

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Forense

Sem-abrigos: Um estudo quantitativo sobre a caracterização da
população, o fenómeno e a saúde mental.

Miguel António Sousa Couto (23605)

Mestrado Psicologia Clínica Forense

Orientador: Prof. Doutor Carlos Coelho

Coorientadora: Prof.^a Doutora Anita Santos

Janeiro, 2022



A tudo aquilo que me transcende...

Agradecimento

A presente investigação resulta de uma jornada árdua e conturbada de trabalho, num período solícito, de um percurso que acabou por se prolongar mais no tempo do que aquilo que era esperado. Não obstante, de todas as inquietações e dificuldades ao longo deste tempo de estudo, este tempo permitiu ser uma fonte de aprendizagem e enriquecimento pessoal em que, através do contato com as mais variadas personalidades e diversos momentos, acabou por me preencher e enriquecer enquanto ser humano e futuro profissional. Agradeço ao Dr. Carlos o apoio e orientação de excelência, à Dra. Anita Carvalho pelo voto de confiança. Agradeço aos meus Pais por me permitirem iniciar este percurso e, toda a minha família por suportar esta decisão até ao fim. gradeço também àqueles que de forma direta e indireta contribuíram para que este trajeto fosse exequível, é que sem eles este projeto não seria alcançável.

Resumo

O fenómeno dos “*sem-abrigo*” está associado a extremas condições de pobreza em pleno século XXI e tem profundas implicações psicológicas para quem vive nesta condição e é alvo de estigma. Este estudo pretende caraterizar a população “*sem-abrigo*” e explorar as perturbações mentais e a sua comorbilidade na população. O estudo é quantitativo com 1006 indivíduos de ambos os sexos. Os resultados mostram que o diagnóstico de alcoolismo surge com 202 casos na totalidade, a perturbação bipolar quatro casos. A perturbação depressiva com 12 casos. A toxicodependência com 501 casos. A categoria de ex-alcoólico com cinco casos. A categoria ex- toxicodependência com 35 casos. O diagnóstico inespecificado com 344 casos. A perturbação de esquizofrenia com 12 casos. A fobia social com um caso. A perturbação social com um caso. A Esquizofrenia paranoide com dois casos. A perturbação de jogo compulsivo com um caso. As perturbações psicóticas com um caso. A perturbação de cancro com um caso. A perturbação de comportamento com um caso e por fim a psicose esquizofrénica com um caso. Os resultados apontam para um espectro amplo de perturbações mentais relacionadas com a situação de “*sem-abrigo*”, bem como alguns fatores que favorecem esta condição, tal como: os problemas de saúde, os problemas financeiros, os problemas familiares. Ficou clara a relação entre a comorbilidade das perturbações mentais e a população “*sem-abrigo*”. A comorbilidade entre as perturbações mentais foi o alvo de estudo e os resultados basearam-se nas perturbações de ansiedade, nas perturbações de esquizofrenia/perturbações psicóticas, nas perturbações de humor, nas perturbações de personalidade e as perturbações de abuso/uso de substâncias.

Palavras-chave: sem-abrigos, caraterização do fenómeno, condições específicas, perturbações mentais, comorbilidade de perturbações.

Abstract

The "homeless" phenomenon is associated with extreme poverty conditions in the XXI century, and it has deep psychological implications for those who live in this condition and suffer from stigma. This study aims to characterize the "homeless" population and explore their respective disorders and comorbidity. The study is quantitative, with 1006 participants from both genders. The diagnosis of alcoholism comes up with 202 cases in total, bipolar disorder four cases. Depressive disorder with twelve cases. Drug addiction with 501 cases. The ex-alcoholic category with five cases. The drug addiction category with 35 cases. The unspecified diagnosis with 344 cases. Schizophrenia disorder with twelve cases. Social phobia with one case. The social disturbance with one case. Paranoid schizophrenia with two cases. The compulsive gambling disorder with one case. Psychotic disorders with one case. Cancer disturbance with one case. Behavior disorder with one case and finally schizophrenic psychosis with one case. The results show a broad spectrum of mental disorders related to the "homeless" situation, as well as some factors that favor this condition, such as: health problems, financial problems and family problems. The relation between the comorbidity of the mental disorders and the "homeless" population became clear. The aim of the study was the comorbidity between the mental disorders, and the results set based on the anxiety disorders, schizophrenia/psychotic disorders, humor disorders, personality disorders and the use/abuse of substances.

Keywords: homelessness, the phenomenon characteristic, specific conditions, , mental disorders, comorbidity of disorders.

Índice

1.	Introdução	1
2.	Enquadramento teórico	2
2.1	Caraterização da população “<i>sem-abrigo</i>”	2
2.1.2	Os problemas de saúde	6
2.1.3	Os problemas financeiros	7
2.1.4	Os problemas familiares	8
2.1.5	As perturbações mentais	8
2.2.1	As perturbações de ansiedade	10
2.2.2	As perturbações de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas	11
2.2.3	As perturbações de humor	13
2.2.4	As perturbações da personalidade	16
2.2.5	As perturbações de uso de substâncias	17
4.	Método	20
4.1	Participantes	20
4.2	Procedimentos	21
4.3	Instrumentos	21
5.	Resultados	25
7.	Conclusão	35

Índice de tabelas

Tabela 1 – Caraterização Dados Sociodemográficos.....	26
Tabela 2 -- Variáveis de Diagnóstico de Perturbações Mentais 1.....	28
Tabela 3 – Variáveis de Diagnóstico de Perturbações Mentais 2.....	30
Tabela 4 – Variáveis de Diagnóstico de Perturbações Mentais 3.....	32

Índice de Anexos

Anexo I – *Brief Symptom Inventory*.....51

Índice de abreviaturas

ASSIST	Teste de Rastreamento do Tabagismo e do Envolvimento da Substância
CAT	Centro de Acolhimento Temporário
CVP	Cruz Vermelha Portuguesa
ENIPSSA	Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em situação de Sem-Abrigo
ETHOS	Tipologia Europeia dos Sem-Abrigo e Exclusão da Habitação
FEANTSA	Federação Europeia de Associações que Trabalham com os Sem-Abrigo
PSSA	Pessoa em situação de Sem-Abrigo
MINI	Entrevista Neuropsiquiátrica Mini-Internacional
DSM	Manual Estatístico de Perturbações
CIDI	Compósito Entrevista Diagnóstico Internacional
SCAN	Agenda de Avaliação Clínica em Neuropsiquiatria
ASD	Distúrbio da Substância Alcool
PTSD	Perturbação Stress Pós-Traumático
SCID	Entrevista Clínica de Diagnóstico Estruturada

1. Introdução

A presente investigação tem como tema principal os “Sem-abrigo: Um estudo quantitativo sobre a caracterização da população, o fenómeno e a saúde mental” em que se pretende analisar as necessidades desta população de acordo com a sua perspetiva de saúde física e psicológica. O intuito, para além da caracterização e o seu fenómeno, é perceber de que forma é que as doenças, principalmente as perturbações mentais estão presentes na população e se correlacionam entre si, nomeadamente, na sua comorbilidade.

Os “*sem-abrigo*” são pessoas carenciadas de tudo aquilo que é essencial para uma vida saudável enquanto ser humano. É o exemplo disso a comida, o alojamento, os cuidados de saúde, a educação, o trabalho e o suporte social. A saúde vai-se degradando inevitavelmente pelo inaccessível a um alojamento seguro e constante, com a permanência e os cuidados de saúde adequados pela impossibilidade de ter uma alimentação equilibrada e de manter hábitos de higiene pessoal e de repouso (Quintas, 2010).

Pretende-se desta forma examinar aqueles que se encontram na situação extrema de exclusão social para que possam contribuir para um maior reconhecimento público da perceção de saúde e das reais necessidades dos “*sem-abrigo*”, eventualmente, para a conceção de novas formas adequadas de intervenção no que diz respeito aos profissionais da área que interagem com esta população (Pilar, 2015).

Assim, esta pesquisa terá a estruturada da seguinte forma: (a) revisão de literatura; (b) método; (c) instrumentos (d) resultados; e por fim; (e) a conclusão.

2. Enquadramento teórico

2.1 Caracterização da população “*sem-abrigo*”

O termo “*sem-abrigo*” não é recente e tem-se encontrado presente ao longo dos séculos. Ao longo do tempo, os “*sem-abrigo*” foram classificados como vagabundos, mendigos, indigentes e pedintes (Rosa, 2012). Para Moutinho (2020), ser “*sem-abrigo*” é não ter um lar, uma casa, um local que transmita segurança, um sentimento de proteção, a sensação de felicidade e a confiança da estabilidade (Moutinho, 2020). O termo “*sem-abrigo*” varia entre Países, e tende a basear-se em diferentes características associadas a um estilo de vida comum, a uma localização, à permanência de ocupação na habitação ou mesmo à existência de posse de propriedade, incluindo a qualidade da habitação e serviços de apoio sociais disponíveis (Speak et al., 2005). Assim definido, numa perspetiva atual e global europeia, a Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação de Sem Abrigo [ENIPSSA] de 2017 a 2023 definiu que o conceito de “*sem-abrigo*” deveria ser alterado para “*pessoa em situação de sem-abrigo*”, no sentido em que a primeira definição apenas poderá esclarecer como condição prolongada e final do indivíduo, e a segunda como uma fase de vida transitória. Considera-se “*pessoa em situação de sem-abrigo*” todas as pessoas que, independentemente da sua nacionalidade, da sua etnia, da religião, da idade, do género, da orientação sexual, da condição financeira, da saúde-física e mental, se encontre a viver “*sem-teto*” (e.g., localização incerta), num local público (e.g., jardins, viadutos, passeios), abrigos de emergência (acolhimento gratuito de curta duração), e local precário (e.g., prédios abandonados, casas, espaços abertos de utilização pública) (ENIPSSA, 2017). Relativamente à definição do conceito de “*sem-casa*”, esta inclui todas as pessoas que vivem em centros de alojamento temporário por serviços oferecidos pela Segurança Social que permitem aos indivíduos ou às famílias pernoitarem num curto espaço de tempo, sem a possibilidade de longa duração, ou em alojamentos específicos para pessoas “*sem-casa*”, como é o exemplo

dos apartamentos de transição, quartos suportados totalmente/parcialmente pelos serviços sociais ou outras entidades (ENIPSSA, 2020). A condição de “*sem-abrigo*” não é resultante de escolhas premeditadas, sucede-se por consequência e um conjunto de fatores que representam uma transição abrupta, inesperada e traumática (Metrogos, 2017). Passar a viver na rua é uma mudança que requer readaptação social e aquisição de estratégias de subsistência no dia-a-dia (Costa et al., 2015). Esta população parece apresentar exclusão em algum parâmetro do domínio físico e social existente entre as diferentes situações de um “*sem-abrigo*” (Busch-Geertsema et al., 2010).

Atualmente, cerca de 700.000 pessoas registadas dormem em situação de rua em vários países da União Europeia, representando um aumento de 70% na população “*sem-abrigo*”, desde a última década (FEANTSA, 2021). Contudo, devido à fase pandémica de SARS-CoV-2, houveram medidas acrescidas no desempenho relativamente a esta população mais desprotegida nos países da Europa (FEANTSA, 2021). No continente australiano em 2019, foi registado um número total de 22.580 pessoas em situação de “*sem-abrigo*”, correspondente a 0,25% da população do continente. No Chile em 2019, o número total de “*sem-abrigos*” foi de 4.013 (0.07%) e na Colômbia, no mesmo ano, os números foram de 13.252 pessoas, correspondente a um total de 0,03 % da população colombiana (OECD, 2021). Nos Estados Unidos da América em 2020, foram contabilizadas 580.466 pessoas em situação de “*sem-abrigo*”, sendo que os cidadãos Havaianos nativos e os habitantes de outros ilhéus do Pacífico apresentam a maior taxa de “*sem-abrigos*”, que num total de 109 em cada 10.000 habitantes (N.A.E.H., 2021).

Em Portugal Continental, em 2020, o número de pessoas registadas em situação de “*sem-abrigo*” foi de 8.209, sendo que “*sem-teto*” correspondia a 3.420 e “*sem-casa*” a 4.789 pessoas (ENIPSA, 2020). Em 2018, o número de pessoas em condição de “*sem-abrigo*” correspondia a 3.396, na sua maioria centradas nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e do

Porto. O perfil das pessoas em situação de “*sem-abrigo*” no Continente parece ser da sua maioria do sexo masculino (79%), entre os 45-64 (47%) anos de idade, de nacionalidade portuguesa (80%), com a quase a totalidade dos casos reportados no Centro (87%) e Norte (90%) (ENIPSA, 2020). Quanto à sua escolaridade, não existe um consenso, apenas existem estereótipos sociais relacionados com esta população, que definem que na sua maioria são homens adultos com baixos níveis de escolaridade (Bastos, 2011; Guadalupe, 2011). Segundo Machado (2012) as mulheres que vivem como “*sem-abrigo*” apresentam, de igual forma, perturbações mentais e falta de apoios institucionais adequados. Num estudo com 73 participantes do sexo feminino em condição de “*sem-abrigo*” em Portugal, percebeu-se que a média de idades foi de 47 anos, sendo que 44% da amostra se encontrava entre os 35 e os 60 anos. Ficou também registado que no estudo que 54% das mulheres “*sem-abrigo*” apresentavam passado de relações maritais, 57% têm filhos, 82% não tinham contato com a família e 74% tinham passado institucional. Além disso, 38% já tinham feito trabalhos domésticos e 20% de prostituição, sendo que, 85% sofreram de algum tipo de vitimização. Quanto às perturbações mentais, registou-se que 45% preencheu os critérios de diagnóstico de perturbação de substâncias pelo abuso de álcool e 97% apresentavam perturbações psiquiátricas (Equipa, 1999). Assim, a vida na rua apresenta situações extremas de pobreza, precariedade e vulnerabilidade (Aldeia, 2014). Para Bento e colaboradores (2002), a possível manutenção destas situações de extrema pobreza está relacionada com: políticas sociais e económicas; as instituições; os técnicos sociais e de saúde; a própria individualidade humana. Vários são os fatores que levam as pessoas em condição de “*sem-abrigo*” à exclusão do mercado de trabalho, entre elas a idade avançada e a reforma precoce (Henrique et al., 2013). Paugam (2003) defende que esta situação pode ser apelidada como uma nova pobreza, justificada pelos empregos instáveis e precários (McQuiston et al., 2003); a escassez emergente de habitações de baixo rendimento; o desemprego de longa duração; a debilidade

dos laços sociais manifestados, principalmente com o aumento de ruturas conjugais e por fim, o declínio da proximidade entre indivíduos. Com resultados semelhantes, o estudo de Nascimento (2016) avalia as relações instáveis em 4 participantes, concluindo que as vinculações são frágeis com isolamento por parte dos “*sem-abrigo*”, e que as ruturas familiares, as ruturas afetivas, as ruturas sociais e profissionais acabam por contribuir para a situação de “*sem-abrigo*”. Em 2010, Nooe e Patterson propuseram um modelo ecológico numa hierarquia de sistemas com os vários fatores de risco para a situação de “*sem-abrigo*”. Este modelo abrange as consequências individuais e sociais, a dimensão temporal do fenómeno, bem como as diferentes formas de adaptação e alojamento vivenciadas pelas pessoas em situação de “*sem-abrigo*”. Detalhadamente, o modelo apresenta fatores de risco biopsicossociais de nível individual como a idade, o estado civil, o serviço militar, o suporte social, o passado enquanto menor institucionalizado, de conflitos de violência familiar, do historial de abuso sexual, da prisão, dos maus-tratos, da doença mental, do estado de saúde, da educação, do abuso de substâncias e a pertença a minorias étnicas. Segundo Kelly (2010), este modelo regula o nível de adaptação e de integração das pessoas, considerando as suas idiosincrasias aos diferentes contextos. Relativamente ao estado de saúde da condição de “*sem-abrigo*”, importa evidenciar que existe a privação de vários elementos, como é o exemplo do bem-estar fisiológico (e.g., baixas temperaturas e desconforto térmico corporal), emocional (e.g., falta de suporte emocional), territorial (e.g., exposição/privacidade), ontológico (e.g., alienação da sociedade) e espiritual (e.g., sentimentos de perspectiva de vida futura, falta de um propósito de vida (Somerville, 2013).

2.1.1 As consequências da condição “*sem-abrigo*”

Um estudo realizado na Europa afirma que a prevalência de “*sem-abrigo*” num país serve como indicador para as taxas de pessoas expostas aos níveis de pobreza, de exclusão e isolamento social, com um elevado potencial de risco para a saúde populacional (Taylor et al., 2019). Atualmente, a saúde de uma população determina-se por diversos fatores abrangendo o património biológico e genético, o desenvolvimento saudável e o acesso a serviços de saúde. O meio envolvente e as capacidades de adaptação à vida diária, quer o nível socio-económico, o emprego e as condições de trabalho, nas redes de suporte social e a sua educação (Quintas, 2010). Quanto às consequências da condição, existe a co-morbilidade entre doença física e condição de “*sem-abrigo*”, os estudos de caracterização encontrados na literatura reportam a existência de diversos problemas (Campos, 2010). Um estudo feito num hospital de Nova York identificou os problemas respiratórios, as doenças de pele, os traumas, as doenças infecciosas como as condições mais frequentes na condição “*sem-abrigo*”. Os resultados demonstraram uma maior prevalência de hospitalizações por este tipo de doenças físicas, superiores quando comparados à população em geral (Beijer & Andréasson, 2009).

2.1.2 Os problemas de saúde

Esta população parece revelar frequentemente diversos problemas de saúde física, nomeadamente: infeções respiratórias (e.g. tuberculose, a asma, a bronquite), Hepatite C, infeção pelo HIV, e problemas dermatológicos, e a maneira como esta população atende às necessidades básicas como a falta de hábitos de higiene, de cuidados de saúde, de segurança/privacidade, de insónia ou outras perturbações do sono que interfere com as suas condições de vida e a sua longevidade (Ambrosino et al., 2008; Ding, et al., 2018; Martens, 2001; Pilar, 2016; Patten, 2017). Um estudo de caracterização dos estilos de vida e saúde mental dos “*sem-abrigo*” da cidade do Porto com 85 indivíduos, realizado por Campos (2010) refere que quanto às perturbações mentais, as perturbações somáticas (e.g. ansiedade)

demonstraram uma forte associação com a higiene do sono e o humor depressivo, na medida que os sintomas diminuam de acordo com as regras da higiene do sono. O embotamento afetivo está inversamente relacionado com a socialização e, por fim, a falta de cooperação com a falta de socialização. Mojtabai (2005) afirma que existe uma maior vulnerabilidade para os doentes com perturbações mentais se tornarem “*sem-abrigo*”, sendo resultado da sintomatologia, nomeadamente, sintomas como os delírios persecutórios, as alucinações auditivas, os comportamentos bizarros, a negligência com a higiene pessoal em que justifica como impedimento do estabelecimento de relacionamentos interpessoais e, por consequência, a alienação e o isolamento. Estes aspetos deficitários fazem com que a saúde do “*sem-abrigo*” se vá degradando ao longo do tempo comparativamente à população não “*sem-abrigo*” (Pilar, 2016; Quintas, 2010).

2.1.3 Os problemas financeiros

As questões financeiras têm consequências nefastas a curto e a longo prazo, a nível individual, familiar, principalmente na população “*sem-abrigo*”. O stress e as dificuldades financeiras resultam no isolamento, no desespero, na depressão e também podem gerar uma alienação interpessoal (Relationships Australia/CUA, 2008). Pessoas que são consideradas marginalmente alojadas, estão categorizadas através da pobreza severa, como citado anteriormente (Patten, 2017). Quando se trata do termo pobreza, ou seja, quando existe uma privação devido à falta de recursos, este tipo de exclusão social económica é definido, mais uma vez, por más condições de vida, por possíveis consequências dos baixos níveis de instrução e de qualificação; emprego precário (instável, sem contato, mal remunerados e ou/com, mas condições de trabalho). A pobreza de longa duração refletir-se-á em características psicológicas, culturais e comportamentais individuais. Esta forma de exclusão social, poderá conduzir a situações “*sem-abrigo*” (Tavares, 2010).

2.1.4 Os problemas familiares

O estudo de Queirós (2019) com o objetivo central de explorar as trajetórias de vida de pessoas “*sem-abrigo*” num centro de acolhimento temporário demonstrou que existem diversos problemas relacionais e conjugais como: o divórcio, os problemas familiares devido à distância, o falecimento dos pais e perda de entes queridos. O autor refere que a falta de aceitação por parte de familiares, relativamente ao estado atual ou precedente do “*sem-abrigo*”, faz com que reconstruam novos vínculos afetivos e procurem um novo suporte social que os acolham sem preconceito. Estas ruturas relacionais podem ser explicadas pela modificação comportamental, emocional e social resultante, por exemplo, do abuso de substâncias (Moura, et al., 2016). A violência doméstica também foi reconhecida como um antecedente aos “*sem-abrigo*”, embora a literatura cite que sejam necessárias mais investigações (Duke et al., 2019).

2.1.5 As perturbações mentais

Uma perturbação mental reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes à função cognitiva, à regulação emocional ou ao comportamento de um indivíduo (DSM-5, 2014). O constante crescimento na importância de questões de saúde pública, continua a registar o internamento agudo psiquiátrico de doenças crónicas e de mortalidade por parte da população “*sem-abrigo*”. Um estudo dinamarquês, demonstrou que o facto de haver comorbilidade de perturbações psiquiátricas nesta população, aumenta em 70% a sua probabilidade de morte precoce (Gutwinski et al., 2021).

Viver nas ruas pode afetar a saúde física e mental, não somente pelas condições de vida no contexto, como também pelos comportamentos de risco para saúde (da Silva et al., 2021). Segundo Martens (2001), a prevalência de perturbações mentais entre os “*sem-abrigo*” varia entre 80% e 95% nos EUA, na Austrália, no Canadá, na Noruega e na Alemanha. Na Irlanda e Espanha, as variações são de 25%-33% de perturbações mentais. Num estudo com 253

participantes “*sem-abrigo*” veteranos, Ding e colaboradores (2018) registaram que 48,2% da amostra sofria de perturbação depressiva; 35,6% de perturbação de ansiedade generalizada; 15,8% de perturbação bipolar; 29,6% de stress pós-traumático; as adições como o álcool ou uso de substâncias (47,4%); outras perturbações mentais (13,4%); sem nenhuma perturbação específica (23,3%). As perturbações mentais mais proeminentes da população “*sem-abrigo*” parecem ser a depressão, as perturbações afetivas, o abuso de substâncias, a esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas, as perturbações da personalidade, os comportamentos suicidas, os comportamentos autolesivos, as perturbações neurocognitivas, e outras condições psiquiátricas não especificadas. Estas condições foram classificadas nos adultos, nas crianças e adolescentes em situação de rua (Duke et al., 2019; Martens, 2001; Stergiopoulos et al., 2015;).

Num outro estudo, através de uma análise de funções neurocognitivas, realizado com uma amostra total de 1.500 adultos “*sem-teto*” com perturbação mental, registados na “At home Chez Soi” numa intervenção Housing First no Canadá, foram avaliados através de medidas neuropsicológicas, com base em critérios como a velocidade de processamento, as suas funções executivas, a memória e outros dados clínicos, em que se registou que metade tinha sofrido de lesão cerebral traumática grave e de 72% evidenciou comprometimento cognitivo incluindo défices na velocidade de processamento (48%), na aprendizagem verbal (71%) e no funcionamento executivo (38%) (Stergiopoulos et al., 2015). Os défices cognitivos parecem estar relacionados com as alterações de funcionamento dos “*sem-abrigo*”, como é também o exemplo da atenção e da memória que predizem o funcionamento social, os défices nas habilidades sociais e a capacidade de aprendizagem e/ou qualidade de desempenhar uma tarefa (Teixeira, 2007). Portanto, as perturbações psiquiátricas parecem desempenhar um papel importante na condição de rua dos “*sem-abrigo*”. Neste contexto, em determinados casos, parece ser o fator precipitante à situação de “*sem-abrigo*” (Habánik,

2018). Relativamente às perturbações mentais em “*sem-abrigo*”, parecem contribuir para as taxas de suicídio, abuso de drogas e outras causas que se tornam um fator de risco para a vitimização violenta, a criminalidade e os longos períodos como moradores de rua (Herrman, 2008). Um outro estudo, realizado através da Housing First em França, com um total de 671 participantes com perturbações psiquiátricas concluiu que: 61,1% dos incluídos foram internados nos últimos 6 meses anteriores ao estudo e 51% visitou o serviço de emergência (geral e psiquiátrico) quando decorria esse mesmo estudo (Loubière et al, 2020).

2.2 As principais perturbações desta população

2.2.1 As perturbações de ansiedade

As perturbações mentais mais prevalentes nos “*sem-abrigo*” dos países de alto rendimento *per capita* são as perturbações de stress pós-traumático (entre 38% a 53%), comparativamente com a população geral que apresentam taxas de 2% a 3% (Pissarra, 2020). Um outro estudo na Hungria demonstrou que aproximadamente 17,7% da amostra apresentou sintomas de stress pós-traumático. O mesmo estudo confirma que as perturbações de ansiedade são mais comuns em mulheres (Braun et al., 2015). Os autores verificaram que a ansiedade se encontra correlacionada negativamente com o stress, a higiene do sono, o insight e a alimentação (Campos, 2010). Nos Estados Unidos da América, um estudo com 146 jovens adultos “*sem-abrigo*” com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos de idade, concluíram haver correlação entre trauma e stress pós-traumático. Os resultados indicam que 57% dos inquiridos sofreram um evento traumático e 24% cumpriram critérios para a perturbação stress pós-traumático. Esta perturbação tem fatores de risco associados que, através do modelo de regressão multinomial logístico, foi possível avaliar que o vício, a mania e a perceção de baixa autoeficácia antecedem possíveis perturbações de stress pós-traumático, enquanto a exposição ao trauma foi associada apenas à perturbação de álcool

(Bender, et., al., 2010). O abuso de substâncias está relacionado com o trauma e a perturbações de stress pós-traumático (Ginzler et al., 2007). A vitimização e o trauma desta população fazem parte do dia-a-dia dos “*sem-abrigo*” jovens adultos que comparativamente aos “*sem-abrigo*” jovens adultos alojados, os desalojados registaram em maior número agressões físicas, sexuais e foram vítimas de assalto (Tyler et al., 2001). Numa amostra de 70 “*sem-abrigos*”, homens e mulheres entre os 18-73 anos de idade conclui-se que a maior parte da amostra sofreu pelo menos um evento traumático durante a sua vida (98%). Durante o estudo com a duração de 12 meses, a perturbação de stress pós-traumático foi maior em adultos “*sem-abrigo*” em Sydney em comparação com a população geral australiana (41% vs 1,5%) e 79% da amostra teve a prevalência crónica do stress pós-traumático. Em 59% dos casos, o surgimento do stress pós-traumático precedeu o primeiro episódio de “*sem-abrigo*” (Taylor et al., 2008) Numa meta análise realizada através da população alemã de 1995 a 2013 com 11 estudos publicados registaram que 17,6% da população “*sem-abrigo*” sofria de perturbação de ansiedade comparativamente com 9,0% da população em geral (Schreiter et al., 2017).

2.2.2 As perturbações de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas

Pessoas com perturbações psicóticas são muitas vezes percebidas como pessoas potencialmente perigosas, por apresentarem comportamentos violentos e desorganizados (e.g. em público) (de Vries, 2018). Numa revisão sistemática com base numa meta-análise, foi analisado a prevalência de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas sobre a população “*sem-abrigo*”. No registo de 31 estudos, envolvendo 51.925 indivíduos “*sem-abrigo*”, um total de 21,21% tinham sofrido de perturbações psicóticas; 10,29% de perturbação de esquizofrenia; 2,48% perturbação esquizofreniforme; 3,53%; perturbação esquizoafetiva; e para as perturbações psicóticas sem outra especificação 9%. A prevalência de psicose foi maior em países em desenvolvimento (29,16%) comparativamente com os países

desenvolvidos (18,80%). Da mesma forma, a prevalência de esquizofrenia foi mais elevada nos países em desenvolvimento (22,15%) do que nos países desenvolvidos (8,83%) (Ayano et al., 2019). Bacciardi e colaboradores (2017), demonstraram que de uma amostra de 416 “*sem-abrigos*” (26 %) apresentaram esquizofrenia. Num outro registo, através da aplicação da SCID a 456 “*sem-abrigos*” na Etiópia, 60,09 % apresentavam esquizofrenia (274 indivíduos) e 9,87% da amostra perturbações psicóticas sem outra especificação (45 indivíduos) (Ayano et al., 2017). As perturbações psicóticas em “*sem-abrigos*” têm tipicamente múltiplas comorbilidades, incluindo perturbações de uso de substâncias e doenças físicas em que, muitas vezes, não há uma resposta coordenada às necessidades complexas (Herrman, 2008). Um estudo realizado no Serviço de Urgência de Psiquiatria de emergência pública, demonstrou que um em cada três “*sem-abrigo*” (32,7%) apresentava uma perturbação psicótica, sendo que indivíduos que não são considerados “*sem-abrigos*” apenas 15,7% apresentava o mesmo diagnóstico. Em comparação com os “*sem-abrigos*” sem psicose, os “*sem-abrigo*” com psicose, eram mais propensos a serem homens relativamente aos “*sem-abrigo*” com outras perturbações psiquiátricas. Os “*sem-abrigo*” com psicose eram mais propensos a serem solteiros, a ter um historial de hospitalização psiquiátrica (Cougard, et. al., 2006). Um outro estudo transversal, realizado em Lisboa com a referência a doentes psiquiátricos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, em que reuniram os dados de 467 “*sem-abrigos*”, na sua totalidade, 62% dos doentes tinham diagnóstico múltiplo, um subgrupo com seguimento hospitalar psiquiátrico mais longo, mais internamentos psiquiátricos e de maior duração. O resultado do estudo foi a elevada prevalência de perturbações psicóticas nomeadamente: psicose orgânica (17%); esquizofrenia (15%); psicose sem outra especificação (14%) e perturbação esquizoafectiva (11%), que quando combinadas, estavam presentes em mais de metade (57%) dos nossos doentes “*sem-abrigo*” (Fernandes, 2021). Outra revisão de meta-análise, reportou a prevalência de perturbações psicóticas em pessoas

“*sem-abrigo*” com 21,21% da amostra. As taxas de prevalência de esquizofrenia foram de: 10,29%; a perturbação esquizofreniforme de 2,48%; a perturbação esquizoafetiva com 3,53% e as perturbações psicóticas sem outra especificação com um resultado de 9% (Ayano et., al., 2019). Um baixo nível socio-económico pode ser consequência e fator incidente de esquizofrenia pela eficácia na precocidade da sintomatologia e de tratamento que resultam em piores resultados terapêuticos. O autor afirma que 90% das pessoas com patologia mental dos países de baixo e médio rendimento *per capita* não recebem os cuidados adequados. Os países de baixo rendimento *per capita* apresentam melhores resultados terapêuticos na esquizofrenia do que os países de alto rendimento *per capita*. O impacto de fatores sociais na esquizofrenia poderá também residir num mau suporte social destes doentes, num processo condicionado pela cultura dos países ocidentais e pela densidade populacional. As interações humilhantes geram sentimentos de inutilidade, fracasso, alienação, desmoralização e desamparo que, por consequência ativam o estigma de doentes que quando crónico, pode ativar o sistema dopaminérgico mesolímbico, desencadeando a esquizofrenia em indivíduos predispostos geneticamente. (Moutinho, 2020) Um outro estudo com a duração de seis meses, sobre as perturbações psicóticas entre os “*sem-abrigo*” que frequentam o serviço de psiquiatria, foram avaliados 104 pacientes, categorizados através do diagnóstico da CID-10 em que se concluiu que comparativamente à população geral (n=71), um em cada três indivíduos em situação de “*sem-abrigo*” (32,7%) registaram perturbação psicótica, uma percentagem maior registada que a da população normal (15,7%) (Cognard, 2006).

2.2.3 As perturbações de humor

Bassuk e colegas (2015) realizaram um estudo sobre a prevalência de perturbações mentais na população jovem adulta em “*sem-abrigos*” dos Estados Unidos, da Alemanha, do Canadá, da Inglaterra e da Austrália, onde registaram que entre 13,8% e 46,3% dos participantes sofriam de perturbações depressivas. Numa meta-análise que pretendia perceber a

psicopatologia em jovens “*sem-abrigo*”, 17,6% e 28,1% da amostra sofriam de perturbação depressiva (Hodgson et al., 2013). Relativamente à perturbação bipolar, parece ser uma doença mental comum entre os “*sem-abrigos*” e está associada a um risco aumentado de incapacidade e suicídio por possíveis consequências médicas (e.g., HIV/SIDA, infeção por hepatite, hipertensão e tuberculose). Numa revisão sistemática e de outra meta-análise sobre a prevalência da perturbação bipolar nos “*sem-abrigos*” foram incluídos 10 estudos com 4.300 “*sem-abrigo*”. Entre os 10 estudos, cinco estudos utilizaram o Manual Estatístico de Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-5, três estudos utilizaram o Mini-Internacional Neuropsiquiátric Interview (MINI) e um estudo usado com a Agenda para Clínica com base nos resultados do modelo de efeito aleatório, em que a prevalência de perturbações bipolares entre os “*sem-abrigo*” foi de 11,4%. A prevalência de perturbação bipolar foi de 10,0% na Europa e foi de 13,2% noutros países. Além disso, a prevalência de perturbação bipolar foi de 11,5% para estudos que utilizaram DSM para avaliar a BD em que foi de 11,0% para estudos que utilizaram outros instrumentos (MINI, SCAN e CIDI). A conclusão desta meta-análise demonstrou que a perturbação bipolar é altamente predominante entre os “*sem-abrigo*” (Ayano, 2020). Num outro estudo Canadano sobre as dependências de substâncias demonstrou que as prevalências de perturbações mentais estão entre esta população são: a perturbação bipolar; a perturbação unipolar; a perturbação depressiva e sintomas psicóticos em “*sem-abrigos*” que demonstrou através dos critérios de inclusão que renderam 1.585 participantes, num total de 1.067 (67,3%) eram homens; 896 (56,5%) tinham menos de 9 anos de educação formal; 1.516 (95,6%) viviam sozinhos; 1.505 (95,0%) estavam desempregados; 790 (49,8) eram brancos e 382 (24,1 %) eram aborígenes; entre eles, 1.318 (83,1%) nasceram na América do Norte, Central e do Sul. Dos 1.585 indivíduos, 644 tinham um historial de perturbação psicótica (40,6%); 500 tinham um historial de perturbação bipolar (31,5%) e 441 tinham um historial de depressão unipolar (27,8%). (Maremmani, et al., 2018). Outra revisão de Hodgson e

colaboradores (2013) reportaram que 26,9% de “sem-abrigos” participantes, sofriam de perturbação bipolar. Além disso, 12,2% de 41,3% da amostra deste estudo, reportaram distúrbios de humor (Hosseini, 2020). Num outro estudo realizado por uma Associação “At Home/Chez Soi” do Canadá foi realizado um inquérito sobre condições específicas de saúde mental, caracterizado pela prevalência de lesão na cabeça por força externa, reportada em “*sem-abrigos*” com perda de consciência ou perda de memória com possíveis danos na locomoção ou funções cognitivas, em que num total registaram que mais de metade da amostra (52,6%) já tinha uma lesão traumática reportada. Esta lesão reportada, foi associada ao aumento de possíveis episódios de depressão, episódios maníacos, hipomaníacos, perturbações de humor, mas com probabilidades reduzidas de ter diagnóstico de uma desordem psicótica (Topolovec-Vranic, et al., 2017). %. Outro estudo, na Hungria, demonstra que 38,3% da amostra registou sintomas para a depressão (Braun, et al., 2015). Um estudo transversal, realizado com homens adultos de Belo Horizonte registou que 56,3% da amostra revelou depressão. O instrumento utilizado foi o Inventário de Depressão de Beck e os resultados evidenciaram ainda que o grau de severidade estava relacionado com o tempo de “*sem-abrigo*”, local onde pernoita, relatos de um problema de saúde e uso de medicação na população adulta (Botti., et al., 2010). Num outro estudo, Helfrich & Fogg (2007) realizaram um estudo com 51 indivíduos adultos com perturbação mental que viviam em quartos de emergência ou alojamento, um estudo realizado pelo Programa de Habitação de Emergência, gerido pelo Departamento de Psiquiatria do centro Médico Académico no qual registaram com a perturbação de humor, 50% da amostra e com 26,1% com perturbações psicóticas. Num outro estudo já referenciado com 18 estudos reportados numa meta análise de 2007 a 2021 estimaram a prevalência de perturbação depressiva major com 12,6% no seu total (Gutwinski et al., 2021).

2.2.4 As perturbações da personalidade

Steen (2018), percebeu que mais de 80% dos “*sem-abrigo*” do continente australiano tinham relatado, pelo menos, uma condição psiquiátrica particularmente grave e persistente relacionada com as perturbações da personalidade. Um outro estudo que pretendia identificar a taxa de prevalência de perturbações psiquiátricas e explorar as suas correlações com variáveis demográficas em pessoas “*sem-abrigo*” que vivem em abrigos na Hungria e concluiu que 80% da amostra apresentou diagnóstico para perturbações psiquiátricas, nomeadamente, para as perturbações da personalidade que foram detetadas em maior número, em pessoas do sexo masculino (Braun, et al., 2015). Em Nova Iorque, 60 “*sem-abrigo*” de dois centros de acolhimento distintos, foram avaliados através da Entrevista Clínica Estruturada de Diagnóstico (SCID), com base no DSM-IV, em que as taxas apresentadas para as perturbações da personalidade, registaram, no Cluster A: 73% para ideações paranoides; De 65% para a perturbação esquizoide; De 43% para esquizotípica. Relativamente, ao Cluster B: 57% corresponderam ao comportamento anti-social; 62% ao comportamento estado limite da personalidade; 20% correspondeu ao comportamento histriónico; 57% com comportamento narcisista. Quanto ao Cluster C: 50% para perturbação evitante; 25% dependente; 57% obsessivo compulsivo; 50% evitante; 25% dependente; 57% obsessivo compulsivo (Connolly et al., 2008). Um outro estudo com o objetivo de identificar taxas de prevalência de perturbação de personalidade estado limite e outros distúrbios psiquiátricos que aleatoriamente estavam a passar por episódios de “*sem-abrigo*” em três cidades dos EUA. A amostra é constituída por 156 mulheres, 79 de Omaha, 39 de Pittsburgh, e 38 de Portland. A maioria das mulheres (84,6 %) cumpriu diagnóstico para pelo menos uma doença psiquiátrica vitalícia. Cerca de três quartos (73,1 %) cumpriram os critérios para uma desordem psiquiátrica no ano passado, e 39,7 % cumpriram os critérios de diagnóstico no mês passado para uma perturbação psiquiátrica. Aproximadamente três quartos da amostra (73,7

%) satisfazia os critérios de vida para pelo menos duas perturbações em que cerca de metade em que 53,9 % cumpriu critérios para pelo menos três perturbações ao longo da vida, e aproximadamente um terço (39,1 %) cumpriu critérios para quatro ou mais perturbações mentais (Whitbeck et al., 2015). Num estudo de 89 pessoas, sobre as perturbações da personalidade e o abandono dos tratamentos por parte dos “*sem-abrigos*” numa comunidade terapêutica, demonstrou que a taxa de perturbações da personalidade era maior neste grupo, comparativamente com a população em geral. Os “*sem-abrigos*” com os distúrbios de personalidade do cluster B (antissocial, estado-limite e narcisista) evitaram a permanência no processo de tratamento, enquanto os distúrbios do cluster C, como é o exemplo da perturbação dependente, favoreceu a adesão ao tratamento e demonstrou melhorias no seu prognóstico. Os conhecimentos destas particularidades servem para impedir o abandono do tratamento por parte dos “*sem-abrigos*” (Salavera, 2013).

2.2.5 As perturbações de uso de substâncias

Harris e Edlund (2005) registaram que a prevalência de uma perturbação mental grave era três vezes maior entre adultos com perturbação de abuso de substâncias comparativamente à população em geral. Dado aos relatos, descobriram que a perturbação mental grave e a simultânea perturbação de abusos de substâncias, conclui-se que 80 % dos inquiridos não receberam serviços de acordo com o abuso de substâncias e 50% não receberam apoio dos serviços de saúde mental. Sistemáticamente, numa revisão de meta-análise sobre esta população, datada de 2005 a 2021 por Gutwinski e colaboradores, num estudo com a duração de 12 meses que foi definido como critérios de inclusão pessoas “*sem-abrigo*” com diagnóstico de perturbação mental com base em critérios validados pelo Instituto Joanna Briggs utilizado em países de alto rendimento *per capita*, em que de 39 publicações com 8.049 participantes a prevalência de uma qualquer perturbação mental foi estimada em 76,2% da amostra. O diagnóstico mais comum foi a perturbação de substâncias nomeadamente o

álcool, com 36,7% e as drogas com 21,7%. Estes dados são heterogêneos nas taxas de prevalência demonstrados neste estudo em que foi explicado pelo método de amostragem, com base nos fatores de exclusão e inclusão. O estudo apresentou algumas limitações com o difícil acesso às subpopulações (e.g. mulheres, imigrantes) (Gutwinski, S., et al., 2021). Fischer e colaboradores (1991) descobriram que os “*sem-abrigo*” que eram dependentes do álcool tinham maiores padrões de consumo do que os “*sem-abrigo*” não alcoólicos. Os “*sem-abrigos*” alcoólicos apresentavam mais problemas de saúde física e comorbilidades psiquiátricas e são mais propensos a estarem envolvidos em comportamentos de risco para a saúde como a prostituição e as atividades criminosas. Nas amostras de abuso de álcool, as variáveis dos estudos estão entre as taxas de 5,5% a 71,7%, consoante a localização geográfica (e.g. em amostras alemãs as taxas são mais elevadas devido à baixa taxa de custo de consumo de álcool) (Gutwinski et al., 2021). Outro estudo de Herman (2008) afirma que em relação à população em geral, as pessoas “*sem-abrigo*” em países ocidentais parecem ser mais propensas a ter problemas de adição de álcool e drogas. O uso destas substâncias, potencia o aparecimento de perturbações psicóticas (13%) nesta população dependente comparativamente a outras perturbações mentais e comparativamente à população em geral. (Chopra, et al., 2008). Por fim, num outro estudo, 55,7% da amostra cumpriu critérios para a necessidade de intervenção em saúde mental, por apresentar um conjunto de pressupostos para qualquer uma destas condições, que com cerca 26,9 % da amostra apresentaram problemas com o álcool e, em que de 64,6 % da amostra, cumpriu critérios para os problemas de abuso de substâncias ilícitas, sendo a cocaína a percentagem que mais prevaleceu com 43,1%. Seguida da canábis, com 39,1%. Os opioides com 12,9 % e, as anfetaminas com 8,0%. Três quartos da amostra (72,6%) preenchem os critérios para a utilização de substâncias (Kaplan, et al., 2019). Num estudo Canadano, já mencionado anteriormente, através da administração do Mini-Internacional Entrevista Neuropsiquiátrica (MINI) identificou 977

participantes com dependência de álcool e/ou substâncias (ASD) e 608 sem dependência de álcool e/ou substâncias (não-ASD). Não foram encontradas diferenças na situação de vida (sozinho ou não), sexo e profissão (empregado ou desempregado) entre os grupos. Os “sem-abrigo” ASD são mais frequentemente mais jovens, com baixa escolaridade, aborígenes e nascidos na América do Norte, Central e do Sul (As Américas). A proporção de participantes com ASD foi mais elevada no Canadá Ocidental (Winnipeg e Vancouver), e significativamente mais baixa no Canadá Central (Toronto, Montreal) e Oriental (Monckton). Quanto ao diagnóstico de doenças mentais, o ASD foi significativamente mais prevalente entre as pessoas afetadas pela doença bipolar e depressão unipolar e menos prevalente entre as pessoas com uma doença psicótica (Maremmani, et al., 2018).

3. O presente estudo

O presente estudo pretende, na população “*sem-abrigo*” destacar-se pela elevada incidência de perturbações mentais na população e a incontornável particularidade que esta situação abarca. A incidência de problemas de saúde mental é confirmada em diversos estudos, existindo na sua maioria pelo menos uma perturbação mental associada. (Buhrich, Hodder, & Tecsson, 2000; Heman, Susser, Struening & Link, 1997; Kamieniecki, 2001). As fontes identificam igualmente que cerca de 50% da população “*sem-abrigo*” apresenta problemas de toxicodependência ou alcoolismo. (Goering, Tomiczenko, Sheldon, Boydell, & Wasylenki, 2002). Os quadros de perturbação de humor, as perturbações psicóticas e de ansiedade são significativamente superiores nesta população (Cauce, Paradise, Ginzler & Embry, 2000; Herman et al, 1997; Kamieniecki, 2001).

Tendo em conta as problemáticas de grande importância anteriormente referidas, esta investigação consiste no estudo de uma amostra da população “*sem-abrigo*”, recaindo a atenção sobre as comorbilidades associadas às perturbações mentais. Assim, esta investigação

estuda uma amostra de “*sem-abrigo*” do Centro de Alojamento Temporário (CAT) da Delegação de Braga da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP). Os constituintes da amostra frequentaram o Centro entre os anos 2000 e 2021. A comparação dos dados recolhidos acerca dos “*sem-abrigo*” será elaborada principalmente a nível de perturbações mentais através dos diagnósticos psicológicos/psiquiátricos que lhes foram atribuídos. Os objetivos do presente estudo são:

- a) Compreender os dados sociodemográficos que esta população apresenta;
- b) Compreender que tipo de perturbações surgem associadas a esta população;
- c) Definir as comorbilidades de perturbações.

4. Método

4.1 Participantes

Este estudo foi efetuado através de uma amostra representativa de informação recolhida no Centro de Acolhimento Temporário do Distrito de Braga, por indivíduos adultos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos e com características clínicas específicas, nomeadamente, as perturbações mentais. Sobre os participantes, 1006 (85,7%) são do sexo masculino e 168 (14,3%) do sexo feminino, em que num total de 897 (83,5%) participantes são portugueses. De 1047 indivíduos (127 casos perdidos) referentes ao estado civil 276 (26,4 %) são divorciados e 558 (53,3 %) são solteiros. Relativamente às habilitações literárias, registaram-se no total 332 (33,3%) inquiridos com o 1º ciclo, com o 2º ciclo (271), com o 3º ciclo (210). No caso das perturbações mentais o diagnóstico de alcoolismo surge com 202 (17,2%) casos, a perturbação de uso de substâncias, a toxicodependência com 501 (42,7%), a condição não especificadas com 53 casos (4,5%), com problemas psiquiátricos não

especificados 344 (29,3%) casos, com a perturbação depressiva nas perturbações de humor com 12 (1,0%) casos, a perturbação de esquizofrenia com 12 (1,0%) casos.

4.2 Procedimentos

Inicialmente foi realizado o contato com a instituição CAT de Delegação de Braga da Cruz Vermelha, tendo sido realizada uma visita guiada às instalações com o propósito de conhecer a logística e o público-alvo onde foram recolhidos os dados. Esta recolha foi feita através do acesso aos dados processuais dos indivíduos “*sem-abrigo*” com passagem pelo centro. O CAT tem um consentimento informado que permite que o uso dos processos seja feito para projetos de investigação científica, respeitando as normas e procedimentos éticos que garantem a confidencialidade das informações, na certeza de que tudo o que foi consultado está identificado de forma abreviada (e.g. por um número de processo). A caracterização da amostra foi feita através dos dados sociodemográficos como o género, a idade, a nacionalidade, o estado civil, as habilitações literárias. Foi ainda examinada a situação clínica dos “*sem-abrigo*” da amostra, sendo avaliados os seus diagnósticos psicológicos/psiquiátricos. Na parte da análise de dados consta a descrição detalhada das restantes variáveis e relativamente aos dados recolhidos foram analisados através do *software IBM-SPSS Statistics 21* onde serão analisadas as médias, medianas e modas das variáveis. Os testes psicométricos, através do Brief Symptom Inventory (Canavarro, 1995).

4.3 Instrumentos

Foram selecionados os dados através de:

1. Questionário sociodemográfico (género, idade, nacionalidade, escolaridade e estado profissional atual);
2. Anamnese (diagnóstico psicológico/psiquiátrico);
3. BSI – Brief Symptom Inventory;

O Brief Symptom Inventory (BSI) está validado para a população portuguesa e é destinado a doentes com perturbações psiquiátricas/psicológicas que pode também ser aplicado à população em geral (Derogatis & Melisaratos, 1983). O BSI avalia os sintomas psicopatológicos e perturbações emocionais. O instrumento tem 53 itens que avalia nove dimensões sintomatológicas e são exemplo disso a somatização, a sensibilidade interpessoal, a ansiedade fóbica, a obsessividade, a depressão, a hostilidade, a ideação paranoide e o psicoticismo, em que inclui duas medidas gerais de perturbação emocional. O instrumento, avalia três índices globais respetivamente o índice de sintomas geral, o total de sintomas positivos e o índice de sintomas positivos. Avalia através da escala de Likert, em que a possibilidade de resposta vai desde “nunca” a “muitíssimas vezes”. Na versão portuguesa, a consistência interna entre as subescalas situa-se entre 0,62 e 0,80 (α de Cronbach) (Derogatis & Melisaratos, 1983). É um instrumento de auto-relato constituído por 53 itens de avaliação dos sintomas psicopatológicos nomeadamente a somatização com sete itens, as obsessões e compulsões com seis itens, a sensibilidade interpessoal com quatro itens, a depressão com seis itens, a ansiedade com seis itens, a hostilidade com cinco itens, a ansiedade fóbica com cinco itens, a ideação paranoide com cinco itens e o psicoticismo com cinco itens. Este instrumento avalia, ainda três índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Índice de Sintomas Positivos (ISP) e o Total de Sintomas Positivos, que representam avaliações sumarias de perturbação emocional. É ainda de referenciar que os itens 11, 25, 39 e 52, não estão aparecem representados nas nove dimensões, contudo, devido à sua importância clínica estão incluídos nos três Índices Globais (Canavarro, 2007). As nove dimensões primarias foram descritas por Degoratis (1993, cited in Canavarro, 2007) em que estão dispostos da seguinte forma: a somatização reflete o mal-estar que ocorre da perceção do funcionamento somático,

essencialmente queixas ao nível físico, com queixas cardiovasculares, problemas gastrointestinais, problemas sistema respiratório ou qualquer outro com clara mediação autonómica, dores musculares e ansiedade. Relativamente às perturbações obsessivas compulsivas, o foco é nas cognições, nos impulsos e nos comportamentos percecionados como persistentes e aos quais o indivíduo não resiste, embora a sua natureza seja ego-distónica. Este construto contém sintomas identificados na síndrome clínica obsessiva-compulsiva com foco nas cognições, nos impulsos e nos comportamentos percecionados como persistentes e aos quais o indivíduo não resiste. Quanto à sensibilidade interpessoal, a centração nos sentimentos de inadaquação pessoal e de inferioridade, concretamente na comparação com outros indivíduos que se manifestam em características como a auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as interações sociais. A depressão, é composta por indicadores de depressão clínica, sendo refletidos por sintomas de afeto de humor disfórico, de perda de energia vital, assim como a falta de motivação e de interesse pela vida. Quanto à ansiedade, esta contempla sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico, bem como os indicadores gerais como o nervosismo e a tensão, sendo ainda constituída por componentes cognitivas através de correlatos somáticos e de ansiedade como forma de manifestação de sintomas. A hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da raiva. A ansiedade fóbica, centra-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas, surgindo como uma resposta de medo persistente relativamente a uma pessoa, a um local ou a uma situação específica, que apesar de irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, que conduz a comportamentos de evitamento. A ideiação paranoide, é representada por comportamentos paranoides através de um modo de funcionamento cognitivo, manifestado pelo pensamento projetivo, hostilidade de suspeição de grandiosidade, de egocentrismo e de medo da perda de

autonomia e delírios, que são reflexivos dessa perturbação. O psicoticismo, este construto foi desenvolvido como uma dimensão contínua de experiência humana, que engloba indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, assim como os sintomas primários de esquizofrenia como as alucinações e o controlo de pensamento, fornecendo um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose. As três pontuações dos três índices gerais foram descritas por Derogatis (1993 cited in Canavarro, 2007) pelo seguinte modo: Índice Geral de Sintomas, com uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados. O Índice de Sintomas Positivos, demonstra a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados. O total de Sintomas Positivos, é constituído pelo número de queixas somáticas apresentadas. Esta aplicação do instrumento tem o tempo de aproximadamente 8 a 10 minutos onde a resposta aos itens é avaliada numa escala do tipo likert de 0 (“nunca”) a 4 (“muitíssimas vezes”). No preenchimento da escala é solicitado ao indivíduo que classifique o grau de cada problema que o afetou durante a última semana. Quanto às propriedades psicométricas, a escala apresenta uns bons níveis de consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa de Cronbach que variam entre 0,71 e 0,85. A estrutura fatorial avaliada tanto na população em geral, como na população clínica, são indicadores da unidade e solidez do ponto de vista concetual. Neste estudo em concreto, para este instrumento o alfa de Cronbach da escala global é de 0,97 e o alfa das subs-escalas varia entre os 0,93 e 0,95 (Derogatis, 1993 cited in Canavarro, 2007).

5. Resultados

No presente estudo, participaram 1174 indivíduos, entre eles, 1006 (85,7%) do sexo masculino e 168 (14,3%) do sexo feminino. Relativamente à nacionalidade, 897 (83,5%) eram portugueses, e 16,5% são de outras nacionalidades (Tabela 1).

Num total de 1047 indivíduos (127 casos perdidos) referentes ao estado civil, 40 (3,8 %) apresentam união de facto; 276 (26,4 %) são divorciados; Separados são 34 (3,2 %); Solteiros, 558 (53,3 %); Viúvos, 18 (1,7 %) (Tabela 1).

Quanto às variáveis sociodemográficas de educação, num total de 996 participantes, 178 não fizeram parte da amostra. Com o ensino de 1º ciclo, registaram-se no total 332 (33,3%) inquiridos; Do 2º ciclo num total de 271 (27,2%) indivíduos; Com o 3º ciclo, um registo de 210 (21,1%) de casos averiguados; com o curso Universitário, 49 (4,9 %) clientes, respetivamente. Com o ensino secundário, foram assinalados 78 (7,8%) casos; nos casos de indivíduos iletrados, foram interpretados 48 (4,8%) casos; Com curso profissional, cinco casos registados (0,5%); Estudantes, com um caso registado, representando, 0,1% da amostra; Por fim, em situação de frequência em seminários, um caso apresentado (Tabela 1).

Tabela 1*Caraterização Sociodemográfica da Amostra*

Características sociodemográficas	Amostra	
	<i>N</i>	%
Género		
Feminino	168	14,3
Masculino	1006	85,7
Total	1174	100
Nacionalidade		
Portuguesa	897	83,7
Outras Nacionalidades	277	16,5
Estado Civil		
União de facto	40	3,8
Divorciado	276	26,4
Casado	121	11,6
Separado	34	3,2
Solteiro	558	53,3
Viúvo	18	1,7
Casos perdidos	127	-
Total	1174	100
Educação		
Primeiro Ciclo	332	33,3
Segundo Ciclo	271	27,2
Terceiro Ciclo	210	21,1
Curso Universitário	49	4,9
Ensino Secundário	78	7,8
Iletrado	48	4,8
Curso Profissional	5	0,5
Estudante	1	0,1
Curso Universitário	1	0,1

Seminário	1	0,1
Casos perdidos	17	-
Total	996	100

N=1155, Casos Perdidos =17

Quanto às perturbações mentais, o número de casos recolhidos foi de 1172, com dois casos perdidos na amostra. Foram registados num total de 202 casos (17,2%) relativos à perturbação do uso de substâncias, nomeadamente, o álcool. Quanto às perturbações de humor, para a perturbação bipolar registaram-se quatro casos na amostra (0,3%). A perturbação depressiva fez registo a 12 indivíduos, representando 1,0 % da amostra. As perturbações do uso de substâncias nomeadamente a toxicod dependência os dados registaram 501 participantes, representando 42,7% da amostra. Relativamente a ex-utilizadores de álcool a taxa representada é de cinco casos (0,4%). À categorização de ex-utilizador de substâncias a representatividade é de 35%, correspondente a 3,0%. À categorização de condição não atribuído/inespecificado a amostra regista 344 dos casos com 29,3%. Quanto à perturbação de esquizofrenia a taxa apresentada é de 12 casos (1,0%). Para a condição de problemas psiquiátricos não inespecificados, o número de indivíduos é de 54 para taxa de 4,6%. A seguinte categoria está definida pela fobia social com a contagem de um caso (0,1%). Para a esquizofrenia paranoide dois casos reportados (0,1%) (Tabela 2).

Tabela 2*Variáveis de Diagnóstico de Perturbações Mentais 1*

Frequência de Perturbações Mentais	Amostra	
	N	%
Diagnóstico		
Alcoolismo	202	17,2
Perturbação Bipolar	4	0,3
Perturbação Depressiva	12	1,0
Toxicodependência	501	42,7
Ex-alcoólico	5	0,4
Ex-toxicodependente	35	3,0
Não atribuído/inespecificado	344	29,3
Perturbação de Esquizofrenia	12	1,0
Problemas Psiquiátricos inespecificados	53	4,5
Fobia Social	2	0,2
Esquizofrenia Paranoide	2	0,2
Casos perdidos	2	-
Total	1172	100

N=1172, Casos Perdidos =2

Quanto à tabela 3, 44 indivíduos correspondente a 42,7% da amostra, apresentaram perturbações com o uso de substâncias, nomeadamente a dependência do álcool. Sobre as perturbações de humor, a perturbação bipolar surge com dois casos (1,9%). Relativamente à perturbação depressiva registaram-se nove casos com 8,3% da amostra.

A amostra apresenta 12 casos de toxicoddependência (11,70%). Para a perturbação de substâncias, com três casos (2,9%) com o registo de ex-alcóolicos. A perturbação de esquizofrenia com 15 casos registados (14,5%). A esquizofrenia paranoide, registou um caso com 0,9% da amostra. A condição de problemas psiquiátricos inespecificados foram registados oito casos (7,8%). A perturbação de jogo compulsivo registou um caso (1,0%). Relativamente à ex-toxicoddependência ficou registado um caso (1,0%). Para as perturbações psicóticas foi registado um caso (1,0%). O cancro também registou um caso (1,0%). As perturbações de comportamento com um caso registado (1,0%). Para a condição de perturbação de psicose esquizofrénica um caso (1,0%). (Tabela 3)

Tabela 3*Variáveis de Diagnóstico de Perturbações Mentais 2*

Frequência de Perturbações Mentais	Amostra	
	N	%
Diagnóstico		
Alcoolismo	44	42,7
Perturbação Bipolar	2	1,9
Perturbação Depressiva	9	8,3
Toxicodependência	15	14,5
Ex-alcoólico	3	2,9
Perturbação Esquizofrenia	12	11,7
Esquizofrenia Paranoide	1	0,9
Problemas Psiquiátricos Inespecificados	11	10,6
Perturbação do Jogo Compulsivo	1	1,0
Ex-toxicodependente	1	1,0
Perturbações Psicóticas	1	1,0
Cancro	1	1,0
Perturbação do Comportamento	1	1,0
Psicose Esquizofrénica	1	1,0
Casos perdidos	1071	-
Total	996	100

N=103, Casos Perdidos =1071

Relativamente à tabela 4, as variáveis de diagnóstico de perturbação mental, o alcoolismo registou dois casos (13,3%). A perturbação depressiva registou sete casos (46,7%). A perturbação bipolar registou um caso (6,7%). A condição de psicopatia registou um caso (6,7%). Nos problemas psiquiátricos inespecificados foram três casos registados (20,0%). A esquizofrenia com o registo de um caso (6,7%).

Tabela 4

Variáveis de Diagnóstico de Perturbações Mentais 3

Frequência de Perturbações Mentais	Amostra	
	N	%
Diagnóstico		
Alcoolismo	2	13,3
Perturbação Depressiva	7	46,7
Perturbação Bipolar	1	6,7
Psicopatia	1	6,7
Problemas psiquiátricos inespecificados	3	20
Perturbação de Esquizofrenia	1	6,7
Casos perdidos	1159	-
Total	1172	100
		N = 15 Casos Perdidos = 1159

6. Discussão

Os “*sem-abrigo*” sofrem das mais variadas formas, antes do processo, e depois do processo em que se tornam vulneráveis e habitantes de rua. Este fenómeno de “*sem-abrigo*” está relacionado com um fenómeno que prevalece ao longo dos anos, ainda que sofrendo as diversas atualizações devido à sua categorização, bem como as divergências temáticas, o assunto tem evoluído e tido outra importância na sociedade. O perfil das pessoas que se encontram nesta situação divergem devido à experiência individual e convergem nos seus fenómenos. Somos seres individuais, complexos, racionalmente sustentados por pensamentos, necessidades orgânicas e, respostas instintivas, por vezes de sobrevivência, que regulam o organismo. Há um processo, intrínseco e fisiológico resultado das mudanças da condição de se ser “*sem-abrigo*”. Portanto, o objetivo deste estudo entre a sua caracterização, foram no seu foco as perturbações mentais e as comorbilidades associadas nesta população.

Os resultados apresentados registam o viés teórico com a prática empírica e, neste presente estudo participaram 1174 indivíduos, entre eles 1006 (85,7%) do sexo masculino e 168 (14,3%) do sexo feminino. Dos participantes 897 (83,5%) eram portugueses. No total dos participantes (1173) 276 (26,4%) são divorciados e 558 (53,3%) são solteiros. Nas variáveis sociodemográficas de educação, num total de 996 participantes registaram-se no total 332 (33,3%) indivíduos com o 1º Ciclo. Relativamente às perturbações mentais o caso recolhido foi de 1172 inquiridos, em que foi assimilado um total de 202 casos (17,2%) com a perturbações do uso de substâncias, na primeira variável de diagnóstico de perturbações mentais, na segunda variável de diagnóstico de perturbações mentais, o registo foi de 44 (42,7%) e na terceira variável de diagnóstico de perturbações mentais, com dois casos (13,3%), nomeadamente, para especificidade da perturbação de uso de substâncias de consumo de álcool. O discurso de Gutwinski e colaboradores (2021) corrobora com a sua amostra em que as variáveis dos estudos estão entre as taxas de consumo de álcool situam-se

entre os 5,5% a 71,7%, consoante a localização geográfica, justificando o diagnóstico na perturbação de uso de substâncias, nomeadamente o álcool. A perturbação bipolar, na primeira variável de diagnóstico apresenta quatro casos (0,3%), a variável 2 com dois casos (1,9%) e por fim, a terceira variável com um caso (6,7%), o que está diretamente relacionada com a parte teórica que Ayano (2020) justifica que a prevalência da perturbação bipolar na Europa é de 10% na Europa e 13,2% nos outros países. A perturbação depressiva registou 12 casos (1,0%) na primeira variável de diagnóstico, na segunda variável de diagnóstico, nove casos (8,3%) e na terceira variável de diagnóstico com sete casos (46,7%) o que justifica uma percentagem significativa comparativa com o racional teórico que Hodgson e colaboradores (2013) numa meta-análise referenciaram que 17,6% e 28,1% da amostra sofria de perturbação depressiva. Para a perturbação de abuso de substâncias, a toxicodependência com 503 (42,9%) dos casos, corrobora com o racional teórico em que Kaplan e colaboradores (2019) justificou com a sua amostra com 64,6% da amostra sendo a cocaína a percentagem em que mais prevaleceu na perturbação do uso de substâncias, seguido da cannabis (39,1%) os opioides com 12,9% e as anfetaminas com 8,0%. Para a condição de diagnóstico não atribuído/inespecificado com 344 casos (29,3%) que poderá ser justificado com a falta de um diagnóstico específico com base na sua análise. A perturbação de esquizofrenia aparece com 12 casos (1,0%), na primeira variável de diagnóstico, na segunda variável de diagnóstico aparece com 12 casos (11,7%) e na terceira variável aparece um caso (6,7%) o que demonstra proporcionalidade com o estudo de Bacciardi e colaboradores (2017), em que demonstraram que uma amostra de 416 “*sem-abrigos*” (26 %), apresentaram esquizofrenia. Relativamente aos problemas psiquiátricos inespecificados, os factos registaram 53 casos (4,5%) na primeira variável de diagnóstico psiquiátrico, na segunda variável de diagnóstico, onze casos (10,6%) e por último a terceira tabela com 3 casos (20%) em que será justificado com a falta de diagnóstico adequado. As restantes variáveis não foram documentadas devido à sua

insignificância numérica, no entanto pertinente e quiçá, alvo de estudo talvez num futuro próximo. Contudo, este estudo será significativo devido à importância da amostra sendo esta fidedigna e quantitativa.

O presente trabalho pretendeu compreender que viver nas ruas pode afetar a saúde física e mental, não somente pelas condições de vida, como também pelo comportamento de risco para saúde individual e pública. O tema surge da necessidade de explorar o fenómeno para que se faça face às suas necessidades. É um fenómeno multidimensional, que de acordo com Somerville (2013), não se trata apenas da falta de abrigo, uma morada, um teto, e sim da privação de elementos fisiológicos, emocional, territorial, ontológico e espiritual. Desta forma consciencializar da amplitude do fenómeno é essencial para haverem estratégias e medidas que vão de encontro com as necessidades das pessoas. Numa perspetiva social, sensibilizar e educar a população em geral para a abrangência do fenómeno, para que haja uma minimização de uma exclusão social.

As consequências na condição de ser “*sem-abrigo*”, nomeadamente, destes problemas debilitários de saúde física que implicam infeções respiratórias, doenças infecciosas, doenças sexualmente transmissíveis e problemas dermatológicos em que há também uma dificuldade por parte desta população em manter os cuidados primários e bens de primeira necessidade, tal como os hábitos de higiene, o sono e a alimentação.

Os problemas financeiros acabam por gerar stress e isolamento que devido às más condições de vida geram a pobreza que a longo prazo refletir-se-á na saúde mental, cultural e comportamental. Devido à falta de instrução, falta de emprego, estas circunstâncias podem conduzir a situações “*sem-abrigo*”.

Os problemas familiares são justificados com as ruturas relacionais desde o divórcio, os problemas familiares, o falecimento de entes queridos. As ruturas podem ser explicadas

pela modificação comportamental, emocional e social resultante do abuso de drogas, por exemplo ou pelas perturbações mentais.

Relativamente às perturbações mentais, as mais comuns neste estudo foram as perturbações de ansiedade, as perturbações de esquizofrenia/outras perturbações psicóticas, as perturbações de humor, as perturbações da personalidade e as perturbações do uso de substâncias. Bento e Colaboradores (2002) citaram que as patologias psiquiátricas dos “*sem-abrigo*”, considerando apenas os diagnósticos primários, o alcoolismo com 32%, o mais frequente, seguido da toxicod dependência, com 17% e a esquizofrenia com 10% e as perturbações da personalidade com 10%. As doenças psiquiátricas, como a perturbação de abuso de substâncias do alcoolismo e a toxicod dependência, o diagnóstico psiquiátrico foi resultante em cerca de 90% dos casos. Significa que 90% dos “*sem-abrigo*” sofrem de algum tipo de doença do foro mental.

7. Conclusão

A nível pessoal, esta experiência permitiu olhar para um “abismo” no qual devemos pensar e conscientizar, com foco nas soluções práticas, diárias, e com foco de resolução a longo prazo pelos direitos, pelas questões humanas e públicas para que o fenómeno deixe de existir, numa sociedade evolutiva. Todo este processo permitiu enquanto aluno, evoluir o nível de conhecimento, o nível de perceção e, de certa forma criar empatia pela população e o tema. É certo de que foi uma jornada exigente, que espero que se reflita num futuro próximo enquanto profissional.

Quanto à importância do Psicólogo Forense Clínico, neste contexto perante uma população vulnerável e carente a nível de suporte social e psicológico, há muito trabalho a fazer nas diversas áreas profissionais dentro das instituições. Esta é uma população carecida a

nível social, a nível político, ao nível físico, psicológico e afetivo. O psicólogo é essencial neste trabalho pois existem várias causas para a exclusão social desta classe. Os diagnósticos devem ser fiéis e variados para que se possa trabalhar com informação cristalizada e posteriormente intervir com precocidade. Permitir as melhores condições para que haja uma reorganização sistémica e saudável da população “*sem-abrigo*” e as suas organizações. Figueira (2001) afirma que o exame psicológico é de grande importância, não só por poder potenciar as intervenções, mas também como meio de avaliativo.

No decorrer da investigação, foram sendo observados diferentes aspetos que apresentam uma forte correlação com as condições de “*sem-abrigo*”. Situações predictoras e protetoras que por vezes justificam a saída desta situação ou a permanência nela, onde há um trabalho a realizar para que os números de casos positivos aumentem. No entanto, há ainda muita informação por descobrir e como é notório *in loco* é possível observar que há muitos casos diários sem solução corrente para fazer face às suas necessidades. Arrisco-me a afirmar sem confirmações estatísticas de que em Portugal, numa perspetiva pessoal, há mais património abandonado (e.g. casas ao abandono) do que o expoente número de “*sem-abrigos*”.

Quanto a dificuldades encontradas durante a investigação, destaco o fato de alguma informação não existir de forma mais específica, nomeadamente as perturbações mentais, em que as suas especificidades por vezes pelo método de avaliação diferem na sua categorização e torna-se vago o conceito, a sua definição.

Sobre as considerações estatísticas foi possível observar correlações estatisticamente significativas entre as perturbações mentais e as variáveis de diagnóstico analisadas, o que valida de forma empírica este estudo.

Por fim, como fiz parte do tema, espero que se desenvolva de tal maneira que seja possível deixar de existir este fenómeno e que haja uma sociedade mais humana e equitativa relativamente a estas minorias que a última coisa que precisam de ser é ignorados e, a população como um todo com pequenos gestos globais fariam uma diferença significativa na vida destas pessoas. Seria digno deixar de parte as atitudes egoístas e egocêntricas em prol de um bem-estar comum, um bem-estar geral em que todos pudéssemos estar completos e satisfeitos na nossa individualidade e particularidade.

8. Referencias bibliográficas

- Aldeia, J. (2014). De “cidadão” a “sem-abrigo”: o laço de cidadania no fenómeno dos sem-abrigo. *Interseções*, 16(2), 229-244. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/irei.2014.16588>
- Ambrosino, R., Ambrosino, R., Emeritus, H.J. & Emeritus, S.G. 2008. *Social work and social welfare: an introduction* (6th ed). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais*. Artmed Editora.
- Ayano G, Assefa D, Haile K, Chaka A, Solomon H, Hagos P, et al. Mental, neurologic, and substance use (MNS) disorders among street homeless people in Ethiopia. *Ann General Psychiatry*. 2017; 16:40.
- Ayano, G., Solomon, M., Tsegay, L., Yohannes, K., & Abraha, M. (2020). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of post-traumatic stress disorder among homeless people. *Psychiatric quarterly*, 91(4), 949-963.
- Ayano, G., Tesfaw, G. & Shumet, S. The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 19, 370 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2361-7>.
- Bacciardi S, Maremmani AGI, Nikoo N, Cambioli L, Schütz C, Jang K, et al. Is bipolar disorder associated with traumatic brain injury in the homeless? *Riv Psichiatr*. 2017;52(1):40–6
- Bastos, M. V. C. D. L. (2011). *Percursos escolares de pessoas sem-abrigo*.
- Beijer, U., & Andréasson, S. (2009). Physical diseases among homeless people: gender differences and comparisons with the general population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 93-100.

Bento, A., & Barreto, E. (2002). *Sem-amor, Sem-abrigo*. Lisboa: CLIMEPSI.

Busch-Geertsema, V., Edgar, W., O'Sullivan, E., & Pleace, N. (2010, December). Homelessness and homeless policies in Europe: Lessons from research. In *Conference on homelessness* (Vol. 9, p. 10).

Bassuk, E. L., Richard, M. K., & Tsertsvadze, A. (2015). The prevalence of mental illness in homeless children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 86–96. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.11.008>

Bender, K., Ferguson, K., Thompson, S., Komlo, C., & Pollio, D. (2010). Factors associated with trauma and posttraumatic stress disorder among homeless youth in three US cities: The importance of transience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 23(1), 161-168.

Braun, E., & Gazdag, G. (2015). Prevalence of psychiatric disorders in homeless population. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 30(1), 60-67.

Botti, N. C. L., Castro, C. G. D., Silva, M. F. D., Silva, A. K., Oliveira, L. C. D., Castro, A. C. H. O. A. D., & Fonseca, L. L. K. (2010). Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 10-16.

Cauce, A. M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 44.

Camara Municipal de Lisboa. (2019). Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem Abrigo 2019/2023. Recuperado de:

http://www.enipssa.pt/documents/10180/11876/apresentação_plano_sem_abrigo_17_nov_2019__1__01.pdf/a3db82d8-d51f-4671-8e30-7b213e3eea97

Campos, F. (2010). *Caracterização dos estilos de vida dos sem-abrigo da cidade do Porto* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto).

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) – Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora

Chopra P, Harvey CA, Herrman HE, Leff JP (2008) Homelessness and accommodation and support needs for people living with psychotic disorders: Myths, realities and research challenges. *Med J Australia*. In press.

Costa, S. L., & Oliveira, B. O. (2015). Entre a rua e o abrigo: reorganização do quotidiano. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 23(2), 347-355

Cougnard, A., Grolleau, S., Lamarque, F., Beitz, C., Brugere, S., & Verdoux, H. (2006). Psychotic disorders among homeless subjects attending a psychiatric emergency service. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 904-910.

Connolly, A. J., Cobb-Richardson, P., & Ball, S. A. (2008). Personality disorders in homeless drop-in center clients. *Journal of personality disorders*, 22(6), 573-588.

Da Silva, F. P., da Silva Frazão, I., da Silva, R. A., Inácio, A. S., de Oliveira, H. J. P., Vasconcelos, S. C., & da Costa Lima, M. D. (2021). Saúde mental de pessoas em situação de rua: Comportamentos e vulnerabilidades no contexto urbano. *Revista Saúde-UNG-Ser*, 15(3/4), 30-41.

Derogatis, Leonard R.; Melisaratos, Nick (1983). *The Brief Symptom Inventory: an introductory report. Psychological Medicine, 13(3), 595–*. doi:10.1017/s0033291700048017

De Menezes Queirós, F. D. M. (2019). De onde vêm e para onde vão...trajetórias de vida de pessoas em situação de sem-abrigo numa instituição de acolhimento temporário.

dos Santos Pissarra, L. C. P. (2020). Esquizofrenia e a condição de sem-abrigo.

De Vries, B., van Busschbach, J. T., van der Stouwe, E. C., Aleman, A., van Dijk, J. J., Lysaker, P. H., ... & Pijnenborg, G. H. (2019). Prevalence rate and risk factors of victimization in adult patients with a psychotic disorder: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin, 45(1), 114-126*.

Ding, K., Slate, M., & Yang, J. (2018). History of co-occurring disorders and current mental health status among homeless veterans. *BMC public health, 18(1), 1-8*.

Duke, A., & Searby, A. (2019). Mental ill health in homeless women: A review. *Issues in Mental Health Nursing, 40(7), 605–612*. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1565875>.

ENIPSA (2020). Inquérito de Caracterização das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo. Disponível em: <http://www.enipssa.pt/documentacao>

ENIPSA (2018). Relatório Inquérito aos Conceitos Utilizados e aos Sistemas Locais de Informação. Disponível em: <http://www.enipssa.pt/documentacao>.

Equipa de Rua da Santa, A. (1999). Quatro anos de uma equipa de rua da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. *Psiquiatria na Prática Médica, 12(5)*.

FEANTSA (2021). *Fifth overview of housing exclusion in Europe*. <https://www.feantsa.org/en/news/2020/07/23/fifth-overview-of-housing-exclusion-in-europe-2020?bcParent=27>.

- Fernandes, A. L. M. (2021). *Mental illness among 500 homeless people in Lisboa, Portugal* (Doctoral dissertation)
- Figueira, A. (2001). A exclusão social. *SubJudice – Justiça e Sociedade*, 22/23, 107-114.
- Fischer PJ, Breakey WR. The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons. *Am Psychol* 1991;46:1115–28. 7. Hwang S. Mental illness and mortality among homeless people. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:81–2.
- Gomes, T. S., & Guadalupe, S. (2011). Redes de Suporte Formal ao Sem-Abrigo na Cidade de Coimbra. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, (21).
- Gonçalves, I. C., & Silva, A. F. (2021). Visita aos sem-abrigo. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37(1), 76-8.
- Ginzler, J. A., Garrett, S. B., Baer, J. S., & Peterson, P. L. (2007). Measurements of negative consequences of substance abuse in street youth: An expanded use of Rutgers Alcohol Problem Index. *Addictive Behaviors*, 32, 1519–1525.
- Gutwinski, S., Schreiter, S., Deutscher, K., & Fazel, S. (2021). The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*, 18(8), e1003750.
- Habánik, T. (2018). Mental health problems as one of the factors in the development and persistence of homelessness. *Kontakt*, 20(2), e171-e176.
- Harris, K., & Edlund, M. (2005). Use of mental health care and substance abuse treatment among adults with co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 56(8), 954–959. Retrieved from <http://ps.psychiatryonline.org>
- Herrman, H. (2008). Mental disorders among homeless people in western countries. *PLoS Medicine*, 5(12), e237

Hodgson, K. J., Shelton, K. H., van den Bree, M. B. M., & Los, F. J. (2013). Psychopathology in young people experiencing homelessness: A systematic review. *American Journal of Public Health, 103*(6), e24–e37. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301318>

Kaplan, L. M., Vella, L., Cabral, E., Tieu, L., Ponath, C., Guzman, D., & Kushel, M. B. (2019). Unmet mental health and substance use treatment needs among older homeless adults: Results from the HOPE HOME Study. *Journal of community psychology, 47*(8), 1893-1908.

Loubière, S., Tinland, A., Taylor, O., Loundou, A., Girard, V., Boyer, L., & Auquier, P. (2020). Determinants of healthcare use by homeless people with schizophrenia or bipolar disorder: Results from the French housing first study. *Public Health, 185*, 224-231.

Machado, A. F. C. (2012). *Trajetórias de exclusão social em mulheres sem abrigo: um estudo de caso* (Doctoral dissertation).

Martens, W., H. Uma revisão da saúde física e mental em pessoas em situação de rua. *Revisões de Saúde Pública. 2001 ;29*(1):13-33. 11780714.

McQuiston, H. L., Finnerty, M., Hirschowitz, J., & Susser, E. S. (2003). Challenges for psychiatry in serving homeless people with psychiatric disorders. *Psychiatric Services, 54*(5), 669-676.

Maremmani, A. G., Bacciardi, S., Somers, J. M., Nikoo, M., Schütz, C., Jang, K. L., & Krausz, M. (2018). Substance dependence among bipolar, unipolar depression and psychotic homeless: a Canadian National Study. *Frontiers in Psychiatry, 701*. [login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2019-73871-001&site=ehost-live](https://doi.org/10.3389/fpsyh.2019.00001).

Maremmani, A. G., Bacciardi, S., Somers, J. M., Nikoo, M., Schütz, C., Jang, K. L., & Krausz, M. (2018). Substance dependence among bipolar, unipolar depression and psychotic homeless: a Canadian National Study. *Frontiers in Psychiatry, 701*.

- Metrogos, M. L. P. R. (2017). *Identidade e desafiliação: histórias de vida sem-abrigo* (Doctoral dissertation).
- Moura Júnior, J. F., & Ximenes, V. M. (2016). O lugar do uso de drogas na identidade de uma pessoa em situação de rua.
- Mojtabai, R. (2005). Perceived reasons for loss of housing and continued homelessness among homeless persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 56, 172-178.
- Moyo, U., Patel, L. & Ross, E. (2015). Homelessness and mental illness in Hillbrow South Africa: a situation analysis. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 51 (1), 1-21.
- NAEH (2021). Home- National Alliance to End HomelessnessDisponível em: <https://endhomelessness.org/>.
- Nascimento, M. (2016). Sem-abrigo: perspectiva da reinserção social, uma nova vida pós rua. (Tese de Mestrado) Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/7136>.
- OECD (2021). H.C.3.1 Homelessness Poputation. Disponível em: <https://www.oecd.org/>.
- Omerov, P., Craftman, Å. G., Mattsson, E., & Klarare, A. (2020). Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 28(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/hsc.12857>.
- Patten, S. B. (2017). Homelessness and mental health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(7), 440-441.
- Paugam, S. (2003). *A desqualificação social: ensaio sobre a nova pobreza*. Porto: Porto Editora.

Pilar, P. C. P. (2016). *Percepção de saúde e avaliação das necessidades de intervenção em p Relationships Australia 2008. Relationship's indicators survey 2008: Issues and Concerns that Australians have in their relationships today*, accessed date 15/01/2022, <http://www.relationships.com.au/resources/pdfs/reports-submissions/ra-rel-ind-survey-2008-report.pdf>. *população sem-abrigo institucionalizada* (Doctoral dissertation).

Herrman, H. (2008). Mental disorders among homeless people in western countries. *PLoS Medicine*, 5(12), e237.

Helfrich, C. A., & Fogg, L. F. (2007). Outcomes of a life skills intervention for homeless adults with mental illness. *Journal of Primary Prevent*, 28, 313-326.

Henrique, R. A., Santos, C. M., & Vianna, J. J. B. (2013). Sentidos e significados do trabalho entre pessoas em situação de rua. *Psicología para América Latina*, (24), 109-120.

Nooe, R. M., & Patterson, D. A. (2010). The ecology of homelessness. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(2), 105-152.

Tipple, G., & Speak, S. (2005). Definitions of homelessness in developing countries. *Habitat International*, 29(2), 337-352.

Somerville, P. (2013). Understanding homelessness. *Housing, theory and society*, 30(4), 384-415.

Tavares, A. R. F. (2010). *Acompanhamento social a pessoas que viveram em situação de sem-abrigo com doença mental* (Bachelor's thesis, [sn]).

Taylor, O., Loubiere, S., Tinland, A., Vargas-Moniz, M., Spinnewijn, F., Manning, R., & Auquier, P. (2019). Lifetime, 5-year and past-year prevalence of homelessness in Europe: a cross-national survey in eight European nations. *BMJ open*, 9(11), e033237.

Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M, Gutwinski S: The prevalence of mental illness in homeless people in Germany—a systematic review and meta-analysis. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 665–72. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0665

Stergiopoulos, V., Cusi, A., Bekele, T., Skosireva, A., Latimer, E., Schütz, C., & Rourke, S.B. (2015). Comprometimento neurocognitivo em uma grande amostra de adultos sem-teto com doença mental. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(4), 256-268.

Salavera, C., Tricás, J. M., & Lucha, O. (2013). Personality disorders and treatment drop out in the homeless. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 379.

Steen, A. (2018). The many costs of homelessness. *The Medical Journal of Australia*, 208(4), 167-168.

Tavares, A. R. F. (2010). *Acompanhamento social a pessoas que viveram em situação de sem-abrigo com doença mental* (Bachelor's thesis, [sn]).

Taylor, K. M., & Sharpe, L. (2008). Trauma and post-traumatic stress disorder among homeless adults in Sydney. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(3), 206-213.

Teixeira, J. M. (2007). Neurocognição, cognição social e funcionamento social na esquizofrenia.

Topolovec-Vranic, J., Schuler, A., Gozdzik, A., Somers, J., Bourque, P. É., Frankish, C. J., ... & Hwang, S. W. (2017). The high burden of traumatic brain injury and comorbidities amongst homeless adults with mental illness. *Journal of psychiatric research*, 87, 53-60.

Tyler, K. A., Hoyt, D. R., Whitbeck, L. B., & Cauce, A. M. (2001). The impact of childhood sexual abuse on later sexual victimization among runaway youth. *Journal of Research on Adolescence*, 11(2), 151-176.

Whitbeck, L. B., Armenta, B. E., & Welch-Lazoritz, M. L. (2015). Borderline personality disorder and Axis I psychiatric and substance use disorders among women experiencing homelessness in three US cities. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(8), 1285-1291.

Anexo I

BSI (*Brief Symptom Inventory*)

(L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995)

Nome:Sexo:.....

Estado Civil: Profissão: Idade:

Data:.....

Residência:
.....

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos sintomas seguintes:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					

22.	Sentir-se inferior aos outros					
23.	Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24.	Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25.	Dificuldade em adormecer					
26.	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
27.	Dificuldade em tomar decisões					
28.	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29.	Sensação de que lhe falta o ar					
30.	Calafrios ou afrontamentos					
31.	Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32.	Sensação de vazio na cabeça					
33.	Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34.	Ter a ideia de que devia ser castigado pelos seus pecados					
35.	Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36.	Ter dificuldade em se concentrar					
37.	Falta de forças em partes do corpo					
38.	Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39.	Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40.	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41.	Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42.	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43.	Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44.	Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45.	Ter ataques de terror ou pânico					
46.	Entrar facilmente em discussão					
47.	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho					
48.	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49.	Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50.	Sentir que não tem valor					
51.	A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52.	Ter sentimentos de culpa					
53.	Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

