

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Relação entre o consumo de substâncias e a saúde mental em pessoas em
situação de sem-abrigo

Manuel Jorge dos Santos Vieira (34100)

Mestrado em Psicologia Clínica e Forense - Intervenção com Agressores e
Vítimas

Orientador: Prof. Doutor Carlos Serra Magalhães Coelho

Coorientadora: Prof.^a Doutora Anita Santos

Outubro de 2022 

Índice

<i>Índice de Figuras</i>	<i>i</i>
<i>Lista de Siglas e Abreviaturas</i>	<i>iii</i>
<i>Agradecimentos</i>	<i>v</i>
<i>Resumo</i>	<i>viii</i>
<i>Abstract</i>	<i>ix</i>
<i>Introdução</i>	<i>1</i>
<i>Enquadramento teórico</i>	<i>2</i>
1. <i>Caracterização da população sem-abrigo</i>	<i>2</i>
2. <i>Perfil da pessoa em situação de sem-abrigo</i>	<i>5</i>
3. <i>Fatores de risco</i>	<i>6</i>
4. <i>Implicações para os indivíduos da permanência em situação de sem-abrigo</i>	<i>9</i>
5. <i>Saúde e doença mental na pessoa em situação de sem-abrigo</i>	<i>10</i>
6. <i>Consumos – álcool e outras substâncias psicoativas (SPAs)</i>	<i>12</i>
7. <i>Correlação entre doença mental e consumo de substâncias</i>	<i>15</i>
<i>Método</i>	<i>17</i>
<i>Objetivo geral</i>	<i>17</i>
<i>Objetivos específicos</i>	<i>17</i>
<i>Participantes</i>	<i>18</i>
<i>Instrumento de registo de dados</i>	<i>19</i>
<i>Procedimentos</i>	<i>19</i>
<i>Resultados</i>	<i>22</i>
<i>Género</i>	<i>23</i>
<i>Nacionalidade</i>	<i>23</i>
<i>Estado civil</i>	<i>24</i>
<i>Habilitações literárias</i>	<i>25</i>
<i>Estado profissional atual (data da entrada no CAT)</i>	<i>25</i>
<i>Fonte de rendimento</i>	<i>26</i>

<i>Álcool</i>	27
• <i>Consumo de álcool</i>	27
• <i>Idade de início do consumo de álcool</i>	27
<i>Outras Substâncias Psicotrópicas – SPAs</i>	28
• <i>Consumo de outras SPAs</i>	28
• <i>Idade de início do consumo de SPA</i>	29
• <i>Consumo de substâncias psicotrópicas diversas</i>	30
• <i>Haxixe</i>	30
• <i>Heroína</i>	31
• <i>Cocaína</i>	33
<i>Discussão</i>	43
<i>Conclusão</i>	45
<i>Referências</i>	48
<i>ANEXO</i>	54
<i>Anexo - Instrumento de Recolha de Dados</i>	55

Índice de Figuras

TABELAS

Tabela 1	
Distribuição dos participantes por género.....	23
Tabela 2	
Distribuição dos participantes por nacionalidades.....	24
Tabela 3	
Estado civil dos participantes.....	25
Tabela 4	
Habilitações literárias dos participantes.....	25
Tabela 5	
Estado profissional atual	26
Tabela 6	
Fonte de rendimento	26
Tabela 7	
Álcool e idade de início do consumo.....	28
Tabela 8	
Haxixe fumado e idade de início do consumo	31
Tabela 9	
Heroína fumada e idade de início do consumo	32
Tabela 10	
Heroína intravenosa e idade de início do consumo.....	32
Tabela 11	
Heroína snifada e idade de início do consumo	33
Tabela 12	
Cocaína fumada e idade de início do consumo.....	33

Tabela 13	
Cocaína intravenosa e idade de início do consumo	34
Tabela 14	
Cocaína snifada e idade de início do consumo	34
Tabela 15	
Diagnóstico 1 e consumo de Álcool	36
Tabela 16	
Diagnóstico 1 e consumo de Haxixe.....	36
Tabela 17	
Diagnóstico 1 e consumo de Heroína	37
Tabela 18	
Diagnóstico 1 e consumo de Cocaína	38
Tabela 19	
Diagnóstico 2 e consumo de Álcool	39
Tabela 20	
Diagnóstico 2 e consumo de Haxixe.....	40
Tabela 21	
Diagnóstico 2 e consumo de Heroína	41
Tabela 22	
Diagnóstico 2 e consumo de Cocaína	42

FIGURAS

Figura 1	
Gráfico – Distribuição dos participantes por gênero	23
Figura 2	
Gráfico – Consumo de Substâncias	29
Figura 3	
Gráfico – Idade do primeiro consumo de substâncias	29

Lista de Siglas e Abreviaturas

APA – American Psychiatric Association

APA – American Psychological Association

CAT – Centro de Alojamento Temporário

CLAS – Concelhos Locais de Ação Social (municipais) DR – Diário da República Portuguesa

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMCDDA – *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependência)

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

EUA – Estados Unidos de América

EUROLEX – Repositório documental da União Europeia EUROSTAT – European Statistics

ETHOS - *The European Typology of Homelessness and Housing Exclusion, as well as a shorter version, “ETHOS Light”* UE – União Europeia

FEANTSA – *European Federation of National Organizations Working with the Homeless*

ILO – International Labour Organization

INE – Instituto Nacional de Estatística

NHCHC – *National Health Care for the Homeless Council*

NUTS – Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

NPISA – Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (municipais) NSPAs – Novas

Substâncias Psicoativas

OECD – Organization for Economic Cooperation and Development

OMS (WHO) – Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization*)

ONU – Organização das Nações Unidas

OPS – *Organización Panamericana de la Salud*

PSA – População em situação de sem-abrigo PORDATA – Base de dados Portugal

Contemporâneo

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

SPAs – Substâncias psicoativas

UE (*EU*) - União Europeia

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

Agradecimentos

Quero agradecer ao Prof. Doutor Carlos Coelho, meu orientador pela sua disponibilidade, compreensão e apoio, e por ter depositado total confiança em mim, assim como pelo seu relacionamento muito humano, generosidade, honestidade e frontalidade, que o caracteriza e o diferencia como profissional e ser humano.

À minha coorientadora, Prof.^a Doutora Anita Santos sempre disponível para ajudar-me a esclarecer as minhas dúvidas, acrescentando mais-valia ao trabalho desenvolvido.

À Doutoranda Sofia Araújo por ter estado sempre disponível e presente e ter sido uma excelente guia em todo este processo.

Agradeço à instituição que possibilitou e proporcionou todas as condições para que pudesse percorrer o meu caminho académico, a Universidade da Maia (ISMAI), a sua Direcção e aos seus colaboradores, porque foram importantes para que pudesse realizar o meu grande objetivo, lembrando carinhosamente todos os funcionários desde a portaria, manutenção, bar e secretaria e com carinho especial à amiga Zeza.

Um agradecimento enorme ao CAT de Braga, a toda a sua direcção técnica e a todos os seus funcionários, mas acima de tudo quero agradecer aos seus utentes, que foram as pessoas mais incríveis que passaram recentemente pela minha vida, e pelas lições que mederam e que nenhuma universidade jamais ensinará.

Um agradecimento muito especial a todos os meus colegas da licenciatura, que assumiram um papel muito importante e com os quais passei momentos bons e menos bons. Ainda, sem poder citar todos, quero testemunhar que eles permanecerão sempre na minha vida. À querida Leonor e ao seu abraço gigante, às horas de longas conversas, tão importantes para mim. Ao André pela sua prontidão e determinação. Ao Hugo pelo seu rigor, amizade,

disponibilidade e sempre pronto para lembrar que nos dias mais escuros, devemos viver “*um dia de cada vez*”. A ti, Cristiana Melo pelo teu carinho, amizade e sinto uma grande admiração pela tua coragem e determinação. À Ana Paula e à Bruninha pelos cafés e lanches com as alegres risadas das minhas amigas “malucas”. À querida Dora pelo seu lado tão positivo e “boa onda”, e pela amizade pura que mostrou desde o primeiro dia em que estivemos juntos. A ti Letícia por todo o carinho e amizade que jamais esquecerei e que levarei para a vida. A todos os colegas do mestrado, com um carinho e uma palavra especial a ti, Simone, pela tua infinita generosidade e genuína amizade, por nunca me teres ignorado nem desistido de ajudar-me e por teres feito parte da minha vida académica e pessoal. À Bárbara por teres estado sempre comigo nesta batalha e pelos grandes momentos passados nestes dois anos. Élide, para ti um agradecimento enorme por todos os desabafos e dores partilhadas, pela tua competência inacreditável, pelo conhecimento que partilhaste sem hesitação, pela amizade natural que criamos juntos, pelos desafios que ultrapassamos, pelas marcas que deixamos. A todos os colegas que estiveram sempre do meu lado e a todas as amizades que fiz na Universidade da Maia.

Aos professores que marcaram este trajeto da minha vida, que por serem tantos, não os consigo mencionar a todos, mas não quero deixar de citar os professores do EFA Paulo Valor (“eu ainda não sei”) e Jorge Dias que fizeram de mim alguém mais valorizado. Quero agradecer do coração à Dra. Cristina Cavadas e sua família, pela infinita simpatia e pelo papel tão importante que tiveram no meu percurso. Quero agradecer a uma pessoa muito importante que depositou em mim valores e sentimentos que não imaginava ter, para quem todas as palavras de gratidão seriam poucas, obrigado Dra. Maria R. Aos professores da licenciatura que guardo na memória até hoje, Professor Doutor Moutinho Ribeiro, à inesquecível Doutora Catarina Almeida pela sua brilhante competência (“*toca, toca o diapasão e nunca mais saliva o cão*”) e à Doutora Sara Silva; à Doutora Maria Sousa por ter sido uma referência para mim, como aluno de pós-

laboral. Um agradecimento à Doutora Valéria Sousa-Gomes pela perspicácia e atenção que despertou em mim. À Doutora Alice Pereira pelas “lutas” de ideais tão importantes. Um agradecimento à Doutora Isabel Basto pelo carinho demonstrado, compreensão e tão boa disposição. Por fim, a todos e a cada um dos meus professores. A si, Doutora Daniela Nogueira, por todo o carinho demonstrado, por nunca me ter deixado desistir, pela âncora que foi nos dias tumultuosos, e por me ter ensinado tanto, deixo um agradecimento muito especial, porque é uma pessoa muito especial que jamais esquecerei e que guardo bem do lado esquerdo do meu peito.

Aos meus patrões por terem colaborado com tudo o que precisei. Aos amigos que se privaram em muitos momentos da minha companhia. Quero agradecer em particular aos meus amigos Jorge Caldeira, Jota e Sandra Vieira, que foram incansáveis.

Aos meus familiares mais chegados e aos meus pais, que sem dúvida, foram as minhas referências e a quem dou esta alegria passados vinte e seis anos.

Por fim, mas por serem sem dúvida os mais importantes, à minha grande mulher e filho que foram os mais sacrificados, mas os mais compreensivos, os que nunca me deixaram baixar os braços e a quem dedico estes cinco anos de sacrifícios e alegrias. Vocês sabem o quão importantes são na minha vida.

A todos os que não foram aqui mencionados, acreditem que também são muito importantes para mim e a todas as forças Divinas... Muito obrigado!

Resumo

Esta investigação tem como objetivo demonstrar a relação entre o consumo de substâncias e a saúde mental das pessoas em situação de sem-abrigo, com o intuito de apresentar mais uma contribuição para o estudo e melhor compreensão da doença mental associada aos consumos de substâncias pela população sem-abrigo. A fim de responder ao objetivo geral definido foram propostos os seguintes objetivos específicos: - Caracterizar a população em situação de sem-abrigo; - verificar o consumo de substâncias na população sem-abrigo; determinar as implicações do consumo de substâncias na saúde mental; identificar a doença mental associada aos consumos na população sem-abrigo. Na primeira parte, o referencial teórico foi produzido com a revisão bibliográfica de artigos científicos e de documentação de organismos nacionais e internacionais sobre o fenómeno da população sem-abrigo e os fatores inerentes a comportamentos de risco, para sustentar os dados obtidos de modo a que permitisse correlacionar consumo de substâncias com doença mental. Na segunda parte realizaram-se os procedimentos metodológicos, constituindo-se uma amostra com 1070 participantes em situação de sem-abrigo, de ambos sexos, maiores de 18 anos, acompanhados no CAT da Cruz Vermelha de Braga entre 2000 e 2021. Para a recolha de dados foi produzido um instrumento para identificar as variáveis do estudo e com as variáveis selecionadas procedeu-se à construção de tabelas de frequência e tabelas cruzadas que permitissem verificar a correlação entre consumo de substâncias e doença mental. A seguir foram analisados e interpretados os dados, confrontando-os com o referencial teórico, o que permitiu elaborar as conclusões que demonstraram a relação entre consumo de substâncias e doença mental na população sem-abrigo, representada pelos participantes deste estudo, utentes do CAT da Cruz Vermelha de Braga, no período temporal 2000-2021.

Palavras-chave: Sem-abrigo, consumo de substâncias, saúde mental, doença mental.

Abstract

This investigation aims to demonstrate the relationship between substance use and the mental health of homeless people, in order to present another contribution to the study and better understanding of mental illness associated with substance consumption by the population homeless. In order to respond to the defined general objective, the following specific objectives were proposed: - Characterize the homeless population; - verify the consumption of substances in the homeless population; determine the implications of substance use on mental health; to identify mental illness associated with consumption in the homeless population. In the first part, the theoretical framework was produced with a bibliographic review of scientific articles and documentation from national and international organizations on the phenomenon of the homeless population and the factors inherent to risk behaviors, to support the data obtained so that allowed to correlate substance consumption with mental illness. In the second part, the methodological procedures were carried out, constituting a sample with 1070 homeless participants, of both sexes, over 18 years old, followed up at the CAT of the Red Cross of Braga between 2000 and 2021. For the collection from the data collection, an instrument was produced to identify the variables of the study and, with the selected variables, frequency tables and cross-tables were constructed to allow verifying the correlation between substance use and mental illness. Then, the data were analyzed and interpreted, comparing them with the theoretical framework, which allowed the elaboration of conclusions that demonstrated the relationship between substance use and mental illness in the homeless population, represented by the participants of this study, users of the CAT of the Red Cross de Braga, in the time period 2000-2021.

Keywords: Homelessness, consumption, mental health, mental illness.

Introdução

Considerações gerais sobre o fenómeno da população sem-abrigo em Portugal e no resto do mundo alertam sobre as implicações sociodemográficas do desenvolvimento das sociedades urbanas atuais, que com o aumento demográfico, não conseguem suprir as necessidades habitacionais da população. Parte da população passa a estar marginalizada ao ficar em situação de sem-abrigo, com riscos para a saúde e sujeita a problemas de saúde e com os consequentes perigos de morar na rua, como o consumo de substâncias. Para poder intervir, atempadamente, com as pessoas em situação de sem-abrigo urge a necessidade de ativar mecanismos sociais que promovam a realização de estudos e aplicação de medidas de intervenção nesta área. Para conhecer e intervir torna-se prioritário caracterizar as pessoas em situação de sem-abrigo que residem nas áreas urbanas (Trovão, 2016, ENIPSSA, 2020; FEANTSA, 2021; OCDE, 2017).

Em termos de etimologia do fenómeno das pessoas em situação de sem-abrigo, o termo *homelessness* significa que a pessoa está “sem casa”; e *homeless* refere-se aos indivíduos “desprovidos de residência fixa ou em situação de isolamento social” (Rokach, 2005).

Viegas (2013) destaca que o “estar na situação de sem-abrigo” encontra-se associado a uma imagem de pessoas debilitadas que vivem na rua em condições de pobreza e desprovidas de bem-estar geral. Como defende este autor, a população sem-abrigo é uma realidade presente nos espaços urbanos dos países do mundo, e afirma que as sociedades não se encontram preparadas para o acolhimento de pessoas que se encontram em situação de sem-abrigo. Na opinião de Viegas (2013) as sociedades devem preparar-se para lidar com este fenómeno, definindo estratégias que permitam o desenvolvimento de projetos que apresentem respostas adequadas à situação de sem-abrigo. Wasserman et al. (2012) também alertam para os diferentes modos em que as sociedades encaram a prevalência da população sem-abrigo, com as implicações de este fenómeno.

Silva (2011) tem vindo a indagar possíveis respostas para a compreensão do fenómeno da população sem-abrigo nas áreas urbanas, procurando detetar os fatores de ordem pessoal e/ou social, propiciadores da permanência da pessoa na situação de sem-abrigo.

A investigação foi realizada com os dados recolhidos dos utentes do CAT da Cruz Vermelha de Braga entre 2000 e 2020. Foram selecionados 1070 participantes que cumpriam os requisitos exigidos. Com a construção de um instrumento de recolha de dados definiram-se as variáveis a considerar para responder ao objetivo da investigação: determinar uma correlação entre o consumo de álcool e SPAs com a doença mental. Recolheram-se dados sociodemográficos – género, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade e condições socioeconómicas – consumos de substâncias e diagnósticos que permitiram apresentar a caracterização da população em situação de sem-abrigo e fazer a abordagem dos dados através dos resultados, a fim de determinar a relação entre consumo de substâncias e doença mental na população sem-abrigo.

Enquadramento teórico

1. Caracterização da população sem-abrigo

De forma a caracterizar a população em situação de sem-abrigo, foram desenvolvidas diversas ações com o objetivo da realização de intervenções com esta população. A European Federation of National Organizations Working with the Homeless (FEANTSA), apresentou uma primeira categorização em 1998, nomeadamente, a tipologia europeia da pessoa em situação de sem-abrigo e sem teto, enquadrando o conceito em 4 tipos:

- 1) Sem Teto (*Rooflessness*): pessoas que dormem e moram na rua.
- 2) Sem-Casa (*Houselessness*): todas as pessoas que não têm habitação, ainda que durmam em abrigos de emergência ou em instituições como os Centros de Atendimento Temporário (CAT).

3) Habitação insegura (*Insecure Housing*): pessoas que residam numa casa em que possam correr riscos, tanto pela falta de condições habitacionais como por não ter segurança.

4) Habitação inadequada (*Inadequate accommodation*): pessoas que estão alojadas em locais inadequados, como o próprio veículo.

Com a categorização da pessoa sem-abrigo apresentada pela FEANTSA, em Portugal, o SICAD (2015) conceptualizou como pessoa sem-abrigo, aquela que se encontre sem teto ou sem casa, sem distinção de nacionalidade, idade, género, condição socioeconómica, e condição de saúde física e mental.

A *European Typology of Homelessness – ETHOS* (2010) enquadra a definição de pessoa sem-abrigo segundo 3 domínios: físico, social e legal. Estas dimensões demonstram que o indivíduo precisa ter o seu próprio espaço, sem constrangimentos, sabendo que é da sua pertença e não temporário nem de outras pessoas ou organizações.

As tipologias – situação ETHOS – definidas são:

- Sem-abrigo.
- Sem alojamento.
- Habitação precária.
- Habitação inadequada.

Em relação à situação de sem-abrigo seguem-se ações com vista a determinar o número desta população, a nível local e internacional. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico – OECD (2021) organizou o seu Banco de Dados de Habitação Acessível, com o número de pessoas na situação de sem-abrigo, recolhendo dados através de questionários aplicados em 36 países (QuASH 2016, 2019, 2021).

No quadro apresentado a continuação, a OCDE (2021) mostra a heterogeneidade da

população na situação de sem-abrigo, englobando o número de pessoas nesta situação e as suas diferentes tipologias, que são apresentadas por países, e indica a percentagem desta população em relação com a população em geral.

Os dados da OCDE (2021) revelaram que em 2018/2019 a população sem-abrigo correspondia a 0,17% da população dos Estados Unidos de América; 0,13% da Irlanda; 0,07% de Costa Rica, tendo menor percentagem em Israel com 0,02% e de 0% no Japão. Em 2020 observou-se um aumento em Israel com 0,04% e nos Estados Unidos com 1,8%, contrastando com uma diminuição em Irlanda que passou a representar 0,12% da população. Em ambos períodos, em Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e o País de Gales do Reino Unido, a população sem-abrigo representava, mais de 1% da população em geral.

No caso de Portugal, a “Estratégia nacional para a integração de pessoas sem-abrigo – ENIPSSA (2007-2023) através do “Inquérito de caracterização das pessoas em situação de sem-abrigo em 2019, recolheu dados que permitiram caracterizar o fenómeno da população em situação de sem-abrigo em Portugal, enquadrando esta população segundo as tipologias: sem-abrigo; sem teto; e sem abrigo e sem casa (ENIPSSA, 2021). Em 2020 a ENIPSSA procedeu a tipificar os termos “não ter teto” e “estar sem casa”, enquadrando as pessoas incluídas em alguma destas tipologias, distribuídas em dois grupos:

- Sem teto: moradores de rua, espaços públicos, abrigos ou locais precários (nos seus veículos ou locais abandonados e espaços de trânsito de pessoas, até na sala de espera de hospitais.
- Estar sem casa: quem vive em centros de alojamento temporário, incluindo as respostas da Segurança Social; locais de alojamento temporários ou para pernoitar de noite; alojamentos específicos por tempo reduzido; quartos pagos pelos serviços sociais e determinadas entidades, como as Câmaras Municipais. Estes locais são para pessoas

que estão sem casa, que podem ser indivíduos singulares ou famílias.

Nos dados do “Inquérito de caracterização das pessoas na situação de sem-abrigo”, a ENIPSSA (2021) identificou um total de 8209 pessoas nesta situação, agrupadas por regiões de Portugal Continental e distribuídas, na grande maioria, na Área Metropolitana de Lisboa - AML (4786), no Norte (1603) e as restantes no Centro (696), Algarve (607), Alentejo (517). No total a população em situação de sem-abrigo distribuída por género (masculino e feminino) era constituída por 6529 homens e 1680 mulheres.

Os números obtidos pela ENIPSSA alertam para que as estruturas locais de intervenção aprofundem os conhecimentos sobre a realidade da população sem-abrigo nas suas localidades, de forma a agirem como agentes de transformação local, para poder intervir como plataformas propulsoras de novos projetos e estratégias, e impulsionando ações direcionadas ao aumento do investimento das organizações sociais no desenvolvimento de novos estudos sobre o crescente fenómeno da população sem-abrigo em zonas urbanas.

O problema do aumento da população em situação de sem-abrigo nas áreas urbanas é preocupante, ainda mais quando pessoas cada vez mais jovens passam a integrar esta população. Estes dados consideram-se um sinal revelador das condições socioeconómicas precárias crescentes, afetando a população em geral a nível mundial. Uma pessoa que vive em situação de sem-abrigo, com a permanência nesta situação sem vislumbrar alternativas passa a estar na “condição de sem-abrigo” (Fernandes-Alcântara, 2016; Hein, 2011).

2. Perfil da pessoa em situação de sem-abrigo

No seu estudo sobre a população em situação de sem-abrigo, Somers et al. (2016) caracterizaram a pessoa nesta situação, considerando variáveis sociodemográficas: sexo, idade, etnia; educação, tempo de permanência nessa condição; tipo, gravidade e número de diagnósticos de doença mental; consumo de substâncias.

Segundo os dados do inquérito da ENIPSSA (2021), em Portugal a população sem-abrigo caracteriza-se por ser maioritariamente, do género masculino, encontrar-se na faixa etária entre os 45 e 64 anos, com o estado civil de solteiro, de nacionalidade portuguesa, com o nível de ensino do 2º/3º ciclo, que permanece em situação de sem-abrigo durante 1 a 12 meses e que é subsidiado através do rendimento social de inserção (RSI).

O RSI é atribuído às pessoas em geral que se encontrem em situação de carência económica e segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística – INE (2020) que demonstram que na população em geral recebem este subsídio social, adultos de 25 anos ou com mais de 55 anos (59%) e jovens (41%).

3. Fatores de risco

Laporte et al. (2018), no estudo realizado em França, alertam para a presença do fenómeno da população sem-abrigo, em Europa como nos EUA, especialmente na atual conjuntura económica em que as restrições económicas e o aumento das desigualdades sociais, afeta ainda mais, as sociedades mais desenvolvidas. Diversos fatores estruturais, como a crescente diminuição de habitação de baixo custo, desemprego, ausência de políticas direcionadas a gerar bem-estar e os fenómenos migratórios, em conjunto com fatores individuais de vulnerabilidade social como doenças físicas e mentais, dependência de álcool e/ou outras substâncias, falta de suporte afetivo e outros fatores que conduzem os indivíduos a ter que estar em situação de sem-abrigo.

Como acontece na generalidade dos países, o fenómeno da população sem-abrigo é presente em Portugal, com as diferenças relacionadas com a distribuição geográfica da população, condicionada pelas desiguais, sendo as cidades que oferecem um maior número de recursos, disponibilizando centros de acompanhamento para acolher as pessoas marginalizadas, doentes e dependentes de álcool e/ou SPAs (Ding et al., 2021; ENIPSSA, 2020; Fazel et al.,

2019; Mendel, 2011; Zavala-Sandoval, 2021).

A somatória e conjugação dos diversos fatores, incluindo a história de vida de cada indivíduo, segundo cada uma das etapas do seu desenvolvimento; existência ou não de comportamentos desviantes; condições económicas de pobreza, falta de emprego e condições de habitação, estabelecem uma relação potencial entre os fatores de risco e as consequências inerentes à situação de sem-abrigo (Alvarez et al., 2009; Bender et al., 2007; Fernandes, 2014; Lowe & Gibson, 2011; Silva, 2011).

O crescente aumento das populações em situação de sem-abrigo, potencia preocupações, especialmente nos mais jovens, como destaca a EMCCD (2008), tanto na Europa como na América. Os mais jovens, seja qual seja a sua situação (ETHOS) constituem um grupo vulnerável, especialmente se estiverem expostos a carências socioeconómicas. A United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC (2018) confirma que a população mais jovem em situação de sem-abrigo encontra-se exposta a abusos físicos e sexuais, tendo que proteger-se desenvolvendo estratégias de “fuga” dessa realidade, assim conseguirá lidar melhor com a revolta e impotência perante esses perigos. As drogas adquiridas de forma fácil, rápida e a pouco custo, transformam-se no seu refúgio, porque provocam uma sensação de euforia.

Considerando o aumento do envelhecimento nas sociedades atuais, Goldberg et al. (2016) argumentam que em relação ao consumo de substâncias por pessoas mais velhas (a partir dos 40 anos), os consumos têm vindo a aumentar, como mais uma das consequências do envelhecimento.

Para intervir com a população sem-abrigo, urge a implementação de programas de acompanhamento desta população sem-abrigo constituída por jovens ou por mais velhos. A nível internacional, os países organizam os seus sistemas sociais, integrando respostas para a protecção das pessoas idosas, com medidas para combater a pobreza e a desigualdade social.

Entre os apoios sociais destacam-se as pensões e outros apoios complementares que oferecem um conjunto de benefícios para garantir um mínimo de condições de vida (ILO, 2022).

Em relação ao acesso aos serviços básicos de saúde, no Canadá, Purkey & MacKensie (2019) constataram que o sistema de saúde não estava preparado para prestar um atendimento mais acessível e direcionado para pessoas em situação de sem-abrigo, que por encontrar-se nessa situação, sentem-se marginalizadas (como acontece, especialmente, com indivíduos dependentes de substâncias).

A vivência de situações negativas repetidas vai gerando no indivíduo sentimentos de revolta ou impotência, provocando-lhe desespero e angústia, com as respetivas implicações na sua saúde mental (American Psychological Association - APA, 2017). O passar por situações frustrantes tem um efeito negativo na pessoa, como demonstraram as experiências de Seligman (Philippot et al., 2007).

Uma pessoa em situação de sem-abrigo adapta-se negativamente à situação, passando da situação à condição (condição psicológica denominada desamparo aprendido), ao aceitar, até o desinteresse das estruturas da sociedade, e não procurando outras alternativas que venham dar uma resposta que permita que usufrua do direito que tem de ser atendido nos seus pedidos e de receber os cuidados necessários das instituições de saúde, como explicam Philippot et al. (2007).

O *National Health Care for the Homeless Council* – NHCH (2020) refere que nos EUA, os problemas de saúde, que podem ser derivados de fatores diversos, como o desemprego e as suas implicações socioeconómicas, propiciadores das carências que não permitam ao indivíduo suprir as suas necessidades básicas de saúde, nem ter algum rendimento que permita suportar as despesas com a habitação, devem ser considerados como fatores de risco para a população.

Em Portugal, Bento & Barreto (2002) consideram como comportamentos de risco, tanto a doença mental como os consumos de álcool e SPAs, transformando-se em fatores responsáveis

pela sua condição de sem-abrigo.

Nogueira & Ferreira (2006) defendem que, em relação à saúde mental, a maioria dos doentes em situação de sem-abrigo já tinham manifestado a patologia psiquiátrica antes de encontrar-se nesta situação.

Soulet (2000) refere que existe uma interrelação de fatores que condicionam a situação de sem-abrigo. Em relação à doença mental e ao consumo de SPAs, este autor defende que há falta de políticas que desenvolvam estratégias de integração destes indivíduos, para evitar que estas pessoas sejam marginalizadas, tanto pelo estigma da doença mental, como por serem consumidores de substâncias.

Fernandes (2014) acrescenta a desvalorização de estruturas sociais e de saúde destinadas à população sem-abrigo, que permitam um acompanhamento diferenciado destes indivíduos, pelo que as suas intervenções se tem mostrado insuficientes.

Outro factor de risco a considerar é o crescente aumento do envelhecimento da população portuguesa, e as carências socioeconómicas das pessoas idosas com baixos rendimentos, que não usufruem de reformas condignas que permitam dar resposta às suas necessidades básicas e de habitação, deixando estes indivíduos fragilizados em risco de pobreza extrema que os obriga a passar à situação de sem-abrigo.

Nos EUA, o crescente número de pessoas com mais de 65 anos, em situação de risco de pobreza, incapacidade de suprir as suas necessidades básicas, indisponibilidade de habitação a preços acessíveis, condições de vida inseguras, isolamento social sem suporte social são fatores influenciados pelo aumento do custo de vida e consequente necessidade de cuidados de saúde (Goldberg, Lang & Barrington, 2016; NHCHC, 2020).

4. Implicações para os indivíduos da permanência em situação de sem-abrigo

A pessoa em situação de sem-abrigo encontra-se sujeita aos riscos próprios da situação

em que se encontra, como são a falta de condições socioeconômicas e de habitação, fatores que interferem negativamente no seu bem-estar, com as respectivas implicações para a sua saúde física e mental (Purkey & MacKensie, 2019; Nickasch & Marnocha, 2009; Wen et al., 2007).

Bazari et al. (2008) constataram que a população sem-abrigo apresenta um quadro sintomatológico relacionado, tanto com aspetos ‘não físicos’ como ‘físicos’, sendo ambos de igual gravidade. Os sintomas interferem no seu bem-estar, promovendo mudanças negativas na personalidade, energia e motivação do indivíduo.

Para quem permanece em situação de sem-abrigo são necessárias estratégias pessoais que funcionem como alicerces de escapatória à sua própria situação, procurando refúgio na religião, apoio social e uso de álcool e outras substâncias, como também procuram colmatar as suas necessidades de afeto com amigos e mascotes de companhia (Rew, 2000).

Os indivíduos que integram a população sem-abrigo que atribuem à sua situação, motivos como os maus-tratos na infância, o trabalho precário, as condições dos contextos de rua e o envelhecimento. Os problemas do envelhecimento agudizam-se pelas condições de carências provocadas por morar na rua (Bazari et al., 2018; Brown et al., 2012; Goldberg et al., 2016).

Para evitar a situação de sem-abrigo são privilegiadas ações preventivas em lugar de remediativas, começando-se com intervenções atempadas para os mais jovens, que terão um impacto positivo na resiliência dos jovens adultos em situação de sem-abrigo. Essas intervenções podem incentivar estes indivíduos a fazerem escolhas acertadas em prol da superação da sua situação (Thompson et al., 2016).

5. Saúde e doença mental na pessoa em situação de sem-abrigo

As pesquisas tem evidenciado que na população sem-abrigo a saúde é atingida negativamente pelas condições precárias de habitação e carências económicas (Bazari et al., 2018; Nickasch & Marnocha, 2009; Wen, Hudak & Hwang, 2007;) que determinam a sua

exclusão social.

Oliveira et al. (2012) alertam para os riscos de doenças da população na situação de sem-abrigo, identificando-se mortes por problemas cardiovasculares, derivadas da precariedade desta população e de falta de estruturas médico-sanitárias especializadas neste tipo de população.

Padgett (2007) defende que para qualquer pessoa é muito importante ter a sua casa, referindo que no caso de indivíduos com patologias psiquiátricas, é necessário, além de serem prestados os cuidados de saúde mental, que seja garantido o acesso a uma habitação condigna.

Os consumidores de álcool e SPAs sofrem frequentemente de problemas de saúde física e mental, agravados pelos condicionamentos da falta de condições económicas para poder suprir as suas despesas, pelo que ao encontrar-se sem possibilidade de ter uma habitação são obrigados a permanecer na rua, tornando-se um fator de exclusão social e obstáculo para usufruírem de acompanhamento médico e de receberem os tratamentos necessários ao seu caso (Valentim et al., 2018; Pleace & Lloyd, 2020; Sunderland et al., 2014).

As pessoas na situação de sem-abrigo apresentam riscos acrescidos de mortalidade prematura, motivada por suicídio e acidentes, em relação à população em geral, como também por serem mais propensas a doenças infectocontagiosas, doenças mentais, como depressão e abuso dos consumos de álcool e psicotrópicos (Cho et al. 2021; Fajardo-Bullón et al., 2019; Fazel et al, 2019).

No caso da saúde mental, Kahn (1987) destaca as perturbações mentais nos indivíduos das populações sem-abrigo. As pessoas com doença mental grave podem apresentar uma maior fragilidade, condição propiciadora da permanência na rua e um sinal preditivo que ficarão sem habitação, e as consequentes dificuldades em receber os cuidados de saúde na sua doença.

Os cuidados de saúde são condicionados, tanto pela própria experiência vivencial da pessoa, como pela escassez de serviços de saúde com estruturas direccionadas para pessoas nessas

condições com profissionais especializados neste âmbito (Wen; Hudak & Hwang, 2007; Nickasch & Marnocha, 2009; Purkey & MacKensie, 2019).

Elbogen et al. (2016) mencionam que nos EUA, as dificuldades financeiras interferiam na implementação de programas de assistência para o tratamento das pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental grave – perturbação psicótica, perturbação depressiva major, entre as mais recorrentes.

6. Consumos – álcool e outras substâncias psicoativas (SPAs)

Atualmente, os dados apresentados pela UNODC (2018) revelam que em 2016, o consumo de SPAs, pelo menos uma vez, foi generalizado na população, tendo sido experienciado por aproximadamente 275 milhões de pessoas (5,6%) entre 15 e 64 anos. Destes, 31 milhões de dependentes de SPAs, apresentavam perturbação que podiam requerer tratamento e inclusive, levar à morte.

Entre as SPAs mais consumidas pela população mundial, a UNODC (2018) constata que prevalece a canábis, continuando a ser consumida a heroína e cocaína, em simultaneidade com as novas substâncias psicoativas (NSPAs) e os fármacos sujeitos a receita médica; também prevalecem outras substâncias não destinadas a consumo humano, como os inalantes – dissolventes, gasolina, tintas, líquido corretor e colas.

As pesquisas tinham vindo a evidenciar as implicações dos consumos e dependências na população sem-abrigo nos EUA, como conferem os dados do estudo de Robertson et al. (1997).

Johnson & Chamberlain (2008) referiram que o consumo de substâncias na população sem-abrigo de Australia mostraram que 43% das pessoas em situação de sem-abrigo tinha problemas de abuso de substâncias, dos quais 1/3 eram consumidores antes de estar nessa situação e 2/3 passou a consumir após ficar sem-abrigo.

Na população sem-abrigo em Londres, foram recolhidos dados por Fountain et al. (2009)

que evidenciaram que 83% dos sem-abrigo que participaram no estudo consumiram substâncias, 36% foram dependentes de heroína e 25% de álcool. Dos participantes, 63% considerou que os consumos de álcool ou SPAs foram a causa da situação de sem-abrigo, mas que depois de estarem nessa situação acrescentaram, pelo menos, mais uma substância (80%) e os consumos foram aumentando ao longo da sua permanência nesta situação.

A European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition – EMCDDA (2003) afirma que os consumos de SPAs podem agir como propiciadores de exclusão social, mas pela sua vez, a precariedade social é uma condição de risco que pode facilitar a dependência de substâncias.

A estigmatização e marginalização têm estado ligadas aos estereótipos referentes à imagem que as sociedades têm das pessoas em situação de sem-abrigo, enquadrando os indivíduos nesta situação em contextos de consumos de substâncias lícitas e ilícitas (EMCCDA, 2008; Jesús & Menezes, 2010; Silva et al., 2020).

Busch-Geertsema et al. (2014) referem que estatísticas da Suécia indicam que o género masculino na situação de sem-abrigo é duas vezes mais susceptível ao consumo problemático de álcool e SPAs do que o género feminino que se encontra na mesma situação, enquanto as percentagens dos problemas de saúde mental aparecem quase equiparadas em ambos géneros.

O Relatório Mundial sobre Drogas da ONU, apresentado pela UNODC (2022) alerta para a problemática dos consumos de SPAs nas populações mais desfavorecidas, em que a pobreza e outros fatores de exclusão social, podem determinar comportamentos agressivos, induzir à delinquência, afetar a saúde física e agravar as condições de saúde das pessoas com perturbação mental (MCDDA, 2021 UNODC, 2019).

Fajardo-Bullón et al. (2019) observaram que em Espanha é generalizado o consumo de álcool e outras SPAs, entre as quais foram identificadas marijuana ou haxixe, cocaína, heroína, e outras substâncias, que são principais fatores de prevalência na situação de sem-abrigo e das

respetivas consequências par o estado de saúde destas pessoas.

A nível mundial, canábis é a droga mais usada, tendo sido utilizada por aproximadamente 188 milhões de consumidores em 2017 (UNODC, 2019). Como acontece com a população em geral, o consumo da canábis também tem aumentado na população sem-abrigo.

Outra das preocupações mundiais em relação aos utilizadores de SPAs depreende-se dos relatórios da ONU, que referem 53 milhões de consumidores de opiáceos, que são drogas responsáveis por dois terços das 585 mil mortes em 2017. Em relação ao número de utilizadores de drogas injetáveis, neste ano, existiam 11 milhões de pessoas (UNODC 2022). As preocupações crescem com o aumento dos números de *overdoses* e mortes provocadas pelas NSPAs, como o fentanil e semelhantes, registando-se 13% de aumento em relação a 2016 nos EUA e de 33% no Canadá. Por sua vez, no continente africano, o tramadol é o principal opióide sintético a ser utilizado (UNODC 2022).

As pesquisas de Ralphs et al. (2021) no Reino Unido revelaram o perigo da existência de um mercado ilegal em contexto de rua, de NSPAs, sem o controlo necessário. Para grupos em situação de vulnerabilidade, como é o caso da população em situação de sem-abrigo, os riscos gerados pelas NSPAs, tanto pela duvidosa qualidade dessas substâncias, como pelas más condições em que esses indivíduos se encontram e por serem negligenciadas as questões de saúde.

Também nos EUA a comercialização das NSPAs aumentou. A nível mundial, diversos países (incluindo Austrália, Áustria, Finlândia, Irlanda, Nova Zelândia, Polónia e Romênia) procuram desenvolver estratégias para acabar com esta problemática social, ainda que predominantemente, seja através de legislação proibitiva (Ralphs et al., 2021).

As conclusões do Relatório Mundial sobre Drogas, referem que, ainda que o consumo de drogas origina consequências nefastas para a saúde, aumentou para 53 milhões o número de

consumidores de opiáceos, substâncias que foram responsáveis por 2/3 das mortes por consumos em 2017 (UNODC, 2022)

Ao mesmo tempo que o relatório destaca que, aproximadamente 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofre de perturbações derivadas do consumo de drogas e que apenas, uma pessoa em cada 7 recebe tratamento. 11 milhões de pessoas usaram droga injectável em 2017; 1,4 milhões sofrem de HIV e 5,6 hepatite C, tuberculose.

Os dados do relatório referem a prevalência dos consumos em todos os continentes do globo, confirmando a gravidade da adição, abuso e dependência de SPAs para a saúde dos indivíduos e a nível da saúde pública.

No caso de Portugal, Godinho et al. (2007) estudaram os consumidores de heroína e cocaína, que se encontravam na situação de sem-abrigo, acompanhados por um CAT de Lisboa e integrados num “programa de manutenção com metadona”, constando que eram consumidores de cocaína (94,2%), de preferência pela via endovenosa (87%); este estudo permitiu verificar os bons resultados do “programa com metadona” – 67,7% de taxa de abstinência.

7. Correlação entre doença mental e consumo de substâncias

Como constata a NHS (2020), as preocupações crescentes de organizações no âmbito da prevenção e acompanhamento dos sem-abrigo, possibilitaram o surgimento de estudos para evidenciar uma correlação entre consumos e saúde mental.

Nos EUA, os dados apresentados por Ding et al. (2021), como resultado da pesquisa realizada pela *Wilder Research*, estado de Minnesota em 2019, referem que a população sem-abrigo encontra-se constituída por indivíduos com comportamentos de risco (consumos de álcool e de substâncias) e doença mental associada (diagnósticos de doença bipolar ou esquizofrenia). Esses dados alertam para as implicações do consumo de substâncias na saúde mental da população sem-abrigo. Com o objetivo de apresentar uma resposta para minimizar os riscos

associados aos consumos são apresentadas 2 tipos de propostas: uma, de tipo punitivo, para comportamentos criminalizados; e outra, informativa, com a divulgação dos mecanismos de apoio para as pessoas que se encontram em situação de sem-abrigo.

Nos diagnósticos duplos que consideram o consumo de substâncias e a doença mental, observa-se uma percentagem elevada de diagnóstico de perturbação bipolar ou esquizofrenia em indivíduos que consomem substâncias (Bradizza et al., 2006).

Em relação ao abuso de substâncias e a saúde mental, Polcin (2016) com pesquisas sobre intervenções com a população sem-abrigo, confirma que os consumos de álcool e SPAs podem ser as causas e as consequências das pessoas entrar e permanecer na situação de sem-abrigo. Este autor defende que os programas de intervenção são dificultados com consumidores com perturbação mental associada, pelo que associa uma correlação entre os consumos e a saúde mental.

A confirmação da correlação entre saúde mental e consumos com a entrada e permanência em situação de sem-abrigo é evidenciada nas pesquisas de Johnson et al. (2015). Seguindo a mesma linha de ideias, Seabra & Sá (2011) destaca que os consumidores e dependentes de substâncias apresentam comorbilidades psiquiátricas, sendo as pessoas com perturbações mentais as que mais consomem.

Nas suas pesquisas, Laporte et al. (2018) encontraram evidências da relação entre estar em situação de sem-abrigo e a doença mental, constatando que é mais frequente que a doença mental se manifeste antes da pessoa passar para esta situação. A doença mental num contexto de carências socioeconómicas pode ser um fator de predisposição para a situação de sem-abrigo, o que implica um consequente aumento do risco de agravamento da doença mental.

Condições socioeconómicas adversas, a falta do apoio de uma estrutura familiar e permanecer em situação de sem-abrigo, aumentam a proliferação dos consumos, acrescentando os

riscos para a saúde em geral e para a saúde mental. Este é um factor preocupante para o risco de doenças infectocontagiosas – hepatites, HIV – que deterioram ainda mais a saúde física como também mental quando o consumo acontece por via intravenosa (Buskin et al., 2021).

Um individuo com condicionantes de precariedade corre o risco de agravar a sua saúde mental com o consumo de álcool e/ou SPAs. O consumo de substâncias como a canábis (haxixe, erva, entre outras denominações) pode aumentar a probabilidade de episódios de psicose induzida pela substância e até levar ao desenvolvimento de doença mental ou de aumentar a sua sintomatologia (Laporte et al., 2018; Nickasch & Marnocha, 2009; Purkey & MacKensie, 2019; Wen et al., 2007).

Método

Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo foi demonstrar a relação entre o consumo de substâncias e a saúde mental das pessoas em situação de sem-abrigo.

Objetivos específicos

- Auferir os dados sociodemográficos dos utentes acompanhados no CAT de Braga entre 2000-2021; - caracterizar a população em situação de sem-abrigo; - verificar o consumo de substâncias na população sem-abrigo; - determinar as implicações do consumo de substâncias na saúde mental; - identificar a doença mental associada aos consumos na população sem-abrigo.

Os dados permitiram decidir qual a abordagem que melhor se adaptava a este estudo, sendo definida a estratégia de investigação de tipo quantitativo para observar padrões de relação entre as variáveis abordadas.

A pesquisa de documentação, tanto a nível internacional como nacional, possibilitou a construção do referencial teórico que permitiu confrontar os resultados da análise de dados e

gerar as conclusões sobre a relação entre consumos de substâncias e a saúde mental das pessoas em situação de sem-abrigo.

No referencial teórico foram abordados os fatores relevantes para que a pessoa passe a estar em situação de sem-abrigo; as implicações para o bem-estar da pessoa; saúde em geral e doença mental; consumo de álcool e outras substâncias; prevalência dos consumos de substâncias; consequências das dependências para o indivíduo e a sua saúde mental.

Participantes

De 1174 processos dos utentes acompanhados no Centro de Alojamento Temporário (CAT) “Dr. Francisco Alvim” (CPartiAT) da Delegação da Cruz Vermelha Portuguesa de Braga, que acolhe provisoriamente indivíduos em situação de grande vulnerabilidade social, foram considerados 1070 utentes para constituir o grupo de participantes deste estudo.

Os participantes foram distribuídos por género, no total de 918 (85,8%) do sexo masculino e 152 (14,2%) feminino; 836 participantes de nacionalidade portuguesa, correspondente a 78,1% e 234 (21,9%) participantes de outras nacionalidades.

O CAT pretende responder ao flagelo da exclusão social, apoiando diariamente, pessoas em situação de sem-abrigo que manifestam situações de consumos ou dependências e/ou doenças psiquiátricas diagnosticadas.

Os critérios de elegibilidade dos participantes foram: serem maiores de 18 anos e terem frequentado o CAT entre os anos de 2000 e 2021. De todos os processos foram eliminados 105 utentes por não cumprirem com todos os critérios exigidos, ficando elegíveis 1070 para serem os participantes deste estudo.

Nos processos identificaram-se 124 variáveis, das quais foram consideradas para este estudo as seguintes: género (masculino e feminino), nacionalidade, estado civil, nível de escolaridade, profissão atual (à data de registo no CAT), fonte de rendimento; consumos de

substâncias (as substâncias mais consumidas e outras substâncias), frequências dos consumos, idade do primeiro consumo; diagnósticos (1, 2).

Instrumento de registo de dados

Para iniciar à recolha de dados foi construído um instrumento de recolha de dados dividido em 5 partes, onde ficaram registados os dados dos *dossiers* com os processos dos utentes do CAT com a Ficha e os processos clínicos (Anexo 1 – Instrumento de Recolha de Dados).

Procedimentos

Para a organização do processo de recolha e análise de dados, numa primeira fase, realizou-se uma visita às instalações do Centro de Acolhimento Temporário (CAT) da Delegação da Cruz Vermelha Portuguesa (C.V.P.) de Braga, como instituição para o desenvolvimento do estudo, com o intuito de conhecer as instalações e o contexto para recolha dos dados. Para o efeito, o CAT disponibilizou uma sala com acomodações adequadas, para que o processo decorresse com comodidade e sem perturbações, o que garantiu uma maior eficácia dos procedimentos.

No contacto inicial e previamente formalizado, cumprindo todos os requisitos exigidos e com o devido consentimento informado, procedeu-se à recolha de dados dos processos e, posteriormente, realizaram-se entrevistas breves semiestruturadas aos participantes escolhidos de forma aleatória.

Os critérios de elegibilidade dos participantes para o estudo foram serem maiores de 18 anos e terem frequentado o CAT, no período temporal entre 2000 e 2021, o que permitiu que fossem considerados 1070 processos individuais dos utentes, e sendo excluídos 105 processos que não cumpriam os critérios.

Deu-se início aos procedimentos, com a construção de um instrumento de registo de dados, segundo os critérios definidos neste estudo. Considerando que nos processos dos utentes

constava o devido consentimento, que permitia a utilização da informação recolhida no âmbito desta investigação, e respeitando na íntegra, a confidencialidade e o anonimato dos participantes, ao não serem identificados dados biométricos sensíveis como nome, endereço, contactos ou qualquer outro dado que pudesse ser identificativo. O registo do número do processo utilizou-se como código de identificação do participante.

Os processos facultados foram sistematicamente revisados, obtendo-se os seguintes dados de identificação: sexo, nacionalidade e estado civil. Os outros dados englobavam as habilitações literárias, estado profissional na data do preenchimento da ficha e fonte de rendimento. Na anamnese constava a descrição do problema; histórico familiar - dinâmica familiar, relação com elementos da família e antecedentes psicopatológicos dos familiares, número de irmãos; e condições de habitação referenciadas pelo contexto habitacional caracterizado pela ETHOS.

Outros dados referidos eram o percurso de vida infantojuvenil; adolescência e situação clínica dos tempos passado e presente. A vida sexual e a presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST), relacionamentos conjugais, gravidez e parto, divórcio, situação laboral e mesmo vida militar também entraram nesta equação.

Em relação aos consumos foram identificados: álcool e SPAs; e o historial dos consumos; vias de administração (e.g. intravenosa, fumada, snifada ou outra); outras questões destinavam-se a saber se haviam familiares consumidores/não consumidores; os consumos nos últimos 30 dias; a idade do primeiro consumo e quais as substâncias consumidas e com que frequência; os problemas judiciais atuais ou anteriores à sua entrada no CAT, com a existência ou não de registo criminal.

A história clínica do utente, anterior e posterior à entrada no CAT era apresentada na avaliação psicológica e psiquiátrica (esses dados foram registados em 2 tabelas de diagnóstico

[1-2]) em que constam os dados correspondentes ao estado de saúde dos participantes, às perturbações mentais diagnosticadas e comorbilidades. As variáveis dos consumos e dos diagnósticos foram selecionadas para possibilitar a resposta ao objetivo geral deste estudo.

Nos registos constavam a existência de planos de intervenção psicológica, relatórios de acompanhamento e planos de inclusão e autonomização. Os mesmos também detinham dados relativos à tipologia da habitação do utente anterior à sua entrada no CAT. Outro conteúdo importante referia informação sobre a forma em que essas pessoas foram encaminhados até o CAT (e.g. se pelo próprio, pelas forças policiais, referência de hospitais, entidades judiciais ou valências existentes dentro do CAT); e quais os motivos da sua saída do centro de acolhimento.

Os dados recolhidos permitiram identificar 125 variáveis, das quais escolheram-se para a análise neste estudo as que permitiam responder ao objetivo pretendido:

- Dados demográficos: 1) género, 2) nacionalidade; 3) estado civil; 4) habilitações literárias; 5) estado profissional atual (referido à data do preenchimento dos dados); 6) fonte de rendimento.

- Consumos/Dependências: 1) álcool; 2) substâncias mais consumidas; 3) tipo de consumo; 4) frequência dos consumos; 4) idade do primeiro consumo.

- Diagnósticos: Diagnóstico 1; e Diagnóstico 2).

Os Diagnósticos foram numerados para classificar a gravidade do problema de saúde do participante, sendo atribuído o número 1 como o mais grave, e assim sucessivamente:

- Problema principal = 1

- Problema secundário = 2

Na seguinte fase foram realizadas entrevistas semiestruturas, para consolidar algumas das informações recolhidas dos processos e compreender, de forma mais direta, as implicações

da situação atual do participante. Estas entrevistas semiestruturadas foram preparadas considerando as informações que constavam nos processos analisados.

Os dados recolhidos dos processos foram tratados de forma quantitativa com recurso ao *software* informático *Statistical Package for the Social Sciences (IBM-SPSS Statistics 21)*, para análise estatística das frequências descritivas das variáveis selecionadas e as suas respetivas correlações.

Para compreender se existe relação entre o consumo de álcool e SPAs e a doença mental em pessoas em situação de sem-abrigo utilizaram-se tabelas de frequência e cruzadas, para correlacionar os dados.

As percentagens foram registadas com 1 ou 2 dígitos decimais, arredondando para mais um dígito decimal, sempre que o segundo dígito fosse ≥ 5 ou superior.

Os critérios de respostas identificadas como NR (Não respondeu) e SR (Sem resposta) correspondem a:

- Não preenchimento pelo participante.
- Participantes não enquadrados nos critérios considerados.
- Fichas com critérios que foram modificados ao longo do tempo, o que determinou alterações na própria estrutura da ficha, que retirou itens e incluiu outros considerados mais relevantes das novas realidades (ênfases em fatores mundiais e dados relevantes de investigações desenvolvidas).

Resultados

Os primeiros resultados correspondem aos dados sociodemográficos; seguindo-se dados sobre os consumos; e terminando com os diagnósticos (1-2).

Estudos realizados por Somers et al. (2016) defendem a importância de caracterizar os

indivíduos que constituem a população sem-abrigo.

Dados sociodemográficos

Género

Tabela 1

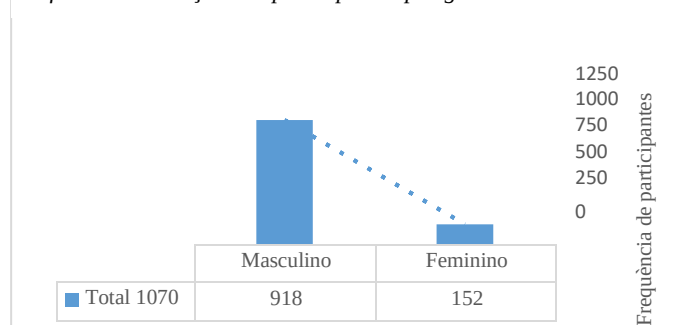
Distribuição dos participantes por género

		Frequencia	%	% validada	% acumulada
Género	masculino	918	85,8	85,8	85,8
	feminino	152	14,2	14,2	100,0
	Total	1070	100,0	100,0	

A continuação é apresentada, graficamente, a distribuição dos participantes por género, com o intuito de destacar a frequência de participantes do género masculino (85,9%) em relação ao género feminino (14,1%) (Figura 1).

Figura 1

Gráfico - Distribuição dos participantes por género



Nacionalidade

Em relação à nacionalidade dos 1070 participantes, encontraram-se 836 com nacionalidade portuguesa, correspondente a 78,1% do total e os restantes 21,9% de outras nacionalidades, destacando-se os maiores números com as nacionalidades: 4,1% ucraniana; 2,1% romena; 1,6% angolana; 1,5% brasileira; 1,1% russa; 0,7% espanhola e francesa respetivamente; e 0,4% moçambicana. Com outras nacionalidades aparecem 1 (0,1%) ou 2 participantes (0,2%) (Tabela 2).

Tabela 2*Distribuição dos participantes por nacionalidade*

	Frequência	%	% validada	% acumulada
NR/A	77	7,2	7,2	7,2
alemã	3	,3	,3	7,5
americana	1	,1	,1	7,6
angolana	17	1,6	1,6	9,2
bangladeshiana	1	,1	,1	9,3
belga	1	,1	,1	9,3
bielorrussa	1	,1	,1	9,4
brasileira	16	1,5	1,5	10,9
bulgara	1	,1	,1	11,0
cabo verdiana	4	,4	,4	11,4
cazaquistanesa	1	,1	,1	11,5
cubana	1	,1	,1	11,6
espanhola	8	,7	,7	12,3
francesa	8	,7	,7	13,1
georgiana	1	,1	,1	13,2
guineense	2	,2	,2	13,4
inglesa	1	,1	,1	13,5
italiana	1	,1	,1	13,6
lituana	2	,2	,2	13,7
marroquina	1	,1	,1	13,8
mexicana	1	,1	,1	13,9
moçambicana	4	,4	,4	14,3
moldava	2	,2	,2	14,5
paquistanesa	1	,1	,1	14,6
portuguesa	836	78,1	78,1	92,7
romena	22	2,1	2,1	94,8
rusa	12	1,1	1,1	95,9
ucraniana	44	4,1	4,1	100,0
Total	1070	100,0	100,0	

Estado civil

Em relação ao estado civil, mais de metade dos participantes eram solteiros, o que corresponde a 53,3% do total; 26,4% divorciados; 11,6% casados; 3,8% em união de facto; 3,2%

separados; e 1,7% viúvos (Tabela 3).

Tabela 3

Estado civil dos participantes

		Frequência	%	% validada	% acumulada
Estado Civil	União de facto	40	3,8	3,8	3,8
	Divorciado/a	276	26,4	26,4	30,2
	Casado/a	121	11,6	11,6	41,8
	Separado/a	34	3,2	3,2	45,0
	Solteiro	558	53,3	53,3	98,3
	Viúvo	18	1,7	1,7	1,7
	Total	1070	100	100,0	

Habilitações literárias

As habilitações literárias dos participantes enquadravam-se no 1º ciclo (29,5%); 2º ciclo (24,6%); 3º ciclo (18,9%); ensino secundário (6,6%); ensino superior (4,2%); curso profissional (0,5%), A percentagem de analfabetos correspondia a 3,9% dos participantes (Tabela 4).

Tabela 4

Habilitações literárias dos participantes

		Frequencia	%	% validada	% acumulada
Habilitações Literárias	NR/NA	126	11,8	11,8	11,8
	1º ciclo	316	29,5	29,5	41,3
	2º ciclo	263	24,6	24,6	65,9
	3º ciclo	202	18,9	18,9	84,8
	analfabeto	42	3,9	3,9	88,7
	curso profissional	5	,5	,5	89,2
	ensino secundário	71	6,6	6,6	95,8
	ensino superior	45	4,2	4,2	100,0
	Total	1070	100,0	100,0	

Estado profissional atual (data da entrada no CAT)

Em relação ao estado profissional dos participantes à data do acolhimento no CAT, mais de metade encontrava-se em situação de desemprego (52,9%); do resto dos participantes eram

reformados/pensionistas (3,4%); e o resto (1,4%) estava empregado (Tabela 5).

Tabela 5

Estado profissional atual

		Frequência	%	% validada	% acumulada
Estado Profissional Atual	NR/NA	453	42,3	42,3	42,3
	desempregado	566	52,9	52,9	95,2
	empregado	15	1,4	1,4	96,6
	reformado/pensionista	36	3,4	3,4	100,0
	Total	1070	100,0	100,0	

Fonte de rendimento

Na Tabela 6 observa-se que a maioria dos participantes não tem nenhuma fonte de rendimento (29,7%); outros participantes recebem apoios da Segurança Social através do rendimento social de inserção (RSI) (9,9%); e de pensões/reformas (7,0%); há participantes que não referencia-se a sua fonte de rendimento (0,7%); também aparecem os participantes que são apoiados pelos familiares (0,2%); e um participante dedicava-se à prostituição como fonte de rendimento (0,1%).

Tabela 6

Fonte de rendimento

		Frequência	%	% validada	% acumulada
Fontes de rendimento	NR/NA	560	52,3	52,3	52,3
	apoio de familiares	2	,2	,2	52,5
	nenhuma	318	29,7	29,7	82,2
	pensão / reforma	75	7,0	7,0	89,3
	prostituição	1	,1	,1	89,3
	rendimento não especificado	8	,7	,7	90,1
	RSI	106	9,9	9,9	100,0
	Total	1070	100,0	100,0	

Como foi caracterizada a população sem-abrigo pela ENIPPSA (2021), neste estudo, a maioria dos participantes é do género masculino (85,7%) e apenas 14,3% do feminino;

predominantemente de nacionalidade portuguesa (78,1%) e os restantes de nacionalidades diversas; tendo como estado civil o ser solteiro (53,3%), divorciado (26,4%) e casado (11,6%); com um nível de escolaridade correspondente ao 2º/3º Ciclo (43,5%), e encontrando-se uma elevada percentagem apenas com o 1º Ciclo (29,5%); na data do acolhimento no CAT o estatuto profissional atual era de desempregado (50%) e reformado/pensionista (3,4%); referindo que os participantes não tinham nenhuma fonte de rendimento (29,7%), ou que era proveniente do RSI (9,9%) e de pensões/reforma (7,0%).

Os dados sociodemográficos obtidos neste estudo identificam-se com os dados recolhidos em 2019 no “Inquérito de caracterização das pessoas em situação de sem-abrigo” em Portugal (ENIPSSA, 2021): predominando o género masculino, de nacionalidade portuguesa, com habilitações literárias correspondentes aos 2º/3º ciclo de ensino e auferindo subsídios sociais (RSI).

Em relação a rendimentos, neste estudo, a maior percentagem, correspondente a aproximadamente um 1/3 dos participantes carece de rendimentos (29,7%). Esta é uma situação alarmante porque faz que a situação destas pessoas seja agravada, tendo que recorrer a diferentes meios para conseguir suprir as suas necessidades básicas (e.g. alimentação).

Consumos de Álcool e SPAs

Álcool

- **Consumo de álcool**

Em relação ao consumo de álcool, 222 participantes afirmaram que consumiram álcool.

- ***Idade de início do consumo de álcool***

Dos participantes que referiram que consumiram álcool, encontraram-se 12 participantes que indicaram como idade de início do consumo entre os 8 e 18 anos (27,27%); 8 participantes,

entre os 19 e 30 anos (42,11%); e 2 participantes, entre os 31 e 46 anos (16,67%) (Tabela 7).

Tabela 7

Idade de início do consumo

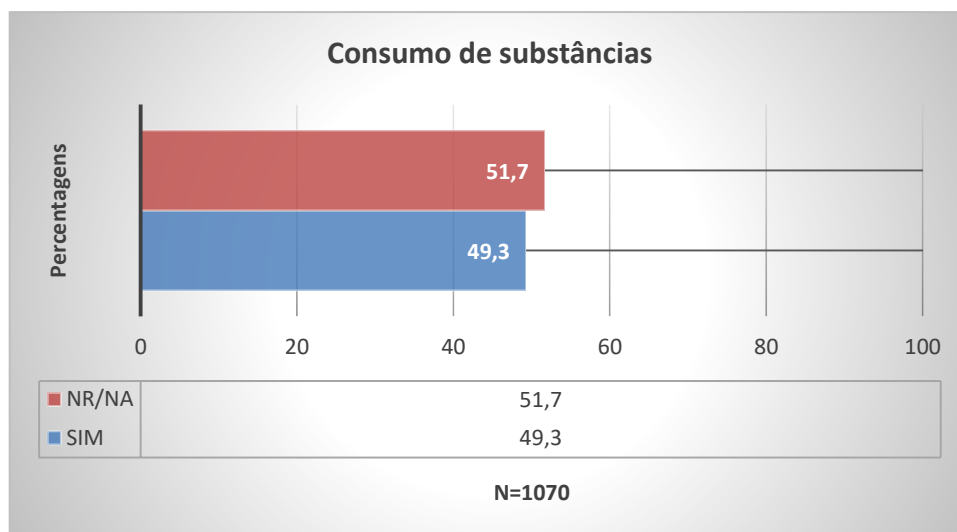
		NR/NA	entre os 8 e os 18 anos	entre os 19 e os 30 anos	entre os 31 e os 46 anos	Total
Consumo de Álcool	NR/NA	773	32	11	10	826
	Sim	222	12	8	2	244
Total		995	44	19	12	1070

Como ficou demonstrado nas percentagens elevadas (69,38%) de participantes com consumo de álcool nas diferentes faixas etárias (concentrando-se, maioritariamente, nas faixas etárias dos 8-18 (27,27%) e dos 19-30 anos (42,11%), aparecem os mais jovens a consumir esta substância. A nível nacional e mundial, os dados de artigos científicos e de relatórios de diferentes organismos evidenciam o número elevado de consumidores de álcool, tanto na população em geral como na população sem-abrigo (Ding et al., 2021, Fountain, 2009). Os dados obtidos neste estudo corroboram estatísticas de organismos nacionais e internacionais (e.g. OCDE, SICAD, 2021).

Outras Substâncias Psicotrópicas – SPAs

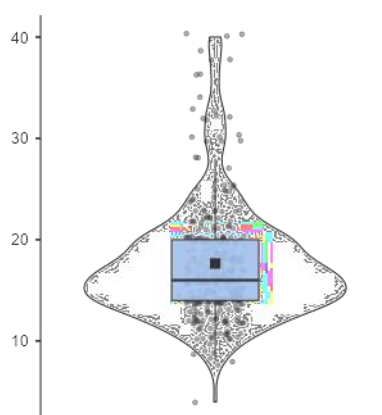
- **Consumo de outras SPAs**

Os dados apresentados no gráfico de consumo de substância revelaram que quase metade dos participantes tinha consumido alguma substância (48,3%). Nos restantes 51,7% não há resposta ou não aparece esta questão.

Figura 2*Gráfico - Consumo de Substâncias*

- Idade de início do consumo de SPA***

Os dados apresentados sobre a idade do primeiro consumo do total de 1070 participantes revelaram que a média de idade do primeiro consumo era 17,7 anos, sendo a mínima de 4 anos e a máxima de 40 anos, estando o maior número concentrado nos períodos da adolescência e juventude, ainda que as respostas correspondam, aproximadamente, a um terço do total (28,53%); a maioria dos participantes (71,47%) não respondeu (Gráfico 3).

Figura 3*Gráfico Idade do primeiro consumo de substâncias*

N=335, Sem resposta=839 M=17.7 (SD=5.8), median=16, min=4, max=40

O início dos consumos acontece em idades cada vez mais jovens, destacando-se com maior percentagem, o consumo de álcool a partir dos 8 anos e a média de idades do consumo de SPAs de 17,7 anos. Estes dados são indicadores preocupantes, que indicam o aumento do número pessoas, cada vez mais jovens, a estar em situação de sem-abrigo com os riscos inerentes ao consumo de substâncias (Fernandes-Alcântara, 2016; Hein, 2011).

- **Consumo de substâncias psicotrópicas diversas**

Em relação ao consumo de substâncias, dos 1070 participantes, não foi possível obter esses dados em 429 nos processos, por não constar este item na ficha do utente, ou por não ter sido dada uma resposta. As substâncias mais referidas pelos participantes foram álcool; haxixe; heroína; e cocaína.

- ***Haxixe***

Em relação ao haxixe, 14,50% participantes confirmaram que consumiram haxixe. Dos restantes participantes (85,50%) não há resposta ou o item não estava contemplado na ficha do participante.

Da correlação entre o consumo de haxixe fumado e a idade de início deste consumo, como ilustrado na tabela 8, dos 119 participantes que afirmaram terem fumado haxixe, 31 participantes iniciaram esse consumo entre os 8 e os 18 anos (26,05%); e 5 participantes (4,20%), entre os 19 e os 30 anos.

Tabela 8*Haxixe fumado e idade de início do consumo*

		Idade de início do consumo			Total
		NR/NA	entre os 8 e os 18 anos	entre os 19 e os 30 anos	
Haxixe fumado	NR/NA	809	87	19	915
	Sim	119	31	5	155
Total		928	118	24	1070

Artigos diversos e estatísticas de organismos nacionais e internacionais têm vindo a revelar que a canábida, em suas diversas denominações (como haxixe, marijuana, erva), é a SPA mais consumida pela população mundial nos diferentes estratos socioeconómicos e também pela população sem-abrigo (e.g. Fajardo-Bullón et al., 2019; Fountain et al., 2009; Godinho et al., 2007; MCDDA, 2021; UNODC, 2018).

- **Heroína**

Nos dados obtidos do consumo de heroína, encontramos 23,9% dos participantes que responderam que consumiam heroína; nos restantes 76,1% não encontramos resposta.

Em relação à idade do consumo de heroína fumada, os dados referiram o consumo entre os 8 e os 18 anos (7,9%); a mesma percentagem (7,9%) entre os 19 e os 30 anos; diminuindo a percentagem de consumidores (0,8%) entre os 31 e os 40 anos. Não foi dada resposta por 83,4% dos participantes (Tabela 9).

Tabela 9*Heroína fumada e idade de início do consumo*

		Idade de início do consumo				Total
		NR/NA	entre os 8 e os 18 anos	entre os 19 e os 30 anos	entre os 31 e os 40 anos	
Heroína fumada	NR/NA	710	53	47	4	814
	Sim	182	31	38	5	256
Total		892	84	85	9	1070

A idade de início do consumo de heroína administrada por via intravenosa enquadra-se entre os 12 e os 20 anos (5,0%); entre os 21 e os 30 anos (2,7%); entre os 31 e os 40 anos (0,6%); diminuindo a percentagem (0,8%) entre os 31 e os 40 anos. A percentagem sem resposta corresponde a 91,8% dos participantes (Tabela 10).

Tabela 10*Heroína intravenosa e idade de início do consumo*

		Idade de início da administração				Total
		NR/NA	entre os 12 e os 20 anos	entre os 21 e os 30 anos	entre os 31 e os 40 anos	
Heroína intravenosa	NR/NA	763	27	20	4	814
	Sim	219	26	9	2	256
Total		982	53	29	6	1070

As idades em que é iniciado o consumo de heroína snifada são 17, 30 e 32 anos. Não há resposta ou não aparece esta questão em 75,9% dos participantes, os restantes 23,9% confirmaram o consumo de heroína snifada, em que aparecem 0,4% aos 17 anos; 0,4% aos 30 anos e 0,4 % aos 32 anos (Tabela 11).

Tabela 11*Heroína snifada e idade de início do consumo*

		Idade de início do consumo				Total
		NR/NA	17 anos	30 anos	32 anos	
Heroína snifada	NR/NA	812	0	1	1	814
	Sim	255	1	0	0	256
	Total	1067	1	1	1	1070

- **Cocaína**

A cocaína é consumida por 21,3% dos participantes responderam que consumiam cocaína, e não sendo obtida resposta em 78,7%.

Os participantes responderam que a idade da cocaína fumada situava-se entre os 8 e os 20 anos (9,3%); entre os 21 e os 30 anos (3,7%); entre os 31 e os 40 anos (0,7%); 50 anos (0,1%). A maioria (86,2%) dos participantes não tem resposta ou não aparece a questão na ficha do participante (Tabela 12).

Tabela 12*Cocaína fumada e idade de início do consumo*

		Idade de início do consumo					Total
		NR/NA	entre os 8 e os 20 anos	entre os 21 e os 30 anos	entre os 31 e os 40 anos	50 anos	
Cocaína Fumada	NR/NA	746	66	25	4	1	842
	Sim	176	33	15	4	0	228
	Total	922	99	40	8	1	1070

Os participantes responderam que a idade em que começaram a administrar a cocaína por via intravenosa situava-se entre os 12 e os 20 anos (3,3%); entre os 21 e os 30 anos (1,8%); entre os 31 e os 40 anos (0,3%). A maioria, que corresponde a 94,7% aparece sem resposta

(Tabela 13).

Tabela 13

Cocaína intravenosa e idade de início do consumo

		Idade de início da administração				Total
		NR/NA	entre os 12 e os 20 anos	entre os 21 e os 30 anos	entre os 31 e os 40 anos	
Cocaína Intravenosa	NR/NA	805	21	14	2	842
	Sim	208	14	5	1	228
	Total	1013	35	19	3	1070

Os participantes mencionaram que a idade em que começaram a usar a cocaína snifada situava-se entre os 16 e os 17 anos e entre os 22 e os 27 anos (0,3%) respetivamente; e outros participantes indicaram entre os 30 e os 32 anos (0,2%). Uma percentagem elevada (99,3%) aparece sem resposta ou sem esta questão (Tabela 14).

Tabela 14

Cocaína snifada e idade de início do consumo

		Idade de início do consumo				Total
		NR/NA	entre os 16 e os 17 anos	entre os 22 e os 27 anos	entre os 30 e os 32 anos	
Cocaína snifada	NR/NA	839	0	1	2	842
	Sim	223	3	2	0	228
	Total	1062	3	3	2	1070

A seguir ao álcool as substâncias mais consumidas são haxixe, heroína e cocaína. Com uma alta taxa de consumo a nível mundial e em todos os contextos encontra-se a canábis (haxixe, marijuana, erva), sendo a mais consumida pela população sem-abrigo (Fajardo-Bullón et al, 2019; Fountain et al., 2009; Godinho et al., 2007; MCDDA, 2021; UNODC, 2018).

Os resultados desta investigação, referentes aos consumos, demonstraram que 22,8% é consumidor de álcool e 48,3% é consumidor de SPAs. As substâncias mais consumidas são: erva (35,97%), álcool (34,77%), cocaína (32,08%), haxixe (22,15%), outras substâncias (4,83%). Em relação à frequência dos consumos a canábis – haxixe – é consumida com mais frequência (25%), considerando-se como causa o estar mais generalizada, menos dispendiosa, e acreditarem que é menos nociva para a saúde. Estes dados constatarem que é a SPA mais consumida pela população mundial (UNODC 2018); proliferando os consumos em grupos mais vulneráveis como a população em situação de sem-abrigo, para a qual existe o mercado ilegal com as respetivas consequências tanto por falta de pureza como pela criminalidade (Ralphs et al., 2021).

Diagnósticos (1-2)

Os diagnósticos encontram-se distribuídas em 2 tabelas de diagnóstico (1 – 2).

Nos dados do Diagnóstico 1 identificam-se a toxicodependência, com uma maior percentagem (44,5%); seguida de alcoolismo (17,4%); problema psiquiátrico não identificado (4,9%); e ex-toxicodependência (3,2%). As restantes percentagens correspondem a depressão (1%); esquizofrenia (0,6%); ex-alcoolismo (0,5%); bipolar (0,2%) e fobia social (0,1%).

As tabelas cruzadas de Diagnósticos e consumos por substância são utilizadas para verificar se existe uma correlação entre a saúde mental e os consumos.

Na correlação do Diagnóstico 1 com o consumo de álcool, aparece com maior percentagem (70,49%) alcoolismo; seguida de toxicodependência (20,08%) e ex-toxicodependência (4,51%); problema psiquiátrico não identificado e ex-alcoolismo (2,05% cada um); e esquizofrenia (0,82%) (Tabela 15).

Tabela 15*Diagnóstico 1 e consumo de Álcool*

		Consumo de Álcool		Total
		NR/NA	Sim	
Diagnóstico 1	alcoolismo	14	172	186
	perturbação bipolar	2	0	2
	perturbação depressiva major	11	0	11
	esquizofrenia	4	2	6
	ex-alcoolismo	0	5	5
	ex-toxicodependência	23	11	34
	perturbação de ansiedade social	1	0	1
	não atribuído	296	0	296
	problema psiquiátrico não identificado	47	5	52
	toxicodependência	428	49	477
Total		826	244	1070

Na tabela de correlação do Diagnóstico 1 e o consumo de haxixe, identifica-se a toxicodependência (89,03%) e ex-toxicodependência (9,68%); alcoolismo e esquizofrenia (0,65% cada um) (Tabela 16).

Tabela 16*Tabela 1 e consumo de Haxixe*

		Consumo de Haxixe		Total
		NR/NA	Sim	
Diagnóstico 1	alcoolismo	185	1	186
	perturbação bipolar	2	0	2
	perturbação depressiva major	11	0	11
	esquizofrenia	5	1	6
	ex-alcoolismo	5	0	5
	ex-toxicodependência	19	15	34
	perturbação de ansiedade social	1	0	1
	não atribuído	296	0	296
	problema psiquiátrico não identificado	52	0	52
	Toxicodependência	339	138	477
Total		915	155	1070

Em relação à tabela cruzada de Diagnóstico 1 e consumo de heroína destacam-se como dados relevantes, os seguintes diagnósticos: toxicodependência (88,28%) e ex-toxicodependência (8,98%); alcoolismo (2,34%); e esquizofrenia (0,39%) (Tabela 17).

Tabela 17

Diagnóstico 1 e consumo de Heroína

		Consumo de Heroína		
		NR/NA	Sim	Total
Diagnóstico 1	Alcoolismo	180	8	186
	perturbação bipolar	2	0	2
	perturbação depressiva major	11	0	11
	esquizofrenia	5	1	6
	ex-alcoolismo	5	0	5
	ex-toxicodependência	11	23	34
	perturbação de ansiedade social	1	0	1
	não atribuído	296	0	296
	problema psiquiátrico não identificado	52	0	52
	Toxicodependência	251	226	477
	Total	814	256	1070

No Diagnóstico 1 correlacionado com consumo de cocaína identifica-se: toxicodependência (85,96%) e ex-toxicodependência (11,26%); alcoolismo (2,19%); e esquizofrenia (0,88%). (Tabela 18).

Tabela 18*Diagnóstico 2 e idade de início do consumo de Cocaína*

		Consumo de Cocaína		Total
		NR/NA	Sim	
Diagnóstico1	alcoolismo	181	5	186
	perturbação bipolar	2	0	2
	perturbação depressiva major	11	0	11
	esquizofrenia	4	2	6
	ex-alcoolismo	5	0	5
	ex-toxicodependência	9	25	34
	perturbação de ansiedade social	1	0	1
	não atribuído	296	0	296
	problema psiquiátrico não identificado	52	0	52
	toxicodependência	281	196	477
Total		842	228	1070

A continuação são apresentadas as tabelas cruzadas de Diagnóstico 2 com os consumos das mesmas substâncias identificadas neste estudo: alcoolismo, haxixe, heroína e cocaína.

O cruzamento de dados do Diagnóstico 2 e consumo de álcool identifica o alcoolismo (17,21%) e ex-alcoolismo (2,05%); toxicodependência 3,69% e ex- toxicodependência (0,41%); perturbação depressiva major (2,87%); esquizofrenia e problema psiquiátrico não especificado (1,23% cada um); psicoses e cancro (0,41% cada um) (Tabela 19).

Tabela 19*Diagnóstico 2 e início de consumo de Álcool*

		Consumo de Álcool		
		NR/NA	Sim	Total
Diagnóstico 2	NR/NA	796	172	968
	alcoolismo	2	42	44
	perturbação bipolar	4	0	4
	perturbação depressiva major	5	7	12
	esquizofrenia	11	3	14
	ex-alcoolismo	0	5	5
	ex-toxicodependência	0	1	1
	perturbação de jogo	1	0	1
	perturbação de comportamento	296	0	296
	problema psiquiátrico não especificado	4	3	7
	psicoses	1	1	2
	toxicodependência	428		
	cancro	1	9	10
	Total	826	244	1070

Os dados das tabelas cruzadas de Diagnóstico 2 e consumos de substâncias destacam: no caso da correlação com o consumo de haxixe, com maior percentagem, o diagnostico de alcoolismo 11,61% e ex-alcoolismo 0,65%; seguido da esquizofrenia 4,52%; perturbação depressiva major 1,94%; ex-toxicodependência 1,29% e 78,6% não tem diagnóstico (Tabela 20).

Tabela 20*Diagnóstico 2 e idade de início do consumo de Haxixe*

		Consumo de Haxixe		
		NR/NA	Sim	Total
Diagnóstico 2	NR/NA	847	121	968
	alcoolismo	26	18	44
	perturbação bipolar	4	0	4
	perturbação depressiva major	9	3	12
	esquizofrenia	7	7	14
	ex-alcoolismo	4	1	5
	ex-toxicodependência	1	0	1
	perturbação de jogo	0	1	1
	perturbação de comportamento	1	0	1
	problema psiquiátrico não especificado	6	1	7
	psicoses	1	1	2
	toxicodependência	8	2	10
	cancro	1	0	1
	Total	915	155	1070

Com consumo de heroína os dados referem no diagnóstico 2: alcoolismo 10,16% e ex-alcoolismo 1,95%; esquizofrenia 3,13%; toxicodependência 2,34% e ex-toxicodependência 0,39%; perturbação depressiva major 1,56%; perturbação bipolar 1,17%; problema não especificado 0,78%; perturbação do comportamento e psicoses 0,39%; e 77,73% não tem diagnóstico (Tabela 21).

Tabela 21*Diagnóstico 2 e consumo de Heroína*

		Consumo de Heroína		
		NR/NA	Sim	Total
Diagnóstico 2	NR/NA	769	199	968
	alcoolismo	18	26	44
	perturbação bipolar	1	3	4
	perturbação depressiva major	8	4	12
	esquizofrenia	6	8	14
	ex-alcoolismo	0	5	5
	ex-toxicodependência	0	1	1
	perturbação de jogo	1	0	1
	perturbação de comportamento	0	1	1
	problema psiquiátrico não especificado	5	2	7
	psicoses	1	1	2
	toxicodependência	4	6	10
	cancro	1	0	1
	Total	814	256	1070

Na correlação do Diagnóstico 2 com consumo de cocaína os dados referem alcoolismo 11,84% e ex-alcoolismo 1,75%; esquizofrenia e toxicodependência 2,63% e ex-toxicodependência 0,44%; perturbação depressiva major 1,56%; perturbação depressiva major 2,19%; perturbação bipolar 1,32%; problema psiquiátrico não identificado 0,88%; psicoses e perturbação do jogo 0,44%; e 75,44% não tem diagnóstico (Tabela 22).

Tabela 22*Diagnóstico 2 e consumo de Cocaína*

		Consumo de Cocaína		
		NR/NA	Sim	Total
Diagnóstico 2	NR/NA	796	172	968
	alcoolismo	17	27	44
	perturbação bipolar	1	3	4
	perturbação depressiva major	7	5	12
	esquizofrenia	8	6	14
	ex-alcoolismo	1	4	5
	ex-toxicodependência	0	1	1
	perturbação de jogo	0	1	1
	perturbação de comportamento	1	0	1
	problema psiquiátrico não especificado	5	2	7
	psicoses	1	1	2
	toxicodependência	4	6	10
	cancro	1	0	1
	Total	842	228	1070

No Diagnóstico 1 – problema principal diagnosticado – destaca a toxicodependência em quase metade dos participantes (44,5%); seguida de alcoolismo; problema psiquiátrico não identificado; ex-toxicodependência; depressão; esquizofrenia; ex-alcoolismo; bipolar; e fobia social.

Como problema secundário (Diagnóstico 2) os dados apontam para alcoolismo com a percentagem mais elevada (4,1%); seguida de esquizofrenia, depressão, toxicodependência, problema psiquiátrico não especificado, ex-alcoolismo, bipolar, psicoses; e com a menor percentagem: cancro, ex-toxicodependência, jogador compulsivo e perturbação do comportamento.

Os dados das correlações dos consumos das substâncias utilizadas pelos participantes (álcool, haxixe, heroína, cocaína) com os Diagnósticos (1-2) revelam a

predominância da toxicodependência, seguida de alcoolismo (Diagnóstico 1) e de alcoolismo (Diagnóstico 2). Nos dois Diagnósticos, ainda que com percentagens menores, destacam: problema psiquiátrico não identificado; ex-toxicodependência; depressão; esquizofrenia; ex-alcoolismo; bipolar; e fobia social, psicoses.

Busch-Geertsema et al. (2014) constataram que o género masculino é mais propenso ao consumo álcool e de substâncias psicotrópicas, e o género feminino às perturbações mentais. Nesta investigação os dados dos diagnósticos por género revelaram que quase 50% dos participantes do género masculino é dependente de drogas (toxicodependência) e álcool. No caso das mulheres o diagnóstico destaca a doença mental, mostrando que são mais afetadas pela depressão.

Diagnósticos duplos são eficazes para encontrar uma correlação entre os consumos e a doença mental, permitindo identificar comportamentos de risco – consumos e dependências – e diagnosticar a doença mental (Bradizza et al., 2006; Ding et al., 2021; Johnson et al, 2015; NHS, 2020; Polcin, 2016; Seabra & Sá, 2011;).

Discussão

Como ponto de partida há que salientar a importância de diferenciar os termos “pessoa em situação de sem-abrigo” e “pessoa na condição de sem-abrigo”, para compreender que uma pessoa em situação de sem-abrigo tem mais oportunidades para sair da situação, quando é apoiada por programas sociais que permitam à pessoa nesta situação ter a oportunidade de conseguir ter uma casa para morar. Quando a pessoa em situação de sem-abrigo passa para a condição de sem-abrigo os riscos aumentam porque a pessoa deixa de acreditar na possibilidade de mudança e acomoda-se à sua situação.

Neste estudo realizou-se com os utentes acompanhados pelo CAT de Braga no período

temporal de 2001-2020, com o objetivo de determinar a relação dos consumos de substâncias com a doença mental. O número de utentes que cumpriram os critérios de elegibilidade para a seleção de participantes foi de 1070 pessoas em situação de sem-abrigo.

Para o estudo identificaram-se variáveis que permitiram recolher os dados sociodemográficos dos participantes, o que permitiu realizar uma caracterização desta população, que é um aspeto relevante a considerar em estudos sobre populações, como apresentam Somers et al. (2016) na sua investigação.

De suma importância foi a constatação de que os dados sociodemográficos dos participantes deste estudo confirmaram os resultados obtidos pela ENIPSSA, no inquérito aplicado à realidade portuguesa em 2019 (ENIPSSA, 2021).

Sendo o estado civil, predominantemente, solteiros e divorciados (79,7%), as suas carências afetivas, por falta de suporte afetivo, podem funcionar como entraves para evitar que a pessoa em condição de sem-abrigo consiga sair da situação de exclusão social em que se encontra imerso.

Rew (2000) defende que toda pessoa tem necessidade de afeto e a falta de relacionamento humano é um fator condicionante para o desenvolvimento de comportamentos de consumo de álcool e/ou SPAs, em que procura suprir as suas carências relacionais, ao obter uma satisfação imediata. Os consumos podem levar a abuso e a dependência de substâncias, pelo que aumentam os riscos para a saúde em geral e agravamento da doença mental (Bento & Barreto, 2002; Nogueira & Ferreira, 2007; Solet, 2000).

Dados mundiais sobre o consumo de substâncias, como refere a UNODC (2018), confirmam que a heroína e a cocaína continuam a ser substâncias psicotrópicas consumidas, em simultaneidade com o álcool e as novas substâncias psicoativas (NSPAs) e fármacos sujeitos a receita médica, destacando-se como substância mais consumida a nível mundial – a canábis.

Com os resultados obtidos deste estudo verificaram-se os dados da UNODC em 2018, ao identificar-se, nos participantes, o consumo de heroína e cocaína, além do álcool e do haxixe.

Ainda que a pessoa em situação de sem-abrigo não sofra de doença mental associada, terá mais riscos de desenvolver esse tipo de doença, sendo fatores determinantes a falta de condições socioeconômicas e de habitação, carências reforçadas com os consumos de álcool e SPAs (Cho et al., 2021; Fajardo-Bullón et al., 2019; Fazel et al., 2019).

Kahn (1987) esclarece que a doença mental tanto pode ser causa como efeito da pessoa estar em situação de sem-abrigo. Em ambos casos a permanência na rua impossibilita o bem-estar da pessoa, agravando a sua saúde geral e mental. A precariedade e a falta de condições habitacionais são fatores favoráveis para o surgimento de doença mental.

A literatura mostra uma correspondência entre os consumos e a saúde. A correlação destes fatores é condicionante para a manutenção da precariedade e permanência na rua, com os subsequentes riscos de dependências e das perturbações mentais (Cho et al., 2021; Fajardo-Bullón et al., 2019; Fazel et al., 2019).

Sunderland et al. (2014) defendem uma relação entre consumos e doença mental, mas questionam as implicações de diferentes substâncias na saúde mental. Estes autores defendem que as pesquisas devem direcionar-se para determinar todos os indicadores de consumo e dependência de substâncias como comorbidade de doença mental.

A avaliação e interpretação da correlação de variáveis – Diagnósticos e Consumos – deste estudo, permitiu verificar uma relação entre o consumo de substâncias e a saúde mental na população em situação de sem-abrigo.

Conclusão

Com este estudo pretendo dar um contributo para que continuem a serem desenvolvidos

trabalhos científicos sobre a problemática da doença mental associada aos consumos de substâncias por pessoas em situação de sem-abrigo, como também para servir como mais um sinal de alerta para que os governos, autarquias, instituições e a população em geral, sejam confrontados de forma mais ampla com a gravidade dos fatores de risco inerentes à condição destas pessoas.

A consciencialização do fenómeno da população sem-abrigo só será possível com o desenvolvimento de investigações multidisciplinares que permitam dar aprofundar as causas e efeitos da situação de sem-abrigo e as implicações dos consumos na doença mental, que permitam definir estratégias para agir e dar visibilidade à população invisível ou incomodativa das sociedades contemporâneas.

O trabalho de investigação desenvolvido no CAT de Braga confrontou-me com uma realidade de marginalização da população sem-abrigo, com a gravidade de ser um nicho de doença mental – consumos e perturbação mental – interferindo uma na outra, pelo que urge a realização de mais estudos no âmbito do consumo e a saúde mental, que providenciem o desenvolvimento de projetos de intervenção para esta população, tanto a nível remediativo como preventivo.

Como um ponto positivo desta investigação podemos destacar a constatação do objetivo geral proposto, que identifica uma relação entre consumo de substâncias e a saúde mental em pessoas em situação de sem-abrigo.

Outro dos pontos positivos do estudo refere-se à atualidade do tema que considera os riscos da população sem-abrigo, que poderá vir a aumentar nos próximos tempos. O aumento do número de pessoas em situação de sem-abrigo poderá ter consequências de catástrofe a nível mundial, devido a fatores conjunturais, como a guerra, com graves consequências, como os aumentos dos preços, tanto com despesas com a habitação, como também com os próprios

produtos básicos, especialmente os géneros alimentícios. Assim este estudo

Como uma limitação do estudo destacam-se as diferenças entre as fichas dos processos dos utentes, provocadas por adaptações ou omissões de questões. Cabe ressaltar que considera-se de suma importância a adaptação das questões a situações reais e contemporâneas dessa realidade populacional, acompanhando os avanços da ciência e o desenvolvimento de novas estratégias, como foi testemunhado pelo tratamento dado a essas fichas dos utentes ao longo do tempo. Essas alterações em questões das fichas dos utentes, não permitiram a recolha de todos os dados dos 1070 participantes deste estudo, pelo que foi apresentado um número elevado de questões em falta ou sem resposta (NR/NA).

Ainda que existam artigos diversos sobre os consumos e a doença mental, outra das limitações deste estudo deve-se à dificuldade em encontrar um número mais alargado de artigos sobre a relação do consumo de substâncias com a saúde mental na população sem-abrigo.

Como sugestão de melhoria cabe destacar a necessidade de aprofundar esta investigação com os resultados de programas de intervenção que desenvolvem projetos dirigidos a promover o bem-estar e à integração das pessoas que integram a população sem-abrigo na sociedade.

Destacando a importância do tema cabe ressaltar que este estudo poderá ser um precursor de investigações pioneiras no âmbito do tema da população sem-abrigo, que abrangam o consumo de substâncias e doença mental e as implicações de programas de integração que garantam a melhoria das condições económicas e habitacionais das pessoas em situação de sem-abrigo.

Referências

- Alvarez, A. et al. (2009). Histórias de vida de moradores de rua, situações de exclusão social e encontros transformadores. *Saúde Soc. São Paulo*, 18(2).
<http://Doi:https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200009>.
- American Psychological Association – APA (2017). The official guide to APA style (7th ed.)
- American Psychiatric Association – APA (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revist (5th ed.)
- Barreto, E. (2000). Vinculação e relações de objecto dos sem-abrigo: Um estudo exploratório. Manuscrito não publicado, *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*.
<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/975/1/DM%20BARR-E1.pdf>.
- Bazari, A. et al. (2018). ‘The Thing that Really Gets Me Is the Future’. Symptomatology in Older Homeless Adults in the HOPE HOME study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(2), 195-204.
- Bradizza, C. et al. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(2006), 162-178. <http://Doi:10.1016/j.c.r.2005.11.005>
- Bender, K. et al. (2007). Capacity for survival: Exploring strengths of homeless street youth. *Child Youth Care Forum*, 36(1), 25-42. <http://Doi:10.1007/s10566-006-9029-4>
- Bento, A. & Barreto, E. (2002). Sem-amor, sem-abrigo. Clempsi Editores.
- Brown, R. et al. (2012). Geriatric syndromes in older homeless adults. *Journal of general internal medicine*, 27(1), 16-22.
- Busch-Geertsema, V. et al. (2014). Extent and Profile of Homelessness in European Member States – A Statistical Update – *European Observatory on Homelessness (EOH). Comparative Studies on Homelessness*, dez-2014(4), 1-20.
http://www.feantsaresearch.org/IMG/pdf/feantsa-studies_04-web2.pdf
- Buskin, S. et al. (2021). Detection and Response to an HIV Cluster: People Living Homeless and Using Drugs in Seattle. *American Journal preventive medicine* 2021, 61(5S1), 160-169.
- Cho, L. et al. (2021). Psychometric properties and correlates of the Beck Depression Inventory in a community-based and homeless or precariously housed sample. *Journal of the Affective Disorders Reports*, 6(2021), 2-10. <http://Doi.org/1016/j.jadr.2021.100229>
- Ding, H. et al. (2021). Homelessness on public transit: A review of problems and responses.

- Transport Reviews*, 1-24. <http://Doi.org/10.1080/01441647-2021.1923583>
- Elbogen, E. et al. (2021). Financial Strain, Mental Illness, and Homelessness – Results from a national longitudinal study. *Medical Care Forum*, 59(4), Suppl 2. April 2021, 132-138.
- Estratégia nacional para a integração de pessoas sem-abrigo 2007-2023 – ENIPSSA (2021). Inquérito de caracterização das pessoas em situação de sem-abrigo.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition – EMCDDA (2021). European Drug Report. *Trends and Developments (2021)*, 1-60. <http://Doi:10.2810/18539>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition – EMCDDA (2008). Drugs and vulnerable groups of young people. *Select Issue 2008*.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition – EMCDDA (2003). Social exclusion and reintegration. *EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. 64-69.
- Estratégia nacional para a integração de pessoas sem-abrigo 2007-2023 – ENIPSSA (2021). Inquérito de caracterização das pessoas em situação de sem-abrigo.
- Fajardo-Bullón, F. et al. (2019). Homelessness and self-rated health: evidence from a national survey of homeless people in Spain. *BMC Public Health* 2019, 19(1081), 1-11. <http://Doi.org/10.1186/s12889-019-7380-2>
- Fazel, F. et al. (2019). Homeless people in Spain. *Europe PNC Funders Group, Author manuscript. Lancet* 2014 October 25, 384(9953), 1-28. [http://Doi:10.1016/s0140-6736\(14\)61132-6](http://Doi:10.1016/s0140-6736(14)61132-6).
- European Federation of National Organizations Working with the Homeless – FEANTSA (2021a). ETHOS – European typology on homelessness and housing exclusion. <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion?bcParent=27>.
- European Federation of National Organizations Working with the Homeless – FEANTSA (2021b). Homelessness in Europe. <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2006/10/019/toolkit-for-developing-an-integrated-homelessness-strategy?bcParent=27>.
- Fernandes, L. (2014). A exclusão social como reveladora das relações entre violência estrutural e violência quotidiana. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 19(1), 175-186.
- Fernandes-Alcantara, A. (2016). Runaway and homeless youth: Demographics and programs. A Congressional Research Service. The Library of Congress.
- Fountain, J. et al. (2009). Drug and alcohol use and the link with homelessness: Results from a

- survey of homeless people in London. *Published online*, 245-256.
<http://Doi:10.80/1606635031000135631>
- Godinho, J. et al. (2007). Avaliação de uma população sem-abrigo a residir num centro de acolhimento, e integrada em programa de manutenção com metadona. *Revista Toxicodependências*, 13(1), 3-10.
- Goldberg, J. et al. (2016). How to prevent and end homelessness among older adults. *Justice in aging – Fighting Senior Poverty Through Law. Special Report*, 1-10.
- Hein, L. (2011). Survival Strategies of male homeless adolescents. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(4), 274-282.
<http://Doi:10.1177/1078390311407913>
- International Labour Organization – ILO – (2022). World social protection Report 2020-22 – Social protection at the cross roads – in pursuit of a better future. *Flagship Report*, 1-318.
- Jesús, M. & Menezes, I. (2010). A experiência de sem-abrigo como promotora de empoderamento psicológico. *Análise Psicológica* 2010, 3(28), 527-535.
- Johnson, G. et al. (2015). Entries and exits from homelessness: a dynamic analysis of the relationship between structural conditions and individual characteristics. *AHURI Final Report Serie N° 248*, 1-67.
- Johnson, G. & Chamberlain, C. (2008). Homelessness and substance abuse: Which come first? *Australian Social Work* 2008, 61(4), 342-356.
<http://Doi:10.1080/03124070802428191>.
- Kahn, M. (1987). Psychopathology on the streets: Psychological assessment of the homeless. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(6), 580.
- Kokach, A. (2005). Private lives in public places: Loneliness of the homeless. *Social Indicators Research*, 72(1), 99-114. <http://Doi:http://www.jstor.or/stable/27522195>
- Laporte, A. et al. (2018). Prevalence of mental disorders and addictions among homeless people in the greater Paris area, France. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(261), 1-11.
- Lowe, J. & Gibson, S. (2011). Reflections of a homeless population's lived experience with substance abuse. *Journal Community Health Nursing*, 92-104.
<http://Doi:10.1080/07370016.2011.564066>
- Manual Merck – MSD (2022). Versão online para profissionais de saúde.
<https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiQUI%3%A1tricos/abordagem-ao-paciente-com-sintomas-mentais/avalia%3%A7%C3%A3o-psiQUI%3%A1trica-de-rotina>.

- Mendel, M. (2011). Heterotopias of homelessness: Citizenship on the margins. *Studies in Philosophy and Education*, 30, 155-168. <http://Doi.org/10.1007/s11217-011-9226-y>
- National Health Care for the Homeless Council – NHCHC (2020a). Determinants of Health: Predictors of Health among People without Homes. *Fact Sheet October 2016*, 1-3.
- National Health Care for the Homeless Council – NHCHC (2020b). Risks. *Fact Sheet October 2016*, 1-3. www.nhchc.org.uk/conditions/alcohol-misuse/risks (accedido em 14/05/2022)
- Nickasch, B. & Marnocha, S. (2009). Experiências de saúde dos sem-abrigo. Prática de enfermagem. *Jornal A, Acad 2009*, 21(1), 39-46. <http://Doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00371.x>
- Nogueira, S. & Ferreira, J. A. (2007). A realidade psicossocial dos sem-abrigo: Breve contributo para a sua caracterização. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(3).
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência – EMCDDA (2021) -. Relatório Europeu sobre Drogas 2021. *Tendências e evoluções*, 1-60. https://emcdda.europa.eu/system/files/13838/2021.2256_PT_03.pdf
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico – OECD (2021). Affordable Housing Database – *Social Policy Division - Directorate of Employment, Labour and Social Affairs* <http://oe.cd/ahd>
- Oliveira, L. et al. (2012). Risk factors for cardiovascular disease among the homeless and in the general population of the city of Porto, Portugal. *Cad. Saúde Pública*, 28 (8), 1517-1529.
- Padgett, D. (2007). There's no place like (a) home. Ontological security among persons with serious mental illness in the United States, *Social Science & Medicine*, 64 (2007), 1925-1936.
- Perone, M. (2003). Negative effects of positive reinforcement. *The Behavior Analyst*, 26, 1-14
- Philippot, P. et al. (2007). Psychological research on homelessness in Western Europe: A review from 1970 to 2001. *Journal of Social Issues*, 63(3), 483-503.
- Pleace, N. & Lloyd, C. (2020). European responses to the needs of people who experience homelessness and use drugs – Background paper commissioned by EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide, 1-33.
- Polcin, D. (2016). Co-occurring substance abuse and mental health problems among homeless persons: Suggestions for research and practice. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 25(1), 1-10. [http://DOI: 10.1179/1573658X15Y.0000000004](http://DOI:10.1179/1573658X15Y.0000000004).

- Purkey, E. & MacKensie (2019). Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *Journal of the American Board of Family Medicine* - November 2019, 63(6), 858-867. <http://Doi.org/10.3122/jabfm.2019.06.1900093>.
- Ralphs, R. et al. (2021). The impact of the 2016 Psychoactive Substances Act on synthetic cannabinoid use within the homeless population: Markets, content and user harms. *International Journal of Drug Policy*, 97(2021), 1-9.
- Rew, L. (2000). Friends and pets as companions: Strategies for coping with loneliness among homeless youth. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(3), 125-140.
- Robertson, M. et al. (1997). Drug use disorders and treatment contact among homeless adults in Alameda County, California. *American Journal of Public Health*. February 1997, 87(2), 221-228.
- Seabra, et al. (2011). Accuracy of reported service use in a cohort of people who are chronically homeless and seriously mental. *Social Indicators Research*, 72(1), 99-114.
- Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências – SICAD (2019). Relatório Anual 2018. A situação do país em matéria de álcool. *SICAD*, 9-81. <https://www.sicad.pt>
- Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências – SICAD (2022). Relatório Anual 2020. Descritivo de respostas e intervenções do plano de ação para a redução dos comportamentos aditivos e dependências. *HORIZONTE 2020*, 117-122. <https://www.sicad.pt>
- Somers, et al. (2016). Accuracy of reported service use in a cohort of people who are chronically homeless and seriously mental. *Social Indicators Research*, 72(1), 99-114.
- Soulet, M. (2000). Da não-integração – Tentativas de definição teórica de um problema contemporâneo.
- Sunderland, M. et al. (2014). Examining the shared and unique relationships among substance use and mental disorders. *Psychological Medicine*, April 2015, 45(5), 1103-1113. <http://Doi.org/10.1017/S0033291714002219>.
- Thompson, R. et al. (2016). Perceptions of resiliency and coping: Homeless young adults speak out. *Youth & Society*, 48(1), 58-76. <http://Doi.org/10.1177/0044118X13477427>
- UNODC (2018). World Drug Report 2018. Executive summary. Conclusions and policy implications – 1. *United Nations*, 1-34. <https://www.unodc.org/wdr2018>
- Valentim, O. et al. (2018). Consumo de álcool e vulnerabilidade em saúde das pessoas em

- situação de sem-abrigo. *Revista Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental – ESPECIAL* 8, (Jan-2021), 29-35.
- Viegas, I. (2013). *Morar na rua: Um estudo sobre sobrevivência e identidade de pessoas sem-abrigo*. Porto.
- Wasserman et al. (2012). The “homeless problem” and the double consciousness. *Sociological Inquiry*, 82(3), 331-335. <https://doi.org/1111/j.1475-682X.2012.00410.x>
- Wen, C. et al. (2007). Homeless people’s perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *Journal Gern Intern Med*, 2007, jul22(7), 1011-1017. <https://Doi:10.1007/s11606-007-0183-7>
- Zavala-Sandoval, J. & López-Parra, M. (2021). Factores de vulnerabilidad cognitiva de la permanencia en calle: Desesperanza y derelicción. *Límite – Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 16(2), 1-20.

ANEXO

Anexo - Instrumento de Recolha de Dados

Parte 1 – Dados Sociodemográficos

1. N° do processo: _____
2. Género: M F
3. Nacionalidade: _____
4. Habilitações literárias:
 - a. Analfabeto
 - b. 1º ciclo
 - c. 2º ciclo
 - d. 3º ciclo
 - e. Ensino secundário
 - f. Ensino superior
 - g. Curso profissional
 - h. Outro (Qual? _____)
5. Estado profissional atual:
 - a. Desempregado
 - b. Empregado
 - c. Outro (Qual? _____)
6. Data de nascimento: _____
7. Idade aquando da 1ª entrada no CAT: _____

Parte 2 – Anamnese

- Parte A – Situação sem-abrigo

1. Datas de acolhimento no CAT:
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____
 - e. _____
2. Local de habitação anterior ao acolhimento no CAT:
 - a. Sem-abrigo
 - b. Sem-alojamento
 - c. Habitação precária
 - d. Habitação inadequada
3. Datas de saída do CAT:
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____

- d. _____
 - e. _____
4. Motivo de saída do CAT:
- a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____
 - e. _____
5. Motivo da condição sem-abrigo:
- a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____

- Parte B – Consumos

1. Consumo de álcool: Sim Não
2. Consumo de substâncias: Sim Não
3. Apresenta consumos de:
- a. Haxixe
 - b. Heroína
 - c. Cocaína
 - d. Outra (Qual?_____)

- Parte C – Acompanhamento médico/psicológico/psiquiátrico

1. Acompanhamento médico: Sim Não
2. Acompanhamento psicológico: Sim Não
3. Acompanhamento psiquiátrico: Sim Não

4. Problemas médicos:

- a. Um problema
- b. Dois problemas
- c. Três problemas
- d. Quatro problemas
- e. Cinco ou mais problemas

5. Diagnóstico psicológico/psiquiátrico:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

- Parte D – Problemas judiciais**1. Problemas judiciais anteriores:****a.** _____**b.** _____**c.** _____**2. Problemas judiciais atuais:****a.** _____**b.** _____**c.** _____**3. Detenções: Sim Não****4. Número de detenções: _____****5. Prisão efetiva: Sim Não****6. Pena suspensa: Sim Não****7. Prisão preventiva: Sim Não****8. Uso de pulseira eletrônica: Sim Não**

9. Liberdade condicional: Sim Não

10. Providência cautelar: Sim Não

11. Trabalho comunitário: Sim Não

Problemas com o SEF: Sim Não