que a gente está a viver. Aqui ajudam-me a respirar, porque eu sei que são verdadeiros, não são mentirosos. Tudo o que desejo para mim, desejo a esta casa, o melhor do mundo.

Integração na comunidade como factor de:  
-Reaproximação familiar  
- Aquisição de novos amigos  
-Acesso ao mercado de trabalho

Perspectiva de manutenção de relação de confiança

Manutenção de contactos