

Filipa Alexandra Lourenço Campos

**CARACTERIZAÇÃO DOS ESTILOS DE VIDA DOS SEM-
ABRIGO DA CIDADE DO PORTO**

Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional

2010

Instituto Politécnico do Porto
Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

Caracterização dos estilos de vida dos sem-abrigo da cidade do Porto

Filipa Alexandra Lourenço Campos

Outubro 2010

Dissertação apresentada no Mestrado de Terapia Ocupacional,
Especialização em Saúde Mental, Escola Superior de Tecnologia da
Saúde do Porto, orientado pelo Professor Doutor António Marques.

*«As pessoas não vêm para o abandono da rua para serem felizes,
só se for com um copo na mão para festejar uma passagem de ano.
As pessoas atravessam a ponte que separa duas vidas,
ou dois modos de vida porque não têm alternativa,
porque é este o caminho que lhes resta.
E depois ninguém as vem procurar
nem chamar à razão para que considerem regressar.
Ninguém regressa, ao fim e ao cabo.»*

(José Jorge Letria, 2009)

Resumo

O fenómeno dos sem-abrigo está em constante crescimento nos centros urbanos, na cidade no Porto o mesmo acontece, sendo esta uma realidade ainda pouco conhecida. Têm sido realizados alguns estudos sobre esta problemática, no entanto poucos incidem sobre a população portuguesa, pouco se sabe sobre como vivem estes indivíduos e sobre o que define o seu estilo de vida. Os estilos de vida têm vindo a ser uma área de crescente interesse para estudo, visto que afecta a nossa saúde e a longo prazo tem influência nos padrões de morbilidade e mortalidade.

Com este estudo procurou-se caracterizar os sem-abrigo da cidade do Porto e os comportamentos que tipificam o seu estilo de vida, bem como verificar se existem variáveis dos estilos de vida que se encontram correlacionadas com a presença de sintomatologia psicopatológica. Para este efeito, foi realizado um inquérito por questionário a 30 pessoas que vivem na condição de sem-abrigo na cidade do Porto, através da administração de um questionário de estilos de vida e da *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*.

Concluimos que os sem-abrigo se caracterizam por ser do sexo masculino, solteiros de nacionalidade portuguesa e baixa escolaridade. Constatamos que a maioria apresenta comportamentos pouco saudáveis como fumar e não praticar exercício físico, contudo têm cuidado com a higiene pessoal, apresentam uma boa higiene do sono e manifestam poucos comportamentos sexuais de risco. Verificamos que a ansiedade se encontra correlacionada negativamente com o stress, higiene do sono, insight e alimentação. As perturbações somáticas mostraram uma correlação com a higiene do sono, o humor depressivo com a higiene do sono e insight, o retraimento emocional com a socialização e falta de cooperação com a socialização, sendo todas estas correlações negativas. Encontramos ainda uma correlação positiva entre a lentificação e o consumo de substâncias e uma correlação negativa entre a lentificação e higiene do sono. Considerando os resultados obtidos pensamos ser fundamental prosseguir com estudos de investigação nesta área, para que de futuro as intervenções junto desta população consigam dar uma melhor resposta ao seu estado de saúde.

Abstract

The phenomenon of homelessness is steadily increasing in urban centers, including in city of Porto, which is a reality not well known. Some studies have been conducted on this issue, although few focus on the population of Portugal, little is known about how these persons live and what defines their lifestyle. The lifestyle has been an area of growing interest to study, since it is known that it affects our health and long term influences on patterns of morbidity and mortality.

The purpose of this study is to characterize the lifestyles of the homeless in the city of Porto, realizing who are they and what are the behaviors that characterize their lifestyle, as well as verifying if there are lifestyle variables correlated with psychopathological symptomatology. We studied 30 persons who live in the condition of homelessness in the city of Porto, by using a lifestyle questionnaire and the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

We conclude that homeless are characterized by being male, single, of Portuguese nationality and low. We find that most have unhealthy behaviors such as smoking and physical exercise, but be careful with personal hygiene, have good sleep hygiene and exhibit few sexual risk behaviors. We found that anxiety is correlated negatively with stress, sleep hygiene, insight and nutrition. The somatic concern showed a correlation with sleep hygiene, the depressed mood with sleep hygiene and insight, emotional withdrawal with socialization and lack of cooperation with socialization, which are all negative correlations. We also found a positive correlation between motor retardation and substance use and a negative correlation between motor retardation and sleep hygiene. Considering these results we think it vital to continue with research studies in this area, so that in future interventions with this population are able to better respond to your health.

Résumé

Le phénomène de sans-abri est en constante augmentation dans les centres urbains, la même chose arrive dans la ville de Porto, qui est un fait peu connu. Certaines études ont été menées sur cette question, bien que quelque accent sur la population du Portugal, on sait peu sur la façon dont ils vivent et ce qui définit leur style de vie. Les styles de vie ont été une zone d'intérêt de plus en plus d'étudier, car elle affecte notre santé et à long terme des influences sur les modes de morbidité et de mortalité

Le but de cette étude est de caractériser les modes de vie des sans-abri dans la ville de Porto, la réalisation de ce qu'ils sont sans-abri et les comportements qui caractérisent leur style de vie, ainsi que la vérification des variables qui sont corrélées style de vie avec la présence de symptômes psychopathologiques. Nous avons étudié 30 personnes qui vivent dans l'état de sans-abri dans la ville de Porto, à l'aide d'un questionnaire de style de vie et de la *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*.

Nous concluons que les sans-abri sont caractérisés par sexe masculin, célibataire, de nationalité portugaise et basse. Nous constatons que la plupart ont des comportements malsains comme le tabagisme et l'exercice physique, mais attention à l'hygiène personnelle, avoir une bonne hygiène de sommeil et présentent peu de comportements sexuels à risque. Nous avons constaté que l'anxiété est corrélée négative avec le stress, l'hygiène du sommeil, la perspicacité et la puissance. Les troubles somatiques a montré une corrélation avec l'hygiène du sommeil, humeur dépressive avec l'hygiène du sommeil et de perspicacité, retrait émotionnel avec la socialisation et le manque de coopération avec la socialisation, qui sont tous des corrélations négatives. Nous avons également constaté une corrélation positive entre l'arriération mentale et de toxicomanie et une corrélation négative entre le retard et l'hygiène du sommeil. Compte tenu de ces résultats nous pensons qu'il est essentiel de poursuivre les études de recherche dans ce domaine, de sorte que dans les interventions futures auprès de cette population sont en mesure de mieux répondre à votre santé.

Agradecimentos

A todas as Instituições que me receberam e aceitaram participar no estudo, nomeadamente aos Médicos do Mundo, Abrigo Nocturnos da AMI (Assistência Médica Internacional), SAOM (Serviço de Assistência das Organizações de Maria), Abraço e Instituto da Segurança Social do Porto e aos seus técnicos por me terem possibilitado a realização dos questionários e pela receptividade e disponibilidade demonstradas.

À Dra. Paula França, por me ter motivado no decorrer deste trabalho, pela partilha do seu Saber e preciosa ajuda no processo de contactar com outras instituições.

Ao Professor Doutor António Marques, pela orientação neste processo de procura de conhecimento científico, pelos esclarecimentos, pela acessibilidade e tempo disponibilizado.

A todas as pessoas que vivem ou sobrevivem na condição de sem-abrigo e aceitaram partilhar um pouco do seu dia-a-dia, sem elas este trabalho não teria sido possível.

Aos meus colegas de mestrado, pelos incentivos e valiosas troca de ideias.

Aos amigos que me apoiaram neste processo, me deram força para terminar este trabalho e ouviram os meus desabafos.

Aos meus pais que me apoiaram incondicionalmente em mais um momento importante da minha vida.

A todos os que contribuíram para a realização deste trabalho muito obrigado.

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento teórico	
1. Sem-abrigo – caracterização do fenómeno	4
1.1 Conceptualização acerca da problemática dos sem-abrigo	4
1.2 Epidemiologia dos sem-abrigo	7
2. Estilos de vida	12
2.1 Universo conceptual acerca dos estilos de vida	12
3. Saúde e estilo de vida dos sem-abrigo	19
Capítulo II – Estudo empírico	
1. Metodologia	27
1.1 Instrumentos	27
1.2 Procedimentos	29
1.3 Caracterização da amostra	30
2. Apresentação dos resultados	31
2.1 Resultados relativos à caracterização da amostra em estudo	31
2.2 Resultados relativos à caracterização do estilo de vida da amostra em estudo	35
2.3 Resultados relativos a correlação das variáveis em estudo	46
3. Discussão dos resultados	48
Conclusões	58
Referências Bibliográficas	62
Anexos I – questionário de estilos de vida	71
Anexos II – Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	78

Introdução

Este trabalho de investigação tenta explorar, conhecer e compreender melhor, o fenómeno das pessoas que vivem na cidade do Porto na condição de sem-abrigo, tentando estudar também o seu estilo de vida e a relação deste com a presença de diferentes tipos de psicopatologia. Ser ou estar sem-abrigo é um conceito complexo com diversas definições ainda pouco consensuais, mostra-se um fenómeno pouco estudado, principalmente no que respeita à realidade do país e mais especialmente à da cidade do Porto. O ponto de partida para este estudo foi o contacto *in loco* com esta população, inicialmente através do trabalho de uma equipa de rua cujo trabalho se insere na redução de riscos e minimização de danos, posteriormente através de uma experiência profissional enquanto terapeuta ocupacional num projecto de reinserção social na área da toxicodependência, onde a realidade dos sem-abrigo é predominante. Esta nossa inclusão diária ao longo de dois anos no mundo dos sem-abrigo, levantou-nos diversas interrogações e um crescente interesse sobre quem são estas pessoas, como vivem e sobrevivem, e enquanto técnicos de saúde, que comportamentos, atitudes e estilos de vida fazem parte do seu dia-a-dia afectando a sua saúde física, mental e social.

Tal como referem Bento e Barreto (2002), as pessoas que dormem na rua estão muitas vezes à vista de todos nós, no entanto compreendê-las é uma tarefa complexa. Desta forma, revelou-se essencial para nós realizar uma análise mais estruturada, munidos dos pressupostos do método científico, no sentido de contribuir para um maior conhecimento das pessoas sem-abrigo que habitam a nossa cidade, no sentido de ajudar à compreensão da problemática e de se encontrar estratégias adequadas para se lhe fazer face.

O fenómeno dos sem-abrigo tem vindo a ser estudado em diversas partes do mundo ao longo de muitos anos, no entanto esta é uma realidade crescente, cujos contornos se vão modificando ao longo do tempo, assim como o próprio conceito de sem-abrigo, havendo uma contínua necessidade de continuar a estudar e a produzir conhecimento científico sobre esta problemática. O ano de 2010 foi denominado ano europeu de combate à pobreza e exclusão social, sendo que os sem-abrigo representam a forma mais extrema de pobreza e exclusão social, vivenciando problemas materiais, sociais, culturais, psicológicos e patológicos. Contudo o conhecimento sobre esta realidade é ainda pouco para que se possa intervir de forma a erradicar ou minimizar este fenómeno. O modo como estas pessoas vivem ou sobrevivem tem uma forte

relação com o seu estado de saúde e sabe-se actualmente que o estilo de vida de uma pessoa pode afectar a sua saúde positiva ou negativamente. Com base nos seus testemunhos, presumimos que as suas actividades de lazer e socialização parecem ser bastante reduzidas, assim como as praticas de exercício físico. Sabe-se também que a sua alimentação é pouco cuidada, uma vez que dependem muitas vezes da caridade de alguém para obter uma refeição, não podendo fazer escolhas saudáveis. Ao desenvolvermos a nossa actividade profissional na área da Saúde Mental, pensamos que estes comportamentos podem influenciar negativamente o estado de saúde destas pessoas, explicando alguma co-morbilidade. Existem vários estudos sobre estilos de vida na população em geral, no entanto são escassos os estudos realizados sobre os estilos de vida da população sem-abrigo.

Este estudo tem como objectivo caracterizar os estilos de vida dos sem-abrigo da cidade do Porto, percebendo quem são e que comportamentos caracterizam o seu estilo de vida. Pretendemos também verificar se existem variáveis dos seus estilos de vida que se encontram associadas com a presença de sintomatologia psicopatológica.

Para atingirmos os objectivos propostos, estruturamos o trabalho em duas partes. A primeira é referente ao enquadramento teórico, no qual começamos por caracterizar o fenómeno dos sem-abrigo, na qual incluímos a evolução do conceito, seguindo-se uma breve caracterização epidemiológica da população que nos propusemos estudar. De seguida abordamos o conceito de estilo de vida e os comportamentos de saúde e doença associados a este conceito. Por fim reflectimos sobre a saúde e o estilo de vida dos sem-abrigo. Na segunda parte descrevemos o estudo empírico efectuado junto de 30 pessoas que se encontram sem-abrigo na cidade do Porto, utentes de 5 instituições integrantes da Rede Social de Apoio às Pessoas Sem-abrigo da Cidade do Porto, descrevendo a metodologia e os resultados obtidos. Terminamos o trabalho com a apresentação de algumas conclusões, seguidas da bibliografia consultada e dos instrumentos utilizados para o estudo.

Capítulo I
Enquadramento teórico

Nesta primeira parte começaremos por caracterizar o fenómeno dos sem-abrigo, para depois definirmos o conceito de estilo de vida e os comportamentos de saúde/doença a si associados, terminado com a caracterização dos estilos de vida dos sem-abrigo.

1. Sem-abrigo – Caracterização do fenómeno

Consideramos pertinente começar por efectuar algumas considerações relativamente à conceptualização dos sem-abrigo, passando para uma breve caracterização epidemiológica da população em estudo.

1.1 Conceptualização acerca da problemática dos sem-abrigo

O fenómeno da população sem-abrigo não é novo. Vagabundos, mendigos, pedintes e vadios existiram em todos os tempos, das sociedades antigas até à actualidade, desta forma o conceito de sem-abrigo tem sofrido diversas alterações históricas (Bento & Barreto, 2002).

No contexto europeu, inclusive em Portugal, nos séculos XIV e XV, as pessoas que hoje designamos de sem-abrigo, eram denominadas de vagabundos, mendigos e ociosos caracterizando-se por não ter destino certo, com um estilo de vida errante, sem profissão, vivendo à margem da vida social, desenraizados da comunidade ou da família (Bento & Barreto, 2002). Até ao século XVIII, as várias correntes de pensamento conceptualizavam este fenómeno e atribuíam a estas pessoas significados negativos e estigmatizantes (Bento & Barreto, 2002; Estratégia Nacional, 2005; Gil, Castro, Quedas, & Alvarenga, 2005). No século XX, em Portugal, ainda durante o período monárquico, a mendicidade era autorizada, desde que fosse apresentada uma licença própria para o efeito (Bento & Barreto, 2002; Fernandes, 2006). Surgiu então a distinção entre os mendigos e os vadios, aos mendigos era-lhes permitido viverem de esmola, visto serem considerados incapazes de trabalhar, os vadios eram apelidados de ociosos, pois podendo trabalhar, só não o faziam por não quererem, desta forma tornam-se mais frequentes as rusgas policiais a esta população sendo levados a tribunal os sem-abrigo adultos considerados válidos para o trabalho (Bento & Barreto, 2002; Fernandes, 2006).

Com a emergência do Estado Novo, as políticas de repressão contra a mendicidade intensificam-se, determina-se a criação em todas as cidades, sedes de

distrito, albergues destinados a prevenir e a reprimir a mendicidade, na dependência dos comandos distritais da PSP (Policia de Segurança Pública), dando origem aos conhecidos albergues de polícia, onde se encontravam situações muito heterogêneas relativamente à idade e condição de saúde dos indivíduos (Bento & Barreto, 2002).

Em Portugal, em consonância com a realidade da maioria dos países europeus, após Abril de 1974, é abolida a repressão à mendicidade, surge a preocupação com o bem-estar social da população e implementam-se medidas asseguradoras da igualdade de oportunidades (Bento & Barreto, 2002; Fernandes, 2006). A mendicidade passou a ser vista sob uma perspectiva estrutural, assumindo-se como principais causas desta problemática o desenvolvimento socioeconómico e cultural do país, pensando-se que tenderia a desaparecer com a resolução dos problemas sociais existentes (Bento & Barreto, 2002; Fernandes, 2006). No entanto nos anos 90 a visibilidade dos sem-abrigo aumenta, verificando-se que este é um fenómeno mais complexo do que se pensava inicialmente (Bento & Barreto, 2002). No decorrer da história, assistimos então a alternância de períodos de relativa tolerância ao fenómeno da «vagabundagem», com períodos em que se tomaram medidas repressivas contra o mesmo. O fenómeno parece ter oscilado entre duas grandes concepções, a ideia que este resulta de uma situação de pobreza estrutural e/ou incapacidade física e mental para trabalhar e, por outro lado, que se encontra ligado à mendicidade, ociosidade e até a praticas delinquentes (Bento & Barreto, 2002; Borchard, 2009).

Actualmente parece estarmos a passar por um período de relativa tolerância ao fenómeno, contudo os sem-abrigo de hoje não são os mesmos de há duas décadas. Aos marginalizados clássicos, juntou-se uma nova geração de pessoas socialmente excluídas, como resultado da crise económica, do desemprego, do consumo de substâncias e das políticas sociais adoptadas (Bento & Barreto, 2002; Sousa & Almeida, 2001). A pobreza e a exclusão social constituem grandes desafios do nosso século, onde os sem-abrigo representam uma das formas mais extremas de exclusão social. O termo «exclusão social» remete-se a um processo de sucessivas rupturas com os vários sistemas sociais básicos, incluindo o social, o económico, o institucional, o territorial e o das referências simbólicas (Bento & Barreto, 2002; O'Neil, Casey, & Minton, 2007). No presente, assistimos ao aparecimento dos «novos» sem-abrigo, nomeadamente mulheres, famílias e jovens de diferentes estratos sociais (Rokach, 2005; Sousa & Almeida, 2001). Estas mudanças fenomenológicas verificam-se não só em Portugal,

mas também na restante Europa e em países como o Canadá e Estados Unidos da América.

Sendo este um fenómeno com uma longa evolução histórica, parece-nos crucial assinalar a polissemia do conceito de “sem-abrigo” assim como as suas distintas terminologias e classificações.

O termo sem-abrigo poderá ter origem na tradução do inglês “*homeless*” e do francês “*sans abri*”. Segundo Thomas (1997), *Sans abri* reflecte a «ideia de falta de habitat mínimo, que protegeria o homem do frio, do vento ou da chuva, que, da mesma maneira que a alimentação e/ou vestuário, assegura uma necessidade essencial à sobrevivência humana (cit in Bento & Barreto, 2002, pp 23). Outro conceito utilizado em França é “*sans domicile fixe*”, que reporta às pessoas que vivem na rua, que dormem nas estações de metro e pedem nas ruas, simbolizando a pobreza extrema e a exclusão social (Damon, 2003). Literalmente, *homelessness* significa estar sem casa (Rokach, 2005), por sua vez, *homeless* é a pessoa, que para além da falta de residência física, apresenta algum isolamento social ou desafiliação, a própria palavra significa *sem-lar*, apresenta-se como um conceito mais complexo e expressivo do que sem-casa (Bento & Barreto, 2002).

A definição utilizada no Reino Unido teve origem no Housing Act (1985) e considera sem-abrigo a pessoa que não possui o direito legal ou se encontra impedida de ocupar uma casa de forma segura ou com razoável conforto (Bento & Barreto, 2002; Williams & Cheal, 2001). Segundo a *United States Alcohol, Drugs Abuse & Mental Health Administration (1983)* sem-abrigo é «qualquer pessoa que não possui um alojamento, recursos nem laços com a comunidade adequados» (cit in Bento & Barreto, 2002, pp 25). O conselho da Europa definiu os sem-abrigo como «pessoas ou famílias que estão socialmente excluídas de ocupar permanentemente uma habitação adequada e pessoal» (cit in Muñoz & Vásquez, 1999, pp 105).

Por sua vez a FEANTSA (*European Federation of Organizations Working with People who are Homeless*) define sem abrigo como «a pessoa incapaz de aceder e manter uma habitação pessoal adequada pelos seus próprios meios, ou incapaz de manter alojamento com a ajuda dos serviços sociais» (cit in Muñoz & Vásquez, 1999, pp 105). A FEANTSA apresentou em 2005, a ETHOS (*European Typology of Homelessness & Housing Exclusion*) uma categorização das várias formas de exclusão relativa a habitação e sem-abrigo que se divide em quatro categorias (sem-tecto; sem-casa; habitação insegura; habitação inadequada) classificando as pessoas que são sem-

abrigo de acordo com a sua situação habitacional ou tipo de local onde pernoitam (Silva, 2007). Desta forma, o termo sem-abrigo reúne várias situações: inclui as pessoas que vivem na rua; as que estão temporariamente alojadas em pensões ou centros de abrigo; as que ocupam, legal ou ilegalmente, casas abandonadas e barracas; as que vivem em instituições como os hospitais, prisões, hospitais psiquiátricos, e que não têm uma casa quando saem das instituições; e as pessoas cuja casa não é considerada adequada ou socialmente aceitável, tornando-se em pessoas ou famílias mal alojadas (Bento & Barreto, 2002; Muñoz & Vásquez, 1999).

A definição de sem-abrigo abrange uma grande diversidade de situações que têm em comum a pobreza e a exclusão social (Bento & Barreto, 2002; Silva, 2007), no entanto percebemos que as definições variam de país para país, sendo influenciados pela cultura e língua de cada um. Simth (1999) define sem-abrigo como uma pessoa que não possui permanentemente um local para dormir, comer e receber correio. Em Portugal, e em termos jurídicos, sem-abrigo “é a pessoa que não possui o direito legal a uma casa” (cit in Bento & Barreto, 2002, pp 26).

Neste estudo optamos por seguir a definição estabelecida pela Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo, elaborada com base nas categorias da tipologia proposta pela FEANTSA, sendo a utilizada também noutros países europeus, de forma a facilitar a sua aplicação e operacionalização. Assim considera-se sem-abrigo a pessoa que, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição socioeconómica, condição de saúde física e mental, se encontre: sem tecto, vivendo num espaço público, alojada em abrigo de emergência, ou com paradeiro em local precário; ou sem casa, encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito (Gil, et al., 2005).

Analisemos agora a prevalência deste fenómeno na actualidade, caracterizando-o a partir dos dados existentes nalguns países ocidentais, em particular EUA e União Europeia.

1.2 Epidemiologia dos sem-abrigo

O número de indivíduos sem-abrigo é difícil de quantificar com exactidão, uma vez que se caracterizam pela sua natureza móvel e parcialmente visível e acessível, sendo mais facilmente quantificáveis quando entram em contacto com as instituições e serviços (Edgar, Doherty, & Meert, 2003; R. Kelly, 2001; Manoleas, 1996). Desta forma, os números descritos são quase sempre estimativas (Bento & Barreto, 2002).

Esta quantificação também varia de acordo com as metodologias de recolha de dados e, devido a não existir uma definição consensual sobre o conceito de sem-abrigo, apresenta-se como um termo e realidade imprecisa e abrangente (Bento & Barreto, 2002; Edgar, et al., 2003; K. Kelly & Caputo, 2007; Sousa & Almeida, 2001; Williams & Cheal, 2001).

Nos Estados Unidos, os sem-abrigo têm aumentado de forma dramática, em 1986 estimava-se que cerca de 3 milhões viviam nesta condição (Robertson & Cousineau, 1986) e que 3,5 milhões de pessoas já experienciaram estar sem-abrigo (Rokach, 2005). Um relatório realizado em 2008 em 23 cidades dos Estados Unidos refere que o número médio de famílias sem-abrigo a viver na rua é de 543 e de aproximadamente 9 mil em abrigos de emergência (Cochran, et al., 2008). Já a média de sem-abrigo adultos e solteiros é significativamente mais elevada, cerca de 12 mil americanos vivem na rua e 23 mil em abrigos. Os adultos jovens apresentam-se em menor número, cerca de 268 a dormir na rua e de 352 nos abrigos (Cochran, et al., 2008). O mesmo relatório refere ter existido um aumento de sem-abrigo em 2008, principalmente em famílias. Algumas causas apontadas para este facto estão relacionadas com factores económicos, alta taxa de desemprego e falta de mercado habitacional acessível. As causas diferem quando analisamos o grupo de sem-abrigo solteiros, aqui os três maiores factores identificados foram o abuso de drogas, o mercado da habitação e a doença mental. Cochran e colaboradores (2008) fazem ainda uma breve caracterização das pessoas que experienciaram estar sem-abrigo no ano de 2008. Nas 23 cidades inquiridas 26% das pessoas sofre de doença mental grave, identificando-se a doença mental grave como um factor de vulnerabilidade para se ser sem-abrigo. O desemprego foi identificado em 19% da população, seguido de pessoas vítimas de violência doméstica (15%), doentes físicos (13%), veteranos de guerra (13%) e pessoas com HIV (2%).

Na Europa o fenómeno dos sem-abrigo também tem aumentado significativamente. Um estudo publicado pela FEANTSA, realizado por Edgar e colaboradores (2003), dá-nos uma visão geral da dimensão da situação a nível europeu. Na Bélgica estima-se que no final dos anos 90 existissem cerca de 17 mil sem-abrigo nas cidades de Brussels, Flanders e Wallonia. Em França, dados relativos a 2003 mostram uma estimativa de cerca de 261 mil sem-abrigo, entre os quais pessoas que vivem na rua, em abrigos improvisados, instituições e em alojamento temporário. O mesmo relatório refere que na Grécia cerca de 17 mil pessoas já experienciaram esta condição, incluindo as que dormem na rua, em abrigos de emergência, refugiados e em

asilos. Em Itália as instituições que trabalham com sem-abrigo nas maiores cidades do país, referem existir cerca de 11 mil a 16 mil pessoas nesta situação no ano de 2002.

Esta realidade tem sofrido ao longo do tempo novas configurações sociais, tornando-se num fenómeno complexo e heterogéneo. Relativamente ao perfil dos sem-abrigo, a maioria dos países europeus documenta que estas pessoas são maioritariamente solteiros, contudo em países com a Itália e Irlanda tem vindo a crescer o número de famílias sem-abrigo (Edgar, et al., 2003). Os solteiros continuam a ser maioritariamente do sexo masculino, com idade superior a 25 anos (Bento & Barreto, 2002; Edgar, et al., 2003; Kim, Ford, Howard, & Bradford, 2010; Sousa & Almeida, 2001) e permanecem mais tempo na situação de sem-abrigo do que as mulheres (Kim, et al., 2010). Apesar de também atingir as mulheres o problema é mais escondido sendo mais difícil de quantificar, mas de forma geral, estima-se que cerca de 7 a 10% das pessoas que vivem na rua sejam mulheres. Sabe-se ainda que no geral estas pessoas não possuem relacionamentos íntimos e frequentemente recebem apoios sociais (Lauber, Lay, & Rossler, 2006). Estes dados permitem reconhecer o fenómeno como um grave problema social em toda a Europa, analisemos agora os principais estudos realizados em Espanha e Portugal.

Em Espanha, a principal investigação realizada teve como principal objectivo a caracterização sócio-demográfica, na qual se verificou que a maioria dos indivíduos são do sexo masculino, com uma média de idades de cerca de 40 anos, baixo nível educacional, solteiros, com experiências de institucionalizações psiquiátricas e/ou penais, desempregados e na sua maioria a viver na rua a mais de um ano (Muñoz & Vázquez, 1999). Relativamente ao número de sem-abrigo, não existem números oficiais, variando consoante a terminologia utilizada. Muñoz e Vázquez (1999) referem que tendo em conta a definição estabelecida pela FEANTSA, existem cerca de 225 a 250 mil pessoas sem-abrigo em Espanha.

Analisemos agora a situação em Portugal, segundo Bento (2002), esta problemática tem vindo a receber especial atenção, por parte das instituições, desde a década de 90, altura em que começaram a ser criados projectos direccionados a população sem-abrigo. Quanto aos estudos realizados, verificamos que na sua maioria incidem sobre a cidade de Lisboa, certamente devido a uma maior dimensão do fenómeno, comparativamente ao Porto.

O Laboratório Nacional de Engenharia Civil (LNEC), através do Grupo de Ecologia Social, no ano 2000, apresenta uma estimativa de 1366 sem-abrigo na cidade

de Lisboa, no período entre Fevereiro e Abril de 2000 (Bento & Barreto, 2002; Gil, et al., 2005). Por sua vez, um inquérito aplicado pela Câmara Municipal de Lisboa (2004) em 53 freguesias da cidade, identificou um total de 931 indivíduos (Gil, et al., 2005). Relativamente ao perfil dos sem-abrigo, Bento (2002) faz referência a um estudo realizado em 1996, na cidade de Lisboa, elaborado com base no trabalho da Equipa de Rua da Santa Casa da Misericórdia. Em termos gerais caracterizam-se por serem indivíduos do sexo masculino, de raça branca, naturalidade e nacionalidade portuguesas, idade entre os 35 e os 60 anos, escolaridade mínima, solteiro e sem filhos, sem contactos com a família, mendicidade pouco frequente e história de doenças psiquiátricas (alcoholismo, psicoses, toxicodependência). Outro estudo, realizado por Figueira e colaboradores (1995) também efectuado na cidade de Lisboa, no âmbito de um projecto designado *Apoio aos Sem-Abrigo da cidade de Lisboa*, encontraram também indivíduos predominantemente do sexo masculino, com baixa escolaridade, com consumo de drogas maior entre os jovens e consumo de álcool mais frequente em idades mais avançadas, sendo comum aos vários grupos etários o desapego à estrutura familiar (cit in Quintas, 2010, pp 20). Recentemente um estudo realizado na cidade do Porto, com uma amostra de 85 indivíduos, vai de encontro as características encontradas anteriormente em Lisboa, caracterizando-se por serem indivíduos do sexo masculino, com uma média de idades de 43 anos, baixa escolaridade, maioritariamente solteiros e cerca de 48% com institucionalizações psiquiátricas (Quintas, 2010). De forma geral, em Portugal o aumento do número de mulheres sem-abrigo parece estar relacionado com a maior visibilidade e prevalência do consumo de drogas. De qualquer forma, a realidade portuguesa acompanha a evolução internacional e o número baixo de mulheres sem-abrigo em relação aos homens parece ser explicado pelo facto de as mulheres recorrerem mais frequentemente a redes de apoio social e familiar para a resolução de problemas (Gil, et al., 2005).

De forma a uma melhor compreensão da dimensão do fenómeno, também têm sido realizados estudos no sentido de conhecer as causas que despoletam esta situação. Ao longo dos anos foram-se identificando diversos factores que poderão estar na origem desta problemática, no entanto ainda há muito a explorar. Têm sido apontadas sobretudo causas individuais (saúde, défices educacionais e profissionais, a desafiliação e a identificação cultural) e estruturais (políticas, económicas, habitacionais). A desafiliação é dos factores mais estudados, caracteriza-se por um processo de perda ou atenuação de laços afiliativos com as várias estruturas sociais: a família, a escola, o

trabalho, a religião, a política e o lazer (Bento & Barreto, 2002; Gil, et al., 2005; Main, 1998). No entanto este é um fenómeno que se caracteriza cada vez mais pela sua multidimensionalidade e multicausalidade (Bento & Barreto, 2002; Gil, et al., 2005; K. Kelly & Caputo, 2007; Levinson, 2004; Main, 1998; Muñoz & Vásquez, 1999). Noutra perspectiva, Muñoz e colaboradores (1999) propõem-nos outra forma de agrupamento destes factores de causalidade, em torno de quatro grupos com alguma coerência: materiais (crises económicas, pobreza), emocionais (relacionados com a perda de suporte social), pessoais (inclui a doença mental e física, e a solidão) e institucionais (relacionados com todos os tipos de instituições).

Gil e colaboradores (2005) identificam como principais motivos de configuração da condição de sem-abrigo, as rupturas familiares ou conjugais, os problemas de saúde, o desemprego e a falta de alojamento. Tipicamente, os sem-abrigo têm falta de trabalho com remunerações adequadas e falta habitação a preços acessíveis, vivendo muitas vezes em “barracas”, viaturas e abrigos, deixando transparecer uma extrema pobreza (Bento & Barreto, 2002; R. Kelly, 2001). Podemos dizer que pobreza é um factor importante, no entanto não é determinante. Muitas pessoas extremamente pobres parecem ter recursos semelhantes aos dos sem-abrigo, no entanto, apenas uma pequena percentagem destes se vê nesta condição (Bento & Barreto, 2002; Muñoz & Vásquez, 1999). O estudo realizado por Quintas (2010) mostra que as causas mais apontadas na sua amostra são a ruptura conjugal, seguida da toxicod dependência e do alcoolismo.

A desinstitucionalização também tem sido apontada como causa deste fenómeno devido à abolição dos hospitais psiquiátricos a que se assistiu, nomeadamente em Portugal, desde a década de 60 (Borchard, 2009; Gil, et al., 2005; Sousa & Almeida, 2001). Em Portugal, o número de camas nos hospitais psiquiátricos tem vindo a diminuir progressivamente, este processo parece não ter sido tão drástico como nos EUA ou no Reino Unido. Segundo Bento (2002) actualmente, e ao contrário do que se pensava, considera-se que se as desinstitucionalizações forem bem conduzidas, não são responsáveis pelo aumento de sem-abrigo. Mais do que a própria desinstitucionalização, a forma como esta é implementada e conduzida poderá influenciar neste fenómeno. A título de exemplo o autor refere que apesar da desinstitucionalização nos Estados Unidos se ter iniciado na década de 50, só na década de 80 o fenómeno dos sem abrigo ganhou visibilidade, ponto em causa a relação directa deste fenómeno com o aumento de pessoas a viver nesta condição.

Relativamente aos problemas de saúde, a caracterização realizada por Gil e colaboradores (2005), destaca a associação de fenómenos de toxicodependência, o alcoolismo, doença física e mental. Os principais problemas de saúde física identificados foram a tuberculose, cancro, problemas respiratórios, hepatites, problemas de ossos e de coluna. Quanto a doença mental, a esquizofrenia é a patologia psiquiátrica mais frequente nos sem-abrigo estando muitas vezes associada a consumos de álcool e drogas (Bento & Barreto, 2002). Actualmente, considera-se que a doença mental precede geralmente a condição de sem-abrigo, sendo que o risco de ficar sem-abrigo para os doentes com esquizofrenia é dez vezes maior do que para a população em geral (Bento & Barreto, 2002). Sabe-se que a maioria dos sem-abrigo com doença mental já apresentavam esta condição antes de estarem na rua (Bento & Barreto, 2002). No entanto seja uma causa ou uma consequência desta condição, a existência de problemas de saúde mental, dificulta a inserção na sociedade, sendo ainda mais agravada, quando a par dela, encontramos a problemática da toxicodependência, do alcoolismo, o afastamento da rede de suporte afectivo e falta de serviços de saúde apropriados a esta população (Bento & Barreto, 2002; R. Kelly, 2001; Main, 1998).

Tentamos de forma breve caracterizar a população em estudo, definindo o conceito de sem-abrigo, a dimensão do fenómeno e as causas associadas à problemática em estudo. Seguidamente abordamos o conceito de estilo de vida e os comportamentos de saúde/doença que lhe estão implícitos.

2. Estilos de vida

Iremos começar por efectuar algumas considerações sobre o conceito de estilo de vida e saúde, abordando os comportamentos que definem um estilo de vida saudável.

2.1 Universo conceptual acerca dos estilos de vida

Estilo de vida é um conceito proveniente das teorias sociológicas e há muito existente também na Psicologia (Guerra, 1993; Rodrigues, 1992). Literalmente é a tradução da palavra inglesa “*lifestyle*”, sendo que a maioria dos dicionários não faz referência à palavra até ao ano de 1970 (Coreil, Levin, & Jaco, 1985). Ao longo do tempo, este conceito tem sido utilizado de diversas formas incluindo modos de vida, hábitos de vida, entre outros, existindo por vezes conteúdos e referências contraditórias (Guerra, 1993). Na perspectiva sociológica, os modos de vida incidem sobre os

comportamentos da vida quotidiana que nos remetem para a esfera familiar (Guerra, 1993), para as escolhas comportamentais e padrões de consumo (Blaxter, 1990) e também para a forma de viver que conduz as pessoas no seu dia-a-dia (Jensen, Decker, & Andersen, 2006). Desta forma, a perspectiva sociológica vê o estilo de vida como um padrão de comportamentos, crenças, valores e atitudes (Amaro, Johann, & Meira, 2007). Amaro e colaboradores (2007) referem que o estilo de vida e as oportunidades de vida, bens e serviços definem a classe social a que pertence o indivíduo, reflectindo as suas actividades, interesses e as opiniões. Por sua vez Rapley (2003) refere que estilo de vida é um conceito amplo que engloba a pessoa como um todo em todos os aspectos da sua vida, combinados para influenciar a saúde de um indivíduo e traduzindo-se na satisfação, bem-estar e qualidade de vida.

O século XX foi marcado pelo avanço da tecnologia e da ciência de forma a prevenir e combater as doenças, chegando-se a conclusão que as escolhas que fazemos no dia-a-dia, são de importância vital para a saúde (Madureira, Fonseca, & Maia, 2003). Promover a saúde e viver de forma saudável, assim como compreender os comportamentos associados à doença, são áreas de crescente interesse para investigação em sociologia e psicologia da saúde (Bowling, 2004). Os estilos de vida representam parte do campo de investigação referido, uma vez que a forma como vivemos afecta a nossa saúde, havendo um crescente cuidado em fomentar estilos de vida saudáveis. Esta área de investigação também tem aumentado a sua visibilidade na antropologia e nas ciências da saúde (Huss-Ashmore, Schall, & Hediger, 1992).

Para uma melhor compreensão do que define um estilo de vida saudável é importante sabermos o que se entende por saúde. A saúde pode ser definida como "um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou efemeridade" (WHO, 2001). Este estado é influenciado por múltiplos determinantes. Añez e colaboradores (2008) propõem que essas determinantes sejam agrupadas em cinco categorias, nos quais se encontram os elementos fundamentais para uma vida saudável. A primeira categoria é o ambiente socioeconómico, no qual estão incluídos o ter um trabalho, a educação e factores sociais no local de trabalho. A segunda categoria é o ambiente físico natural ou construído pelo homem, como o clima e habitação. A terceira categoria engloba as atitudes pessoais, cujos comportamentos podem ser benéficos ou prejudiciais para a saúde. Na quarta categoria encontramos as características individuais como a genética, a fisiologia, as competências pessoais e o sentimento de auto-controlo. O último grupo refere-se aos serviços de saúde quer sejam

de recuperação, manutenção ou promoção da mesma. Outros autores também referem que o trabalho, a casa, o ambiente físico, social (Blaxter, 1990; Harrman, Saxena, & Moodie, 2005) e a família têm um efeito directo na saúde, influenciando o comportamento diário do indivíduo (Crouch, 2007).

O conceito de estilo de vida surge no âmbito das ciências da saúde na Segunda Revolução da Saúde, devido à constatação que as doenças que contribuían para uma maior mortalidade estavam associadas a padrões de comportamentos da população. Assim considerou-se o estilo de vida, como o conjunto de decisões individuais que afectam a vida de uma pessoa e sobre as quais esta tem algum controlo (Albuquerque & Oliveira, 2002). Coreil e colaboradores (1985) mencionam alguns estudos realizados entre 1972 e 1983 nos quais o conceito de estilo de vida é citado, no sentido de identificar comportamentos específicos como factores de risco para doenças e morte accidental, das quais se destacam o consumo de tabaco, álcool, ausência de exercício físico, alimentação desequilibrada e má gestão do stress. Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (1988) define estilo de vida como o «conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais», ou ainda como «um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados que dependem das condições económicas, da educação, da idade e de muitos outros factores» (cit in Ribeiro, 2004, pp 388). Outra definição refere que o estilo de vida implica a escolha de actividades diárias e da alimentação (o que comemos, bebemos e quando) quando e como fazemos exercício, as formas que escolhemos para relaxar e enfrentar o stress, como comunicamos com os outros, o tipo e a quantidade de produtos que consumimos, como nos relacionamos com o ambiente e como usamos o nosso tempo para o lazer (Blaxter, 1990; Harrman, et al., 2005; Ribeiro, 1989).

Actualmente o estilo de vida é caracterizado por padrões de comportamento consistentes, que podem ter um efeito significativo na saúde da população e está relacionado com diversos aspectos que reflectem as atitudes, valores e as oportunidades ao longo da vida da pessoa (Añez, Reis, & Petroski, 2008; Kunzmann, Stange, & Jordan, 2005; Lawson & Tood, 2002). Segundo Jensen (2009), o estilo de vida é também uma questão de oportunidade e de escolha. A oportunidade pode ser vista como o que a estrutura da sociedade nos pode oferecer e a escolha está relacionada com o indivíduo (Blaxter, 1990). A oferta da sociedade apresenta duas dimensões a ter em consideração quando se fala em estilo de vida, os padrões culturais e económicos, que diferem de país para país e mesmo de cidade para cidade (Blaxter, 1990), influenciando

os estilos de vida vigentes. Os factores socioeconómicos parecem ter grande influência do estilo de vida de uma pessoa. Os indivíduos que apresentam um nível socioeconómico mais elevado tendem a ter estilos de vida mais saudáveis, procurando ter uma boa saúde que os permita ter uma vida mais longa, com melhor qualidade e funcionalidade (Bowling, 2004).

O conhecimento sobre o que caracteriza uma vida saudável remota a tempos antigos, já os Chineses há 5000 anos atrás referiram que a chave para uma vida longa passa por uma alimentação correcta, descanso, equilíbrio emocional e actividade física (Martinsen & Ragil, 2007). Apesar deste conhecimento, Kinger (2005) refere que não é fácil identificar e dissipar os factores que actualmente tornam o nosso estilo de vida negativo e pouco saudável. Embora alguns comportamentos sejam facilmente detectados como nocivos para a saúde, como o consumo de álcool e tabaco, falta de exercício físico, o aumento do peso e uma dieta pouco rica em fibra (Harris, Oelbaum, & Flomo, 2007; Kinger, 2005; Rippe & Angelopoulos, 2008), muitas vezes o próprio contexto onde o indivíduo se insere funciona como barreira a uma alteração do estilo de vida. A título ilustrativo, uma família que utiliza a televisão como uma actividade de lazer regularmente vai contribuir como um reforço ao comportamento não saudável (Harris, et al., 2007). A família tem um papel importante desde cedo no estilo de vida de uma pessoa, é ela que modela e transmite valores, atitudes e comportamentos que influenciam a saúde (Crouch, 2007). Um estudo realizado em Portugal, por Silva e colaboradores (2004) de carácter qualitativo, com uma amostra de 120 indivíduos com idade superior a 25 anos, de norte a sul do país, concluiu que os resultados são indicativos da existência, por parte da população, de informação e conhecimentos de base científico-médica do que deve ser uma vida saudável (cit in Valente, 2010). Apesar de existir conhecimento e evidência sobre estes factos verifica-se que grande percentagem da população não pratica estilos de vida saudáveis (Añez, et al., 2008).

Nas últimas duas décadas as mudanças nos estilos de vida e nos comportamentos de saúde têm sido associadas, a nível mundial, às alterações nos padrões de morbilidade e mortalidade (Añez, et al., 2008; Frankish, Milligan, & Reid, 1998; Huss-Ashmore, et al., 1992; Kinger, 2005; Martinsen & Ragil, 2007; Morris & Mohammed, 2005; Rippe & Angelopoulos, 2008). As doenças mais frequentes no mundo ocidental devido a estilos de vida pouco saudáveis são a obesidade, diabetes tipo II, hipertensão arterial, asma, apneia do sono, cancro, assim como maior incidência de problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade e baixa auto-estima (Leite, et al., 2009; Melnyk, et

al., 2006). Nos Estados Unidos, as principais causas de morte são as doenças do coração, neoplasmas malignos, doenças cerebrovasculares e doenças do trato respiratório, sendo que 1 milhão entre os 2,4 milhões de mortes, registadas em 2000 pelo *Centers for Diseases Control and Prevention*, se devem a factores relacionados com o estilo de vida (Harris, et al., 2007). Outros estudos mostram que as doenças cardiovasculares e a diabetes tipo II partilham os mesmos factores de risco e podem ser prevenidas através da adopção de estilos de vida e hábitos saudáveis (Rippe & Angelopoulos, 2008).

Grande parte das patologias anteriormente referidas podem ser prevenidas efectuando alterações no dia-a-dia do indivíduo que promovam uma vida saudável (Añez, et al., 2008; Crouch, 2007; Kingler, 2005; Martinsen & Ragil, 2007), através da modificação de ideias, atitudes, comportamentos e escolhas (Amaro, et al., 2007; Melnyk, et al., 2006), que poderão actuar como factores protectores da saúde, fazendo com que o indivíduo proteja, promova ou mantenha a sua saúde (Bowling, 2004). Um estilo de vida saudável, organizado em torno de um conjunto de comportamentos de saúde voluntários, baseados em escolhas individuais (Bowling, 2004) pode ser definido pela prática dos seguintes comportamentos: não fumar, não beber álcool diariamente, ter uma alimentação equilibrada, dormir sete a oito horas por dia, fazer exercício físico duas a três vezes por semana e ter um dia-a-dia com stress reduzido, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e promoção da saúde (Suwazono, Okubo, Kobayashi, Kido, & Nogawa, 2003). Harris e colaboradores (2007) propõem-nos que as mudanças no estilo de vida passam pela *eliminação* de alguns comportamentos não saudáveis (como o consumo de tabaco), a *modificação* de outros comportamentos desajustados (alterar a dieta diária) ou a *iniciação* de comportamentos saudáveis (começar a fazer exercício físico). Esta mudança envolve vários determinantes e está relacionada com um vasto número de agentes, incluindo o social, psicológico, cultural e o ambiente, mas os mais poderosos são os factores individuais como o estado conjugal, o nível educacional, o temperamento e a personalidade (Harris, et al., 2007). A literatura refere que o suporte social é também um factor de extrema importância, estando constatado que as modificações no estilo de vida são mais eficazes quando as pessoas (família/amigos/vizinhos) que rodeiam o indivíduo são incluídas na intervenção (Harris, et al., 2007).

Um estudo efectuado pela *British Heart Foundation*, mostra que após dois anos de intervenção com a população britânica, as mudanças positivas do estilo de vida

estavam associadas a melhorias da saúde mental e saúde total, evidenciando que associação entre estilos de vida com a saúde total, foi estatisticamente menos significativa do que as mudanças associadas à saúde mental (Blank, Grimsley, Goyder, Ellis, & Peters, 2007b). Contudo, a investigação sobre os benefícios das alterações do estilo de vida para a saúde mental são relativamente recentes (Jensen, et al., 2006; Martinsen & Ragil, 2007).

Outro factor que começou a ser estudado é o lazer, alguns autores referem que as actividades de lazer contribuem para a saúde e para o bem-estar do ser humano, perspectivando o lazer como um factor protector para a saúde (Caldwell, 2005). Uma revisão da literatura mostra-nos ainda que o lazer pode contribuir para a saúde física, emocional, social e cognitiva (Caldwell, 2005; Frankish, et al., 1998; Henderson & Bialeschki, 2005). Do ponto de vista da terapia ocupacional, o lazer promove a saúde, uma vez que as actividades significativas para o indivíduo influenciam a inclusão social e a auto-expressão, desenvolvendo o potencial humano. Caldwell (2005) refere que as actividades de lazer apresentam uma correlação positiva com baixos níveis de ansiedade e depressão junto de mulheres cuja satisfação no trabalho é baixa. A mesma autora menciona que actividades de lazer sociais e significativas para as pessoas influenciam de forma positiva a sua saúde mental, principalmente no que respeita à valorização pessoal e sentimento de auto-eficácia. Por outro lado, Passmore e colaboradores (2000) referem que o lazer passivo e pouco aliciante (como ver televisão ou estar sozinho) está significativamente relacionado com resultados negativos da saúde mental (cit in Caldwell, 2005).

Actualmente estudos científicos identificam algumas evidências que enfatizam a importância da redefinição do estilo de vida para os indivíduos com doença mental e sua recuperação (Jensen, et al., 2006). As doenças mentais têm vindo a ser identificadas como um grave problema de saúde pública e entre as mais comuns estão a depressão, perturbações da ansiedade e o consumo de substâncias (Martinsen & Ragil, 2007). Os estilos de vida pouco saudáveis, caracterizados por inactividade, consumo de tabaco, dietas ricas em calorias e gorduras contribuem para o desenvolvimento de doenças crónicas e morte prematura destes indivíduos (Jensen, et al., 2006; Morris & Mohammed, 2005; Terre, 2007). A saúde mental também é afectada por outros factores presentes do estilo de vida moderno, tais como, a má qualidade do sono, baixas quantidades ómega 3, falta de exercício, de luz solar e reduzida socialização (Gool, et al., 2006; Heath & Berman, 2008; Martinsen & Ragil, 2007). A bibliografia refere que

os médicos de clínica geral e os psiquiatras não prestam muita atenção a saúde física dos doentes mentais e as dificuldades que a maioria destas pessoas apresentam na comunicação e interpretação dos sintomas da doença física, constituiu muitas vezes uma barreira no diagnóstico e tratamento das co-morbilidades associadas (Jensen, et al., 2006; Osborn, 2001).

As pessoas com doença mental crónica apresentam uma taxa de mortalidade e morbilidade elevadas, quando comparadas com a população em geral, mesmo quando se excluem os casos de suicídio (Jensen, et al., 2006; Osborn, 2001). Relativamente a esquizofrenia sabe-se que estes doentes apresentam uma elevada taxa de mortalidade, vivendo aproximadamente menos 10 anos do que a restante população (Chuang, Mansell, & Patten, 2008; Connolly & Kelly, 2005). Estudos recentes mostram que pessoas com esquizofrenia apresentam maiores taxas de doença cardiovascular, incluindo enfarte do miocárdio, do que a população geral. Existe também uma forte associação entre as doenças cardiovasculares e a diabetes com patologias como a depressão e a doença bipolar (Martinsen & Ragil, 2007; Morris & Mohammed, 2005; Osborn, 2001).

A abordagem da redefinição dos estilos de vida, como complementar ao tratamento da depressão tem sido cada vez mais estudada e utilizada (Heath & Berman, 2008). Actualmente vários estudos mostram uma forte correlação entre um estilo de vida sedentário e a depressão em mulheres e homens (Jensen, et al., 2006; Martinsen & Ragil, 2007). Por outro lado a actividade física pode actuar como factor protector contra a doença, desenvolve a auto-estima, reduz a ansiedade e fomenta o bem-estar, promovendo a saúde mental da população (Blank, Grimsley, Goyder, Ellis, & Peters, 2007a; Gool, et al., 2006; Stella, et al., 2005). A falta de actividade nestes pacientes vai fazer com que muitos apresentem uma força muscular reduzida, baixa resistência e uma capacidade física para o trabalho diminuída, quando comparados com a população em geral (Martinsen & Ragil, 2007). Esta vida sedentária leva a uma perda de energia generalizada que é prejudicial à capacidade de auto-cuidado e afecta a socialização (Saric, 2009). Um estudo longitudinal revela que a participação numa actividade física durante 30 minutos diários, está associada a ausência de depressão num período de follow-up (Gool, et al., 2006), mostrando o quanto importante pode ser uma redefinição do estilo de vida destes indivíduos.

Sabemos ainda que a nutrição tem um papel fundamental no aparecimento de diabetes e das doenças coronárias, mas tem existido poucas investigações que estudem a

relação entre a nutrição e a depressão em doentes mentais (Jensen, et al., 2006; Martinsen & Ragil, 2007). O tabaco é outro factor prejudicial à saúde e os seus malefícios são bem conhecidos, sendo considerado uma dependência química e um dos principais factores de risco para inúmeras doenças (Leite, et al., 2009). As pessoas com doença mental apresentam o dobro da prevalência no consumo de tabaco comparando com a população em geral e a dificuldade para deixarem este hábito é acrescida, uma vez que os sintomas da abstinência, semelhantes aos da ansiedade e depressão, podem ser sentidos de forma mais intensa (Martinsen & Ragil, 2007).

Depois de percebermos o que define um estilo de vida, assim como o seu impacto na saúde física e mental iremos de seguida caracterizar os comportamentos que definem o estilo de vida dos sem-abrigo e os seus efeitos na saúde.

3.Saúde e estilo de vida dos sem-abrigo

Actualmente, considera-se que a saúde de uma população é determinada por diversos factores abrangendo o património biológico e genético, o desenvolvimento saudável e o acesso aos serviços de saúde, o meio físico envolvente e as capacidades de adaptação à vida diária, o nível económico, o emprego e as condições de trabalho, as redes de suporte social e a educação (Quintas, 2010). Contudo, os sem-abrigo carecem de muitos destes aspectos, o que poderá afectar a sua saúde, despertando o interesse para a investigação neste domínio. Concomitantemente, esta população tende a apresentar um largo espectro de problemas de saúde mental e física, distribuídas de forma generalizada, independentemente da idade ou género (Añez, et al., 2008; O'Neil, et al., 2007; Runquist & Reed, 2007; Stein, Nyamathi, & Zane, 2009; Wright & Tompkins, 2005). Estima-se que na União Europeia existam mais de 50 milhões de pobres, 3 milhões de pessoas sem-abrigo, destes cerca de um terço sofre de doenças mentais (Bento & Barreto, 2002).

Vários estudos documentam que a utilização dos serviços de saúde por parte dos sem-abrigo é baixa, existindo elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (Bhui, Shanahan, & Harding, 2006; Lauber, et al., 2006; Levinson, 2004; Runquist & Reed, 2007; Stein, et al., 2009; Wen, Hudak, & Hwang, 2007; Wright & Tompkins, 2005). Segundo Donohoe (2004), estima-se que a percentagem de mortalidade de um sem-abrigo adulto seja quatro vezes superior à da população em geral e a sua média de vida situa-se abaixo dos 45 anos de idade (cit in Quintas, 2010). Esta população apresenta

algumas vulnerabilidades específicas como o tempo de permanência nas ruas, a falta de recursos financeiros e não financeiros, assim como a dificuldade de satisfação das necessidades básicas, que actuam como barreiras para a não procura dos serviços de saúde (Runquist & Reed, 2007; Stein, et al., 2009; Wen, et al., 2007). Outro factor que actua como barreira no acesso á saúde é a discriminação sentida por estes indivíduos. Wen e colaboradores (2007) referem que muitas pessoas sem-abrigo não se sentem bem-vindos quando acedem a um serviço de saúde, pois sentem-se ignoradas, postas de lado, tratadas rudemente e apressadamente. A investigação refere que para reduzir esta susceptibilidade, a intervenção social e de saúde deverá passar por uma habitação segura, estabilidade financeira e por serviços de saúde apropriados (Runquist & Reed, 2007).

Estar sem-abrigo não é definido como um problema médico, em si mesmo, no entanto estas pessoas sofrem de várias doenças relacionadas com o seu estilo de vida (K. Kelly & Caputo, 2007; Smith, 1999). Relativamente à co-morbilidade entre doença física e condição de sem-abrigo, os estudos de caracterização encontrados na literatura reportam a existência de diversos problemas. Um estudo realizado num hospital de Nova York identifica os problemas respiratórios, as doenças de pele, o trauma e doenças infecciosas como as problemáticas mais frequentes na população sem-abrigo assistida, principalmente nos homens (Beijer & Andréasson, 2009). Os seus resultados apontam para uma prevalência de hospitalizações por doenças físicas consideravelmente superiores quando comparados com a população no geral (Beijer & Andréasson, 2009). A nível da doença física é ainda frequente encontrar doenças cardiovasculares associadas a hipertensão arterial, problemas dentários e patologias dos pés (Caton, 1990; Harris, et al., 2007; Wright & Tompkins, 2005). Este último problema surge devido a períodos longos a andar com sapatos inapropriados, longos períodos em pé que levam a edemas e falta de higiene (Caton, 1990; Harris, et al., 2007; Levinson, 2004; Wright & Tompkins, 2005). Outro estudo refere ainda a presença de dores articulares, problemas nos joelhos, patologias gastrointestinais e distúrbios do sono (Bhui, et al., 2006; Levinson, 2004).

Alguns dos comportamentos que fazem parte dos padrões de vida dos sem-abrigo são o consumo de tabaco, má nutrição e falta de actividade física, contribuindo para o aparecimento de diversas doenças (K. Kelly & Caputo, 2007; Levinson, 2004; Smith, 1999). Fumar aumenta o risco de doenças do coração, dos pulmões, enfisemas pulmonares e outras doenças respiratórias (Levinson, 2004). As pobres condições de

higiene, o dormir ao relento e falta de condições dos abrigos facilitam o aparecimento das doenças respiratórias, principalmente da tuberculose e dos problemas de pele (Caton, 1990; K. Kelly & Caputo, 2007; Levinson, 2004; Smith, 1999). Já a má nutrição e a falta de actividade física contribuem para o aumento do risco de hipertensão, doenças coronárias, diabetes e estão também associadas a alguns cancros (Harris, et al., 2007; Levinson, 2004). A alimentação dos sem-abrigo é muitas vezes fornecida através de grandes bancos alimentares, verificando-se uma dieta nutricionalmente desequilibrada, com pouca quantidade de fruta e legumes frescos, carência de proteínas e vitaminas e farináceos e hidratos de carbono em demasia (Quintas, 2010). Os consumidores de álcool e drogas normalmente apresentam um estado nutritivo fraco, uma vez que fazem poucas refeições por dia e chegam mesmo a não comer por longos períodos de tempo (Beijer & Andréasson, 2009).

As pessoas sem-abrigo, sobretudo as do sexo masculino, apresentam múltiplos factores de risco para a saúde, apresentando uma grande prevalência de consumo de álcool, drogas e comportamentos risco, como a prostituição, relações sexuais desprotegidas e partilha de material de consumo (Lauber, et al., 2006; Stein, et al., 2009; Wright & Tompkins, 2005) que justificam uma elevada prevalência de HIV, Hepatite B, C, tuberculose e outras doenças infecto-contagiosas (Beijer & Andréasson, 2009; Caton, 1990; K. Kelly & Caputo, 2007; Levinson, 2004; O'Neil, et al., 2007; Stein, et al., 2009). O uso de substâncias em pessoas com doença mental contribui para um estilo de vida ainda mais caótico, com crises recorrentes e comportamentos anti-sociais (Meisler, Blankertz, Santos, & McKay, 1997). Os jovens adolescentes que se encontram em situação de sem-abrigo apresentam um risco acrescido de problemas de saúde quer física, quer mental. Estes jovens são caracterizados como emocionalmente inseguros, infelizes e manifestam falta de auto-aceitação (Unger, Kipke, Simon, Montgomery, & Jonhson, 1997).

A co-morbilidade entre doença mental e a condição de sem-abrigo parece ser também relativamente alta e independente do género e idade. Coloca-se a questão sobre se a condição de sem-abrigo é causa ou consequência da doença mental, sem dúvida que a doença mental representa um factor de risco e vulnerabilidade que pode conduzir a esta situação, uma vez que a funcionalidade e autonomia dos sujeitos ficam profundamente afectadas (Bento & Barreto, 2002; Mojtabai, 2005). Alguns estudos apontam que a vulnerabilidade para os doentes mentais se tornarem sem-abrigo é resultado da sintomatologia, nomeadamente de sintomas como delírios persecutórios,

alucinações auditivas, comportamentos bizarros e negligência com a higiene pessoal, impedindo o estabelecimento de relacionamentos interpessoais, podendo conduzir à alienação e ao isolamento (Mojtabai, 2005). No entanto, os sintomas psicóticos podem cumprir funções defensivas, o delírio, seja ele de filiação, de poder ou de ligação, fornece um mundo alternativo que providencia sentimentos de intimidade e onnipotência contrastando com o seu estado actual (Bento & Barreto, 2002). Noutra perspectiva, segundo Helfrich & Fogg (2007), os adultos com doença mental manifestam maior risco de viver como sem-abrigo e por sua vez os sem-abrigo são mais propensos à doença se não houver intervenção junto dos mesmos. Os mesmos autores referem ainda que os sem-abrigo que são doentes mentais permanecem mais dias na rua, têm uma qualidade de vida mais pobre e manifestam mais dificuldade na satisfação das necessidades de subsistência, sem as competências básicas necessárias para viverem de forma independente. Este facto evidencia uma vez mais as dificuldades de manutenção e acesso à saúde presentes nesta população.

O estudo realizado por Bento (2002), na cidade de Lisboa, numa amostra de 511 sem-abrigo, sobre a prevalência de perturbações psiquiátricas, refere que 32% dos sujeitos apresentava o diagnóstico de alcoolismo, 17% de dependência de outros tóxicos e de 10%, de esquizofrenia e perturbações da personalidade. O autor refere que a comorbilidade é frequente e coerente com outros estudos realizados anteriormente. Mais recentemente o estudo realizado na cidade do Porto, com uma amostra de 85 sem-abrigo refere que a perturbação da personalidade (15%) é o distúrbio mais frequente, seguido das perturbações do humor, a perturbação psicótica (4%) surge como a condição menos frequente, relativamente ao consumo de substâncias verificou-se que 54% dos indivíduos eram dependentes de álcool e 40% de drogas (Quintas, 2010).

A saúde mental destes indivíduos, também é afectada por um factor que é importante referir, o estigma social experienciado pelos sem-abrigo. O estigma compreende percepções negativas extremas e rejeição social do indivíduo, despedaçando a sua identidade, desacreditando-o e impedindo-o de ser socialmente aceite (Bento & Barreto, 2002; Wen, et al., 2007) e tal como referimos anteriormente, actua como obstáculo no acesso à saúde. Muitos dos estereótipos criados sobre os sem-abrigo, tendem a exacerbar certas características existentes nesta população, como o consumo de álcool e de drogas. O indivíduo passa muitas vezes do «sem-abrigo» para o «drogado», ou o «alcoólico» (Bento & Barreto, 2002). Outros estereótipos existentes retratam estes indivíduos como preguiçosos, defeituosos fisicamente e mentalmente,

moralmente pobres, com falta de carácter e perigosos, atribuindo muitas vezes culpa ao próprio indivíduo pela situação em que se encontra, esquecendo todos os factores que poderão ter levado a este estado (Bento & Barreto, 2002; Bhui, et al., 2006; Borchard, 2009; Hocking & Lawrence, 2000). Este processo de estigmatização é externo, mas muitas vezes acaba por ser interiorizado, agravando a sua condição, podendo mesmo levar à depressão ou ao suicídio (Bento & Barreto, 2002; Kidd, 2007). Kidd (2007), refere que o estigma percebido pelos sem-abrigo varia dependendo da etnia, orientação sexual, actividade de subsistência e do tempo total de permanência nas ruas. O seu estudo apresenta uma relação significativa entre o estigma sentido e a presença de sentimentos de baixa auto-estima, ideação suicida, solidão, sentimentos de culpa e de vergonha. O estigma associado a doença mental e aos sem-abrigo constitui ainda uma barreira na aquisição e manutenção de um emprego, pois muitas vezes os empregadores rejeitam pessoas com histórias de vida de rua ou doentes mentais (Manoleas, 1996). Desta forma, estas pessoas encontram-se em desvantagem economicamente, vivem num estado contínuo de desemprego ou com empregos irregulares e precários (Beijer & Andréasson, 2009; Levinson, 2004). O estigma existente nesta população é, em parte, explicado pela falta de conhecimento e de experiências de comunicação com estes indivíduos (Hocking & Lawrence, 2000).

Nos sem-abrigo, principalmente com doenças psiquiátricas associadas, também encontramos problemas relacionados com a performance ocupacional a nível dos autocuidados, na procura e manutenção de um emprego, no envolvimento em actividades de lazer e na participação social (Heuchemer & Josephsson, 2006). A investigação sobre as dinâmicas sócio-espaciais dos sem-abrigo é ainda reduzida, assim como o conhecimento sobre o seu dia-a-dia e lutas diárias para a sobrevivência (Snow & Mulcahy, 2001). O seu estilo de vida, ou as circunstâncias da vida, são precisamente visíveis através da observação das actividades diárias que necessitam para subsistir. Entre as mais importantes tarefas estão a procura de abrigo, de um local para dormir, de casas de banho públicas e de comida (Manoleas, 1996; Snow & Mulcahy, 2001), constituindo um constante desafio ao seu bem-estar físico e emocional (K. Kelly & Caputo, 2007). No entanto, pouco se sabe sobre que outro tipo de actividades, como por exemplo que actividades de lazer, definem o seu estilo de vida (Borchard, 2009). Muitas vezes estas actividades diárias são facilitadas ou impedidas por aspectos organizacionais, políticos, morais, espaciais ou ecológicos, levando a que os sem-abrigo criem rotinas adaptativas para a sua subsistência (Snow & Mulcahy, 2001). Grande parte do seu

tempo é passado nas ruas, parques e espaços públicos, muitos dormem ao frio e a chuva, correm risco de serem roubados e maltratados, aparentam um aspecto sujo, falta de higiene e roupa inadequada (K. Kelly & Caputo, 2007; Manoleas, 1996).

A existência de uma casa influencia directamente a saúde, casas com falta de saneamento, apinhadas e com ventilação inadequada apresentam uma clara associação com diagnósticos de infecções respiratórias, asma, meningite e saúde mental pobre, sendo este o caso dos sem-abrigo e das pessoas que vivem em condições de pobreza extrema (Stein, et al., 2009; Wright & Tompkins, 2005). O sono também é afectado pela vida na rua, sendo perturbado por barulhos, pela dificuldade de controlar a temperatura corporal e falta de conforto, os sem-abrigo encontram-se privados de um sono tranquilo e proporcionador de um verdadeiro descanso (Runquist & Reed, 2007). Tendo em conta estes factos verifica-se que, quando os indivíduos dormem ou vivem em abrigos ou albergues têm mais probabilidade de utilizar serviços de saúde, apresentam um estado de saúde melhor e menor utilização de drogas intravenosas (Stein, et al., 2009).

Atendendo a este conhecimento é importante que a abordagem aos sem-abrigo vise cada vez mais uma especial atenção por parte da saúde, através da intervenção no seu estilo de vida. Um estudo realizado nos Estados Unidos, com veteranos de guerra que viviam num abrigo, mostrou que o estilo de vida está associado com a taxa de recaída nestes indivíduos. O envolvimento num estilo de vida saudável, caracterizado por manutenção da abstinência de substâncias, participação em actividades de lazer, socialização, contacto com a família e aprendizagem de estratégias de *coping*, está associado a um menor risco dos indivíduos voltarem para a rua e recaírem no consumo de substâncias (LePage & Garcia-Rea, 2008). Verificou-se que os indivíduos que identificaram actividades de lazer satisfatórias apresentavam menor taxa de recaída no álcool do que os que não tinham um lazer satisfatório. Sendo que o “aborrecimento” e a falta de actividades de lazer disponíveis foram identificados como os factores que mais antecediam à recaída e a situação de sem-abrigo. O suporte social prestado pela família e pela comunidade foi associado a uma melhoria no processo de *recovery* e a diminuição da recaída. Por sua vez, o stress e a incapacidade de lidar com o mesmo demonstraram contribuir para a recaída (LePage & Garcia-Rea, 2008). A estabilidade e a motivação para mudança de vida são facilitadas pelo envolvimento num trabalho com significado pessoal, por ter uma residência estável e por melhoria das competências escolares (MacKnee & Mervyn, 2002). Tendo em conta a consciência desta realidade

cabe aos profissionais capacitados intervir para uma melhoria da qualidade de vida destes indivíduos, nomeadamente através da mudança e redefinição do estilo de vida.

Ao longo deste capítulo, vimos que o conceito de sem-abrigo apresenta uma vasta diversidade de perspectivas, dificultando a definição de um conceito claramente operacionalizável. Contudo, a definição da FEANTSA reúne mais unanimidade a nível europeu e define sem-abrigo como alguém que é incapaz de aceder e manter uma habitação adequada pelos seus próprios meios, ou incapaz de manter alojamento com a ajuda dos serviços sociais (cit in Muñoz & Vasquez, 1999). O processo que leva alguém a tornar-se sem-abrigo apresenta-se como um fenómeno multifactorial, identificando-se factores estruturais e pessoais que através de um somatório de perdas conduzem o indivíduo ao estado mais profundo de pobreza extrema e exclusão social. Viver nesta condição remete estas pessoas para uma situação de privação por falta de recursos, da qual resultam más condições de vida, nomeadamente uma saúde gravemente comprometida. Actualmente considera-se que os comportamentos que definem o estilo de vida de um indivíduo influenciam de forma significativa a sua saúde, nomeadamente a alimentação, o exercício físico o consumo de substâncias, o descanso e a gestão do stress. Tendo em conta as adversidades de uma vida na rua questionamo-nos sobre qual será a realidade dos sem-abrigo que habitam na cidade do Porto, quais serão os comportamentos que definem o seu estilo de vida e que comprometimento poderão ter para a sua saúde. Estas interrogações foram o ponto de partida para o estudo empírico que apresentamos de seguida.

Capítulo II
Estudo Empírico

Inicialmente neste capítulo iremos descrever a metodologia utilizada no âmbito do estudo empírico realizado, seguindo-se a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

1. Metodologia

Este estudo tem como temática os estilos de vida da população sem-abrigo da cidade do Porto, possui um carácter exploratório, tratando-se de um estudo observacional, descritivo e transversal. Este tipo de estudo permite-nos fornecer informação a cerca da população em estudo através de dados recolhidos num único momento.

Assumimos como **objectivos** caracterizar os sem-abrigo da Cidade do Porto, clarificando os comportamentos que tipificam o seu estilo de vida e, concomitantemente, analisando a sua relação com presença de sintomatologia psicopatológica. Colocamos como **hipóteses**:

H1: Que o perfil genérico dos sem-abrigo da cidade do Porto, vá de encontro aos de estudos realizados anteriormente a nível nacional, caracterizando-se de forma geral por indivíduos do sexo masculino, com idade entre os 40 e os 50 anos, solteiros e sem filhos, de nacionalidade Portuguesa e baixa escolaridade.

H2: Seguindo a tendência de estudos anteriores, perspectivamos que o estilo de vida se caracterize globalmente por comportamentos de risco, consumo de substâncias, reduzida prática de exercício físico, alimentação pouco saudável, padrões de sono de reduzida qualidade, reduzida socialização e elevado nível de stress.

H3: Que a presença de um estilo de vida, caracterizado por comportamentos pouco saudáveis para a saúde, se encontre correlacionado com presença de sintomatologia psicopatológica.

Descreveremos de seguida os instrumentos e procedimentos utilizados no estudo empírico, para em seguida caracterizarmos a amostra em estudo.

1.1 Instrumentos

Para a recolha de dados junto desta população, tendo em conta que não encontramos na literatura nenhum questionário adaptado e validado para a cultura portuguesa sobre estilos de vida, optamos por construir um questionário (anexo I), baseado em instrumentos que fomos consultando em estudos sobre Estilos de vida que de seguida iremos referir. O questionário é especialmente adequado para conhecer uma

população, através das suas condições e modos de vida, os seus comportamentos, os seus valores e opiniões (Quivy & Campenhoudt, 1998).

O questionário por nós elaborado inicia com um grupo de 11 itens, no qual começamos por incluir questões de carácter sócio-demográfico (sexo, estado civil, habilitações literárias e se tem filhos) seguindo-se informação relativa à idade, peso e altura, que nos permitiram obter o índice de massa corporal segundo a escala habitualmente utilizada (inferior a 18.5 magro; 18.5 a 24.9 saudável; 25 a 29.9 excesso de peso; 30 a 34.9 obesidade grau I; 35 a 39.9 obesidade grau II; superior a 40 obesidade grau II). Em seguida solicitamos informação sobre a profissão actual ou última que exerceu, bem como a descrição de como ocupam o seu dia, inquirindo ainda sobre quais actividades que realizam que consideram ser lazer ou trabalho. Este dados de caracterização demográfica dos sujeitos foram complementados com a informação que obtivemos a partir de uma base de dados disponibilizada pela Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas sem-abrigo. Retiramos informação relativamente ao sexo, nacionalidade, tipo de agregado, redes de sociabilidade, alojamento anterior a recolha da informação, tempo de permanência no alojamento identificado, há quanto tempo se encontra na situação actual, razões para a situação actual, actividade principal, principal fonte de rendimento, habilitações escolares e principais necessidades de apoio.

No segundo grupo, constituído por 5 itens, começamos por incluir questões relativas aos hábitos tabágicos e cuidados gerais com a saúde, tendo como referência para a elaboração destas questões o questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (Ribeiro, 2004) e acrescentando outras que nos pareceram pertinentes para o estudo. Neste grupo de questões incluímos ainda itens relacionados com gestão de dinheiro e o local onde realizam as refeições, retirados e adaptados do *Mayers Life-Style Questionnaire (2)* (Mayers, 2003).

O terceiro grupo inclui 47 itens, cujas respostas foram efectuadas de acordo com uma escala tipo Likert de 5 posições (nunca; algumas vezes por ano; algumas vezes por mês, algumas vezes por semana, todos os dias). Os itens estão agrupados em 7 dimensões, a primeira dimensão, Cuidados Pessoais é constituída por 7 itens, extraídos e adaptados do *Mayers Life-Style Questionnaire (2)* (Mayers, 2003). Segue-se a dimensão Comportamentos de risco, composta por 3 itens obtidos e adaptados do questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (Ribeiro, 2004). A terceira dimensão, Socialização, é constituída por 7 itens extraídos do *Lifestyle Profile II* (Walker & Scherist, 1987) e do *Mayers Life-Style Questionnaire (2)* (Mayers, 2003).

Segue-se a dimensão Crenças/Valores que possui 2 itens, assim como a dimensão Escolhas, adaptados do *Mayers Life-Style Questionnaire (2)* (Mayers, 2003). A dimensão seguinte é Exercício físico, composta por 3 itens obtidos e adaptados do questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (Ribeiro, 2004) e do *Lifestyle Profile II* (Walker & Scherist, 1987). Sucede-se a dimensão Stress, composta por 3 itens auferidos do *Lifestyle Profile II* (Walker & Scherist, 1987) e do *Mayers Life-Style Questionnaire (2)* (Mayers, 2003). A dimensão *Insight* possui 6 itens retirados do *Fantastic Lifestyle Questionnaire* (Sharratt, Sharratt, Smith, Howell, & Davenport, 1984). Por fim temos a dimensão Higiene do sono constituída por 8 itens e a dimensão Alimentação composta por 6 itens, que foram obtidos e adaptados do questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (Ribeiro, 2004), do *Lifestyle Profile II* (Walker & Scherist, 1987) e do *Mayers Life-Style Questionnaire (2)* (Mayers, 2003).

Para avaliar a sintomatologia psicopatológica foi administrado a BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*). A BPRS (anexo II), foi criada em 1962 por Overall e Gorham, com o objectivo de avaliar alterações na expressão de alguns sujeitos submetidos a intervenções medicamentosas, actualmente é uma das escalas mais utilizadas para avaliar diversos sinais/sintomas psiquiátricos (Elkis, et al., 1998; Leucht, et al., 2005; Lima & Botega, 2001). Consiste numa escala de 18-itens que mede os sintomas positivos, psicopatologia geral e sintomas afectivos. Cada item é avaliado numa escala com 7 níveis de severidade (ausente, muito ligeiro, ligeiro, moderado, moderadamente grave, grave, extremamente grave) correspondendo aos valores mais elevados, uma maior severidade da psicopatologia. Alguns itens como os maneirismos, postura e lentificação são avaliados por observação do indivíduo, enquanto outros itens, como ansiedade, sentimentos de culpa envolvem a auto-avaliação.

1.2 Procedimentos

A recolha de dados foi efectuada junto das instituições da rede institucional para o apoio das pessoas sem-abrigo da cidade do Porto (16 instituições). Esta opção facilitou-nos o acesso aos sem-abrigo e permitiu uma caracterização mais completa da população, pela possibilidade criada de acedermos a uma base de dados que caracteriza 470 sem-abrigo da cidade do Porto, onde estão incluídos os indivíduos que fazem parte da nossa amostra.

Inicialmente foi realizado um pedido de aprovação a todas as instituições que fazem parte da rede institucional para o apoio das pessoas sem-abrigo da cidade do

Porto. Neste pedido constou informação cuidada e precisa sobre a proposta de investigação e simultaneamente foi elaborado um termo de consentimento informado para os indivíduos que aceitassem participar no estudo. Após obtermos o parecer positivo por parte das instituições, foi agendado com cada uma, a data para procedermos à aplicação dos instrumentos, aos indivíduos presentes à data da recolha, nas 5 instituições que aceitaram participar no estudo.

De forma a aligeirar este processo de preenchimento do questionário e a se ultrapassar algumas das dificuldades de literacia dos sujeitos, optamos por transformar o processo de administração do questionário, efectuando as questões oralmente e assinalando a resposta fornecida pelos sujeitos.

Em termos de tratamento de dados as respostas das perguntas abertas do nosso questionário de caracterização dos estilos de vida foram tratadas com recurso à técnica de análise de conteúdo e categorização à *posteriori* permitindo-nos uma análise de dados mais eficaz. No que diz respeito aos itens com respostas fechadas do nosso questionário de estilo de vida, optamos por criar um score representativo dos itens que integram as 7 dimensões do estilo de vida que pretendemos caracterizar e relacionar com a presença de sintomatologia psicopatológica. Escolhemos criar e analisar apenas estas dimensões visto que segundo a literatura constituem os comportamentos de estilo de vida que poderão apresentar uma maior relação com a presença de sintomatologia psicopatológica.

O BPRS foi completado imediatamente a seguir ao preenchimento do questionário de estilos de vida de cada indivíduo e validada a informação recolhida com o técnico de referência do sujeito, no sentido de obter informação com maior validade. O preenchimento deste instrumento demorou cerca de 10 minutos e os dados obtidos foram analisados item por item, procedimento mais usual com este instrumento, com recurso ao programa SPSS - Statistical Package for the Social Sciences, versão 17. Este programa permitiu-nos também analisar os restantes dados, através da análise descritiva usual (frequências, percentagens, médias, desvios padrão, número máximo e mínimo) e o cálculo dos testes estáticos adequados aos objectivos do estudo, nomeadamente a aplicação o teste Chi Square (χ^2) e coeficientes de correlação.

1.3 Caracterização da amostra

O presente estudo foi realizado numa amostra não probabilística, por conveniência, da população de sem-abrigo da cidade do Porto, tendo em conta a dificuldade de aceder à população em estudo e pela facilidade de acesso às instituições. Neste tipo de amostragem os casos escolhidos são os casos facilmente disponíveis, tendo a vantagem de ser mais rápido, contudo os resultados e conclusões só se aplicam a amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo (Hill & Hill, 2000).

Sendo um dos objectivos do estudo a caracterização da população sem-abrigo da Cidade do Porto, neste ponto do trabalho identificaremos apenas que a nossa amostra foi constituída por 30 indivíduos sem-abrigo, 29 homens e 1 mulher, de cinco instituições de apoio da cidade - Segurança Social do Porto, Médicos do Mundo, Abrigo do Porto – AMI (Assistência Médica Internacional), Abraço e SAOM (Serviço de Assistência das Organizações de Maria).

2. Apresentação dos resultados

Neste ponto começamos por fazer uma análise descritiva dos resultados obtidos relativamente à caracterização dos sem-abrigo, procurando dar resposta ao nosso primeiro objectivo. Em seguida, descrevemos os resultados obtidos quanto aos comportamentos que caracterizam o estilo de vida da nossa amostra, sendo este o nosso segundo objectivo, e por fim apresentamos a análise das correlações encontradas que nos permitirão reflectir acerca da existência de relação entre determinados comportamentos que caracterizam o estilo de vida dos sujeitos com vários tipos de psicopatologia. Numa tentativa clarificadora, procuramos apresentar os dados recolhidos em agrupamentos significativos.

2.1 Resultados relativos à caracterização da amostra em estudo

Relativamente à caracterização sócio-demográfica da nossa amostra (Quadro 1) verifica-se que existe uma preponderância de elementos do sexo masculino (97%) e de nacionalidade Portuguesa (93,3). A maioria encontra-se solteira (56,7%) e divorciada (36,7), predominando os indivíduos com filhos (60%).

Quadro 1. Caracterização da amostra relativamente a várias variáveis sócio-demográficas

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	29	96,7
Feminino	1	3,3
Total	30	100
Nacionalidade	Frequência	Percentagem
Portuguesa	28	93,3%
Outras	2	6,7%
Total	30	100,0
Estado civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	17	56,7
Casado	1	3,3
Divorciado	11	36,7
Viúvo	1	3,3
Total	30	100,0
Existência de Filhos	Frequência	Percentagem
Sim	18	60,00
Não	12	40,00
Total	30	100,00

Analisando o Quadro 2, no que diz respeito à qualificação académica, observa-se que a maior percentagem corresponde aos sem-abrigo com o 9º ano de escolaridade (33%), seguido dos sujeitos que têm o 6º ano (30%) e o 4º ano (30%) de escolaridade. Quanto à última profissão exercida, constata-se uma preponderância de indivíduos pertencente a classe de pessoal do serviço e vendedores (43,2%). Relativamente a actividade principal no momento verificamos que 40% dos indivíduos se encontra sem actividade por doença e outros 40% se encontram desempregados, apenas 1 sem-abrigo exerce um trabalho remunerado. Desta forma, observa-se que a maioria dos sujeitos (73,3%) é beneficiário do rendimento social de inserção (RSI) e apenas uma pessoa recebe salário de emprego remunerado.

Quadro 2. Caracterização da amostra relativamente a várias variáveis sócio-profissionais

Escolaridade	Frequência	Percentagem
4ª classe	9	30,0
6º ano	9	30,0
9º ano	10	33,3
12º ano	1	3,3
Licenciatura	1	3,3
Total	30	100,0
Ultima profissão exercida (CPN*)	Frequência	Percentagem
Técnicos profissionais de nível intermédio	1	3,3
Pessoal administrativo e similares	1	3,3
Pessoal do serviço e vendedores	13	43,2
Operários artífices e trabalhadores similares	10	33,3
Trabalhadores não qualificados	5	16,7
Total	30	100,0
Actividade principal	Frequência	Percentagem
Sem actividade por doença	12	40,0
Desemprego	12	40,0
Emprego remunerado	1	3,3
Outras	5	16,7
Total	30	100,0
Fonte de rendimento	Frequência	Percentagem
RSI	22	73,3
Pensão invalidez/reforma	2	6,7
Salário	1	3,3
Outras	5	16,7
Total	30	100,0

*CPN (Classificação Nacional das Profissões)

Analisando o alojamento e tempo de permanência no mesmo (Quadro 3), verificamos que a maior parte dos indivíduos da nossa amostra (73,3) se encontrava a viver em alojamento não convencional (rua e espaços públicos), antes da recolha informação por parte das instituições. Relativamente ao tempo de permanência no alojamento anteriormente descrito, os períodos mais referidos pelos sem-abrigo são entre 6 meses a um ano (30,0%), e entre 1 a 3 anos (23,3). Verifica-se que o alojamento actual dos inquiridos é maioritariamente alojamento temporário com 80% a viver nesta situação, sendo que 10,0% permanece em alojamento não convencional (rua/espaço público). A maioria das pessoas (43,3 %) encontra-se no alojamento anteriormente referido entre 1 a 3 anos, seguindo-se os sem-abrigo que permanecem nessa situação à aproximadamente 6 meses a um ano (36,7%).

Quadro 3. Caracterização da amostra relativamente ao alojamento e tempo de permanência

Alojamento anterior a recolha de informação	Frequência	Percentagem
Alojamento não convencional	22	73,3
Alojamento temporário	3	10,0
Instituições	5	16,7
Total	30	100,00
Tempo de permanência nessa situação	Frequência	Percentagem
Menos de 6 meses	5	16,7
6 meses a 1 ano	9	30,0
1 a 3 anos	7	23,3
3 a 5 anos	5	16,7
Mais de 5 anos	4	13,3
Total	30	100,00
Alojamento actual	Frequência	Percentagem
Alojamento não convencional	3	10,0
Alojamento temporário	24	80,0
Instituições	2	6,7
Outras	1	3,3
Total	30	100,00
Tempo de permanência na situação actual	Frequência	Percentagem
Menos de 6 meses	3	10,0
6 meses a 1 ano	11	36,7
1 a 3 anos	13	43,3
3 a 5 anos	3	10,0
Total	30	100,00

No que diz respeito à condição de sem-abrigo (Quadro 4), as causas mais apontadas pelos sem-abrigo da amostra são o desemprego (23,3%), seguido da ruptura familiar (20%) e de questões financeiras (10%). Quanto aos principais problemas identificados como causadores desta condição de sem-abrigo, 33,3% dos sujeitos referem a toxicod dependência, sucedendo-se a saúde (26,7%) e a ocupação (26,7%). Analisando a sociabilização constata-se que a maioria dos indivíduos refere não ter nenhuma rede de sociabilização (43,3%), seguindo-se os amigos (2%), salientamos o facto de a família surgir como a rede com que sociabilizam menos frequente (16,7%).

Quadro 4. Caracterização da amostra em função da condição de sem-abrigo

Razões para situação actual	Frequência	Percentagem
Financeiras	3	10,0
Desemprego	7	23,3
Ruptura familiar	6	20,0
Outras	14	46,7
Total	30	100,00
Principais problemas	Frequência	Percentagem
Saúde	8	26,7
Toxicodependência	10	33,3
Ocupação	8	26,7
Outras	4	13,3
Total	30	100,00
Redes de sociabilização	Frequência	Percentagem
Nenhuma	13	43,3
Amigos	6	20,0
Família	5	16,7
Outras	6	20,0
Total	30	100,0

Após caracterizarmos a nossa amostra de sem-abrigo, iremos de seguida apresentar os resultados relativos à caracterização dos comportamentos e indicadores associados ao seu estilo de vida.

2.2 Resultados relativos à caracterização do estilo de vida da amostra em estudo

Da amostra constituída por 30 pessoas na condição de sem-abrigo, podemos verificar (Quadro 5) que a idade dos sujeitos varia entre os 27 e os 71 anos, sendo a média das idades 45 anos. O seu peso encontra-se entre o mínimo de 55Kg e o máximo de 100Kg sendo a média do peso dos sem-abrigo 72,8Kg. Analisando a altura encontramos uma variação entre 1,59m e 1,84m, com uma média de 1,72m. Quanto índice de massa corporal, verificamos que nos sujeitos estudados varia entre 18,7 e 35, com uma média de 24,9.

Quadro 5. Resultados do mínimo, máximo, e média (desvio padrão) na amostra total

Itens	Mínimo – Máximo	Média (desvio padrão)
Idade	27-71	44,8 (10,05)
Peso	55-100	72,80(11,06)
Altura	1,59-1,84	1,72(0,066)
Índice de massa corporal	18,7-35,00	24,9 (3,93)

No Quadro 6 podemos analisar a que grupo classificativo do índice de massa corporal pertencem os sem-abrigo da nossa amostra, sendo que encontramos maioritariamente indivíduos na categoria saudável (53,3%), seguindo-se os sujeitos que apresentam sobrepeso (33,2%)

Quadro 6. Resultados segundo a classificação do índice de massa corporal

Índice de massa corporal	Frequência	Percentagem
Magro (18,5)	1	3,3
Saudável (18,5 a 24,9)	16	53,3
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	10	33,2
Obesidade grau I (30,0 a 34,9)	2	6,7
Obesidade grau II (35,0 a 39,9)	1	3,3

Analisando as ocupações das pessoas sem-abrigo (Quadro 7) verificamos que os sujeitos passam a maior parte do seu dia na rua (30%), seguindo-se indivíduos que referem passar o dia no café (20%), por fim com uma distribuição equitativa surgem os sem-abrigo que passam grande parte do dia no quarto (16,7%), os que passam o dia na instituição (16,7%) e os que ocupam a maior parte do seu tempo na procura de emprego/formação (16,7%). No que refere as actividades de lazer verificamos que estas são inexistentes, para cerca de 23,3% da amostra. A mesma percentagem de sem-abrigo, 23,3%, realiza actividades de lazer consideradas passivas, sucede-se 20% que refere realizar actividades de lazer físicas e 13,3% actividades de lazer sociais.

Quadro 7. Distribuição em função de actividades ocupacionais

Ocupação diária	Frequência	Percentagem
Passa grande parte do dia no quarto	5	16,7
Passa o dia na instituição	5	16,7
Passa o dia no café	9	30,0
Passa grande parte do dia na rua	6	20,0
Passa grande parte do dia na procura de emprego/formação	5	16,7
Total	30	100,00
Actividades de lazer	Frequência	Percentagem
Não realiza nenhuma	13	43,3
Actividades de lazer físicas	6	20,0
Actividades de lazer sociais	4	13,3
Actividades de lazer passivas	7	23,3
Total	30	100,00

Os hábitos tabágicos (Quadro 8) foram encontrados em 93,3% da nossa amostra, sendo que a maioria dos indivíduos 56,7% fuma entre 15 a 20 cigarros por dia.

Verificamos que a maioria dos sem-abrigo já fuma há muitos anos, entre 30 a 35 anos (40%) é o período mais referido, no entanto 60% já tentou deixar de fumar.

Quadro 8. Distribuição por hábitos tabágicos

É fumador	Frequência	Percentagem
Sim	28	93,3
Não	2	6,7
Total	30	100,00
Número de cigarros	Frequência	Percentagem
10 ou menos	9	30,0
15 a 20	17	56,7
21 a 30	2	6,7
Há quantos anos fuma	Frequência	Percentagem
5-10	2	6,7
15-20	6	20,0
20-25	5	16,7
30-35	12	40,0
Mais de 35	3	10,0
Tentou deixar de fumar	Frequência	Percentagem
Sim	18	60,0
Não	10	33,3

Quanto aos resultados da frequência do consumo de bebidas e drogas (Quadro 9), verificamos que a maioria dos sujeitos não faz consumos de bebidas alcoólicas nem de drogas. No que respeita ao consumo de drogas, 2 pessoas, fazem-no diariamente e 26 nunca. Comparativamente, analisando o consumo de cerveja verificamos que 8 pessoas consomem esta bebida mensalmente e 5 diariamente. O consumo de café em 20 pessoas é diário, sendo que para 17 sujeitos o chá nunca é consumido assim como a coca-cola para 19 pessoas.

Quadro 9. Resultados da frequência de consumo de bebidas e drogas na amostra total

Frequências	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
Substâncias					
Café	4	1	2	3	20
Chá	17	5	2	5	1
Coca-cola	19	2	4	3	2
Cerveja	6	4	8	7	5
Vinho	15	2	6	3	4
Bebidas destiladas (ex: aguardente, whisky)	26	2	1	1	-
Drogas (ex: cocaína, haxixe, heroína, anfetaminas)	26	-	1	1	2

O Quadro 10 apresenta-nos os resultados relativos à frequência da quantidade de refeições diárias da nossa amostra, de onde salientamos que a refeição em que mais sem-abrigo participam diariamente, com 26 indivíduos, é o almoço. O lanche da manhã e da tarde são as refeições que apresentam menor participação por parte dos indivíduos da nossa amostra.

Quadro 10. Resultados da frequência da quantidade de refeições diárias

Refeições	Nunca	Todos os dias
Pequeno-almoço	6	16
Lanche manhã	24	1
Almoço	1	26
Lanche tarde	15	9
Jantar	-	23
Cear	19	4

Os resultados relativos aos hábitos de saúde (Quadro 11) indicam que no geral, a maioria da nossa amostra revela ter cuidados primários de saúde, 22 pessoas vão ao médico para uma revisão geral e 17 são seguidas em hospitais. Observamos também que os sujeitos de forma global, mantém as vacinas em dia e verifica a sua pressão arterial. Os cuidados mais negligenciados pelos sem-abrigo são referentes à saúde oral em que apenas 7 pessoas referem ir ao dentista.

Quadro 11. Resultados dos hábitos de saúde

Hábitos de saúde	Respostas	Sim	Não
Mantém as vacinas em dia		23	7
Verifica a pressão arterial		20	10
Vai ao dentista		7	23
Vai ao medico fazer uma “revisão geral”		22	8
É seguido no hospital		17	13

Analisando o Quadro 12 verificamos que 11 pessoas já tentaram o suicídio. Dessas, 6 pessoas tentaram apenas uma vez e 5 tentaram suicidar-se duas vezes. O modo como o tentaram concretizar, foi na sua maioria através de enforcamento, atirarem-se ou cortarem-se.

Quadro 12. Resultados das tentativas de suicídio

Tentativas	Respostas	Sim	Não
Tentativas de suicídio		11	19
1 Tentativa		6	Enforcamento, atirar-se, cortar-se –8; Comprimidos – 3; Comboio – 1.
2 Tentativas		5	

No quadro 13 estão representados os resultados das frequências de vários comportamentos do Estilo de Vida da população sem-abrigo em estudo. Assim sendo, verificamos que, relativamente aos cuidados pessoais, 24 pessoas referem tomar banho diariamente e as restantes 6 apenas algumas vezes por semana. A maioria dos indivíduos (18), faz a barba/depilação algumas vezes por semana. Em relação ao uso de transportes públicos 10 pessoas referem utilizá-los diariamente, para se deslocarem na cidade. No que respeita a lavar a sua roupa 15 pessoas referem fazê-lo algumas vezes por mês e as restantes 15 apresentam este comportamento algumas vezes por semana.

Seguem-se os comportamentos de risco, nos quais 23 sujeitos respondem nunca ter relações sexuais com pessoas que mal conhecem e 21 pessoas afirmam nunca ter relações sexuais sem tomar precauções.

Analisando a socialização 15 indivíduos referem que procuram manter os amigos diariamente, sendo que 3 respondem nunca ao mesmo item. No item procurar fazer novas amizades, 12 pessoas referem fazê-lo diariamente e 6 respondem nunca a mesma pergunta. Relativamente à família 14 sem-abrigo responderam que estão ou falam com a família apenas algumas vezes por ano, 9 pessoas mencionam nunca ter contacto. Em relação a ser activo na comunidade, 12 sujeitos referem nunca participar em qualquer actividade de associativismo ou voluntariado, 4 responderam todos os dias ao mesmo item.

As respostas aos comportamentos relacionados com crenças e valores mostram que 23 indivíduos nunca participam em actividades espirituais ou religiosas que sejam importantes para si, no entanto 16 referem gostar de estar com pessoas com crenças e valores similares aos seus diariamente.

Relativamente ao exercício físico, 21 pessoas referem nunca fazer exercício físico intenso, sendo que 18 também nunca praticam desporto que os faça transpirar. Por outro lado, 12 pessoas referem fazer semanalmente actividades sem esforço físico.

As respostas aos comportamentos de stress mostram que apenas 7 pessoas sentem que relaxam e aproveitam o tempo de lazer diariamente e 5 sem-abrigo referem nunca serem capazes de relaxar e usufruir do lazer. Catorze indivíduos mencionam ser

capazes de lidar com o stress da sua vida diariamente e o mesmo número de pessoas refere conseguir manter uma discussão sem se alterar mesmo quando contrariado diariamente, sendo que 6 sem-abrigo respondem nunca ser capazes de o fazer.

Quanto as escolhas averiguamos que a maioria dos indivíduos (12) participa em actividades que lhe dão satisfação diariamente e 9 respondem nunca participar em actividades satisfatórias. Dezoito sujeitos referem que escolhem diariamente o que querem fazer durante o seu dia e 2 consideram nunca ter esta possibilidade de escolha.

Em relação *insight*, no item sentir-se preocupado 17 pessoas referem senti-lo todos os dias, e 8 pessoas apresentam este sentimento algumas vezes por semana. Catorze pessoas referem sentir-se frágeis diariamente e 9 mencionam sentir o mesmo algumas vezes por semana. Um elevado número de pessoas, 20, refere sentir-se só diariamente, e 16 sem-abrigo dizem sentir-se tristes e depressivos todos os dias seguindo-se 9 pessoas que manifestam este sentimento algumas vezes por semana.

Na higiene do sono verificamos que um elevado número de pessoas apresenta comportamentos diários de deitar à mesma hora, acordar à mesma hora, dormir toda a noite e dormir o número de horas suficiente para se sentir repousado. No item ter dificuldade em adormecer 7 pessoas responderam todos os dias e 4 nunca. Um número elevado de sujeitos (21) refere acordar muito cedo. No que respeita a toma da medicação para dormir 10 indivíduos fá-lo diariamente e 16 nunca.

Sobre a frequência de alimentos que ingerem, aferimos que um número elevado de pessoas come alimentos frescos diariamente, assim como fazem refeições de vegetais, legumes e fruta. No que respeita a ingestão de alimentos salgados 13 sujeitos mencionam ingerir estes alimentos apenas algumas vezes por ano, sendo que as restantes respostas se encontram distribuídas de forma semelhante pelas restantes frequências. A ingestão de alimentos com gordura verifica maior frequência de respostas em algumas vezes por mês, seguido de algumas vezes por semana. No consumo de alimentos à base de açúcar 9 indivíduos referem nunca consumir estes alimentos e 8 pessoas referem consumi-los algumas vezes por mês. O consumo de refeições fast-food pela nossa amostra, situa-se em grande parte no nunca.

Quadro 13. Resultados da frequência da prática de vários comportamentos estudados na amostra total

Comportamento		Frequência	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
Cuidados pessoais	Tomar banho/duche	-	-	-	-	6	24
	Fazer a barba/depilação	1	-	3	18	8	
	Cortar o cabelo	1	25	4	-	-	
	Cortar as unhas	1	3	20	6	-	
	Usar transportes públicos	5	7	5	3	-	
	Fazer compras	4	11	12	3	10	
	Lavar a sua roupa	-	-	15	15	-	
Comp. de risco	Mudar de parceiro sexual	17	12	1	-	-	
	Ter relações sexuais com pessoas que mal conhece	23	7	-	-	-	
	Ter relações sexuais sem tomar precauções	21	-	2	2	5	
Socialização	Procurar manter os amigos	3	3	4	5	15	
	Procurar fazer novas amizades	6	4	6	2	12	
	Passar tempo com os amigos	3	5	6	4	12	
	Estar satisfeito com os amigos	4	3	5	1	17	
	Visitar/falar com a família	9	14	2	5	-	
	Ter alguém com quem falar sobre coisas importantes para si	12	2	1	4	11	
	Procurar ser activo na sua comunidade (fazer voluntariado, pertencer a alguma associação)	12	9	3	2	4	
Crenças/valores	Participar em actividades espirituais/religiosas que sejam importantes para si	23	1	3	3	-	
	Gostar de estar com pessoas com crenças e valores similares aos seus	6	3	1	4	16	
Exercício físico	Fazer exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos	21	4	3	2	-	
	Fazer desporto que o faz transpirar (ex: corrida, ginásio, futebol, natação)	18	7	4	-	1	
	Ler, ver televisão, fazer actividades sem esforço físico	1	1	5	12	11	

(cont.) Quadro 13. Resultados da frequência de vários comportamentos estudados na amostra total

Comportamento		Frequência				
		Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
Stress	Relaxar e aproveitar o tempo de lazer	5	7	4	7	7
	Manter uma discussão sem se alterar mesmo quando contrariado	6	1	6	3	14
	Ser capaz de lidar com o stress da sua vida	-	3	9	4	14
Escolhas	Participa em actividades que lhe dão satisfação	9	2	3	4	12
	Escolhe o que quer fazer durante o dia	2	1	5	4	18
Insight	Sentir-se preocupado	1	2	2	8	17
	Sentir-se frágil	4	2	1	9	14
	Sentir-se só	2	1	2	5	20
	Sentir-se tenso e desapontado	7	3	4	5	11
	Sentir-se triste e depressivo	2	1	2	9	16
	Ter pensamentos positivos	3	2	5	8	12
Higiene de sono	Deitar-se a mesma hora	1	2	3	4	20
	Acordar a mesma hora	1	2	3	4	17
	Dormir toda a noite	-	6	3	4	17
	Ter dificuldades em adormecer	4	2	4	6	7
	Acordar muito cedo	-	1	5	3	21
	Perder sono durante a noite e ter sono durante o dia	11	6	3	6	4
	Dormir o número de horas suficiente para se sentir repousado	3	2	5	2	18
	Tomar medicação para dormir	16	2	1	1	10
Alimentação	Ingerir alimentos salgados	4	13	4	4	5
	Ingerir alimentos com gordura (ex: manteiga, fritos)	3	6	9	7	5
	Ingerir alimentos à base de açúcar (ex: bolos, chocolate, rebuçados)	9	8	8	1	4
	Fazer refeições de vegetais legumes e fruta	3	2	3	8	14
	Fazer refeições fast-food	23	4	2	1	-
	Ingerir alimentos frescos (ex: peixe e carne)	1	-	6	4	19

Relativamente à sintomatologia psicopatológica (Quadro 14), verificamos que o humor depressivo é o item que apresenta mais severidade na amostra em estudo, existindo 11 indivíduos que apresentam um humor depressivo moderado e 8 manifestam este sintoma moderadamente grave. Na ansiedade observamos que 6 indivíduos apresentam este sintoma moderado e 2 pessoas manifestam-no com nível de severidade moderadamente grave. No item desorganização conceptual a maioria das respostas (25) situam-se no ausente, o mesmo sucede no comportamento alucinatório (29) e no conteúdo de pensamento insinual. Quanto ao retraimento emocional moderado registaram-se 5 indivíduos, no item lentificação observamos que 4 pessoas se enquadram igualmente no nível de severidade moderado, no que respeita ao embotamento afectivo apuramos igualmente que 2 indivíduos apresentam este sintoma de forma moderada. Relativamente as restantes respostas dos três itens mencionados, as frequências distribuem-se em graus inferiores ao moderado.

No que respeita à hostilidade, desconfiança e falta de cooperação a maioria dos sem-abrigo não apresenta este sintoma, na falta de cooperação surgem 5 indivíduos com nível de severidade muito ligeiro, 2 manifestam-no de forma ligeira e outras 2 pessoas moderadamente. Relativamente à tensão 3 sem-abrigo apresentam este sintoma de forma moderadamente grave, posteriormente surgem 2 sujeitos com nível de severidade moderado e 5 pessoas apresentam o sintoma de forma ligeira. Analisando os maneirismos, excitação e desorientação verificamos que estes sintomas, de forma geral não se manifestam na amostra de sem-abrigo em estudo, por fim quanto às preocupações somáticas 2 indivíduos apresentam este sintoma com gravidade e 4 de forma moderada, os restantes manifestam um nível de severidade relativo a este sintoma que varia entre ligeiro e muito ligeiro.

Quadro 14. Resultados da sintomatologia psicopatológica na amostra total

	Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Mod. Grave	Grave	Ext. Grave
Ansiedade	12	6	6	4	2	-	-
Sentimento de culpa	19	6	4	1	-	-	-
Humor depressivo	1	-	7	11	8	2	1
Desorganização conceptual	25	1	2	2		-	
Comportamento alucinatório	29	-	-	-	1	-	-
Conteúdo de pensamento insinual	28	1	1	-	-	-	-
Retraimento emocional	11	6	8	5	-	-	-
Lentificação	18	3	5	4	-	-	-
Embotamento afectivo	13	7	8	2	-	-	-
Hostilidade	25	2	1	1	-	-	1
Desconfiança	27	1	2	-	-	-	
Falta de cooperação	20	5	2	2	1	-	-
Tensão	19	1	5	2	3	-	-
Maneirismos	26	2	1	1	-	-	-
Excitação	25	2	2	1	-	-	-
Desorientação	29	1	-	-	-	-	-
Preocupações somáticas	6	8	9	4	1	2	-

Terminada a apresentação descritiva dos dados, consideramos importante efectuar uma análise de associação para algumas das variáveis em estudo, calculada através da aplicação do teste Chi Square (χ^2), ainda que bastante exploratória.

Comparando as variáveis referidas em função da tentativa de suicídio (Quadro 15), verificamos que não existe associação entre o suicídio entre e os principais problemas, nem para as razões da situação actual, o mesmo se verifica no que respeita as habilitações literárias e as ocupações diárias e de lazer. No entanto, percebe-se uma tendência para o suicídio em indivíduos com problemas de saúde e toxicod dependência.

Quadro 15. Comparação em função do suicídio

		Suicídio		χ^2	Sig.
		Sim	Não		
Principais problemas	Saúde	5	3	2,533	0,533
	Toxicodependência	5	5		
	Ocupação	1	7		
	Outras	0	4		
Razões para situação actual	Financeiras	1	2	8,667	0,034
	Desemprego	1	6		
	Ruptura familiar	4	2		
	Outras	5	9		
Habilitações literárias	4ª classe	3	6	14,000	0,007
	6º ano	4	5		
	9º ano	3	7		
	12º	1	0		
	Licenciatura	0	1		
Actividades de lazer	Não realiza actividades de lazer	5	8	6,000	0,112
	Actividades de lazer físicas	1	5		
	Actividades de lazer sociais	4	0		
	Actividades de lazer passivas	1	6		

No Quadro 16, encontram-se os dados relativos a cuidados de saúde (ir ao médico) e diversas variáveis de estudo. Apesar de não se constatar uma associação entre ir ao médico e o alojamento actual, podemos observar que o número de indivíduos que vai ao médico é substancialmente maior em sujeitos que se encontram em alojamento temporário. Analisando os principais problemas, os indivíduos com problemas de saúde e toxicodependência são os que mais recorrem ao médico.

Quadro 16. Comparação em função de ir ao médico

		Vai ao médico		χ^2	Sig.
		Sim	Não		
Alojamento actual	Alojamento não convencional	1	2	3,136	0,208
	Alojamento temporário	18	6		
	Instituições	2	0		
Principais problemas	Saúde	7	1	4,596	0,204
	Toxicodependência	7	3		
	Ocupação	4	4		
	Outros	4	0		

Quanto ao estado civil (Quadro 17) da amostra em estudo verificamos que não existem associações significativas entre este factor com as razões para a situação actual, com os principais problemas ou com as redes de socialização, no entanto destacamos

que os sem-abrigo solteiros parecem ser os que apresentam maiores problemas relacionados com a toxicodependência. Foram excluídos os sujeitos casados e divorciados, visto só representarem 2 indivíduos na amostra total.

Quadro 17. Comparação em função do estado civil

		Estado civil		χ^2	Sig.
		Solteiro	Divorciado		
Razões para a situação actual	Financeiras	1	1	0,227	0,973
	Desemprego	4	3		
	Ruptura familiar	4	2		
	Outras	8	5		
Principais problemas	Saúde	4	3	0,374	0,945
	Toxicodependência	6	3		
	Ocupação	5	3		
	Outros	2	2		

2.3 Resultados relativos a correlação das variáveis em estudo

Iremos agora apresentar os dados relativos as correlações (Quadro 18) entre os domínios do estilo de vida e os itens de sintomatologia psicopatológica presentes no BPRS. No item preocupações somáticas encontramos uma correlação negativa, mas forte com a higiene do sono. Na ansiedade observamos correlações negativas e fortes com o stress e o *insight*, a alimentação também mostra uma correlação positiva mas mais fraca. O retraimento emocional apresentou uma correlação negativa com a socialização. Ao nível do humor deprimido as correlações voltam a ser negativas e fortes com a higiene do sono e o *insight*. A lentificação manifesta uma forte e positiva correlação com o consumo de substâncias, encontrando-se também correlacionada com a higiene do sono. Por fim, a falta de cooperação surge correlacionada com a socialização, sendo uma correlação negativa e fraca.

Analisando os domínios do questionário de estilo de vida, observamos que apenas o domínio comportamentos de risco e exercício físico não estão correlacionados com nenhum dos itens de sintomatologia psicopatológica.

Quadro 18. Distribuição das correlações entre os domínios de estilos de vida e os itens de sintomatologia psicopatológica

Domínios do estilo de vida		Consumo substâncias	Exercício físico	Stress	Higiene do sono	Insight	Comportamento de risco	Socialização	Alimentação
Sintomatologia psicopatológica	Speraman	0,237	0,029	-0,72	-0,549*	-0,055	0,238	-0,175	0,097
	Sig.	0,225	0,884	0,175	0,002	0,781	0,223	0,372	0,625
Preocupações somáticas	Speraman	-0,307	-0,166	-0,582*	-0,367	-0,555*	0,101	-0,266	-0,410*
	Sig.	0,111	0,355	0,001	0,055	0,002	0,610	0,172	0,030
Ansiedade	Speraman	-0,115	-0,157	-0,006	0,022	-0,321	0,159	-0,443*	-0,311
	Sig.	0,560	0,315	0,975	0,911	0,096	0,418	0,018	0,108
Retraimento emocional	Speraman	0,044	-0,209	-0,032	0,132	-0,128	0,295	-0,051	0,032
	Sig.	0,824	0,286	0,873	0,502	0,516	0,128	0,644	0,87
Desorganização conceptual	Speraman	0,007	-0,111	-0,189	-0,197	-0,347	-0,029	0,095	0,059
	Sig.	0,973	0,54	0,347	0,314	0,071	0,883	0,629	0,765
Sentimentos de culpa	Speraman	-0,134	-0,130	-0,232	-0,133	-0,247	0,123	-0,073	0,341
	Sig.	0,497	0,509	0,235	0,500	0,205	0,534	0,712	0,076
Tensão	Speraman	0,218	-0,317	-0,145	-0,078	-0,046	0,182	-0,196	0,065
	Sig.	0,265	0,100	0,463	0,695	0,817	0,355	0,319	0,744
Maneirismos e alterações de postura	Speraman	0,107	-0,192	0,101	0,104	-0,035	0,172	-0,186	0,096
	Sig.	0,587	0,328	0,609	0,600	0,858	0,380	0,343	0,626
Ideias de grandeza	Speraman	0,056	0,022	-0,089	-0,575**	-0,590**	0,128	-0,221	-0,265
	Sig.	0,776	0,256	0,652	0,001	0,001	0,518	0,258	0,166
Humor depressivo	Speraman	-0,201	-0,144	-0,245	0,248	0,055	0,165	0,11	-0,85
	Sig.	0,304	0,464	0,207	0,202	0,765	0,390	0,954	0,654
Hostilidade	Speraman	-0,230	-2,65	-0,127	0,143	-1,38	0,334	-0,060	-0,058
	Sig.	0,238	0,173	0,519	0,467	0,485	0,083	0,762	0,771
Desconfiança	Speraman	-0,234	-0,150	-0,239	0,149	0,144	0,189	-0,048	0,164
	Sig.	0,230	0,446	0,220	0,449	0,466	0,336	0,809	0,403
Comportamento alucinatório	Speraman	0,623*	-0,113	0,306	-0,396*	0,110	-0,100	-0,063	-0,251
	Sig.	0,000	0,568	0,055	0,037	0,578	0,611	0,751	0,158
Lentificação	Speraman	-0,288	0,187	-0,228	-0,219	-0,236	0,063	-0,471*	-0,238
	Sig.	0,137	0,341	0,244	0,263	0,227	0,750	0,011	0,222
Falta de cooperação	Speraman	-0,08	-0,204	0,039	0,148	-0,055	0,257	-0,166	0,037
	Sig.	0,968	0,297	0,843	0,452	0,780	0,187	0,397	0,085
Conteúdo de pensamento insinual	Speraman	-0,100	-0,101	0,069	-0,235	-0,080	0,056	-0,336	-0,212
	Sig.	0,613	0,611	0,728	0,229	0,678	0,777	0,080	0,278
Embotamento afectivo	Speraman	0,049	-0,268	-0,216	-0,027	-0,210	0,257	-0,051	-0,092
	Sig.	0,805	0,168	0,271	0,852	0,283	0,186	0,798	0,641
Excitação	Speraman	0,010	-0,023	0,297	0,179	0,351	0,185	0,036	-0,260
	Sig.	0,958	0,909	0,125	0,361	0,067	0,336	0,856	0,181

*p ≤ 0,005 **p ≤ 0,001

Em jeito de síntese, os resultados apontam para um perfil de sem-abrigo que se caracteriza, em traços gerais, por serem indivíduos do sexo masculino, com cerca de 40 anos de idade, solteiros, com filhos e de nacionalidade portuguesa. Quanto ao seu estilo de vida observamos alguns comportamentos que influenciam negativamente a saúde como as práticas de exercício físico e a reduzida socialização, sendo que outros que evidenciaram alguns resultados pelos quais não esperávamos como o índice de massa corporal saudável e *insight* relativamente à sua condição. No que respeita à correlação entre o estilo de vida e sintomatologia verificamos resultados significativos, que se traduzem maioritariamente em correlações negativas e fortes.

Iremos de seguida discutir dos dados obtidos neste ponto.

3. Discussão dos resultados

Após a apresentação dos resultados deste estudo exploratório, a discussão dos resultados constitui uma etapa de extrema importância, por permitir salientar os dados mais significativos encontrados e confrontá-los com a literatura.

Relativamente à caracterização da nossa amostra verificamos que ela é maioritariamente masculina (96,7%). Este dado é consensual com estudos anteriormente realizados, a investigação realizada em 1996 na cidade de Lisboa também encontrou predominantemente homens na sua amostra (Bento & Barreto, 2002) e mais recentemente o estudo realizado no Porto chegou ao mesmo resultado, já que numa amostra de 85 indivíduos verificou-se que 87% eram do sexo masculino (Quintas, 2010). A nível europeu vários estudos documentam que a maioria dos indivíduos sem-abrigo, principalmente os solteiros são maioritariamente do sexo masculino (Edgar, et al., 2003; Kim, et al., 2010; Langnase & Muller, 2000; Muñoz & Vásquez, 1999).

A idade da nossa amostra varia dos 27 aos 71 anos, sendo a média de idade de 44,8 anos. O estudo realizado em Lisboa no ano de 1996 documenta indivíduos entre os 35 e os 60 anos de idade. Comparativamente o estudo realizado por Quintas (2010) na cidade do Porto encontrou dados semelhantes aos nossos, com idades entre os 17 e os 75, em que a média se situa nos 43 anos. Também em Espanha Muñoz & Vásquez (1999) referem que a média de idades dos sem-abrigo em Espanha se situa nos 40 anos.

Os dados relativos à nacionalidade mostram que 93,3% dos sujeitos são de nacionalidade Portuguesa, sendo que a maioria dos indivíduos se encontra solteiro (56,7%) e com filhos (60%). Relativamente a estes dados os primeiros são consensuais

com os estudos anteriormente realizados a nível nacional e internacional (Bento & Barreto, 2002; Kubisová, et al., 2007; Langnase & Muller, 2000; Quintas, 2010), mas o mesmo já não se poderá dizer relativamente à existência de filhos. Os resultados encontrados divergem dos dois estudos realizados na cidade de Lisboa, onde predominavam os indivíduos sem filhos (Bento & Barreto, 2002; Sousa & Almeida, 2001), mas são coerentes com o estudo efectuado anteriormente no Porto, onde a maioria dos indivíduos, de facto, refere ter filhos (Quintas, 2010). É importante termos em consideração que este fenómeno tem sofrido alterações ao longo do tempo e que é cada vez mais frequente encontrarmos sem-abrigo jovens, mulheres e famílias (Rokach, 2005). No que respeita às habilitações literárias verificamos que a nossa amostra apresenta indivíduos com baixa escolaridade, coerente com o que afirma Bento (2002), que menciona que a maioria destes indivíduos possui apenas a escolaridade mínima. A nossa amostra clarifica um perfil de indivíduos em situação de desemprego e sem actividade por doença crónica, cuja principal fonte de rendimento actual é o rendimento social de inserção. Analisando a última profissão exercida, aferimos que predomina a área de actividade profissional no âmbito do Pessoal de Serviços e Vendedores (43,2%) seguida da profissão de Operários e Trabalhadores Similares (Classificação Nacional das Profissões). Julgamos que esta situação é característica desta população, independente das culturas e sociedades, ilustrando bem as dificuldades destas pessoas e a exclusão a que estão expostas, também resultante da crise económica actual e das políticas sociais adoptadas ao longo dos anos, muito pouco eficientes (Bento & Barreto, 2002; Sousa & Almeida, 2001).

A estes dados associa-se um enfraquecimento dos laços sociais, sendo a ruptura familiar a segunda causa explicativa da situação de sem-abrigo, seguida do desemprego. Possivelmente este quadro leva-nos aos resultados obtidos relativamente às redes de sociabilização, onde a maioria dos indivíduos apresentam de facto ausência de suporte social e a quase inexistência de relação ou ligação com a família de origem ou outras figuras significativas. Segundo Rokach (2005), a solidão é uma dolorosa experiência na vida de muitos sem-abrigo, estando relacionada com depressão, hostilidade, alcoolismo baixa auto-estima e preocupações psicossomáticas. Encontramos assim um quadro de causas pessoais e estruturais como contribuidoras desta situação, sendo notória a desfiliação com várias estruturas sociais, nomeadamente a família e o trabalho (Gil, et al., 2005; Main, 1998).

Analisando agora a ocupação diária da nossa amostra aferimos que a maioria dos indivíduos passa o dia em cafés ou na rua, sem grande ocupação e actividades de lazer. Os dados relativos à ocupação da população sem-abrigo são escassos, no entanto encontramos alguns estudos com resultados semelhantes aos nossos, descrevendo que a maioria dos indivíduos nesta situação passa grande parte do seu tempo nas ruas, em parques e espaços públicos, sem ocupação muito estruturada e habitual (K. Kelly & Caputo, 2007; Manoleas, 1996). De acordo com a literatura, a ocupação e o lazer contribuem para a saúde e para o bem-estar do ser humano, perspectivando-os como factores protectores, principalmente para pessoas que vivem em condições de pobreza (Caldwell, 2005). Por outro lado, actividades de lazer passivas não contribuem para uma boa saúde mental, pois muitas vezes não são significativas para o indivíduo, não existindo uma verdadeira motivação intrínseca (Caldwell, 2005). O envolvimento em actividades de lazer significativas não é uma competência inata a todos os seres humanos, alguns indivíduos, como pensamos ser o caso dos sem-abrigo, necessitam de adquirir competências que os tornem mais capazes de participar em actividades de lazer significativas para si.

No que reporta a alguns indicadores de saúde que de alguma forma nos permitirão inferir sobre o estilo de vida e sobretudo sobre a presença de comportamento preditores de um estilo de vida saudável, no que diz respeito ao peso, os sujeitos que integram a nossa amostra situam-se maioritariamente no parâmetro saudável, seguindo-se os indivíduos com sobrepeso. Um estudo realizado em 2003 na Republica Checa, com uma amostra de 201 indivíduos, aponta para resultados semelhantes, já que a maioria dos indivíduos apresentava índices de massa corporal para indivíduos do sexo masculino de 24,3 e no sexo feminino de 24,1. O autor refere que os sem-abrigo estudados, frequentemente recorrem a instituições e serviços de caridade, o que poderá justificar os resultados encontrados (Kubisová, et al., 2007). Também na nossa amostra a maioria já se encontra a viver em alojamento temporário e ligados a instituições, o que poderá fundamentar os valores por nós encontrados. Parece que os indivíduos cujas refeições são realizadas em instituições beneficiam de um factor protector no que respeita a sua alimentação, traduzindo-se em indivíduos saudáveis quando analisamos o seu índice de massa corporal. Verificamos que a maior parte faz refeições de vegetais legumes e frutas e ingerem alimentos frescos diariamente, raramente ou somente algumas vezes por ano fazem refeições *fast-food* ou comem alimentos salgados, com gordura e à base de açúcar. Acresce que as três principais refeições (pequeno-almoço, almoço e jantar)

são feitas por grande maioria dos nossos sujeitos. No que se refere ao estado nutricional dos sem-abrigo encontramos um outro estudo, realizado na Alemanha, com 75 indivíduos utentes de dois centros de apoio a sem-abrigo, com resultados similares ao nosso (Langnase & Muller, 2000). Langnase e colaboradores (2000) referem ainda que os indivíduos que participaram neste estudo, cujo estado nutricional era pobre estava relacionado com o consumo de drogas e tabaco e os obesos estavam diagnosticados com doenças psiquiátricas e cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares são uma das causas que contribuem para a mortalidade dos indivíduos sem-abrigo, sendo também uma das causas de morte prematura em toda a Europa (Kubisová, et al., 2007; Langnase & Muller, 2000). Para além do índice de massa corporal, outros factores de risco para estas doenças são a falta de exercício físico e o consumo de tabaco (Frankish, et al., 1998; Kubisová, et al., 2007; Langnase & Muller, 2000). No nosso estudo verificamos que o consumo de tabaco é elevado representando 93,3% da amostra e a maioria dos indivíduos fuma cerca de 15 a 20 cigarros por dia. Estes resultados estão em conformidade com o estudo de Kubisová e colaboradores (2007) que concluiu 93% da sua amostra é constituída por fumadores, sendo que a média de cigarros por dia encontrada foi de 17 cigarros. Também a *National Coalition for the Homeless* (2009), menciona que 80% dos sem-abrigo nos Estados Unidos são fumadores e refere como média de consumo de cigarros por dia 18,3 cigarros. Verificamos ainda que os hábitos tabágicos estão enraizados há muitos anos na vida destes indivíduos, e que 60,0% já tentaram deixar de fumar, sem sucesso. A literatura refere que o consumo de tabaco está associado a um baixo nível socioeconómico e baixo grau de escolaridade, desta forma as pessoas que vivem abaixo do limiar da pobreza fumam mais e têm mais dificuldades em deixar de fumar (Kubisová, et al., 2007; NCH, 2009). A *National Coalition for the Homeless* (2009) menciona que a maioria dos fumadores sem-abrigo já possuía este hábito antes de viverem nesta condição, e apesar da maioria desejar deixar de fumar, estas pessoas encontram numerosas barreiras, muitos continuam a fumar como forma de reduzir o stress e o aborrecimento e como estratégia para lidar com a depressão e outras doenças mentais.

A prática de exercício físico constitui um dos comportamentos a ser adoptado num estilo de vida saudável actuando como promotor da saúde física e mental (Coreil, et al., 1985; Suwazono, et al., 2003). A frequência com que os nossos sujeitos praticam exercício físico intenso ou desporto é muito baixa e a maioria dos indivíduos envolve-se

em actividades que não exigem qualquer esforço físico, principalmente ver televisão ou ler. Este resultado está de acordo com a literatura, onde se ilustra que a prática de exercício físico dos sem-abrigo é muito reduzida quando comparado com a população em geral (Levinson, 2004), constituindo um factor de risco para doenças e morte acidental (Coreil, et al., 1985).

Noutra perspectiva, a nossa amostra apresenta baixos consumos de drogas e de bebidas destiladas, mas mais frequente, de consumos de cerveja e vinho. Na nossa opinião, algumas pessoas omitiram os consumos, já que a comparação dos dados aponta para que um dos maiores problemas identificados por estas pessoas se relacionar precisamente com a toxicodependência. Vários estudos documentam que existe um elevado número de indivíduos sem-abrigo que consomem álcool e drogas (Gibbon, Hanusc, Freyder, Conde, & Fine, 2004; Kim, et al., 2010; Kubisová, et al., 2007; Langnase & Muller, 2000; Stein, et al., 2009), no entanto relativamente aos consumos de álcool não encontramos nenhum estudo que referisse quais as bebidas mais consumidas por esta população. Gibbon e colaboradores (2004) referem que as substâncias mais consumidas são o álcool, a cocaína e heroína, sendo o álcool a que apresenta maior prevalência.

Relativamente aos cuidados de saúde primários à adopção de alguns comportamentos de saúde, 23 pessoas dizem ter as vacinas em dia, 22 vão ao médico de família com alguma regularidade, 20 verificam a pressão arterial, apenas 7 vão ao dentista e 17 são seguidos num dos hospitais da cidade. De forma geral estes resultados não vão de encontro aos estudos realizados internacionalmente, que referem uma baixa taxa de utilização dos serviços de saúde pelos sem-abrigo, em que a utilização dos serviços de saúde se faz mais em situações de emergência (Bhui, et al., 2006; Kushel, Vittinghoff, & Haas, 2001; Lauber, et al., 2006; Wen, et al., 2007; Wright & Tompkins, 2005). Analisando a associação entre o ir ao médico e os principais problemas e alojamento actual não encontramos nenhuma associação significativa, contudo os resultados indicam que a maioria dos indivíduos que vai ao médico são os que apresentam problemas de saúde e de toxicodependência, sendo que 18 indivíduos que mostra este comportamento se encontra em alojamento temporário. Estes resultados parecem indicar que ao usufruírem de alojamento temporário os sem-abrigo apresentam mais cuidados com a sua saúde. Não podemos também deixar de referir que todos os indivíduos da nossa amostra já se encontram com acompanhamento técnico e enquadramento institucional.

Os dados encontrados relativamente aos cuidados pessoais também parecem ser influenciados pelo facto de a maioria se encontrar em alojamento temporário e não a viver na rua ou em espaços públicos. Maioritariamente a nossa amostra toma banho todos os dias, mostra ter cuidado na aparência pessoal fazendo a barba, cortando as unhas e o cabelo com regularidade. Todos lavam a roupa semanal ou mensalmente em instituições ou no local onde dormem e a maioria não usa transportes públicos com regularidade. A literatura encontrada indica que existe alguma negligência com a higiene pessoal nos sem-abrigo, passando as rotinas diárias de sobrevivência pela procura de comida, roupa e locais para fazerem a sua higiene (Manoleas, 1996; Mojtabai, 2005; Snow & Mulcahy, 2001). A maioria dos sujeitos da nossa amostra (83,3%) refere não ter dinheiro suficiente para as suas necessidades básicas e assumem algumas dificuldades na gestão do dinheiro.

No que diz respeito a tentativas de suicídio, na nossa amostra registamos 11 pessoas com tentativas, sendo que 6 pessoas fizeram apenas uma tentativa e 5 duas. A bibliografia consultada refere que o suicídio é elevado entre os sem-abrigo, sendo muitas vezes associado a quadros depressivos, consumos de substâncias, à solidão e baixa auto-estima (O'Brien, 2010; Prigerson, Desai, Lui-Mares, & Rosenheck, 2003). Não foram registadas associações significativas entre as variáveis tentativas de suicídio e principais problemas, razões para a situação actual, habilitações literárias e actividades de lazer. Contudo é de salientar que as pessoas que referiram terem tentado suicidar-se apresentavam problemas de saúde e de toxicodependência. E, analisando a causas da sua situação actual, de estarem na condição de sem-abrigo, 4 indivíduos que se tentaram suicidar referem a ruptura familiar como principal causa, o que nos parece poder constituir um factor de risco para o suicídio.

Dos comportamentos de risco analisados, salientamos que a maioria dos indivíduos não apresenta comportamentos sexuais de risco, ainda que a vida sexual destes sem-abrigo seja pouca activa e em alguns casos quase inexistente. De forma geral, a literatura indica que os sem-abrigo têm comportamentos de risco, principalmente os consumidores de drogas e doentes mentais (Sohler, Colson, Meyer-Bahlburg, & Susser, 2000; Stein, et al., 2009). Contudo alguns estudos têm resultados similares, documentando que estes indivíduos têm uma vida sexual pouco activa, mas com comportamentos de alto risco (Lagory, Ritchey, Fitzpatrick, & Irwin, 2005; Sohler, et al., 2000).

Analisando o sono vemos que algumas das regras da higiene do sono são cumpridas, nomeadamente deitar e acordar a mesma hora, dormir toda a noite e dormir o número de horas suficiente para se sentir repousado. No entanto, a maioria toma medicação para dormir e apenas 11 referem nunca perder o sono. Runquist e Reed (2007) mencionam que por dormirem na rua, os sem-abrigo têm falta de conforto, um sono perturbado por barulhos e medo de serem alvos de violência, privando-os de um sono reparador e tranquilo. Os nossos resultados parecem, uma vez mais, evidenciar que o facto de os sem-abrigo se encontrarem em alojamento temporário permite-lhes adquirir comportamentos mais saudáveis, sendo que os padrões de sono se encontram de certa forma regulados pelos horários e condições de alguns dos locais onde dormem.

Relativamente aos níveis de stress verificamos que de forma geral estas pessoas têm vidas stressantes, possivelmente devido ao desequilíbrio entre as exigências ambientais e a sua capacidade de resposta. Manifestam dificuldade em relaxar e aproveitar o tempo de lazer, referindo por vezes que a falta de recursos financeiros constitui uma barreira para esta satisfação. Contudo, os sem-abrigo parecem capacitados de algum *coping* adaptativo mostrando-se capazes de lidar com as situações stressantes do seu dia-a-dia com uma eficácia cada vez mais acrescida. Estar sem-abrigo já constitui por si só uma situação stressante, a vida destas pessoas é marcada muitas vezes por acontecimentos de vida negativos, fazendo com que vivam constantemente em stress, não possuam um local fixo para dormir, um emprego, um estilo de vida com estabilidade e equilíbrio (Klitzing, 2003).

No que respeita à capacidade de *insight* é notório que a maioria dos indivíduos apresenta um bom nível de crítica em relação à sua condição e aos sentimentos a ela associados. O sentimento de solidão está presente todos os dias para 20 pessoas e para 5 algumas vezes por semana. A maior parte refere sentir-se tenso e desapontado, triste e depressivo, no entanto apesar destas emoções também a maioria refere ter pensamentos positivos diariamente. A solidão é dos sentimentos que encontramos mais descritos na literatura, assim como a depressão (Bender, Thompson, McManus, Lantry, & Flynn, 2007; Kidd, 2007).

Considerando as dimensões que habitualmente enquadram a análise dos estilos de vida, podemos dizer que o estilo de vida desta população se caracteriza por alguns comportamentos com uma influência negativa para a saúde, como as reduzidas práticas de exercício físico, consumo de álcool e tabaco, reduzida sociabilização com ausência de suporte social e envolvimento em ocupações pouco significativas. Contudo também

parecem ser caracterizados por uma alimentação equilibrada, padrões de sono adequados, reduzidos comportamentos de risco, boa capacidade de *insight* e dotados de *coping* adaptativo permitindo-lhes realizar uma melhor gestão do stress.

Analisando a sintomatologia psicopatológica verificamos que todos os sintomas da escala BPRS estão presentes na nossa população, ainda de que forma geral não se manifestem de forma muito grave. Os sintomas mais prevalentes são a ansiedade, o humor depressivo, as preocupações somáticas e retraimento emocional variando de muito ligeiro a moderado. O comportamento alucinatório e desorientação verificam-se apenas num caso e o conteúdo de pensamento insinual em 2 casos. A excitação, maneirismos, desconfiança, hostilidade e desorganização conceptual também se manifestam pouco. Zapf e colaboradores (1996) realizaram um estudo com a utilização do BPRS numa população de sem-abrigo de uma prisão, utilizando 4 factores para a análise - sintomas psicóticos positivos, sintomas psicóticos negativos angustia, hostilidade, agitação e hipomania. Os seus resultados encontrados apontaram para 35% dos indivíduos com sintomatologia psicopatológica manifestada de forma grave, sendo que apenas encontraram correlação entre o estar sem-abrigo com a sintomas psicóticos negativos (retraimento emocional, lentificação motora e embotamento afectivo). No nosso estudo também encontramos a presença destes sintomas, no entanto variaram de muito ligeiro a moderado, não sendo os mais frequentes. A literatura refere a presença de doença mental entre os sem-abrigo, abordando mais os diagnósticos normalmente realizados e não tanto a sintomatologia. Contudo alguns estudos revelam diagnósticos que vão de encontro à sintomatologia por nós encontrada. Helfrich & Fogg (2007) realizaram um estudo com 51 indivíduos no qual encontraram perturbações do humor (50%), psicoses (26,1%), perturbações de ansiedade (6,5%) e abuso de drogas (2,2%). Kidd (2007), outro estudo realizado, refere a presença de sintomas como ideação suicida, sentimentos de culpa e alienação social. Os sentimentos de culpa na nossa amostra verificaram-se em 11 pessoas, variando de muito ligeiro a moderado. Bento (2002) faz referência a um estudo realizado na cidade de Lisboa no ano de 1989 em indivíduos albergados no qual se identificaram esquizofrenias, alcoolismo, perturbações da personalidade e depressões como as principais patologias. Mais tarde em 2001 um estudo realizado no Hospital Júlio de Matos identificou que nos sem-abrigo atendidos as patologias mais frequentes eram alcoolismo, esquizofrenias, outras perturbações psicóticas, perturbações do humor e perturbações da personalidade, sendo a comorbilidade frequente (Bento & Barreto, 2002).

Analisando agora as correlações ente os domínios do estilo de vida e a sintomatologia psicopatologica verificamos existirem algumas correlações entre estes dois aspectos. A ansiedade foi o sintoma que apresentou mais correlações significativas com o estilo de vida, tendo-se verificado uma correlação negativa com a alimentação, *insight* e com o stress, sendo esta última a mais forte. Olhando para os dados da alimentação esta correlação sugere-nos que quanto melhor a alimentação dos sem-abrigo menores serão os níveis de ansiedade, no entanto não encontramos estudos que justifiquem este facto. Relativamente ao stress, a nossa escala é constituída por itens que nos permitem perceber como sem-abrigo lidam com o stress, sendo que a pontuação máxima da escala indica que os indivíduos lidam bem com o stress. Neste domínio ao encontrarmos uma forte relação com a ansiedade podemos supor que quanto melhor é a capacidade de lidar com o stress menor é a ansiedade. A correlação negativa entre a ansiedade e o humor deprimido com o *insight* revelaram-se das mais fortes e os resultados parecem indicar que ao se conhecerem a si próprios e ao compreender a sua condição os sem-abrigo, são capazes de criar estratégias de adaptação levando a uma melhor gestão da ansiedade e diminuindo o humor deprimido. Os estudos encontrados descrevem que os sem-abrigo vivem em ambientes stressantes, uma vez que estão sempre a lutar pela sua sobrevivência, necessitando de estratégias de coping para lidar com os desafios do dia-a-dia, aprendendo a ajustar-se à sua condição de vida. (Bender, et al., 2007; Klitzing, 2003). Bender e colaboradores (2007) afirmam que os indivíduos que se percebem como resilientes têm menos probabilidade de se sentirem sem esperança, solidão ou envolverem-se em comportamentos de risco. Os mesmos autores referem que os sem-abrigo desenvolvem competências de *coping* para sobreviver e as suas capacidades individuais, o vínculo social e a sua auto-eficácia actuam como factores protectores. Aprendem a localizar as instituições ou apoios e a coordenar os horários em que os diferentes locais estão disponíveis, obtendo por exemplo comida gratuita. As relações interpessoais também são usadas através da partilha de informação com outros sem-abrigo sobre locais onde podem obter ajuda, comida ou abrigo. Por vezes o consumo de drogas também é utilizado como estratégia para lidar com o stress diário.

Na nossa amostra as perturbações somáticas mostram uma forte associação com a higiene do sono. Esta correlação negativa parece indicar que ao cumprir as regras da higiene do sono as preocupações somáticas tendem a diminuir. Esta dimensão do estilo de vida encontra-se também correlacionada com o humor depressivo, apontando para

menor sintomatologia depressiva quando existe um sono reparador. Encontramos ainda uma correlação negativa, ainda que fraca, entre o sono e a lentificação. O consumo de substâncias e a lentificação apresentam uma forte correlação positiva, indicando que quanto maior o consumo de substâncias maior a lentificação. No domínio da socialização encontramos correlações negativas embora fracas com o retraimento emocional e com a falta de cooperação. Na bibliografia consultada não encontramos estudos que fizessem estas correlações. No que respeita a socialização a nossa escala é constituída por itens que nos permitem aferir o grau de socialização, sendo que a pontuação mais alta representa um bom nível de socialização. Desta forma os resultados obtidos parecem-nos coerentes, indicando que um indivíduo que apresenta pouco envolvimento emocional, uma linguagem corporal e expressividade pobre, assim como uma pessoa pouco cooperativa no momento da entrevista, terá menos competências para estabelecer laços sociais com outros indivíduos.

Em síntese, verificamos que os estilos de vida se encontram relacionados com alguma sintomatologia psicopatológica, sendo que um estilo de vida delineado por comportamentos mais saudáveis manifesta menor probabilidade de presença de sintomatologia.

Esperamos que este estudo possa contribuir para tornar estas pessoas mais saudáveis, alertando os órgãos que actuam junto das mesmas para a importância da promoção da saúde, em particular da saúde mental e de um estilo de vida mais saudável, sendo fundamental a existência de equipas multidisciplinares na prestação de cuidados a estas pessoas.

Conclusões

Com esta experiência procuramos perscrutar quem são os sem-abrigo que vagueiam na cidade do Porto, olhando para eles como pessoas complexas e tentando compreender um pouco mais deste fenómeno. Encontramos abundância de pessoas que vivem isolados, desafiliados, sem família, sem uma rede de suporte social fiável, contando muitas vezes apenas com o apoio das instituições. Deparamo-nos com uma realidade crescente, de pessoas necessitadas de quase tudo, abrigo, comida, roupa, educação, trabalho, apoio social e emocional e de cuidados de saúde.

Analisando os resultados obtidos podemos tirar algumas conclusões, não esquecendo que as mesmas não podem ser generalizadas. Este estudo assumiu desde o início a sua natureza exploratória. Pretendemos apenas contribuir para uma reflexão sobre os estilos de vida dos sem-abrigo da cidade do Porto, não sendo o nosso propósito apresentar conclusões definitivas. Todos os objectivos inicialmente delineados foram alcançados, verificamos que a metodologia utilizada se mostrou eficaz, no entanto parece-nos fundamental aprofundar algumas questões, nomeadamente através da utilização de um questionário de estilos de vida validado. Consideramos que outras limitações do estudo se prenderam com o facto de participarem poucos indivíduos que se encontram a viver na rua, o que certamente traria maior diversidade de resultados. O reduzido número de pessoas do sexo feminino também não nos permitiu estabelecer comparações entre alguns parâmetros e o género.

Reportando à realidade da nossa amostra, o perfil dos sem-abrigo da Cidade do Porto é na maioria do sexo masculino, solteiros, com filhos, cuja média idade é de 44 anos, de nacionalidade portuguesa e baixo nível de escolaridade. Esta descrição apresenta-se congruente com a hipótese inicialmente delineada por nós, com a excepção de verificarmos que a maioria dos indivíduos tem filhos. Apuramos também, que na sua maioria vivem da acção social (rendimento social de inserção ou pensão de invalidez ou reforma) pois encontram-se desempregados há muitos anos ou sem actividade por doença. Vivem maioritariamente em alojamento temporário para sem-abrigo à cerca de 1 a 3 anos e anteriormente viviam na rua ou em espaços públicos, tendo a maioria permanecido nessa situação por um período de 6 meses a 1 ano. Em grande parte dos casos, as causas que despoletaram esta condição relacionam-se com o desemprego e a ruptura familiar, pelo que neste momento existe pouco contacto com a família e têm nenhuma ou pouca rede de suporte e sociabilização. Os nossos inquiridos ocupam a maior parte do seu dia nos cafés da cidade ou na rua, as actividades de lazer não fazem

parte das rotinas de grande parte da nossa amostra, e quando existem, consistem principalmente em ver televisão e ler.

Relativamente aos comportamentos que interferem na saúde, analisando o índice de massa corporal, verificamos que os nossos sujeitos são maioritariamente saudáveis. A sua alimentação é de forma geral mais saudável do que em estudos feitos noutros países. Raramente ingerem *fast-food* e a maioria faz as três principais refeições. O facto de todos os indivíduos estarem a ter acompanhamento técnico e apoio das instituições, onde normalmente comem, provavelmente contribui para uma alimentação mais saudável. No entanto seria necessário analisar a qualidade da alimentação destes locais. São indivíduos sedentários, raros são os que praticam exercício físico intenso ou algum desporto, sabemos no entanto que a maioria percorre grandes distâncias a pé para se deslocar na cidade na ida às instituições, podendo representar um factor na manutenção do peso. Contudo como já referimos a maioria envolve-se em actividades que não exigem qualquer esforço físico.

São fumadores, em média fumam um maço de cigarros/dia e fumam a 30/35 anos, o que vai de encontro aos dados encontrados na literatura. Relativamente ao consumo de substâncias, verificamos comportamentos mais saudáveis do que os esperados, consideramos que possivelmente houve omissão de respostas neste ponto sendo notório quando cruzamos os dados com os principais problemas no qual refere que 10 indivíduos são toxicodependentes.

Têm cuidados de saúde primários, mantêm as vacinas em dia, vão a consultas médicas e verificam a pressão arterial, grande parte é também seguido em hospitais. Contudo, os cuidados com a saúde oral são muito reduzidos. Não encontramos associação significativa entre ir ao médico e o alojamento actual ou os principais problemas. Os cuidados de saúde integram muitas vezes os planos que inserção que os sem-abrigo necessitam de cumprir de forma a receberem o rendimento social de inserção. Questionamo-nos se serão estes cuidados de saúde completos, darão verdadeiramente resposta as necessidades destas pessoas? Com que regularidade existem? Qual será a percepção dos sem-abrigo relativamente aos cuidados de saúde prestados? Incluem o acesso a saúde mental? Estas serão questões para serem posteriormente aprofundadas.

Apuramos que a maioria dos indivíduos não apresenta comportamentos sexuais de risco, questionamo-nos uma vez mais se haverão dados omitidos, se será um bom indicador do trabalho realizado pelas instituições e equipas de rua junto desta

população, ou se advém do facto destes indivíduos referirem uma vida sexual pouco activa.

São indivíduos com comportamentos que revelam uma boa higiene do sono, sendo que 10 tomam medicação para dormir. Possivelmente o sono destas pessoas já será mais tranquilo por não dormirem na rua, este é também um aspecto interessante para aprofundar e comparar com o das pessoas que ainda dormem nas ruas.

As tentativas de suicídio estiveram presentes em 11 pessoas, não representando a maioria, contudo pensamos ser importante referir, os métodos mais utilizados foram o enforcamento, atirarem-se da ponte ou cortarem-se. Não encontramos associação do suicídio com os principais problemas, as razões para a situação actual, as habilitações literárias ou com as actividades de lazer. Interrogamo-nos sobre quais terão sido os motivos que despoletaram este comportamento. Sabemos que a maioria dos indivíduos se sente preocupado, frágil, só, tenso e desapontados e triste e depressivos, apresentando-se conscientes da sua situação, contudo a maioria refere ser capaz de lidar com o stress do seu dia-a-dia.

Desta forma, no que respeita a nossa segunda hipótese verificamos que nem todos os comportamentos esperados no perfil de estilo de vida dos sem-abrigo se encontram presentes. Verificamos que o seu estilo de vida se caracteriza por reduzida prática de exercício físico, reduzida socialização e elevado nível de stress, no entanto os restantes pressupostos não se verificaram como o esperado. Contudo poderão ter sido influenciados por omissão de respostas, principalmente no que respeita aos consumos de substâncias e comportamentos de risco e pelo facto de na sua maioria os sem-abrigo da nossa amostra já se encontrarem em alojamento temporário, possibilitando uma melhor qualidade do sono e de padrões alimentares.

Os nossos sujeitos apresentam sintomatologia psicopatológica, o que nos indica existir co-morbilidade entre a situação de sem-abrigo e a presença de doença mental. Este parece-nos um dado fundamental para promover a consciência de que no processo de reabilitação destes indivíduos os cuidados com a sua saúde mental são essenciais. O estilo de vida destas pessoas encontra-se correlacionado significativamente com alguns dos sintomas psicopatológicos encontrados, indicando que é importante estudar de forma mais aprofundada os estilos de vida destas pessoas, para se intervir neste domínio e contribuir para uma melhor saúde física, mental e social dos sem-abrigo. Aferimos assim a nossa terceira hipótese de estudo confirmando que a presença de um estilo de

vida, caracterizado por comportamentos pouco saudáveis para a saúde, se encontra correlacionado com presença de sintomatologia psicopatológica.

Pensamos que futuramente seria interessante analisar como vivem os sem-abrigo que ainda dormem nas ruas e que diferenças seriam encontradas relativamente aos que já se encontram em alojamento temporário, nomeadamente se o tipo de psicopatologia observado seria o mesmo e se os comportamentos identificados como saudáveis nesta amostra se mantinham. Outro dado que nos parece ser relevante numa posterior análise refere-se à capacidade de *coping* adaptativo que estas pessoas apresentaram, pois ficou por explorar que estratégias utilizam e como as aplicam nos desafios stressantes com que se deparam diariamente. Concluimos assim apontando algumas possibilidades para futuras investigações neste mundo ainda tão oculto dos sem-abrigo da nossa cidade, contudo uma realidade cada vez mais presente.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, C., & Oliveira, C. (2002). Saúde e Doença: significações e perspectivas. *Millenium - Revista do ISPV*, 25.
- Amaro, L., Johann, J., & Meira, P. (2007). O estilo de vida do idoso urbano: o caso de Porto Alegre -RS. *RBCEH, Passo Fundo*, 4(1), 115-126.
- Añez, C. R., Reis, R., & Petroski, E. (2008). Brazilian Version of a Lifestyle Questionnaire: Translation and validation for young adults. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 91(2), 92-98.
- Beijer, U., & Andréasson, S. (2009). Physical diseases among homeless people: gender differences and comparisons with the general population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 93-100.
- Bender, K., Thompson, S., McManus, H., Lantry, J., & Flynn, P. (2007). Capacity for survival: exploring strengths of homeless stress youth. *Child Youth Care Forum*, 36, 25-42.
- Bento, A., & Barreto, E. (2002). *Sem-amor, Sem-abrigo*. Lisboa: Climepsi editores.
- Bhui, K., Shanahan, L., & Harding, G. (2006). Homelessness and mental illness: a literature review and qualitative study of perceptions of the adequacy of care. *International Journal of social Psychiatry*, 52(2), 152-165.
- Blank, L., Grimsley, M., Goyder, E., Ellis, E., & Peters, J. (2007a). Community-based lifestyle interventions: changing behavior and improving health. *Journal of Public Health*, 29(3), 236-245.
- Blank, L., Grimsley, M., Goyder, E., Ellis, E., & Peters, J. (2007b). Community-based lifestyle interventions: changing behaviour and improving health. *Journal of Public Health*, 29(3), 263-245.
- Blaxter, M. (1990). *Health & Lifestyles* (1 ed.). London: Routledge - Taylor & Francis Group.
- Borchard, K. (2009). Between Poverty and a Lifestyle: The Leisure Activities of Homeless People in Las Vegas. *Journal of Contemporary Ethnography*, 30(4), 441- 446.
- Bowling, A. (2004). *Research Methods in Health: investigating health and health services* (2 ed.): Maidenhead: Open University Press.
- Caldwell, L. (2005). Leisure and health: why is leisure therapeutic? . *British Journal of Guidance & counselling*, 33(1), 7-26.

- Caton, C. M. (1990). *Homeless in America* (1 ed.). New York: Oxford University Press.
- Chuang, H., Mansell, C., & Patten, S. (2008). Lifestyle Characteristics of Psychiatric Outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 260-265.
- Cochran, T., Stultz, J., Newsom, G., Kautz, E., Nickels, G., & Diaz, M. (2008). *A Status Report on Hunger and Homelessness in America Cities - A 25 City Survey*.
- Connolly, M., & Kelly, C. (2005). Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 11, 125 - 132.
- Coreil, J., Levin, J., & Jaco, G. (1985). Life style - an emergent concept in the socialmedical sciences. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 423-437.
- Crouch, M. A. (2007). Importance of the family history in lifestyle management. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(2), 122-128.
- Damon, J. (2003). The Terminology of homeless in France in New Agency Dispatches. *Population*, 57, 555-567.
- Edgar, B., Doherty, J., & Meert, H. (2003). *Review of statistics on Homelessness in Europe*.
- Elkis, H., Neto, J., Alves, T., Eizenman, I., Oliveira, J., & Melo, M. (1998). Análise factorial da versão em Português do BPRS ancorado (BPRS-A) em pacientes com esquizofrenia refratária. *Rev. Psiq. Clin.*, 25(6), 334-336.
- Fernandes, M. (2006). *Fechados no silêncio - os sem abrigo*. Universidade aberta, Porto.
- Frankish, J., Milligan, D., & Reid, C. (1998). A review of relationships between active living and determinants of health. *Soc. Sci. Med.*, 47(3), 287-301.
- Gibbon, J., Hanusc, B., Freyder, P., Conde, A., & Fine, M. (2004). Self-reported changes in drug and alcohol use after becoming homeless. *American Journal of Public Health*, 94(5), 830-835.
- Gil, A., Castro, A., Quedas, M., & Alvarenga, F. (2005). *Estudo dos Sem-abrigo*.
- Gool, C. v., Kempen, G., Bosma, H., Boxtel, M. v., Jolles, J., & Eijk, J. v. (2006). Associations between lifestyle and Depressed Mood: Longitudinal Results from the Maastricht Aging Study. *American Journal of Public Health*, 97(5), 887 - 894.
- Guerra, I. (1993). Modos de Vida Novos percursos e novos conceitos. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 13, 59-74.

- Harris, M., Oelbaum, R., & Flomo, D. (2007). State of the Art Reviews: Changing and Adhering to Lifestyle Changes: What are the keys? *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(3), 214 - 219.
- Harrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (2005). *Promoting Mental Health: concepts, emerging, practice*.
- Heath, C., & Berman, J. (2008). Evolutionary Lifestyle and Mental Health. *Evolutionary Psychology*, 6(1), 67-76.
- Helfrich, C. A., & Fogg, L. F. (2007). Outcomes of a life skills intervention for homeless adults with mental illness. *Journal of Primary Prevent*, 28, 313-326.
- Henderson, K., & Bialeschki, D. (2005). Leisure and active lifestyles: research reflection. *Leisure Sciences*, 27, 355-365.
- Heuchemer, B., & Josephsson, S. (2006). Leaving homelessness and addiction: narratives of an occupational transition. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13, 160-169.
- Hill, M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário* (1 ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Hocking, J. E., & Lawrence, S. G. (2000). Changing Attitudes Toward the Homeless: the effects of a prosocial communication with the homeless. *Journal of Social Distress an the Homeless*, 9(2), 91- 110.
- Huss-Ashmore, R., Schall, J., & Hediger, M. (Eds.). (1992). *Health and lifestyle change* (Vol. 9). Philadelphia: MASCA - Research papers in science and archeology.
- Jensen, L. W., Decker, L., & Andersen, M. M. (2006). Depression and health-promoting lifestyles of persons with mental illnesses. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 617 - 634.
- Kelly, K., & Caputo, T. (2007). Health and Street/ homeless youth. *Journal of Health Psychology*, 12(5), 726-736.
- Kelly, R. (2001). Status Report on the Homeless. *Journal of Social Distress an the Homeless*, 10(3), 229- 233.
- Kidd, S. A. (2007). Youth homelessness and social stigma. *J Youth Adolescence*, 36, 291-299.
- Kim, M., Ford, J., Howard, D., & Bradford, D. (2010). Assessing Trauma, Substance Abuse and Mental Health in a Sample of Homeless Men. *Health & Social Work*, 35(1), 39 - 48.

- Kinger, L. V. (Ed.). (2005). *Focus on lifestyle and health research*. New York: Nova Science Publishers.
- Klitzing, S. W. (2003). Coping with chronic stress: leisure and women who are homeless. *Leisure Sciences*, 25, 163-181.
- Kubisová, D., Adámková, V., Lánská, V., Dlouhy, P., Rambousková, J., & Anđel, M. (2007). Higher prevalence of smoking and lower BMI, waist circumference, cholesterol and triacylglyceride levels in Prague's homeless compared to a majority of the Czech population. *BMC Public Health*, 7(51), 1-7.
- Kunzmann, U., Stange, A., & Jordan, J. (2005). Positive Affectivity and Lifestyle in Adulthood: Do you do what you feel? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(4), 574 - 588.
- Kushel, M., Vittinghoff, E., & Haas, J. (2001). Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *Journal of the American Medical Association*, 285(2), 200-206.
- Lagory, M., Ritchey, F., Fitzpatrick, K., & Irwin, J. (2005). A needs assessment of the homeless of Birmingham and Jefferson county.
- Langnase, K., & Muller, M. (2000). Nutrition and health in an adult urban homeless population in Germany. *Public Health Nutrition*, 4(3), 805 - 811.
- Lauber, C., Lay, B., & Rossler, W. (2006). Homeless people at disadvantage in mental health services. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 138-145.
- Lawson, R., & Tood, S. (2002). Consumer Lifestyles: a social stratification perspective. *Marketing Theory*, 2(3), 295 - 307.
- Leite, N., Cieslak, F., Osiecki, A., Bizinelli, J., Timossi, L., & Junior, G. (2009). Lifestyle and physical activity in workers of the Paraná State. *Revista Brasileira de Qualidade de vida*, 01(01), 1 -14.
- LePage, J. P., & Garcia-Rea, E. A. (2008). The association between healthy lifestyle behaviors and relapse rates in a homeless veteran population. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 171-176.
- Leucht, S., Kane, J., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., & Engel, R. (2005). Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *British Journal of Psychiatry*, 187, 366-371.
- Levinson, D. (2004). *Encyclopedia of Homelessness* (Vol. 2). California: Sage Publications.

- Lima, M., & Botega, N. (2001). Hospital-dia: para quem e para quê? *Rev. Bras. Psiquiatria*, 23(4), 195-199.
- MacKnee, C., & Mervyn, J. (2002). Critical Incidents that facilitate Homeless People's Transition off the Streets. *Journal of Distress and the Homeless*, 11(4), 293-306.
- Madureira, A., Fonseca, S., & Maia, M. (2003). Estilo de vida e atividade física habitual de professores de educação física. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 5(1), 54-62.
- Main, T. (1998). How to think about homelessness: balancing structural and individual causes. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 7(1), 41-54.
- Manoleas, P. (1996). *The cross-cultural practice of clinical case management in mental health*. New York: Haworth Press, Inc.
- Martinsen, E. W., & Ragil, J. S. (2007). Themed Review: Anxiety/Depression: Lifestyle Medicine Approaches. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(3), 159 - 166.
- Mayers, C. (2003). The development and evaluation of the Mayers lifestyle questionnaire (2) *British Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 388-395.
- Meisler, N., Blankertz, L., Santos, A., & McKay, C. (1997). Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. *Community Mental Health Journal*, 33(2), 113-122.
- Melnyk, B., Small, L., Morrison-Beedy, D., Strasser, A., Kreipe, R., Jacobson, D., et al. (2006). Mental Health Correlates of Healthy Lifestyle Attitudes, Beliefs, Choices, and Behaviors in Overweight Adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(6), 401 - 406.
- Mojtabai, R. (2005). Perceived reasons for loss of housing and continued homelessness among homeless persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 56, 172-178.
- Morris, R., & Mohammed, F. A. (2005). Metabolism, lifestyle and bipolar affective disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 19(6), 94-101.
- Muñoz, M., & Vásquez, C. (1999). Homeless in Spain. *Psychology in Spain*, 3(1), 3-10.
- NCH. (2009). *Tabacco Use and Homelessness*. Retrieved from www.nationalhomeless.org/factsheets/tobacco.html.
- O'Brien, S. (2010). *homelessness and suicide*.
- O'Neil, A., Casey, P., & Minton, R. (2007). The homeless mentally ill - an audit from an inner city hospital. *Ir J Psych Med*, 24(2), 62-66.

- Osborn, D. (2001). The poor physical health of people with mental illness. *West J Med*, 175, 329 - 332.
- Prigerson, H., Desai, R., Lui-Mares, W., & Rosenheck, R. (2003). Suicidal ideation and suicide attempts in homeless mentally ill persons. Age-specific risks of substance abuse. *Soc. Psychiatric Epidemiology*, 38, 213-219.
- Quintas, S. (2010). *A percepção de técnicos e indivíduos "sem-abrigo": Histórias ocultas de uma realidade no Porto*. Faculdade de Psicologia e de Ciências Sociais, Universidade do Porto, Porto.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2 ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, J. L. P. (1989). A intervenção psicológica na promoção da saúde. *Journal de Psicologia*, 8(2), 19-22.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção da saúde e prevenção das doenças. *Análise Psicológica* 2(XXII), 387-397.
- Rippe, J. M., & Angelopoulos, T. J. (2008). The American Journal of Lifestyle Medicine at 20 Months: Striding Confidently Toward the Future. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2(5), 369 - 371.
- Robertson, M. J., & Cousineau, M. R. (1986). Health Status and Access to Health Services among the Urban Homeless. *American Journal of Public Health*, 76(5), 561-563.
- Rodrigues, W. (1992). Urbanidades e novos estilos de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas* 12, 91-107.
- Rokach, A. (2005). Private lives in public places: loneliness of the homeless. *Social indicators research*, 72, 99-114.
- Runquist, J. J., & Reed, P. G. (2007). Self-transcendence and well-being in homeless adults *Journal of Holistic Nursing*, 25(1), 5-13.
- Saric, S. (2009). Breast cancer patient's quality of life compared to correctible risk factors of life style. *HealthMED*, 3(3), 267-272.
- Sharratt, J., Sharratt, M., Smith, D., Howell, M., & Davenport, L. (1984). Fantastic Lifestyle Survey Of University of Waterloo Employees. *Can Fam Physician*, 30, 1869-1872.

- Silva, S. (2007). Sem-abrigo: métodos de produção de narrativas biográficas. *Revista de ciências da educação*(2), 69-82.
- Smith, S. P. (1999). Homelessness as a lifestyle: a risk factor. *Home Health Care Manage Prac.*, 11(4), 38-44.
- Snow, D. A., & Mulcahy, M. (2001). Space, Politics, and the survival strategies of the homeless. *American Behavioral Scientist*, 45(1), 149 -169.
- Sohler, N., Colson, P., Meyer-Bahlburg, H., & Susser, E. (2000). Reliability of self reports about sexual risk behavior for HIV among homeless men with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 51(6), 814-816.
- Sousa, F., & Almeida, S. (2001). E se perguntássemos aos sem-abrigo?! Satisfação e necessidades percebidas face aos serviços, num abrigo de Lisboa. *Análise Psicológica*, 2(XIX), 299-312.
- Stein, J. A., Nyamathi, A. M., & Zane, J. I. (2009). Situational, Psychosocial and Physical Health - related correlates of HIV/AIDS risk behaviors in homeless men. *American Journal of Men's Health*, 3(1), 25-35.
- Stella, S., Vilar, A., Lacroix, C., Fisberg, M., Santos, R., Mello, M., et al. (2005). Effects of type of physical exercise and leisure activities on depression scores of obese Brazilian adolescent girls. *Brazilian Journal of Medical Biological Research*, 38, 1683-1689.
- Suwazono, Y., Okubo, Y., Kobayashi, E., Kido, T., & Nogawa, K. (2003). The influence of total number of favourable working conditions and lifestyle on mental health in Japanese workers in a large company. *Stress and Health*, 19, 119 -126.
- Terre, L. (2007). Behavioral Medicine Review: The Lifestyle Factor. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(3), 181-184.
- Unger, J. B., Kipke, M. D., Simon, T. R., Montgomery, S. B., & Johnson, C. J. (1997). Homeless Youths and Young adults in Los Angeles: prevalence of mental health problems and the relationship between mental health and substance abuse disorders. *American Journal of Community Psychology*, 25(3), 371- 394.
- Walker, S., & Scherist, K. (1987). The health-promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Wen, C., Hudak, P., & Hwang, S. (2007). Homeless People Perceptions of Welcomeness and Unwelcomeness in Healthcare encounters. *J of General Internal Medicine*, 22, 1011-1017.

- Williams, M., & Cheal, B. (2001). Can we measure homelessness? A critical evaluation on the method of "capture-recapture". *International Journal of Social Research Methodology*, 5, 313 - 331
- Wright, N., & Tompkins, C. (2005). *How can health care systems effectively deal with major health care needs of homeless people?*
- Zapf, P., Rosesch, R., & Hart, S. (1996). An Examination of the Relationship of Homelessness to Mental Disorder, Criminal Behavior, and Health Care in a Petrail Jail Population. *Can J Psychiatry*, 41, 435-440.

Anexo I
Apresentação do Questionário

Questionário de caracterização de Estilos de Vida

Este questionário está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Terapia Ocupacional, especialização em Saúde Mental, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Pretende caracterizar os estilos de vida dos sem-abrigo da cidade do Porto. Os resultados obtidos serão utilizados para fins académicos e científicos, realçando-se que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual. O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso solicitamos que responda de uma forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta.

Obrigada pela sua colaboração.

GRUPO I

1. Idade: _____

2. Sexo:

- Masculino
 Feminino

3. Habilitações literárias:

- 4^a classe
 6^o ano
 9^o ano
 12^o ano
 Licenciatura
 Outra. Qual? _____

4. Estado Civil:

- Solteiro
 Casado ou em união de facto
 Divorciado ou separado
 Viúvo

5. Tem filhos?

- Sim
 Não

6. Profissão actual ou última que exerceu: _____

7. Peso: _____

8. Altura: _____

9. Descreva de um modo geral quais as actividades com que ocupa o dia:

10. Que actividades realiza que considera lazer?

11. Que actividades realiza que considera trabalho?

GRUPO II

1. É fumador?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

a. Se é fumador, há quantos anos fuma? _____

b. Se é fumador quantos cigarros fuma por dia?

<input type="checkbox"/>	10 ou menos
<input type="checkbox"/>	15-20
<input type="checkbox"/>	21-30
<input type="checkbox"/>	31 ou mais

c. Se é fumador, quando fuma o primeiro cigarro depois de acordar?

- Nos 5 primeiros minutos
- Na primeira meia hora
- Na primeira hora
- Mais de 1 hora depois de acordar

d. Se é fumador já tentou deixar de fumar?

- Sim
- Não

e. Quantas vezes? _____

2. Indique se:

	Sim	Não	Quando foi a última vez ?
Mantém as vacinas em dia			
Verifica a pressão arterial			
Vai ao dentista			
Vai ao médico fazer uma "revisão geral"			
É seguido no hospital			

3. Já fez alguma tentativas de suicídio?

- Sim
- Não

a. Se sim, quantas vezes já tentou suicidar-se? _____

b. Se sim, de que forma tentou suicidar-se? _____

4. Indique se:

	Sim	Não
Tem dinheiro suficiente para as suas necessidades básicas		
Tem dificuldade em gerir o seu dinheiro		

5. Onde realiza as refeições:

- Carrinhas
- Instituições
- Outro: _____

GRUPO III

1. Com que frequência pratica as seguintes actividades ou tem os seguintes comportamentos?

	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
Tomar banho/duche					
Fazer a barba/ depilação					
Cortar o cabelo					
Cortar as unhas					
Usar transportes públicos					
Fazer compras					
Lavar a sua roupa					
Mudar de parceiro sexual					
Ter relações sexuais com pessoas que mal conhece					
Ter relações sexuais sem tomar precauções					
Procurar manter os amigos					
Procurar fazer novas amizades					
Passar tempo com os amigos					
Estar satisfeito com os amigos					
Visitar/ falar com a família					
Ter alguém com quem falar sobre coisas importantes para si					
Participar em actividades espirituais/religiosas que sejam importantes para si					
Gostar de estar com pessoas com crenças e valores similares aos seus					
Procurar ser activo na sua comunidade (fazer voluntariado, pertencer alguma associação)					
Fazer exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos					
Fazer desporto que o faz transpirar (ex: corrida, natação, futebol, ginásio)					

Ler, ver televisão, fazer actividades sem esforço físico					
Relaxar e aproveitar o seu tempo de lazer					
Participa em actividades que lhe dão satisfação					
Escolhe o que quer fazer durante o dia					
Manter uma discussão sem se alterar mesmo quando contrariado					
Ser capaz de lidar com o stress da sua vida					
Sentir-se preocupado					
Sentir-se frágil					
Sentir-se só					
Sentir-se tenso e desapontado					
Sentir-se triste e depressivo					
Ter pensamentos positivos					
Deitar-se à mesma hora					
Acordar à mesma hora					
Dormir toda a noite					
Ter dificuldades em adormecer					
Acordar muito cedo					
Perder o sono de noite e ter sono durante o dia					
Dormir o número de horas suficientes para se sentir repousado					
Tomar medicação para dormir					
Ingerir alimentos salgados					
Ingerir alimentos com gordura (ex: manteiga e fritos)					
Ingerir alimentos à base de açúcar (ex: bolos, chocolates, rebuçados)					
Fazer refeições de vegetais, legumes e fruta					
Fazer refeições fast-food					
Ingerir alimentos frescos (ex: peixe e carne)					
Beber café					
Beber chá					
Beber Coca-Cola					
Beber cerveja					
Beber vinho					
Beber bebidas destiladas (ex.					

Aguardente e wisky)					
Consumir drogas (ex. cocaína, haxixe, heroína, anfetaminas					
Tomar pequeno-almoço					
Lanchar a meio da manhã					
Almoçar					
Lanchar a meio da tarde					
Jantar					
Cear					

Anexo II
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Versão Portuguesa

Indicações: Coloque um círculo em torno do número que corresponde ao termo que melhor descreve a situação actual do paciente, tendo em consideração a seguinte classificação

- 1 – Ausente
- 2 – Muito ligeiro
- 3 – Ligeiro
- 4 – Moderado
- 5 – Moderadamente grave
- 6 – Grave
- 7 – Extremamente grave

1. **Preocupações somáticas.** Grau de preocupação que o paciente tem com a sua saúde actual. Preocupação do paciente com a saúde física e se ela é percebida como um problema, quer as queixas tenham bases reais ou não (delírio somáticos devem ser avaliados a partir de grave).

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

2. **Ansiedade.** Preocupação, pânico, medo, apreensão e tensão reportados. Avaliar apenas o que o utente afirma e não sinais observados de ansiedade, que devem ser avaliados em Tensão.

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

3. **Retraimento emocional.** Deficiência na capacidade de se relacionar emocionalmente durante a entrevista. Dificuldade de interacção espontânea, isolamento em relação aos outros (cotar a partir de grave se evitar activamente o contacto com o outro).

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

4. **Desorganização conceptual.** Grau de confusão, desorganização, desconexão e disrupção dos processos mentais, a partir do discurso oral. Não avaliar o conteúdo do discurso (cotar a partir de grave quando discurso é incompreensível).

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

5. **Sentimentos de culpa.** Auto-culpabilização, vergonha e remorsos por comportamentos anteriores (cotar a partir de grave quando o sentimento de culpa é delirante). Não inferir com base em depressão, ansiedade ou defesas neuróticas

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

6. **Tensão.** Manifestações físicas e motoras de tensão, nervosismo ou sobre-ativação. Não se deve avaliar com base das declarações do paciente.

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

7. **Maneirismos e alterações da postura.** Comportamento motor peculiar, bizarro ou invulgar. Exclui manifestações de efeitos secundários de medicação, tiques ou tensão nervosa.

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

8. **Ideias de grandeza/megalomania.** Auto-opinião exagerada, convicção que possui habilidades ou poderes invulgares. Avaliar com base nas declarações do doente e não com base no seu procedimento.

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

9. **Humor depressivo.** Inclui tristeza, anedonia, preocupação com tópicos depressivos (ex. não participação em conversas devido à depressão), falta de esperança, pessimismo, e falta de auto-estima (insatisfação e desagrado em relação a si). Não inclui sintomas vegetativos como a retardação motora, queixas somáticas, ou avolição típica do síndrome deficitário.

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

10. **Hostilidade.** Animosidade, desprezo, beligerância, ameaças, discussões, destruição de propriedade, desdém e outras atitudes de hostilidade em relação a outros. Não inferir a partir de defesas neuróticas, ansiedade e queixas somáticas. Não incluir incidentes de zanga apropriada e de óbvia auto-defesa. (atitude perante entrevistador avaliar apenas em Falta de Cooperação).

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

11. **Desconfiança/ perseguição.** Crença aparente ou expressa de que as outras pessoas agiram ou perpetraram algo maliciosamente ou com uma intenção discriminatória. Inclui perseguição por agentes não-humanos. (cotações iguais ou superiores a 3 devem ser também cotadas no item Pensamentos Invulgares)

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

12. **Comportamento alucinatório.** Relato de experiências perceptivas na ausência de estímulos externos correspondentes, incluindo preocupação com o conteúdo e experiência alucinatória e funcionamento alterado por via do conteúdo alucinatório (ex. envolvimento em comportamento desviante devido a ordens de origem alucinatória). Inclui também pensamentos audíveis.

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

13. **Lentificação/retardamento motor.** Redução do nível de energia evidenciado por movimentos e discurso lentos, reduzido tonús postural, e diminuição da quantidade de movimentos corporais. Avaliar a partir do comportamento observado.

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

14. **Falta de cooperação.** Resistência e falta de prontidão para cooperar com o entrevistador. Avaliar apenas o comportamento com o avaliador na entrevista, e não o comportamento com pares e família.

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

15. **Conteúdo de pensamento inusual.** Pensamentos inusuais, estranhos, excêntricos, bizarros, absurdos ou invulgares. Avaliar o grau de invulgaridade e não o grau de desorganização do discurso. (nota: se Ideias de grandeza, Sentimentos de culpa, e Desconfiança forem cotados com 6 ou 7, este item deve ser cotado no mínimo com 4).

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

16. **Embotamento afectivo.** Amplitude reduzida da expressividade emocional da face, voz e gestos. Redução do contacto emocional e aparente ausência de sentimentos.

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

17. **Excitação.** Elevação do estado emocional ou reactividade emocional aumentada perante o entrevistador, conforme evidenciada por aumento da intensidade das expressões faciais, tom de voz, gestos expressivos e aumento da quantidade e velocidade do discurso.

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------

18. **Desorientação.** Confusão em relação a pessoas, lugares e tempo. Não cotar se as incorrecções forem devido a actividade delirante.

Ausente	Muito ligeiro	Ligeiro	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremamente grave
---------	---------------	---------	----------	---------------------	-------	--------------------