

CRISTIANA ALEXANDRA LIMA PEREIRA

**A RESILIÊNCIA E A VULNERABILIDADE AO STRESS NUMA
POPULAÇÃO SEM-ABRIGO**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

2009

CRISTIANA ALEXANDRA LIMA PEREIRA

**A RESILIÊNCIA E A VULNERABILIDADE AO STRESS NUMA
POPULAÇÃO SEM-ABRIGO**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

2009

**A RESILIÊNCIA E A VULNERABILIDADE AO STRESS NUMA
POPULAÇÃO SEM-ABRIGO**

Cristiana Pereira

Dissertação apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

RESUMO

O principal objectivo do presente estudo foi analisar a resiliência e a vulnerabilidade ao stress numa população Sem-Abrigo, através de uma abordagem quantitativa e qualitativa. Estudou-se a variabilidade do grau de resiliência e da vulnerabilidade ao stress, em função de variáveis sócio-demográficas (e.g. idade, escolaridade, estado civil, tempo na situação de desabrigo) e variáveis psico-clínicas (e.g. psicopatologia). Participaram 52 sujeitos com idades compreendidas entre os 30 e os 69 anos. Foram utilizados os seguintes instrumentos: *Escala de Avaliação Global de Resiliência*, *Escala de Avaliação do Eu Resiliente* e *23 Questões de Vulnerabilidade ao Stress*. Para a análise qualitativa, os dados foram recolhidos através de um Guião de Entrevista. Os resultados obtidos permitem concluir que estes Sem-Abrigo apresentam capacidades de resiliência elevadas, não sendo vulneráveis ao stress. No entanto, a descrição que os indivíduos Sem-Abrigo fazem da sua realidade e das suas vivências é marcada por uma idealização que admiram, desvalorizando a realidade.

Palavras-chave: resiliência, vulnerabilidade, Sem-Abrigo, auto-percepção, competências.

ABSTRACT

The main purpose of this work was to analyze resilience and stress vulnerability among homeless individuals, through a quantitative and qualitative approach. We studied the variability of resilience degree and vulnerability to stress relating with socio-demographics (e.g. age, education, marital and time in homeless situation) and psycho-clinical (e.g. psychopathology). 52 homeless individuals, between 30 and 69 years old participated at this study. The material used were: *Escala de Avaliação Global de Resiliência*, *Escala de Avaliação do Eu Resiliente* and *23 Questões de Vulnerabilidade ao Stress*. For the qualitative analysis, data were collected through a interview guide. The results showed that they have high resilience capabilities and they are not vulnerable to stress. Although the description made by homeless about their reality and experience is marked by an idealization which they admire, not corresponding to the reality, devaluing it.

Key words: resilience, vulnerability, homeless, auto-perception, skills.

RESUMEN

El principal objetivo de este estudio fue evaluar la capacidad de adaptación y la vulnerabilidad al estrés entre individuos sin techo, a través de un enfoque cuantitativo y cualitativo. Se estudió la variabilidad en el grado de resistencia y vulnerabilidad al estrés, utilizando para ello variables sociodemográficas (edad, educación, estado civil, tiempo en la situación de las personas sin hogar) y variables clínicas psicológicas (como por ejemplo, la psicopatología). Utilizamos una muestra de 52 participantes, de edades comprendidas entre los 30 y los 69 años. Administramos los siguientes instrumentos: la *Escala de Avaliação Global de Resiliência*, *Escala de Avaliação do Eu Resiliente* y *23 Questões de Vulnerabilidade ao Stress*. Realizamos también una entrevista con el objetivo de realizar un análisis cualitativo de las respuestas de los participantes. Los resultados mostraron que estas personas sin hogar tienen capacidades de alta capacidad de recuperación y no son vulnerables al estrés. Sin embargo, la descripción que las personas sin hogar hacen de su realidad y sus experiencias se caracterizan es idealizada, desvalorizando la realidad.

Palabra clave: resiliencia, vulnerabilidad, sin techo, autopercepción, competencias.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e à minha irmã por todo o apoio que me deram ao longo deste percurso. Sem vocês eu não teria conseguido. Obrigada por fazerem do meu Mundo um lugar mais fácil para viver...

Ao David pelo apoio e paciência...

À Catarina e à Rita por fazerem parte desta caminhada desde o início...

À Prof. Doutora Glória Jólluskin pela orientação, dedicação, empenho e paciência demonstrados ao longo desta investigação.

À Associação dos Albergues Nocturnos do Porto que me permitiu a recolha de dados, oferecendo-me todas as condições necessárias para levar este projecto adiante.

Finalmente, o meu muito obrigada a todos os Sem-Abrigo que participaram neste estudo, por tudo o que me transmitiram...

Muito Obrigada!

Índice Geral

Introdução.....	1
Parte I – Revisão Bibliográfica	
Capítulo I – Os Sem-Abrigo.....	3
1. A explicação do fenómeno Sem-Abrigo	5
1.1. Problemáticas associadas à exclusão social.....	6
1.2. Comportamentos anti-sociais.....	9
1.2.1 Consumo de substâncias: toxicodependência/alcoolismo.....	10
1.2.2. Sem-Abrigo e HIV	12
1.2.3. Esquizofrenia no Sem-Abrigo.....	12
Capítulo II – A resiliência	15
2. Definição e enquadramento teórico.....	15
2.1. Resiliência e invulnerabilidade	19
2.2. Factores de risco e protecção	21
2.2.1. Factores de risco internos.....	22
2.2.2. Factores de protecção internos.....	25
2.3. Sem-Abrigo e resiliência	28
Capítulo III – A vulnerabilidade.....	34
3. Vulnerabilidade e stress.....	36
3.1. Factores que predispõem a uma maior vulnerabilidade.....	37
3.1.1. Factores de natureza física	37
3.1.2. Factores de natureza psicológica.....	38
3.1.3. A personalidade.....	38
3.1.4. Esquemas mentais	39
3.1.5. Factores de natureza social.....	41
3.2. Vulnerabilidade e Sem-Abrigo	43
Parte II – Estudo empírico	
Capítulo IV – Apresentação do estudo e metodologia	46
4.1. Objectivos do estudo	46

4.2. Metodologia e procedimento	47
4.3. Participantes.....	49
4.4. Instrumentos	52
4.4.1. Escala de Avaliação Global de Resiliência (EAGR)	52
4.4.2. Escala de Avaliação do <i>Eu</i> Resiliente (EAER).....	52
4.4.3. 23 Questões de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS)	53
 Capítulo V – Apresentação dos resultados quantitativos	 55
5.1. Apresentação dos resultados descritivos	55
5.1.1. Situação de Sem-Abrigo	55
5.1.2. Relações familiares	57
5.1.3. Psicopatologia	59
5.2. Análise dos resultados da administração dos instrumentos.....	61
 Capítulo VI – Apresentação dos resultados qualitativos	 68
6.1. Análise dos resultados do Guião de Entrevista	71
 Capítulo VII – Discussão dos resultados	 82
7.1. Conclusão	85
 Referências Bibliográficas.....	 88
 Anexos	
Anexo A – Declaração de Consentimento	
Anexo B – Guião de Entrevista	
Anexo C – Autorização dos autores para a administração dos instrumentos de resiliência	
Anexo D – Autorização do autor para a administração do instrumento 23QVS	

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização e Descrição dos Participantes	51
Tabela 2 – Há Quanto Tempo se Encontra na Situação Sem-Abrigo	56
Tabela 3 – Recursos para Conseguirem Ultrapassar a Situação Actual	57
Tabela 4 – Relação Entre os Membros Familiares	58
Tabela 5 – Descrição das figuras cuidadoras.....	59
Tabela 6 – Perturbações Mentais (Eixos I E II).....	60
Tabela 7 – Estados Físico Gerais (Eixo III)	60
Tabela 8 – Problemas Psicossociais e Ambientais (Eixo IV).....	61
Tabela 9 – Resultados Obtidos nas Escalas de Resiliência	62
Tabela 10 – Caracterização dos Indicadores Chave da Vulnerabilidade ao Stress	63
Tabela 11 – Correlação Entre as Escalas de Resiliência e a 23 QVS.....	64
Tabela 12 – Correlações para os Factores da Vulnerabilidade ao Stress Relativamente ao Tempo de Sem-Abrigo	64
Tabela 13 – Resultados Comparativos entre os Sujeitos que Apresentam Psicopatologia	66
Tabela 14 – Análise de Variância para o Grau de Resiliência, o Grau do Eu Resiliente e do 23 QVS entre Sujeitos com Psicopatologia.....	67
Tabela 15 – Classe Temática Infância e Respectivas Categorias e Subcategorias.....	69
Tabela 16 – Classe Temática <i>Vida Adulta</i> e Respectivas Categorias e Subcategorias....	70
Tabela 17 – Distribuição Percentual da Classe Temática <i>Infância</i> e sua Categoria <i>Figuras cuidadoras</i> e Respectivas Subcategorias	71
Tabela 18 – Distribuição Percentual da Classe Temática <i>Infância</i> e sua Categoria <i>Relação Com Figuras Cuidadoras</i> e Respectivas Subcategorias.....	73
Tabela 19 – Distribuição Percentual da Classe Temática <i>Infância</i> e sua Categoria <i>Relação Com Irmãos</i> e Respectivas Subcategorias.....	74
Tabela 20 – Distribuição Percentual da Classe Temática <i>Infância</i> e sua Categoria <i>Acontecimento Feliz</i> e Respectivas Subcategorias	75
Tabela 21 – Distribuição Percentual da Classe Temática <i>Infância</i> e sua Categoria <i>Afectividade</i> e Respectivas Subcategorias.....	76
Tabela 22 – Distribuição Percentual da Classe Temática <i>Infância</i> e sua Categoria <i>Autonomia</i> e Respectivas Subcategorias	77

Tabela 23 – Distribuição Percentual da Classe Temática *Vida adulta* e sua Categoria *Impulsionador para a situação Sem-Abrigo* e Respectivas Subcategorias78

Tabela 24 – Distribuição Percentual da Classe Temática *Vida Adulta* e sua Categoria *Com Quem Viva Antes Da Situação De Desabrigo* e Respectivas Subcategorias80

Introdução

O interesse no estudo da resiliência em populações envolvidas com situações de risco pessoal e social tem crescido nos dias de hoje (Cecconello, 2003; Cowan, Cowan & Schulz, 1996; Hutz, Koller & Bandeira, 1996; Luthar, 1991; Rutter, 1987, 1993, 1996; Yunes, 2001). A complexidade que envolve o contexto ecológico da vida nas ruas proporciona aos indivíduos, que utilizam este espaço como a sua casa, o desenvolvimento de diversas influências, quer positivas, quer negativas. Esta perspectiva admite que, num mesmo contexto ecológico-evolutivo, podem ser percorridos diferentes caminhos de, tornando-as vulneráveis ou resilientes (Brito, 1999).

Originariamente, o termo resiliência referia-se à propriedade pela qual a energia armazenada em corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica (Koller & Poletto, 2008). Embora a definição de resiliência seja utilizada há muito tempo pela Física e Engenharia, encontra-se, ainda, em fase de construção e debate como construto psicológico. Na Psicologia, a definição de resiliência ainda não é clara e nem tão precisa, uma vez que devem ser considerados os factores e as variáveis que envolvem os seres humanos (Yunes, 2003).

Inicialmente, as pesquisas utilizavam o conceito de invulnerabilidade para definir resiliência, o que demonstrou estar errado, pois denota uma ideia de resistência absoluta a qualquer adversidade, o que não se verifica (Masten & Gernerzy, 1985). A resiliência aparece então definida como a habilidade do indivíduo de superar as adversidades (Werner & Smith, 1992), sendo um conceito extremamente contextual e dinâmico, uma vez que existem vários factores que podem influenciar este processo (Masten, 2001). A resiliência expressa-se diante da presença de factores de risco. Por outras palavras, não poderá existir resiliência sem o risco.

A minha experiência ao longo do período do estágio e o contacto com a realidade da população Sem-Abrigo incentivou e despoletou o meu crescente interesse nesta

temática. Durante a actividade do estágio, pude constatar que a situação de Sem-Abrigo é um período de crise pessoal, onde é privilegiado o apoio emocional e o estabelecimento de uma relação de confiança com o indivíduo. Por esse motivo, pareceu-me pertinente realizar um estudo nesta área com o objectivo de conhecer melhor a forma como os indivíduos Sem-Abrigo lidam com situações adversas, assim como perceber qual a percepção que têm de si próprios, para que seja possível uma intervenção mais eficaz na sua reinserção.

O trabalho que se apresenta está organizado em duas partes. A primeira parte comporta uma revisão de literatura que inclui três capítulos: o primeiro consiste numa revisão teórica da população aqui tratada, e os dois capítulos seguintes são destinados ao enquadramento teórico da resiliência e à vulnerabilidade ao stress. A segunda parte divide-se em quatro capítulos. No capítulo IV efectiva-se uma apresentação do estudo e da metodologia; no capítulo V apresentam-se os resultados estudos estatísticos, as análises das correlações de *Pearson* e das provas ANOVA, no capítulo VI é apresentada uma análise qualitativa dos dados recolhidos num guião de entrevista. Por último, destinou-se um capítulo para a apresentação e discussão dos resultados.

Parte I – Revisão Bibliográfica

Capítulo I - Os Sem-Abrigo

Ao longo do tempo, os Sem-Abrigo foram alvo de diferentes percepções, concepções e designações. Foram apelidados de mendigos, vadios ou vagabundos, em distintas épocas e culturas, sendo nomeados de forma pejorativa e impregnada de um estigma social deveras marcante (Cruz, Neves, Quintas, Quintas & Bastos, 2006). Actualmente, veio juntar-se uma nova geração de excluídos, resultante de crises económicas, da crise de valores, do desemprego, do consumo de substâncias e das influências das políticas sociais (Pimenta, 1992). O *estar* Sem-Abrigo não se refere apenas a pessoas que dormem nas ruas, estas podem viver em acomodação temporária, ficando em casa de amigos (Department for Social Development, 2007).

Numa tentativa de encontrar uma definição temporária para o conceito de Sem-Abrigo, através da administração de um questionário, a União Europeia propõe que o Sem-Abrigo é aquele que não tem acesso a acomodações que possa ocupar razoavelmente, através de uma situação legal, quer de pertença de habitação, quer seja arrendada ou proporcionada por empregadores, ou ainda por ocupação livre de renda através de um qualquer contrato ou combinação. Desta forma, o indivíduo vê-se forçado a pernoitar em locais como: ao ar livre; em edifícios que não reúnem condições de habitação; em situação de emergência, junto de instituições públicas ou privadas, de solidariedade; em locais que recebem por curtos períodos tais indivíduos; e em casa de amigos ou familiares (Muñoz & Vazquez, 1998).

Contudo, tal definição não é aceite de formal consensual, pois não contempla aqueles que vivem temporariamente com a família, que se mantêm em hospitais e enfermarias por não terem outro abrigo, os presidiários que após a libertação não possuem qualquer acomodação e outras múltiplas situações (Cruz, et al., 2006). É importante referir que existem outras especificidades do Sem-Abrigo, as quais se prendem com a ruptura com

as referências sociais, a dependência de serviços de acção social, o isolamento social e ainda aqueles, que possuindo habitação, são empurrados para as ruas por dependência de drogas e álcool, pobre acesso aos serviços da comunidade, etc. (Eurostat, 2004).

De acordo com a análise das causas explicativas do fenómeno Sem-Abrigo, esta conduz à reflexão sobre o *ser* e *estar* Sem-Abrigo. É referido na literatura que a condição de Sem-Abrigo não é um traço, mas sim um estado temporário. Pereira et al. (2001) considera esta condição como um processo, referente inicialmente a *estar* Sem-Abrigo, para eventualmente e gradualmente, passar a *ser* Sem-Abrigo.

Por um lado, *estar* Sem-Abrigo é perspectivado pelo próprio como algo anormal, que sugere receio e desamparo. Por outro, *ser* Sem-Abrigo, é algo percebido com normalidade, sendo consequência da acumulação de insucessos, do conhecimento de estratégias diárias de sobrevivência e da perda da esperança num estilo alternativo ao existente (Cruz, et al., 2006).

Neste sentido, Shinn (1997) comparou as conceptualizações da condição de Sem-Abrigo como um estado temporário ou como um traço, realizando um paralelismo entre estes conceitos. Através de um estudo longitudinal, analisou os processos de instalação de um grupo de Sem-Abrigo em casas subsidiadas, com acompanhamento social e psicológico nesta transição. Verificou-se que 61% dos indivíduos foram considerados estabilizados, 12 meses depois do início do programa. O autor concluiu que a condição de Sem-Abrigo é um estado temporário e que pode ser resolvido com a provisão de habitação subsidiada, não podendo desprezar a enorme contribuição dos serviços sociais e psicológicos. Contudo, outros estudos não revelam um sucesso semelhante. Assim, Berger e Tremblay (1999), afirmam que, embora a reforma da habitação tenha reduzido a lista de espera de habitação subsidiada, permanece pouco claro se a situação de desabrigo melhorou ou não. Por seu lado, Duplan e Fogel (1998), num estudo longitudinal de 9 famílias em situação de desabrigo, mostram que dois anos depois do processo de reinstalação habitacional, 8 famílias começavam a conseguir autonomia financeira.

1. A explicação do fenómeno Sem-Abrigo

O fenómeno do Sem-Abrigo é mais do que a questão relacionada com a habitação, podendo ocorrer como resultado de problemas de saúde, desemprego ou pobreza (Department for Social Development, 2007).

Segundo Pereira, Barreto e Fernandes (2001), as primeiras explicações do fenómeno Sem-Abrigo centraram-se nos determinantes biográficos dos indivíduos. Tendo em conta que são um grupo distinto de pessoas, caracterizado pela sua heterogeneidade, estas mesmas explicações terão de ser multidimensionais, pois deixam de ser vistos como fenómenos marginais, circunscritos a indivíduos ou grupos específicos, para serem considerados essencialmente como resultantes de forma como a sociedade está organizada.

Os factores que conduzem à situação Sem-Abrigo são vários, determinando a natureza das medidas que se adoptam, ou não, para combater a exclusão. A literatura destaca dois níveis de factores, macro e micro-sistémico (Marín, 1990). Enquanto o macro diz respeito às *oportunidades* oferecidas (ou negadas) pela sociedade, o segundo centra-se nas *capacidades e competências* individuais e familiares (Amaro, 2004).

Os factores de ordem macro são, na sua grande maioria, de natureza estrutural e estão relacionados com o funcionamento global das sociedades: tipo de sistema económico, regras e imposições do sistema financeiro, modelo de desenvolvimento, estrutura e características das relações económicas internacionais, estratégias transnacionais, valores e princípios sociais e ambientais dominantes, paradigmas culturais, condicionantes do sistema político, atitudes e comportamentos face à natureza, modelos de comunicação e de informação, processos de globalização, etc. (Amaro, 2004).

No que diz respeito aos factores de ordem micro, estes encontram-se ao nível individual e familiar e dependem de lacunas e fragilidades experimentadas nos percursos pessoais, de capacidades frustradas ou não valorizadas, de incidências negativas, etc. (Amaro, 2004; Marín, 1990).

Em todos estes níveis encontramos factores económicos, quer os que estão relacionados com o funcionamento global da sociedade (sistema económico e financeiro, modelo de desenvolvimento, relações económicas internacionais, etc.), quer os que actuam ao nível local (mercado local de trabalho, comportamentos e estratégias empresariais locais, políticas autárquicas com resultados de exclusão económica, etc.), quer os que caracterizam os percursos individuais e familiares (empregos ocupados, situações de desemprego, qualificações profissionais adquiridas ou ausentes, níveis de remunerações, modelos de consumo, etc.) (Amaro, 2004).

1.1. Problemáticas associadas à exclusão social

O fenómeno de Sem-Abrigo não é um problema isolado, mas uma parte do fenómeno da exclusão social. As investigações na Europa sugerem que existe uma evidência persuasiva acerca da relação entre o Sem-Abrigo e outros factores que também são indicadores de exclusão social ou associados a um elevado risco social. Dois desses factores são a pobreza e o desemprego prolongado (Department for Social Development, 2007). Por isso, poder-se-á dizer que a pobreza está intrinsecamente ligada à exclusão social.

Desta forma, pode dizer-se que a exclusão social define-se pela privação, falta de recursos ou, de uma forma mais abrangente, ausência de cidadania, se por esta se entender a participação plena na sociedade aos diferentes níveis em que esta se organiza e se exprime: ambiental, cultural, económica, política e social (Amaro, 2004; Capucha, 1998). Por outras palavras, um indivíduo excluído é aquele que não consegue configurar

uma identidade social no trabalho, na família ou na comunidade (Rodrigues, Samagalo, Ferreira, Mendes & Januário, 1999).

Rodrigues et al. (1999) consideram que a desigualdade é um princípio intrínseco a qualquer forma de estruturação social, tornando-se legítimo esperar diferentes capacidades de articulação e de acumulação de recursos, materiais e sociais, por parte dos actores pertencentes a uma determinada sociedade. Assim, a exclusão surge com a agudização das desigualdades, resultando numa dialéctica de oposição entre aqueles que efectivamente mobilizam os seus recursos no sentido de uma participação social completa e aqueles que, por falta dos mesmos recursos, encontram-se incapacitados para o fazer.

Na perspectiva de Bynner (1998), o próprio processo da exclusão social é contínuo, no sentido em que um determinado resultado conduz a outro, sendo também um grau cíclico nos seus efeitos. Deste modo, os seus resultados são reforçados mutuamente e podem ser prejudiciais para as realizações na vida.

Desta forma, pode dizer-se que a exclusão é o resultado de uma desarticulação entre as diferentes partes da sociedade e os indivíduos, gerando uma não-participação num conjunto mínimo de benefícios que definem um membro de pleno direito dessa sociedade, inerente à figura dos excluídos, opondo-se claramente à noção de integração social.

Nas sociedades modernas ocidentais, pobreza e exclusão reforçam-se mutuamente, pois a exclusão do mercado de trabalho gera pobreza e esta impede o acesso a bens e serviços socialmente importantes, como habitação, saúde, lazer.

A “exclusão social” corresponde ao estado final de um processo que pode começar em pobreza e que se caracteriza pela quebra com os três principais sistemas de suporte social: os mercados de trabalho, de habitação; o Estado-Segurança Social, pensões não contributivas; a família enquanto sistema de apoio social e económico.

Às rupturas acima referidas é importante acrescentar: a ausência de redes sociais estáveis que tenham ligação com os sistemas anteriores; a ausência de recursos materiais para manter um nível de consumo aceitável, de acordo com os padrões da sua classe social e a dependência dos serviços sociais para se manter (Bento & Barreto, 2002).

Deste modo, pode dizer-se que pobreza não é sinónimo de exclusão social. É possível viver numa pobreza socialmente integrada, em que os baixos rendimentos não correspondem necessariamente a uma perda de estatuto e laços sociais. Ao contrário, a melhoria de poder económico não garante por si só uma promoção social (Bento & Barreto, 2002).

Além da extensão do processo da exclusão social a campos sociais mais amplos que a participação na vida do trabalho, Atkinson (1998) explicita o carácter dinâmico e a natureza multidimensional deste processo. Também Rodgers, Gore & Figueiredo (1995) circunscrevem a génese da exclusão social em fenómenos concretos ocorridos na Europa, desde finais da década de 1970. Estes dizem respeito ao aumento da pobreza urbana, a falta de perspectiva e a insegurança causadas pelo desemprego entre jovens e adultos, a falta de acesso a emprego ou renda nas minorias étnicas e entre imigrantes. Tais fenómenos relacionam-se com a internacionalização da economia e da revolução tecnológica, confirmando a sua natureza multidimensional, permitindo, assim, analisar parte da literatura existente e enumerar categorias de excluídos, nas diversas sociedades.

Os processos e os resultados da exclusão social começam cedo na vida e manifestam-se em todas as suas fases, produzindo uma existência marginalizada na vida adulta. Os percursos escolhidos de cada indivíduo podem ter várias formas, incluindo a pobre aquisição de competências básicas; abandono escolar; dificuldades na entrada do mercado de trabalho, incluindo trabalhos sem experiência, trabalho casual e desemprego, gravidez na adolescência; problemas com a autoridade; abuso de drogas e álcool; condenações criminais; deficiência física e, especialmente, a saúde mental; falta de compromisso com as funções sociais e políticas de cidadania (Bynner, 1998).

1.2. Comportamentos anti-sociais

Os comportamentos anti-sociais podem referir-se a atitudes hostis e de intolerância face a valores e normas sociais, as quais poderão ser factores constituintes de risco para comportamentos delinquentes futuros, como a iniciação à ingestão de álcool e/ou outras substâncias (Abraão, 1999).

Um estudo realizado por Snow e Anderson (1992) relacionado com antecedentes criminais nesta população, demonstrou que as taxas de detenção são muito mais elevadas nos Sem-Abrigo do que em não moradores de rua, 647,99 e 133,04, respectivamente, por cada 1000 homens. No entanto, a maior parte dos crimes pelos quais são presos, 51% das detenções correspondem a embriaguez em público.

Neste sentido, além da criminalidade entre os indivíduos Sem-Abrigo existem algumas problemáticas, entre as quais: (1) o difícil e particular encaminhamento das entradas de indivíduos com síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) ou outra patologia, em fase terminal; (2) a entrada de situações com duplo diagnóstico, em que a cronicidade do problema psiquiátrico se torna incapacitante para o sujeito; (3) a permanência de casais cujos elementos têm projectos distintos, possibilitando uma dinâmica de influência negativa; (4) a manutenção de consumos no exterior das instituições ou centros, nomeadamente álcool, cocaína e benzodiazepinas, perturbando o comportamentos dos indivíduos e o funcionamento no interior dos mesmos; (5) a dificuldade evidente desta população para abandonar estratégias de sobrevivência, como arrumar carros, prostituição, venda de seringas e prata, dificultando o processo de inserção na sociedade (Saraiva & Miguel, 2004).

Uma das problemáticas também relacionada com esta população diz respeito à prostituição, arrastando o elevado risco de contracção de doenças infecto-contagiosas. A prática da prostituição é bastante frequente entre os indivíduos Sem-Abrigo. Na verdade, o trabalho sexual como forma de obtenção de rendimentos, muitas vezes aliado à necessidade urgente de os conseguir, conduz a práticas sexuais destas mulheres de alto risco (Bastos, 2005).

Desta forma, a identificação de circunstâncias sociais e comunitárias, assim como características pessoais associadas aos indivíduos Sem-Abrigo têm sido foco nas investigações. As circunstâncias sociais e comunitárias incluem ausência ou baixa capacidade na aquisição de uma habitação e a não institucionalização dos doentes mentais.

1.2.1. Consumo de substâncias: toxicodependência/alcoolismo

A dependência de substâncias é o segundo maior problema encontrado com mais frequência entre os jovens em situação de desabrigo, tendo em conta que o consumo de álcool e drogas entre esta população é um problema crescente. O consumo problemático de álcool e de substâncias ilícitas é um fenómeno que muito frequentemente se alia à condição de Sem-Abrigo. Não raras vezes, é o próprio comportamento aditivo que conduz os indivíduos a enveredar por um percurso conducente à perda de elementos em todas as áreas da vida, incluindo a perda de um abrigo, de um lar e, até mesmo, de uma família (Ploeg & Scholte, 1997).

Estudos realizados têm constatado que a própria situação de problemas com álcool ou do nível mental, já aumenta as probabilidades de tais sujeitos serem arredados do meio familiar, abrindo-se-lhes caminhos no sentido do Sem-Abrigo. Esta situação não é mais do que uma a adicionar às restantes limitações desta população (Stark, 1992).

Indivíduos com perturbações devido ao uso de substâncias são mais prevalentes em amostras da população Sem-Abrigo do que na população geral. Assim, os indivíduos Sem-Abrigo também demonstram níveis elevados de problemas de saúde física e mental e custos elevados nos cuidados de saúde, quando comparados com a população geral (Kelly, 2001). Além disso, os Sem-Abrigo parecem ter mais experiências traumáticas, tendo também família Sem-Abrigo ou instabilidade familiar durante a infância e a adolescência. Ainda, a elevada prevalência do uso e abuso consumo de substâncias tem sido bem documentada nas populações Sem-Abrigo, porém existe pouca documentação

da sobreposição entre a toxicodependência e outras vulnerabilidades pessoais e sociais associados ao Sem-Abrigo (Booth, Sullivan, Koegel & Burnam, 2002).

A toxicodependência, tal como a prostituição, além de constituir problemática a relacionar-se com a situação de Sem-Abrigo, contribui igualmente para o elevado risco de contracção de doenças infecto-contagiosas. O Sem-Abrigo toxicodependente, dado o seu estilo de vida, nem sempre possibilita um acompanhamento adequado e, deste modo, não é fácil fazê-lo aderir à terapia necessária (Page & Nooe, 2002).

Desta forma, a conjugação de problemáticas complexas – Sem-Abrigo e toxicodependência – num mesmo indivíduo, não só se torna mais grave como conduz às consequências mais prejudiciais, como será o caso da contracção ou desenvolvimento de graves patologias.

Através de uma investigação realizada na Irlanda, constatou-se que 45% dos Sem-Abrigo apresentavam-se com história de abuso de álcool e 37% de abuso de substâncias (Morris & Thompson, 2004). A maior incidência de problemas relacionados com o consumo de álcool é também reforçada pelo estudo de Carvalho, Tinoco e Fernandes (2003). Os autores chamam a atenção para o facto das intervenções nos EUA se estabelecerem em função da perigosidade dos fenómenos, na forma de ameaça à saúde pública. Desta forma, o desabrigo e/ou toxicodependência é fortemente negligenciado, na excepção de se sobrepor a uma infecção por HIV. Esta prevalência moralista e preconceituosa das figuras de desvio nos Estados Unidos contrasta com o panorama europeu, que tem caminhado no sentido da descriminalização e da difusão do toxicodependente como doente (Stark, 1992). Explicações para a elevada incidência de consumo de álcool e substâncias são apontadas por Snow e Anderson (1992), em que estes referem: pressão normativa para participar nos rituais de rua, tédio ócio, necessidade de ocupar o tempo, fuga das angústias, etc.

Perante o quadro acima descrito, é pertinente salientar a complexidade da problemática dos Sem-Abrigo, ocorrendo esta com problemáticas igualmente complexas, como é o caso do consumo problemático de álcool e/ou substâncias ilícitas. Esta coexistência de situações torna o fenómeno bastante grave e carente de atenção especial por parte de todos. É ainda importante acrescentar que o consumo problemático de álcool e de drogas ilícitas é, conjuntamente com as precárias condições gerais de vida, um dos focos de origem de elevada taxa de psicopatologia entre os Sem-Abrigo (Pimenta, Ferreira, Ferreira, Faria & Pimentel, 2001).

1.2.2. Sem-Abrigo e HIV

Também se encontra na literatura, registo de prevalência de infecção pelo VIH entre pacientes psiquiátricos sem abrigo. A maioria destes doentes apresenta história de comportamento de risco e o diagnóstico de seropositividade para o VIH é frequente (Empfield, Cournos & Meyer, 1993; Susser, 1993). As drogas consumidas por via endovenosa, com os comportamentos sexuais praticados por esta população, os quais se caracterizam pela ausência de condutas precavidas, são responsáveis pelas elevadas probabilidades de contágio (Garrucho, 2000).

1.2.3. Esquizofrenia no Sem-Abrigo

No que diz respeito à doença mental, a população Sem-Abrigo possui algumas características que são importantes referir. Existe a possibilidade por parte dos técnicos poderem recorrer à institucionalização de indivíduos que constituem perigo para os outros e/ou para si próprios. No entanto, actualmente essa solução é muito menos comum, pois muitos destes indivíduos, não estando em regime de internamento, vêm aumentar o número de pessoas com problemas psiquiátricos a viver em sociedade (Kelly, 2001).

Com isto, pode colocar-se a questão: a doença mental poderá ser causa efeito da situação de Sem-Abrigo?

Actualmente, considera-se que a doença mental, particularmente nas suas formas mais graves, precede geralmente a condição de Sem-Abrigo. O risco de ficar Sem-Abrigo para os doentes com esquizofrenia e doenças afins é dez vezes maior do que para a população geral (Olfson, 1999). No entanto, sabe-se que a maior parte dos Sem-Abrigo com doença mental apresentavam já esta patologia antes de estarem na rua. Apesar da vida de rua agravar as perturbações mentais, parece certo que em 60% dos casos as perturbações mentais precederam claramente a vida de rua (Rosa, 1998).

É necessário também referir que a situação de Sem-Abrigo pode precipitar um novo surto psicótico. E existem psicóticos de rua que melhoram rapidamente após o internamento hospitalar (Barham, 1997).

Um estudo de Baxter e Hopper (1981), citado por Bento & Barreto (2002), concluiu que a percentagem de indivíduos Sem-Abrigo com perturbação psiquiátrica é significativa, pois excedia 50%. Os autores referem ainda que na Comunidade Europeia há mais de três milhões de indivíduos em situação de desabrigo, dos quais, mais de 33%, padece de psicopatologia. Entre esta população, mantêm-se elevados índices de alcoolismo, muito embora aumentem o número de mulheres e jovens, bem como o de sujeitos com graus académicos superiores.

Bento e Marmeleiro (1989) desenvolveram uma investigação em Lisboa, concluindo que 83% dos indivíduos Sem-Abrigo apresentavam uma doença psiquiátrica. Entre as psicopatologias, destaca-se a esquizofrenia e o alcoolismo com uma incidência de 24%, seguidas das perturbações da personalidade, afectando 20% dos sujeitos.

Como se pode constatar, a esquizofrenia apresenta percentagens consideráveis entre esta população. Deste modo, é importante referir a perturbação como sendo de etiologia desconhecida cuja sintomatologia mental condiz à fragmentação da personalidade. Pode ainda acrescentar-se que, abordar a esquizofrenia, cuja definição consensual e universal ainda não foi obtida, implica mencionar o delírio endógeno, uma forma de viver e

pensar díspar, uma existência quase paralela que, acompanhando o indivíduo constantemente, pode até comparar-se a uma sombra permanentemente presente (Cardoso, 2002).

De acordo com Bento e Barreto (2002), os casos mais frequentes são aqueles que os doentes esquizofrénicos vivem na rua em condições de degradação progressiva, durante anos, havendo um sentimento de impotência por parte de quem os quer ajudar. Em alguns casos, é desencadeado o processo judicial, longo e por vezes penoso para os próprios técnicos, sendo contudo o único que actualmente permite, legalmente, o acesso aos serviços de saúde dos doentes muito incapacitados e sem juízo crítico para a sua situação.

Deste modo, pode dizer-se que, em geral, as doenças psiquiátricas não se apanham na vida de rua, mas que esta pode ter um papel crucial na precipitação, manutenção ou agravamento da doença. Na maioria dos casos, o passado clínico mostra que já eram doentes, ou tinham problemas com o álcool ou as drogas, antes de ficarem Sem-Abrigo.

Capítulo II – A Resiliência

Actualmente, tem crescido o interesse por parte dos investigadores no estudo da resiliência em populações envolvidas com situações de risco pessoal e social (Ceconello, 2003; Cowan, Cowan & Schulz, 1996; Hutz, Koller & Bandeira, 1996; Luthar, 1991; Rutter, 1987, 1993, 1996; Yunes, 2001). A complexidade que envolve o contexto ecológico da vida nas ruas proporciona às crianças e aos adolescentes, que utilizam este espaço como a sua casa, o desenvolvimento de diversas influências, quer positivas, quer negativas. Esta perspectiva admite que, num mesmo contexto ecológico-evolutivo, podem ser percorridos diferentes caminhos de desenvolvimento podem ser percorridos, tornando-as vulneráveis ou resilientes (Brito, 1999).

2. Definição e enquadramento teórico

De acordo com Rutter (1993), um dos pioneiros no estudo da resiliência na área da Psicologia, considera que a resiliência caracteriza-se como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ter uma vida “sã” num meio “não-são. Estes processos realizam-se ao longo do tempo, resultando da combinação entre os atributos da criança e o seu ambiente familiar, social e cultural. Assim sendo, a resiliência não pode ser pensada como um atributo com que as crianças nascem ou que adquirem durante o seu desenvolvimento, mas sim como um processo que caracteriza um complexo sistema social, num momento determinado do tempo.

O autor considera que resiliência não é uma característica ou traço individual, mas é um conjunto de processos psicológicos que devem ser cuidadosamente examinados, não sendo uma característica fixa. Sendo assim, pode ser desencadeada e desaparecer em determinados momentos da vida, bem como estar presente em algumas áreas e ausente noutras (Rutter, 1999). É neste sentido que a resiliência é entendida. Deste modo, não é somente uma característica da pessoa, herdada por alguns “privilegiados”, mas é aprendida através da interacção dinâmica existente entre as características individuais e

a complexidade do contexto ecológico (Ceconello; Cowan, Cowan & Schulz, 1996; Junqueira & Deslandes, 2003; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Yunes, 2003; Yunes & Szymansky, 2001).

O termo resiliência pode ser entendido como vários processos que explicam como indivíduos, grupos e organizações superam crises e adversidades (Rutter, 1999; Tavares, 2001; Yunes, 2001; Yunes & Szymanski, 2001). De acordo com Akpadio Bushnaq, Campbell, Hassan, Pal, Smith (2008), a resiliência diz respeito à capacidade que o indivíduo possui para usufruir das suas próprias crenças e estabilidade, capacitando-o a resistir a acontecimentos adversos de vida que danificariam outra pessoa. Investigadores do desenvolvimento infantil defendem que a resiliência é determinada pela sua experiência durante a infância, mas pesquisas recentes mostram que é também possível para as crianças que tiveram infâncias difíceis reconstruírem a sua resiliência na vida adulta através de relacionamentos, caracterizados pelo apoio e ajuda.

Segundo os autores, existem factores comuns que tornam a resiliência possível e potenciam a capacidade do indivíduo. Esses factores estão relacionados com a qualidade dos relacionamentos pessoais e com a qualidade de resposta dos serviços aos problemas das pessoas.

Rutter (1990) afirma que a resiliência é o produto final de um processo de imunização que não elimina o risco, mas encoraja o indivíduo a enfrentá-lo efectivamente. Pode dizer-se, portanto, que a resiliência não requer uma resistência absoluta a qualquer adversidade, pelo contrário, pode implicar que o indivíduo enfrente determinada situação (Anthony & Cohler, 1987; Masten & Garmezy, 1985).

Assim, é necessária uma análise, com o objectivo de investigar a forma como os indivíduos percebem e enfrentam as adversidades decorrentes dos processos proximais, bem como a influência do contexto e do tempo em que estão inseridos (Ceconello, 2003).

A resiliência é hoje entendida mais como um factor de equilíbrio pessoal e social (Tavares, 2001), que permite um funcionamento adaptado (Callahan, Rogé, Cardenal, Cayrou, & Sztulman, 2001), do que como um factor impossível de desestabilizar. Então, abordar a resiliência significa investigar sobre experiências individuais e familiares que foram efectivas e fortalecedoras frente a adversidade intensa por um longo período de tempo (Bastos, Alcântara & Ferreira-Santos, 2002).

A variabilidade de definições de resiliência em termos de influência casual é explicada, em parte, por atribuição de resiliência a vários agentes inclusive o indivíduo, a organização e a comunidade. A cada nível são atribuídas definições em termos do que é necessário para que esse conjunto sobreviva no seu ambiente respectivo. Ao nível do indivíduo, os requisitos para adaptação bem-sucedida são sumarizados no construto, aliado à resiliência/vulnerabilidade, *eu resiliente* e, em oposição extrema, *eu fragilizado* (Kaplan, 1999).

Num extremo, o *eu resiliente* é definido por uma adaptação cheia de recursos a circunstâncias variáveis e contingências do ambiente, tendo em conta a invocação flexível do repertório disponível de estratégias na resolução de problemas. O oposto deste *eu resiliente* (*eu fragilizado*) implica uma adaptação pouco flexível e uma incapacidade de responder aos requisitos dinâmicos da situação. Existe uma tendência para a desorganização na adaptação do indivíduo quando são encontradas mudanças em determinadas circunstâncias ou quando sob stress, assim como a dificuldade em recuperar depois de experiências traumáticas (Block & Block, 1980).

A perspectiva que incide sobre o indivíduo é notória também na introdução de diversos estudos que investigam resiliência. As questões relativas a “habilidades individuais” são em geral ilustradas com pequenas histórias de pessoas, entre as quais algumas conseguem superar os momentos de crise e outras não, apesar de todas terem percursos de vida semelhantes. Desta forma, o foco no indivíduo procura identificar a resiliência a partir de características pessoais, tais como sexo, temperamento e *background* genético,

apesar de todos os autores acentuarem o aspecto relevante da interacção entre bases constitucionais e ambientais (Yunes, 2003).

De acordo com a literatura, existem três tipos de resiliência: social, académica e emocional (Luthar, 1993; Zimmerman & Arunkumar, 1994; Hutz, Koller & Bandeira, 1996).

No desenvolvimento da resiliência emocional, Rutter (1987), citado em Hutz, Koller & Bandeira (1996), aponta como factores importantes as experiências positivas que levam a sentimentos de auto-eficácia, autonomia e auto-estima, capacidade para lidar com mudanças e adaptações, e um repertório amplo de abordagens para solução de problemas. Outros autores ainda apontam altos índices de empatia, *locus* de controlo interno e desenvolvimento do ego, como indicativos de resiliência emocional em crianças.

Em relação à resiliência académica, a escola pode propiciar o aumento e o fortalecimento de habilidades de resolução de problemas e a aprendizagem de novas estratégias, bem como capacitar professores para auxiliar estudantes com dificuldades (Rutter, 1990; Hutz, Koller & Bandeira, 1996).

A resiliência social representa como factores protectores o não envolvimento em actos delinquência, ter um grupo de amigos e o sentimento de pertença ao mesmo, relacionamentos íntimos, bom vínculo com a escola, supervisão dos pais e familiares, estrutura familiar, (Rutter, 1990; Hutz, Koller & Bandeira, 1996) bem como modelos sociais que promovam uma aprendizagem construtiva nas situações (familiares, escolares) e equilíbrio entre as responsabilidades sociais e as exigências de forma a obter determinados benefícios (Fuentes, Serrano & Colmenarez, 1988).

2.1. Resiliência e invulnerabilidade

Vários autores referem que, em 1974, o psiquiatra infantil E. J. Anthony introduziu o termo invulnerabilidade na literatura da psicopatologia do desenvolvimento para descrever crianças que, apesar de expostas a prolongados períodos de adversidades e stress psicológico, apresentavam níveis elevados de saúde emocional e competência (Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1985; Werner & Smith, 1992).

Alguns anos depois, já se discutia a aplicação do termo, que parecia sugerir que as crianças seriam totalmente imunes a qualquer tipo de desordem, independentemente das circunstâncias. Como afirmaram Masten e Garmezy (1985): “um termo menos olímpico como resiliência ou resistência ao stress era necessário” (p. 12). Contudo, não é isso que geralmente acontece com as pessoas, sejam elas resilientes ou não.

Segundo Rutter (1993) e Garmezy (1993), invulnerabilidade transmite a ideia de resistência absoluta ao stress, de uma característica imutável, como se fôssemos intocáveis e sem limites para suportar o sofrimento. Rutter considera que o termo invulnerabilidade transmite somente a ideia de uma característica intrínseca do indivíduo.

Contudo, as pesquisas mais recentes têm demonstrado que a resiliência ou resistência ao stress é relativa, pois as suas bases são tanto constitucionais como ambientais e, por isso, o grau de resistência não apresenta uma quantidade fixa, variando de acordo com as circunstâncias (Rutter, 1985). Os diferentes níveis individuais de tolerância ao stress também oscilam conforme o período de vida em que determinado acontecimento ocorre e conforme a situação enfrentada. O indivíduo é perturbado por pequenas mudanças, algumas são afectadas por acontecimentos de maior magnitude; outras quando a exposição ao acontecimento é mais prolongada ou ainda algumas podem alcançar o seu limite de tolerância apenas com o acúmulo de pequenos eventos stressantes do dia-a-dia (Savoia, 1999).

Para Zimmerman e Arunkumar (1994), resiliência e invulnerabilidade não são conceitos equivalentes. Resiliência refere-se a uma habilidade de superar adversidades, o que não significa que o indivíduo saia da crise ileso, como implica o termo invulnerabilidade. Apesar destas considerações, é esta indicação inicial de resiliência como invulnerabilidade ou resistência às adversidades que ainda orienta a investigação científica nesta área. Esta perspectiva tem dado lugar à construção de um conceito que define a resiliência como um conjunto de traços e condições que podem ser replicados, conforme afirma Martineau (1999).

Desta forma, poder-se-á assinalar três perspectivas distintas nos discursos vigentes sobre resiliência, resumindo que os principais traços percebidos como características fixas são: sociabilidade, criatividade na resolução de problemas e um raciocínio de autonomia e de proposta (Martineau, 1999).

Por seu lado, Ralha-Simões (2001) fala de uma menor vulnerabilidade apresentada por alguns indivíduos, como base da resiliência. Refere ainda que esta menor vulnerabilidade não é devida a um bloqueio à entrada de estímulos do envolvimento, mas sim resultado de uma maior capacidade de adaptação que lhe permite um continuado ajuste às circunstâncias da vida, mesmo as menos favoráveis. Talvez, como referem Beauvais e Oetting (1999), este tipo de perspectiva, de algo fantástico ou transcendente, tivesse lugar pelo desconhecimento dos processos que deram origem ao sucesso. Actualmente alguns desses processos são conhecidos, e a perspectiva que prevalece é a de que a resiliência está em todos nós (Ralha-Simões, 2001), cidadãos comuns, pessoas "ditas normais".

Desta forma, confirma-se a ênfase colocada nos componentes psicológicos individuais, de um "algo interno", apesar das inúmeras referências feitas pelas autoras aos aspectos protectores decorrentes de relações parentais satisfatórias e da disponibilidade de fontes de apoio social na vizinhança, escola e comunidade.

2.2. Factores de risco e protecção

Tal como já foi referido, o facto de um indivíduo se apresentar como resiliente em determinado momento da sua vida não significa que continuará a sê-lo ao longo do seu desenvolvimento (Rutter, 1993; Zimmerman & Arunkumar, 1994). Deste modo, o estudo da resiliência requer uma compreensão dinâmica e da interacção dos factores de risco e de protecção. Além disso, faz-se necessária uma análise ecológica para que seja possível a compreensão da forma como o indivíduo percebe e enfrenta as adversidades decorrentes dos processos proximais ocorridos entre ele e a sua história, bem como a influência do contexto e do tempo presente em que vive (Cecconello, 2003).

Muitos dos estudos realizados sobre a resiliência situam-se na área da psicopatologia do desenvolvimento, a qual tem sido descrita como a ciência que estuda as origens e o curso dos padrões individuais de comportamentos de desadaptação (Sroufer & Rutter, 1984), cuja ênfase está no desenvolvimento dos comportamentos patológicos ao longo do tempo (Hawley & DeHann, 1996).

Em muitos casos, o patológico estudado nos trabalhos sobre resiliência refere-se apenas a populações em desvantagem social, em contextos de pobreza, em sociedades rurais ou a minorias étnicas. Esta atenção dos investigadores do campo da resiliência, dirigida especialmente a estas populações pobres ou que vivem em circunstâncias desfavorecidas, parece reflectir uma preocupação com estas sociedades com a “ameaça” de que estes grupos podiam (ou podem) representar para as camadas das classes dominantes. Para Yunes (2003), é com esta conotação que as populações têm sido denominadas “populações em situação de risco”, ou de “alto risco”.

Desta forma, poder-se-á questionar para quem se dirige esse risco. Dependendo de como são elaborados os estudos sobre resiliência, poder-se-á cair neste mesmo viés. Daí ser uma questão que merece ser analisada com muita cautela.

É importante ter em conta que os diferentes níveis individuais de tolerância ao stress também oscilam conforme o período de vida em que determinado acontecimento ocorre e conforme a situação enfrentada. Uma pessoa é perturbada por pequenas mudanças, algumas são afectadas por acontecimentos de maior magnitude; outras quando a exposição ao acontecimento é mais prolongada ou ainda algumas podem alcançar o seu limite de tolerância apenas com o acúmulo de pequenos eventos stressantes do dia-a-dia (Savoia, 1999).

Os estudos sobre stress também foram fundamentais para a compreensão do risco e da resiliência. Através dos seus resultados, segundo Haggerty, Sherrod, Gamezy & Rutter (2000), foram desenvolvidos modelos que incluem os factores de protecção como redutores das possíveis disfunções ou desordens que poderiam ser consequências da presença da vulnerabilidade e/ou de experiências de vida stressantes.

O estudo realizado demonstrou a presença de uma relação entre os conceitos *risco*, *protecção* e *resiliência*, apontando algumas variáveis que podem tornar um indivíduo vulnerável ao risco ou, ao contrário, fazer com que ele supere todas as adversidades às quais está exposto e seja um resiliente. Além disso, factores que podem proteger crianças e adolescentes de um risco isolado, e mesmo de mecanismos de risco, são descritos como factores que favorecem o desenvolvimento e previnem problemas de comportamento. Por isso, a resiliência está associada a factores protectores que prognosticam consequências positivas em indivíduos em situação de risco. Diferentemente do risco, que é relacionado às características de um grupo, a resiliência o é às características individuais ou sociais (Masten & Coastworth, 1995).

2.2.1. Factores de risco internos

Considerando-se que as experiências de vida negativas são inevitáveis para qualquer indivíduo, sobressai a questão dos níveis de exposição e dos limites individuais de cada um. Assim, a visão subjectiva de um indivíduo a determinada situação, ou seja, sua

percepção, interpretação e sentido atribuído ao evento stressante é que o qualificará ou não como condição de stress. Por essa razão, um evento pode ser enfrentado como perigo por um indivíduo e para outro, ser apenas um desafio (Yunes & Szymanski, 2001). Para Kaplan (1999), é a combinação entre a natureza, a quantidade e a intensidade dos factores de risco o que define o contexto da adversidade necessária para a resiliência.

Eventos considerados como risco são obstáculos individuais ou ambientais que aumentariam a vulnerabilidade da criança para resultados negativos no seu desenvolvimento. Embora a análise do risco inicialmente tenha demonstrado esses factores como eventos estáticos, eventualmente, análises mais aprimoradas sugerem que o risco é um processo, e que, assim, o número total de factores de risco a que uma criança foi exposta, o período de tempo, o momento da exposição ao risco e o contexto são mais importantes do que uma única exposição grave (Engle, Castle & Menon, 1996). Pode ainda dizer-se que o risco tem um potencial para predispor pessoas e populações a resultados negativos e podem estar presentes tanto em características individuais como ambientais (Masten & Gamerzy, 1985). A vida na rua, por exemplo, é considerada um factor de risco relacionado com as consequências negativas para o desenvolvimento saudável das crianças.

Segundo Rutter (1987), o uso do termo risco deve ser utilizada sob a perspectiva de um mecanismo e não de um factor, uma vez que numa determinada situação pode ser, de facto, risco, e noutra protecção. Alerta para o perigo em definir de forma arbitrária os eventos isolados como factores de risco, dando importância à ideia de equilíbrio entre risco e protecção, de forma que os primeiros sejam moderados pelos segundos, proporcionando como resultado uma atitude positiva frente à adversidade da vida.

É importante referir que, muitas vezes, é o conjunto de factores de risco que pode tornar-se fonte de risco e não um dos riscos por si só. O risco de vulnerabilização aumenta exponencialmente com a acumulação dos factores de risco. A nocividade atribuída aos indicadores de risco pode depender da proximidade ou não do factor de

risco e dos mediadores que intervêm, seja para o minimizar, seja, pelo contrário, para amplificar a sua nocividade (Garmezy, 1991b).

Existem vários factores de risco, crónicos ou agudos, que podem afectar a capacidade de resiliência de determinados indivíduos, tais como, condições de pobreza, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência, experiências de doença no próprio indivíduo ou na família e perdas importantes (Pesce, *et al.*, 2004).

Neste sentido, Garmezy (1988) sugere que os eventos agudos podem ser bastante mais impetuosos do que condições crónicas a que o indivíduo já está habituado. Os eventos que envolvem perdas e separações de pessoas queridas são exemplos. Anos depois, o mesmo autor admitiu que o poder da acumulação de eventos e o carácter crónico da adversidade é evidente nos estudos de risco. As situações de pobreza, segundo o autor, são campos favoráveis para estas investigações, pois nessas condições é mais provável o surgimento de conflitos e discórdias familiares, cuidados de saúde inadequados, desemprego frequente, habitação inadequada, entre outros (Garmezy, 1991, 1993, 1996). Por isso, os factores de risco abrangem diferentes dimensões: biológicas, relacionais e sociais e podem estar relacionados com o próprio sujeito, como com a família e ao meio socioeconómico e cultural a que pertence (Anaut, 2005).

Dado que o presente estudo se debruça sobre os factores internos que possam influenciar a construção da resiliência nos indivíduos, pode dizer-se que, em relação à dimensão que diz respeito ao próprio sujeito, podem encontrar-se vários factores: a prematuridade, o sofrimento neonatal, a patologia somática precoce, os défices cognitivos, as separações maternas precoces (Anaut, 2005; Garmezy, 1996).

2.2.2. Factores de protecção internos

Grande parte dos autores define de forma didáctica três tipos de factores de protecção: (1) factores individuais: auto-estima positiva, auto-controle, autonomia, características de temperamento afectuoso e flexível; (2) factores familiares: coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio/suporte; (3) factores relacionados ao apoio do meio ambiente: bom relacionamento com amigos, professores ou pessoas significativas que assumam papel de referência segura à criança e a faça sentir querida e amada (Brooks, 1994; Emery & Forehand, 1996).

Os factores de protecção podem actuar como um amparo para favorecer o desenvolvimento humano, não sendo esperada a sua superação aquando uma exposição intensa ou prolongada a factores de risco (Grünspun, 2002). Deste modo, o suporte social e um auto-conceito elevado podem servir de protecção contra os efeitos de experiências stressantes. De acordo com Haggerty et al. (2000), as duas variáveis (suporte social e auto-conceito elevado) costumam estar correlacionadas, o que indica a existência de um mecanismo através do qual múltiplos factores protectores promovem a resiliência.

Existem vários factores que, associados, vão auxiliar o indivíduo a desenvolver a sua adaptabilidade, a sua segurança, a sua autonomia e a sua criatividade. Este auxílio baseia-se em mecanismos de protecção e recursos dos quais as crianças dispõem na sua rede de apoio social e afectiva (Koller, 1999). Estes factores de protecção têm como função interagir com os eventos de vida e despoletar processos que possibilitem incrementar a adaptação e a saúde emocional (Masten, 2001).

Pode dizer-se que uma análise ecológica do evento, dos processos, do momento histórico e da pessoa é indispensável. Risco e protecção, assim como o processo de resiliência, não são necessariamente entidades estáticas, pois podem ser elásticas e mutáveis por natureza (Hawley & DeHann, 1996), integrando, entretanto, o ecossistema da pessoa em processo de resiliência.

Contudo, ainda se procura esclarecer se as consequências positivas em crianças de risco estão associadas à maior exposição aos factores de risco, à redução da vulnerabilidade ou à resiliência. Numa tentativa de esclarecer esta dúvida, Masten e Coastworth (1995), relacionando a competência (factor protector individual) às psicopatologias, sugerem cinco hipóteses, sendo elas: (1) os recursos e vantagens podem contribuir para o desenvolvimento de atitudes para a promoção de competências e do alívio dos sintomas psicopatológicos, onde incluem-se o comportamento dos pais e as habilidades intelectuais e socioeconómicas; (2) as adversidades podem desgastar a competência e, ao mesmo tempo, aumentar os sintomas psicopatológicos; (3) as bases genéticas de psicopatologia nos pais possibilitam um ambiente inadequado para a criança, o que pode incutir na vulnerabilidade desta a possibilidade de determinadas desordens. O ambiente adverso também pode interferir na sua competência; (4) é possível que factores causais que facilitam o desenvolvimento da competência passem a ter um papel protector na melhoria dos efeitos das situações de risco, tais como, o monitoramento parental democrático pode aumentar a realização académica, enquanto diminui os efeitos das variáveis negativas no desenvolvimento de psicopatologia; (5) a competência pode funcionar tanto como risco quanto como factor protector para posterior psicopatologia, isto porque a competência pode tanto aumentar a resiliência de uma criança ao stress como, ao contrário, falhas na competência podem aumentar a vulnerabilidade à angústia e a outros sintomas psicopatológicos num contexto de risco.

Na verdade, estas cinco hipóteses parecem poder contribuir para a explicação da associação entre a competência e as psicopatologias, estando, provavelmente, relacionadas.

Outros autores, como Masten e Garmezy (1985), referem que alguns factores de protecção são fundamentais ao desenvolvimento, como: a) atributos disposicionais das pessoas, tais como autonomia, auto-estima, bem-estar subjectivo e orientação social positiva, assim como, competência emocional, representação mental de afecto positivo e inteligência (Cecconello, 2003); b) rede de apoio social, com recursos individuais e institucionais, que encoraje e reforce a pessoa a lidar com as circunstâncias da vida; e c) coesão familiar, ausência de negligência e possibilidade de administrar conflitos, com a

presença de pelo menos um adulto com grande interesse pela criança, e presença de laços afectivos no sistema familiar e/ou em outros contextos que ofereçam suporte emocional em momentos de stress (Morais & Koller, 2004).

Garnezy e Masten (1991) identificaram as principais variáveis que, segundo os investigadores, favorecem a protecção nos indivíduos resilientes. Ao nível individual, apresentam-se os seguintes factores de protecção: temperamento activo, afável, bom carácter (amabilidade); género: ser rapariga, antes da adolescência, ou rapaz durante a adolescência; idade (juventude); QI elevado, ou bom nível de capacidades cognitivas; sentimento de auto-eficácia e de auto-estima; competências sociais; consciência das relações interpessoais (próximo da inteligência social); sentimentos de empatia; *locus* de controlo interno; humor; atraente para os outros (charme, carisma).

Embora válida a identificação das variáveis consideradas factores de protecção, Rutter (1987) adverte para a importância de se focarem os mecanismos e processos protectores. Isto significa que, ao contrário de apenas ter em atenção tais variáveis, é necessário compreender de que forma elas actuam na redução dos impactos da adversidade. O mesmo autor argumenta ainda que os factores de protecção só actuam ou têm efeito na presença de risco, isto é, em populações de baixo risco, tais factores não têm efeito.

Os processos de protecção têm a característica essencial de provocar uma modificação catalítica, uma vez que, ao invés de terem um efeito próprio, modificam o de outras variáveis (no caso, variáveis de risco). Possuem quatro principais funções: (1) reduzir o impacto dos riscos, facto que altera a exposição da pessoa à situação adversa; (2) reduzir as reacções negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco; (3) estabelecer e manter a auto-estima e auto-eficácia, através de estabelecimento de relações de apego seguras e o cumprimento de tarefas com sucesso; (4) criar oportunidades para reverter os efeitos do stress (Rutter, 1987).

Assim como Masten e Coastworth (1995), Papalia e Olds (2000) acreditam que alguns factores de protecção podem contribuir para a resiliência. Normalmente esses factores estão relacionados com a personalidade da criança, com a família, com as experiências de aprendizagem, com a exposição reduzida ao risco e com as experiências compensadoras proporcionadas, por exemplo, por um ambiente escolar favorável (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Contudo, existem divergências na literatura sobre a capacidade desses factores predizerem efectivamente a resiliência. Para Trombeta e Guzzo (2002), apenas os factores de protecção são preditivos de resiliência, enquanto os factores de risco não possuem tal capacidade. Yunes e Szymanski (2001), referem que a resiliência é o produto final da combinação e acumulação dos factores de protecção.

2.3. Sem-Abrigo e resiliência

Na literatura, são encontrados vários estudos relacionados com a resiliência e o Sem-Abrigo, cujos participantes são crianças Sem-Abrigo. Apesar de existirem algumas evidências de que as crianças de famílias Sem-Abrigo são mais prováveis de se tornarem chefes de agregados de famílias Sem-Abrigo, os factores genéticos não são viáveis na predisposição de Sem-Abrigo, como são na doença mental.

A complexidade que envolve o contexto ecológico da vida nas ruas proporciona às crianças e aos adolescentes, que utilizam esse espaço como a sua casa, o desenvolvimento de diversas influências, quer positivas, quer negativas. Esta perspectiva admite que, num mesmo contexto ecológico-evolutivo, diferentes caminhos de desenvolvimento podem ser percorridos, tornando-as vulneráveis ou resilientes (Brito, 1999).

De acordo com a literatura, diante da presença de risco no espaço da rua, o processo de resiliência ainda parece ser algo “inatingível” quando focalizados em crianças e adolescentes que fazem deste o seu espaço de desenvolvimento e socialização. A literatura aponta para as adversidades a que estão expostos, enfatizando as situações de risco físico, social e emocional. Poucos estudos os descrevem como seres humanos em desenvolvimento, que apresentam características psicológicas saudáveis, apesar das dificuldades impostas pelo ambiente hostil no qual estão inseridos (D’Abreu, Mullis & Cook, 1999; Koller & Hutz, 1996; Swart-Kruger & Donald, 1996).

Neiman (1988) estudou um grupo de crianças Sem-Abrigo e expôs os factores que acreditou estarem associados com a resiliência nesta população. Em relação aos factores internos considerou: constituição, diferenças entre sexos e temperamento.

Os factores relativos à constituição são aqueles influenciados genética ou psicologicamente. Segundo a autora, a predisposição genética pode causar maior vulnerabilidade a uns do que a outros no impacto de ambientes stressores. Estes factores podem ter um peso maior na resiliência de crianças Sem-Abrigo. Uma em seis crianças nascidas em Nova Iorque têm um baixo peso à nascença e uma variedade de problemas de saúde, como pobre nutrição, falta de cuidados médicos, anemia, entre outros (Molnar & Klein, 1988).

Em relação às diferenças entre os sexos, existe uma concordância de que durante a infância, as raparigas ultrapassam melhor que os rapazes as condições adversas. Os rapazes são mais vulneráveis fisicamente à nascença, expondo-os mais facilmente a infecções, à mortalidade e à baixa nutrição. Estes parecem ser, também, mais vulneráveis aos aspectos negativos dos desacordos da família do que as raparigas.

A autora refere que as intervenções em crianças Sem-Abrigo devem estar direccionadas para o aumento dos factores de protecção nas suas vidas e reduzir o risco e exposição a

condições não saudáveis, tal como a situação de Sem-Abrigo. Uma revisão da literatura sobre resiliência em crianças sugere que a pesquisa no plano de prevenção em crianças Sem-Abrigo considera os efeitos de: (1) modelos de autonomia e nutrição; (2) ajudar os meninos, em particular, permanecer o contacto com os seus pais e/ou fornecer modelos apropriados de figuras cuidadoras; (3) intervenções familiares que fortalecem as relações familiares; facilitam uma interacção positiva entre pai e filho, em particular no caso de uma criança com temperamento difícil; e facilitar a ligação mãe-bebé, especialmente nos primeiros dois anos de vida; (4) tentar aliviar ou reduzir os factores stressores nas famílias Sem-Abrigo, como apoios parentais, transportes, serviços clínicos, e acesso aos serviços de emergência 24h, como comida, roupas e dinheiro; (5) envolvimento em actividades não estereotipadas pelo sexo, passatempos e oportunidades para seguir talentos ou interesses; (6) auxiliar as escolas a criar resiliência nas crianças fornecendo uma boa estrutura, bons modelos, apropriar expectativas e supervisão, assim como oferecer oportunidades para o sucesso e conhecimento aprofundado; (7) tentar aliviar stressores ambientais, como ruído, multidões, infestação e crime; (8) fornecer brinquedos e espaços recreativos para actividades motoras de crianças e criação de novos centros para o desenvolvimento e necessidades psicossociais das crianças (Neiman, 1988).

Paludo e Koller (2005) focaram-se num estudo de caso, uma rapariga de 14 anos, a qual vivenciara condições de vida adversas. Ela foi abandonada pela mãe aos seis meses de idade e não conheceu ninguém da sua família. Durante a sua infância frequentou instituições de abrigo, onde conheceu sua melhor amiga. Sempre teve uma boa relação com os técnicos, mas após presenciar situações de violência realizadas pelas meninas utentes da instituição, fugiu com a sua melhor amiga.

Embora a menina tenha relatado eventos e situações bastante difíceis na sua vida devido à sua exposição a diferentes locais, muitas vezes permeados de situações de risco, não culpa e também não julga a atitude da mãe de abandoná-la quando bebé. Acredita no amor da sua mãe, possui uma imagem extremamente positiva e idealizada da mãe que incrementa seu processo de resiliência.

A partir da análise dos factores de risco e protecção envolvidos no desenvolvimento da adolescente, pode-se afirmar que a luta pela superação das suas experiências negativas na infância e o uso de estratégias estão relacionados com a presença de factores mediadores, como a rede social de apoio social recebida e a sua capacidade de identificar potencialidade e limitações no quotidiano.

Nesse sentido, a presença e a relação com pessoas significativas ao longo do seu desenvolvimento, a rede e a coesão estabelecida nos diferentes contextos (Instituições, rua, escola) parecem ter contribuído favorecendo o processo de resiliência. Além disso, é possível acrescentar as estratégias de superação utilizadas pela adolescente. A percepção da mãe idealizada, o estabelecimento de fortes relações de amizade, a busca de atendimento quando em situações de risco permitiram e fortaleceram-na na sua incansável procura pelo confronto das adversidades, tendo a rua como único contexto no qual ela estabeleceu relações significativas com outras pessoas e com as drogas. Estudos apontam o uso de drogas como parte do quotidiano das crianças e adolescentes em situação de rua (Forster, Tannhauser & Barros, 1996; Neiva-Silva, 2003; Noto, Galduróz, Nappo, Fonseca & Carlini, Moura & Carlini, 2003) A droga passou a desempenhar o papel social que permite a inserção e uma identidade grupal. Assume uma função “mágica” capaz de amenizar o sofrimento, a sensação de angústia e abandono, além de proteger da tristeza, fome, frio e dor.

A gravidade e a amplitude das consequências sociais que a questão das crianças e adolescentes em situação de risco apresenta têm sido reconhecidas por diversos segmentos da sociedade. No entanto, o que se conhece sobre o assunto não tem sido suficiente para a definição de programas políticos adequados às necessidades destas populações, especialmente porque é necessário identificar o que é risco, e para quem é. (Poletto & Koller, 2008). Uma investigação cuidadosa sobre a história da infância revela que riscos e stressores sempre estiveram presentes em qualquer tempo e lugar (Garmezzy & Rutter, 1983; Pollitt & Carter, 2007); a construção social do que constitui um risco é que variou (Martineau, 1999).

A gravidade e a amplitude das consequências sociais que a questão das crianças e adolescentes em situação de risco apresenta têm sido reconhecidas por diversos segmentos da sociedade. No entanto, o que se conhece sobre o assunto não tem sido suficiente para a definição de programas políticos adequados às necessidades destas populações, especialmente porque é necessário identificar o que é risco, e para quem é. (Poletto & Koller, 2008). Uma investigação cuidadosa sobre a história da infância revela que riscos e stressores sempre estiveram presentes em qualquer tempo e lugar (Garmezy & Rutter, 1983; Pollitt & Carter, 2007); a construção social do que constitui um risco é que variou (Martineau, 1999).

Um outro estudo realizado por Dalbem e Dell’Aglío (2008), debruçou-se sobre a representação do apego em adolescentes institucionalizadas por medidas de protecção, através de três estudos de caso. Estes eram compostos por meninas entre 12 e 14 anos, residentes em instituições de abrigo governamental no Brasil, que experienciaram separações da figura materna biológica nos primeiros cinco anos de vida.

Os autores observaram através dos dados das participantes deste estudo que, mesmo que as primeiras experiências de apego tenham sido caracterizadas por falta de responsividade e protecção, vivências de situações abusivas, de exposição a riscos e negligência, essas situações não impediram a formação de novos apegos significativos. A análise dos acontecimentos anteriores à entrada nas Instituições das participantes forneceu informações que sugerem a existência de um contexto de desenvolvimento permeado por factores de risco, que podem ter desfavorecido a representação de um apego primário com uma base segura.

Além disso, também foi observado que todas as participantes indicaram os monitores como cuidadores importantes na sua infância. Neste sentido, torna-se necessária a qualificação da equipa técnica dos profissionais dos centros de abrigo, como é sugerido nas pesquisas desenvolvidas por Hardy (2007) e Zegers (citado por Dalbem e Dell’Aglío, 2008), pois eles representam o microssistema destes indivíduos Sem-Abrigo. Assim, as inter-venções realizadas pela equipa devem focar no aperfeiçoamento

das relações actuais e no favorecimento de formação de novas relações de apego (Hardy, 2007).

A identificação de características da representação do apego em adolescentes, através da metodologia utilizada neste estudo, sugere a viabilidade do uso de entrevistas para avaliação da representação mental do apego na adolescência. Foi possível também relacionar as características apresentadas pelas adolescentes com os vínculos afectivos estabelecidos ao longo de seu desenvolvimento, tanto nas suas famílias como na instituição. Dessa forma, a avaliação de características da representação mental do apego pode contribuir para o entendimento dos processos de resiliência na reintegração de experiências disruptivas anteriores, relacionadas às interações com as figuras de apego primárias, assim como nas novas interações. Esta compreensão possibilita um planeamento mais adequado de intervenções junto a adolescentes, no sentido de incrementar acções que os tornem mais resilientes frente aos desafios presentes em suas vidas, assim como o desenvolvimento de programas de prevenção e orientação aos profissionais que lidam com essa população (Dalbem & Dell’Aglia, 2008).

Destaca-se, de forma mais específica, a importância deste tipo de contribuição para adolescentes em situação de risco, especialmente para aqueles que vivem em instituições de abrigo, tendo-se em vista as peculiaridades que estes experienciam em seu desenvolvimento (Wekerle et al., 2007, Zegers, 2007, citados por Dalbem e Dell’Aglia, 2008).

Deste modo, o facto de *estar* Sem-Abrigo deteriora a capacidade dos indivíduos, através da perda de habilidades, da incapacidade de pensar sobre emprego enquanto existe a preocupação com alojamento, e pelo facto da sua saúde se tornar comprometida enquanto Sem-Abrigo. Além disso, danifica a resiliência dos indivíduos, particularmente os do sexo masculino. Quase dois terços dos homens referiram uma perda de auto-estima e auto-confiança, outros mencionaram ansiedade e depressão (Akpadio et al., 2008).

Capítulo III - A Vulnerabilidade

No campo das ciências humanas, *vulnerabilidade* é utilizado para designar os indivíduos ou os grupos considerados como “vulneráveis” devido a predisposições genéticas, biológicas ou psicossociais, para a doença, um dano ou uma estratégia negativa.

Brown (1993) refere que, nos meados dos anos 70, tornou-se necessário distinguir entre os *acontecimentos de vida* e os *factores de vulnerabilidade* que modificam a resposta de um indivíduo perante os mesmos. Assim, a vulnerabilidade representa o risco aumentado em se reagir de uma forma negativa perante um dado acontecida de vida. Para o mesmo autor, esta formulação implica a presença de uma interacção entre o acontecimento de vida e o factor de vulnerabilidade.

O conceito de vulnerabilidade deve ser entendido na relação específica que se estabelece entre o indivíduo e determinada circunstância. Nesta contexto, a situação representa o componente objectivo e, o indivíduo, o componente subjectivo (Serra, 2000).

De acordo com Werner e Smith (1982), a vulnerabilidade remete para uma predisposição da criança para desenvolver psicopatologias ou perturbações comportamentais susceptíveis de prejudicar a sua adaptação. A vulnerabilidade pessoal estará dependente dos atributos de que a criança dispõe, como a sua sensibilidade, as suas fragilidades, as suas capacidades de enfrentar os factores de risco e os acontecimentos stressantes, as suas capacidades cognitivas, etc. Werner (1993) refere que a vulnerabilidade pessoal poderá prejudicar a sua adaptação ao aumentar os efeitos dos factores de risco.

Beck e Emery (1985) definem uma pessoa vulnerável como aquela que tem a percepção de estar sujeita a perigos de natureza externa ou interna sobre os quais não tem controlo ou, pelo menos, não tem controlo considerado suficiente para lhe dar um sentido de segurança.

Quando uma pessoa se sente vulnerável desenvolve a expectativa de não conseguir superar as adversidades com que se defronta. A formação desta expectativa leva a inibir, a nível interno, o discurso e a recordação de memórias armazenadas; a nível externo, impede o exercício de aptidões existentes (Beck & Emery, 1985). Desta forma, o sujeito sente que não sabe o que fazer ou dizer.

Após a realização de um estudo, Haggerty *et al.* (2000) definiram alguns factores que caracterizam a vulnerabilidade: prematuridade, desnutrição, baixo peso, lesões cerebrais, atraso no desenvolvimento, família desestruturada, minoria social, desemprego, pobreza, dificuldade de acesso à saúde e educação. Aquelas crianças com desvantagens socioeconómicas cujas mães sejam também jovens, solteiras e pobres ou que tenham vindo de famílias desorganizadas (riscos psicossociais), ou ainda crianças que tenham pais com desordens afectivas, esquizofrenia, desordens anti-sociais, hiperactividade, *deficit* de atenção e isolamento (riscos genéticos) são potencialmente vulneráveis aos eventos stressores e são consideradas crianças em risco para problemas de desenvolvimento. As crianças que vivenciam factores de risco no seu ambiente e desenvolvem distúrbios evolutivos, problemas de conduta e/ou desequilíbrio emocional são chamadas vulneráveis (Cowan, Cowan, & Schulz, 1966). Independentemente de como se constitui o risco, é possível aprender formas de enfrentar determinadas situações de risco, a partir da convivência com indivíduos que as vivenciaram e ultrapassaram com sucesso. A resposta do indivíduo ao risco tem sido descrita em termos de vulnerabilidade e resiliência (Luthar, 1991; Antoni & Koller, 2000).

Portanto, por vulnerabilidade entende-se a predisposição individual para desenvolver variadas formas de psicopatologias ou comportamentos não eficazes, ou susceptibilidade para um resultado negativo no desenvolvimento. No outro lado, está a resiliência, como a predisposição individual para resistir às consequências negativas do risco e desenvolver-se adequadamente (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

3. Vulnerabilidade e stress

Segundo Fortin e Bigras (2000), o stress resulta de um desequilíbrio entre as exigências da situação de agressão e os recursos do indivíduo para a enfrentar. Desta forma, o stress pode referir-se aos acontecimentos que influenciam como elementos exteriores stressores – factores de agressão – mas também à reacção do organismo que tenta responder às pressões exteriores – reacção de stress. Com isto, pode-se também referir ao estado de desorganização em que se encontra o sujeito, ou seja, o estado de stress.

O facto de um indivíduo se sentir ou não em stress está relacionado com o grau de vulnerabilidade ou de auto-confiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância, considerada importante para si e que lhe cria exigências específicas. Estar ou não em stress depende do facto do indivíduo sentir ou, simplesmente acreditar, que não possui ou que não tem aptidões ou recursos pessoais e sociais para lidar com as exigências criadas pela situação (Serra, 2000).

Para Dohrenwend (1998), a vulnerabilidade ao stress não é simplesmente o produto da relação que se estabelece entre as forças e fraquezas da predisposição individual e os activos e passivos da vida corrente, que ajudam a amplificar ou a reduzir o impacto do acontecimento. A este respeito deve ser mencionado que os processos de *coping* e de avaliação podem aumentar ou diminuir a quantidade de modificações negativas que passam a interferir com as actividades usuais da vida corrente do sujeito. Quando as estratégias utilizadas não são eficazes para ultrapassar as dificuldades existentes, o facto leva a acentuar no indivíduo a percepção de não ter controlo sobre a ocorrência.

Brown, Vik, McQuaid, Patterson, Irwin e Grant (1990) referem a hipótese da vulnerabilidade ao stress estar relacionada com o consumo de álcool ou uso de determinado obstáculo na presença de grande tensão, sendo este mediado pela presença ou ausência de factores de risco e protecção. Quando combinados, estes factores de risco e protecção abrangem uma vulnerabilidade psicossocial do indivíduo para a recaída do vício (Brown, Vik, Patterson, Irwin, Grant & Schuckit, 1995).

Alguns estudos descrevem os agentes stressores como incentivos que determinam o consumo de álcool ou o uso de drogas, como estímulos que evocam estados negativos de afectividade, usando-os como recursos para aliviar a angústia emotiva (Marlatt e Gordon, 1985), ou como acontecimentos que colocam exigências de adaptação num indivíduo (Cooper, Russell, Skinner, Frone, & Mudar, 1992; Crutchfield & Grove, 1984). No entanto, a vulnerabilidade aumenta ou diminui também em função de outros factores.

3.1. Factores que predisõem a uma maior vulnerabilidade

A vulnerabilidade pode estar relacionada com os factores de risco. No entanto, deve reduzir-se a vulnerabilidade ao confronto com estes factores pois, de acordo com vários autores, deve-se distinguir a vulnerabilidade dos factores de risco (Anaut, 2002).

De acordo com Serra (2002), parece existir consenso quanto à natureza dos factores predisponentes de vulnerabilidade, podendo estes ser de natureza física, psicológica e social. Estes factores podem surgir em circunstâncias externas em relação ao indivíduo ou serem acontecimentos internos perturbadores, e que só o próprio sujeito é capaz de detectar.

3.1.1. Factores de natureza física

Os factores de natureza física dizem respeito à dotação genética com que cada pessoa nasce, que determina que se reaja de forma desigual perante os acontecimentos adversos, quer em termos de rapidez de resposta, quer na intensidade que a mesma atinge, que ainda no regresso à normalidade.

De acordo com Cooper e Payne (1992), os factores humanos, como a predisposição genética e factores de personalidade influenciam o indivíduo a sentir-se mais vulnerável ao stress. Uma pessoa vulnerável descompensa com facilidade e tende a fomentar

transtornos crónicos que se estendem ao longo do tempo. Contrariamente, para uma pessoa não vulnerável, é necessários que ocorram situações graves para se determinar os mesmos efeitos. Nestas pessoas, as alterações são normalmente breves e circunscritas ao acontecimento indutor de stress (Vaz Serra, 2000).

3.1.2. Factores de natureza psicológica

Os factores de natureza psicológica estão intrinsecamente relacionados com a forma como o indivíduo percebe a realidade e estão associados com a história pessoal do seu desenvolvimento. Estes factores são facilitadores e predisponentes para que um indivíduo se sinta em stress, pois induzem o indivíduo a distorcer a realidade.

Deste modo, consideram-se dois aspectos: a personalidade e os esquemas mentais.

3.1.3. A personalidade

É hoje em dia inquestionável a influência que a personalidade exerce sobre a forma de reagir ao stress. As pessoas tendem a ser, ao longo da vida, relativamente consistentes no modo como lidam com os acontecimentos (Stone & Neale, 1984).

Então, pode constatar-se que a personalidade ou alguns dos seus traços influenciam a forma como a pessoa se comporta em situações e stress. Como tal, a personalidade deve ser considerada parte integrante dos recursos pessoais do indivíduo.

Fridman e Rosenman (1959), citado em Serra (2002), dois cardiologistas norte-americanos, demonstraram que existem pessoas que devido à sua “personalidade” têm 7 a 10 vezes mais probabilidade de desenvolverem doença cardíaca coronária do que outro tipo de pessoas que vive de uma maneira mais descontraída.

Com efeito, os autores defendem que existem 2 tipos de personalidade associados ao aparecimento das doenças referidas anteriormente, a *personalidade tipo A* e a *personalidade tipo B*, as quais serão desenvolvidas de seguida:

A *personalidade tipo A* é característica das pessoas como sendo altamente competitivas (no trabalho, na família e no lazer), como tendo elevados níveis de ambição e um empenhamento feroz em alcançar os seus objectivos. Estes indivíduos não aceitam a derrota e manifestam grande hostilidade: são desconfiados, ressentidos e cínicos no relacionamento interpessoal, ignorando os sentimentos dos outros; apresentam ainda, uma constante sensação de urgência do tempo tornando-os impacientes em qualquer acaso e acelerados em todas as actividades. Realça-se esta personalidade como uma maneira de estar na vida, pois exacerba as experiências de stress, afectando o modo como a pessoa interpreta as situações indutoras de stress ou a forma como gere as mesmas. Conclui-se assim, que as pessoas com *personalidade tipo A* são mais susceptíveis de viver constantemente em stress do que as outras. Esta personalidade representa um dos clássicos moderadores dos efeitos do stress associados à personalidade (Ross & Altmaier, 1994; Ramos, 2001).

A *personalidade tipo B* caracteriza as pessoas que trabalham com mais serenamente e com mais consciência, o que geralmente resulta numa maior criatividade. São pessoas que dominam bem e de forma natural o seu stress, apresentando prudência e boa filosofia de vida (Bensabat, 1987).

Desta forma, pode dizer-se que a *personalidade tipo B* apresenta um padrão ideal de comportamento, assim como, um carácter optimista e positivo embora seja considerada um tipo de personalidade minoritário.

3.1.4. Esquemas mentais

No que diz respeito aos esquemas mentais, pode considerar-se a relação do indivíduo com o meio ambiente, estabelecida através da percepção. Esta relação constitui um

fenómeno activo e complexo, composto por aspectos sensoriais, cognitivos, conceptuais, afectivos e motores. É ainda influenciada pelas memórias afectivas que o indivíduo tem armazenadas dentro de si, que são produto das emoções fortes que ficaram ligadas, no seu passado, a determinados acontecimentos. Assim, os esquemas mentais “constituem representações generalizadas das experiências que surgiram com regularidade. Uma vez criados podem persistir uma vida inteira” (Serra, 2000, p. 275).

Por conseguinte, devido a determinado esquema mental, a conclusão extraída numa situação pode estar tendenciosamente enviesada e em desacordo com a realidade dos factos. O que se verifica, é que, na maior parte das vezes, o processo de avaliação é automático, dependente apenas da predisposição biológica, das experiências passadas e das memórias armazenadas pelo indivíduo (Serra, 2002).

Deste modo, os indivíduos dão mais atenção ao que já é conhecido e ao que estão motivados a reconhecer, o que depende de suas experiências anteriores. A percepção é guiada por um esquema mental antecipatório, ou seja, os indivíduos percebem aquilo que sabem como encontrar. O esquema mental direcciona a exploração, enquanto a experiência pode modificar o esquema mental (Reis & Lay, 2006). De acordo com a teoria ecológica, os significados dependem de associações aprendidas pelos indivíduos, assim como as atitudes destes em relação aos significados também são aprendidas (Lang, 1987).

De acordo com Firestone (1987), citado por Serra (2000), todo o ser humano devido às suas experiências de vida, transporta dentro de si uma espécie de voz interna, um esquema de pensamento que está relacionado com sentimentos e atitudes. Esta voz interna influencia os juízos de valor que cada um de nós faz a respeito de nós próprios e dos outros, e também das capacidades e incapacidades. Neste sentido, pode dizer-se, que a sensibilização psicológica a dado tipo de circunstâncias faz com que as pessoas se tornem mais vulneráveis a situações de características semelhantes e ao aparecimento de doença (Post, 1992).

3.1.5. Factores de natureza social

Um dos referidos factores de resistência ao stress foi descrito como “apoio social”. A conceptualização desta variável assenta fundamentalmente nos desenvolvimentos teóricos produzidos a partir dos estudos de Caplan (1974), Cassel (1974, 1976) e Cobb (1976). Ornelas (1994), numa sistematização da literatura publicada sobre este tema, refere que Caplan (1974) introduz o termo “sistema de apoio”, que abrange não só o núcleo familiar e de amigos, mas também os serviços informais baseados na vizinhança, a ajuda proporcionada pelos prestadores de serviços comunitários. Para Cassel (1974,1976) a maior controvérsia consistia na existência de pessoas que não eram atingidas a nível de saúde mental e física apesar de igualmente sujeitas a condições adversas do meio, o que o levou a identificar uma nova categoria dos processos psicossociais que definiu como protectores de saúde, que consistia no apoio social percebido pelos grupos mais próximos e significativos dos indivíduos sujeitos a tais condições. Por sua vez, Cobb (1976) referiu-se ao apoio social como sendo essencialmente constituído pela informação que leva a pessoa a acreditar que é amada, querida, valorizada, estimada e que pode contar com os outros quando for necessário sentindo-se parte integrante de uma rede social.

Partindo destes trabalhos iniciais, a investigação nesta área fronteira entre o social e o psicológico multiplicou-se, tendo produzido considerável acervo de conhecimento, mas também vários problemas de definição e operacionalização. O apoio social é um conceito multidimensional e, como tal, vários autores propuseram diferentes formas de o operacionalizar. Tardy (1985) sugeriu que se devem distinguir as seguintes dimensões: (a) direcção (recebido ou fornecido); (b) disponibilidade (disponível ou executado); (c) medição (descrito ou avaliado); (d) conteúdo (emocional, instrumental, informativo, avaliativo) e (e) rede social onde se encontra (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade ou outros).

De acordo com a perspectiva de Barreira (1986), a definição e operacionalização do conceito de apoio social deve contemplar três grandes dimensões: (a) grau de integração social (as análises das redes sociais constituem a abordagem predominante para explorar esta categoria); (b) apoio social percebido (isto é, a medida da confiança dos indivíduos

em que o apoio social estará disponível quando necessário); (c) apoio social fornecido (isto é, as acções realizadas por outros para providenciar a assistência a um indivíduo determinado).

As várias definições de apoio social encontradas possuem pontos em comum. O primeiro é o realçar do seu papel como “apoio emocional”, quando os indivíduos sentem que têm outras pessoas a quem recorrer nalgumas dificuldades. Uma característica é a “integração social”, quando as pessoas sentem que fazem parte de um grupo que partilha interesses e preocupações. Proporciona “apoio perceptivo”, quando permite corrigir as percepções e ajuda a recontextualizar o acontecimento. Pode ainda oferecer “apoio instrumental”, quando responde positivamente aos variados pedidos ou ajuda em tarefas. Uma outra característica comum do apoio social é a de poder oferecer “informação de apoio”, aconselhando perante algum problema. Por último, o “apoio à auto-estima”, quando as inter-relações pessoais servem para ajudar as pessoas a sentirem-se melhor consigo próprias, com as suas competências e habilidades (House, Umberson & Landis, 1988).

No sentido de perceber como o apoio social interage com o stress e a saúde foram propostas algumas teorias explicativas. Uma das mais representativas é a abordagem ecológica de Hobfoll (1993). O autor desenvolveu uma teoria que denominou de teoria de conservação dos recursos. Partindo de uma base motivacional, postula que as pessoas se esforçam para obter, reter e proteger aquilo que estimam. As coisas que as pessoas apreciam são chamadas de recursos e incluem objectos (ex. carro, casa), características pessoais (ex. aptidões sociais), condições (ex. antiguidade, um casamento sólido), energias (ex. dinheiro, conhecimento), que são em si metas, objectivos, ou que são preciosas para atingir objectivos. Segundo esta teoria, o stress ocorre quando acontece qualquer uma das três condições: (1) quando à perda de recursos; (2) quando os recursos estão ameaçados de perda; (3) quando as pessoas investem recursos sem o ganho consequente. As pessoas usam o apoio social para lidar com as exigências do meio e atingir os seus objectivos. Segundo o autor, as pessoas desenvolvem e mantêm relações interpessoais para completar, melhorar e mobilizar os seus recursos pessoais e a sua capacidade de funcionamento.

3.2. Vulnerabilidade e Sem-Abrigo

Os indivíduos com perturbações associadas ao uso de substâncias são mais prevalentes nos Sem-Abrigo do que na população geral, assim como as doenças físicas e mentais mais graves (Koegel & Burnam, 1988; Fischer & Breakey, 1991; Dennis, Bray, Iachan & Thornberry, 1999; Lehman & Cordrey, 1993). Também, comparativamente à população geral, os Sem-Abrigo apresentam cuidados de saúde mais dispendiosos (Wenzel, Bakhitar, Caskey, Hardie, Redford, Sadler & Gelberg, 1995; Gelberg, Panarites, Morgenstern, Leake, Anderson & Koegel, 1997; Gallagher, Andersen, Koegel & Gelberg, 1997; Kushel, Vittinghoff & Hass, 2001).

As circunstâncias sociais e comunitárias e as características pessoais que estão associadas aos indivíduos Sem-Abrigo têm sido alvo de estudo. As circunstâncias sociais e comunitárias incluem ausência ou baixa disponibilidade na aquisição de uma casa e a não-institucionalização dos doentes mentais (Morse, 1992; Sullivan, Burnam & Koegel, 2000; Koegel, Melamid & Burnam, 1995). Por seu lado, as características pessoais incluem a pobreza persistente, pobres redes sociais e apoio social baixo, actividade criminal, doença mental e perturbações associadas ao uso de substâncias (Sullivan et al., 2000; Shinn, Weitzman, Stojanovic, Knickman, Jiménez, Duchon, James & Krantz, 1998; Sosin & Bruni, 1997). Além disso, parece ser comum entre os indivíduos Sem-Abrigo a experiência de situações traumáticas e de Sem-Abrigo na sua família durante a infância e a adolescência (Salit, Kuhn, Hartz, Vu, Mosso, 1998; Koegel et al., 1995; Stein & Gelberg, 1995; Usatine, Gelberg & Smith, 1994). Ainda, apesar da elevada prevalência do uso e abuso de substâncias estar associado à população Sem-Abrigo, existem poucos estudos que sobreponham entre o abuso de substâncias e outras vulnerabilidades pessoais e sociais associadas aos Sem-Abrigo (Koegel et al., 1995; Johnson, Freels, Parsons & Vangeest, 1997; Susser, Moore & Link, 1993; Herman, Susser, Struening & Link, 1993; Herman, Susser & Struening, 1997).

Os indivíduos Sem-Abrigo com doenças mentais crónicas têm níveis mais elevados de factores de risco na infância, incluindo instabilidade familiar e experiências de violência e abuso, quando comparados com os indivíduos Sem-Abrigo sem doença mental (Brown & Anderson, 1991; Hill, Blowm Young & Singer, 1994; Kessler, Davis & Kendler, 1997; Miller, Downs & Testa, 1993). No entanto, a doença mental e o abuso de substância não explicam por si só o predomínio actual do fenómeno do Sem-Abrigo,

mas são antes factores de risco que deixam as pessoas mais vulneráveis ao estar Sem-Abrigo, onde há uma escassez de alojamento acessível (Sullivan, et al., 2000; Koegel, et al., 1995)

Um estudo realizado por Booth et al. (2002) demonstrou que os indivíduos Sem-Abrigo diagnosticados com uma dependência de substâncias prolongada ou recente apresentam um historial de Sem-Abrigo mais severo, mais vulnerabilidades que conduzem para o factor Sem-Abrigo na infância/adolescência, recaídas na situação de Sem-Abrigo e indicadores de qualidades paupérrimas no último lar (mais dias passados na rua, noites frequentes em lugares impróprios para dormir, mais vitimização). Além disso, os Sem-Abrigo com dependência de álcool e drogas tiveram uma infância/adolescência mais severa e outras vulnerabilidades relacionadas com o Sem-Abrigo. Os indivíduos com dependência de álcool reportam a situação mais crónica na situação de Sem-Abrigo. Devido à sua longa história de Sem-Abrigo, estes indivíduos poderão ter uma capacidade mais baixa de adaptação e poderão ser menos capazes para fazer as mudanças necessárias na aquisição estável de uma casa.

A concentração e o conjunto das vulnerabilidades pessoais e sociais entre a dependência de substâncias, particularmente aqueles com dependência de polisustâncias, podem ocorrer devido a factores subjacentes às adversidades na infância, padrões familiares disfuncionais e histórias familiares de uso de substâncias e de perturbações psiquiátricas (Brown & Anderson, 1991; Hill et al., 1994; Kessler, et al., 1997; Bennett & Kemper, 1994). Assim, estes factores aumentam o risco do abuso de ambas substâncias nesta população. A maioria dos indivíduos Sem-Abrigo toxicodependentes iniciou o consumo antes do seu primeiro episódio de Sem-Abrigo. Sem dúvida que alguns factores que conduzem a esta situação podem ser atribuídas às consequências nocivas do uso ou dependência das substâncias, incluindo perda de emprego, perda de apoio familiar e pobre funcionamento intelectual. Outros factores que estão associados à continuidade da situação de Sem-Abrigo, assim como problemáticas na adolescência e na vida pessoal, parecem ter precedido o aparecimento da dependência de substâncias e, por isso, contribuído para as dificuldades dos consumos das mesmas (Booth, et al., 2002).

A documentação dos factores comuns subjacentes ao Sem-Abrigo aponta para um alcance amplo de vulnerabilidades para a pessoa Sem-Abrigo com dependência de substâncias, particularmente quando dependente de álcool e drogas ilegais, mesmo se a dependência dessa substância não é necessariamente recente. Ambos os factores aumentam as complexidades dos seus problemas pessoais, assim como diminuem, potencialmente, a probabilidade de saírem da situação de Sem-Abrigo. Além disso, a dependência de substâncias, particularmente a dependência de polissubstâncias, nesta população pode ser visto não só como um problema clínico, mas também, como um indicador crítico de outros problemas sociais e psicológicos, podendo ser necessários na avaliação anterior à resolução bem-sucedida no Sem-Abrigo (Rosenheck, 1994).

Neste sentido, Booth et al. (2002) sugerem que os indivíduos Sem-Abrigo que nunca foram dependentes de álcool ou drogas podem ter um diferente, e talvez mais optimista, curso subsequente na situação de Sem-Abrigo. Faltando o padrão severo de privação na infância/adolescência e um precoce contacto com a situação de Sem-Abrigo que estão associados ao consumo de substâncias, estes indivíduos podem demonstrar um melhor prognóstico e mais duradouro na saída desta situação. Isto porque os indivíduos sem dependência de substâncias apenas tiveram um primeiro episódio neste tipo de situação, não estabelecendo um ciclo de recaídas na situação de Sem-Abrigo.

Por isso, uma potencial intervenção a alcançar seria orientar as pessoas que não são dependentes de substâncias e que estão no seu primeiro episódio de Sem-Abrigo, a fazer esforços para que não iniciem o ciclo em múltiplos episódios de Sem-Abrigo.

Parte II – Estudo empírico

Capítulo IV- Apresentação do estudo e da metodologia

Ao longo deste trabalho foi possível constatar que o estar Sem-Abrigo é um período de crise pessoal, envolvido com situações de risco pessoal e social. Por isso, será pertinente analisar a forma como estes indivíduos lidam com as adversidades que a vida lhes proporciona, para que, deste modo, seja possível auxiliá-los na reinserção social. Relacionado com essas adversidades da vida surgem as estratégias de carácter resiliente, assim como o stress, sendo este um elemento natural e inevitável da vida.

Neste sentido, no presente capítulo serão apresentados os objectivos e a metodologia utilizada neste estudo sobre a resiliência numa população Sem-Abrigo face a situações adversas. A seguir, apresentam-se os resultados da investigação, as análises de correlação, a análise de conteúdo e a discussão dos resultados obtidos

4.1 Objectivos do estudo

A literatura sugere que os indivíduos Sem-Abrigo apresentam características resilientes face a situações adversas (Cecconello, 2003; Cowan, Cowan & Schulz, 1996; Hutz, Koller & Bandeira, 1996; Luthar, 1991; Rutter, 1990, 1993, 1996; Yunes, 2001). No entanto, os estudos encontrados referem-se a estudos com crianças e adolescentes.

A literatura é unânime em relação aos factores de riscos que envolvem a vida destes sujeitos: a violência, a ausência de adultos cuidadores, as drogas, os perigos e a falta de cuidados básicos são desafios constantes e tornam esta população extremamente vulnerável. Por outro lado, o confronto com essas adversidades e a utilização de

estratégias adequadas para lidar com essas situações promovem a construção do processo de resiliência (Paludo & Koller, 2005).

Os objectivos gerais de uma investigação dependem em grande medida da natureza dos fenómenos a estudar e do maior ou menor controlo a que as variáveis em estudo se submetem. O presente estudo, tem como objectivo geral estudar o fenómeno Sem-Abrigo e a capacidade que estes indivíduos apresentem nesta situação de crise pessoal. Para tal, seguiram-se os seguintes objectivos específicos:

- i. Analisar a resiliência e a vulnerabilidade ao stress, compreendendo a forma como os indivíduos Sem-Abrigo lidam com a sua situação de desabrigo.
- ii. Analisar os factores correspondentes à vulnerabilidade ao stress em função do tempo em que se encontram na situação de Sem-Abrigo.
- iii. Estudar a percepção que os indivíduos Sem-Abrigo têm das suas capacidades para ultrapassar a sua situação.
- iv. Analisar e identificar a presença de factores de protecção e de factores de risco internos diante da situação Sem-Abrigo.
- v. Analisar a possível relação entre a vulnerabilidade ao stress e a presença de psicopatologia nos indivíduos Sem-Abrigo.
- vi. Analisar a capacidade de resiliência nos indivíduos Sem-Abrigo com psicopatologia.
- vii. Estudar o grau de resiliência com a relação dos indivíduos Sem-Abrigo com as suas figuras cuidadoras.

4.2 Metodologia e procedimento

Na presente investigação utiliza-se uma metodologia qualitativa e quantitativa. Para a abordagem quantitativa utilizou-se uma metodologia correlacional e descritiva.

Na abordagem qualitativa recorreu-se a uma metodologia descritiva e exploratória, a qual teve por base as respostas obtidas numa entrevista semi-directiva por nós

construída. Para a análise dos resultados foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin (1977).

O estudo foi efectuado utilizando-se um guião de entrevista e três questionários, dos quais dois destinados a medir a resiliência e um destinado a medir a vulnerabilidade ao stress. Além disso, foi também elaborado um questionário para a recolha de informação sócio-demográfica.

Em relação à administração dos instrumentos, estes foram administrados aos utentes albergados na Associação dos Albergues Nocturnos do Porto (AANP), após o consentimento da Direcção da Instituição. Para tal, enviou-se uma carta à direcção da AANP requerendo autorização para a administração dos questionários. Depois de obtida a devida autorização, a qual foi transmitida de forma informal, procedeu-se à administração dos questionários, a qual decorreu durante os meses de Abril, Maio e Junho de 2009.

No decorrer desta investigação, em todos os momentos foram tidos em conta os princípios éticos e metodológicos. Antes de assinarem a Declaração de Consentimento (Anexo A), os participantes em estudo declararam que foram esclarecidos de todos os aspectos relativos à investigação, nomeadamente, do objectivo e procedimentos do estudo, a confidencialidade dos dados, assim como o anonimato e a sua voluntariedade em relação à participação no estudo. Fez-se ainda saber que tinham o direito de recusar participar ou cessar a sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal. Foi também referida a não existência de respostas certas ou erradas; e foi ainda solicitado aos participantes que respondessem a todas as questões.

Os questionários foram administrados individualmente pela investigadora num consultório da Instituição, onde foi pretendido proporcionar um espaço acolhedor que garantisse uma maior confidencialidade dos dados recolhidos e consequente diminuição do constrangimento social.

Primeiramente, foi utilizado um Guião de entrevista, constituído por 8 questões por nós elaboradas (Anexo B). A entrevista teve como objectivo dar voz aos Sem-Abrigo em relação às suas vivências e percepções durante o período de infância e na sua vida actual. Dada a população Sem-Abrigo ser marcada por uma forte vulnerabilidade, nenhuma das entrevistas foi registada em vídeo ou áudio, tendo sido escritas literalmente no momento. A sua duração foi de 20 minutos, aproximadamente.

De seguida, seguiu-se a administração dos instrumentos. Esta foi efectuada pela seguinte ordem: *Escala de Avaliação Global da Resiliência*, constituída por 8 itens; (3) *Escala de Avaliação do Eu resiliente*, composta por 14 itens; (4) *Escala de Vulnerabilidade ao stress*, constituída por 23 itens.

A duração média da administração dos instrumentos foi de, aproximadamente, 45 minutos por sujeito. É ainda importante referir que, durante a administração dos mesmos houve a necessidade de utilizar alguns sinónimos na administração dos mesmos, pois os participantes do estudo apresentavam uma baixa escolaridade.

Por último, os dados sócio-demográficos foram recolhidos através da consulta dos processos individuais (psicológico e social) dos utentes.

Após a respectiva recolha de dados, estes foram introduzidos e tratados pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 15), onde se realizaram as análises estatísticas em função dos objectivos tidos em conta.

4.3. Participantes

Neste estudo, realizado no período entre Abril e Junho do ano de 2009, optou-se por uma amostra de conveniência, cujos participantes se encontravam albergados na AANP.

Entre os 80 indivíduos Sem-Abrigo albergados na Instituição, 52 concordaram com a sua participação. Desta forma, os participantes deste estudo apresentam idades compreendidas entre os 30 e 69 anos, com uma média 47 anos (DP = 10,001). Salienta-se o facto de todos os utentes terem tido a oportunidade de participar neste estudo. No entanto, os que recusaram a sua participação não se mostraram disponíveis ou não compareceram ao dia e hora previamente marcados.

As características dos participantes correspondentes ao sexo, habilitações literárias, estado civil, nacionalidade e meio de vida são apresentadas na Tabela 1. Pode verificar-se que entre os 52 indivíduos Sem-Abrigo, 86,5% são do sexo masculino, sendo 46 (88,5%) de nacionalidade portuguesa e apresentam em maioria (46,2%), relativamente às habilitações literárias, o Primeiro Ciclo (4º ano). Verifica-se que os participantes deste estudo são, maioritariamente, do estado civil solteiro (51,9%). Em relação ao seu meio de vida, os sujeitos revelam que a maioria depende do Rendimento Social de Inserção (53,8%).

Tabela 1

Caracterização e Descrição dos Participantes

	N	(%)
Sexo		
Feminino	7	13,5
Masculino	45	86,5
Habilitações Literárias		
Analfabeto	6	11,5
Primeiro ciclo (4º ano)	24	46,2
Segundo ciclo (6º ano)	11	21,2
Terceiro ciclo (7º ano)	4	7,7
Ensino Secundário	5	9,6
Ensino Superior	2	3,8
Estado Civil		
Casado	4	7,7
Solteiro	27	51,9
Divorciado	19	36,5
Viúvo	2	3,8
Nacionalidade		
Portuguesa	46	88,5
Brasileira	2	3,8
Cabo-verdiana	1	1,9
Angolana	1	1,9
Guineense	2	3,8
Meio de Vida		
Pensão de Invalidez	4	7,7
Pensão de Reforma ou Aposentação	4	7,7
Rendimento Social de Inserção	28	53,8
Biscates/venda ambulante	1	1,9
Arrumação de carros	1	1,9
Não tem rendimentos	14	26,9
Total	52	100

4.4 Instrumentos

Foram administrados três instrumentos: a *Escala de Escala de Avaliação Global da Resiliência (EAGR)*, a *Escala de Avaliação do Eu Resiliente (EAER)* e o *23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao Stress* a todos os Sem-Abrigo que participaram neste estudo.

4.4.1. Escala de Escala de Avaliação Global da Resiliência (EAGR)

Instrumento de Jacinto Jardim e Anabela Pereira (2006) avalia a competência na área da resiliência, fornecendo dados sobre a sua capacidade actual para lidar com as adversidades, crises e dificuldades, sendo constituída apenas por 8 itens, o que facilita a sua administração.

4.4.2. Escala de Avaliação do Eu Resiliente (EAER)

A EAER, também de Jacinto Jardim e Anabela Pereira (2006) mede a competência da resiliência em quatro dimensões e através de catorze expressões. As afirmações poderão ser mais ou menos usadas por uma determinada pessoa.

Para a construção desta escala, os autores basearam-se na proposta de Grotberg (2003), em que os atributos considerados como fontes de resiliência podem ser verbalizados em quatro condições: Eu tenho; Eu sou; Eu estou e Eu posso. O que se procura na educação do sujeito para este ser resiliente é desenvolver as condições que já possui, preencher e ampliar as condições que não estão completas ou, mesmo, construir as que estão ausentes. Os factores de risco são sempre o ponto de partida, começando por conhecer como reage o indivíduo a cada factor, e tenta-se desenvolver factores de protecção durante todo o crescimento do ser humano. Por isso, a escala proporciona a análise dos factores de suporte externo (o que *eu tenho*), as forças pessoais internas (o que *eu sou*), as habilidades sociais (o que *eu posso*) e o que a pessoa está disposta a fazer (*eu estou*) (Jardim & Pereira, 2006).

Para ambas as escalas de resiliência estão a ser trabalhadas as qualidades psicométricas.

4.4.3. 23 Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS)

O 23 QVS trata-se de uma escala de tipo *Likert* criada por Vaz Serra (2000). É um instrumento de autoavaliação e avalia a vulnerabilidade do indivíduo ao *stress*. Cada questão tem cinco possibilidades de escolha diferentes (de 0 a 5), umas vezes na ordem directa e outras na ordem inversa. As questões 1, 3, 4, 6, 7, 8, e 20 são classificadas da esquerda para a direita, assumindo os valores de 0, 1, 2, 3, 4; sendo as restantes classificadas no sentido inverso. O valor da nota global pode variar de um mínimo de 0 a um máximo de 92. As questões são pontuadas de modo a que, quanto mais alto o valor obtido, maior é a vulnerabilidade ao *stress*. Uma classificação de 43 representa o ponto de corte acima do qual uma pessoa se encontra vulnerável ao *stress* (Serra, 2000).

A escala 23 QVS foi criada a partir de uma amostra de 368 elementos da população em geral a correlação *Par/Impar* foi de .732 e o coeficiente de *Spearman-Brown* de .845, demonstrando uma boa consistência interna.

O coeficiente de *Alfa de Cronbach* para todos os itens apresentou um valor de .824. Este valor baixou sempre quando à escala foi excluído algum dos itens seleccionados, demonstrando este facto a importância que cada um deles tem como elemento contributo para uma boa homogeneidade (Serra, 2000).

A correlação de cada questão com a nota global foi positiva e altamente significativa, quando na nota global esteve incluído ou excluído o item em análise (Serra, 2000). Estes factos confirmam a obtenção dos itens que, no seu conjunto, correspondem a uma escala unidimensional, capaz de definir um conceito. As correlações mais elevadas com a nota global sugerem que a pessoa vulnerável ao *stress* tem um perfil em que se salientam as seguintes características: “pouca capacidade auto-afirmativa”, “fraca tolerância à frustração”, “dificuldade em confrontar e resolver os problemas”, “preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia-a-dia” e “marcada emocionalidade” (Serra, 2000).

Os diversos itens da escala demonstraram ser sensíveis, individualmente, a variações de grupos extremos, o que confirma a sua capacidade discriminativa (Serra, 2000). Uma análise factorial de componentes principais seguida de rotação *varimax* extraiu 7 factores ortogonais que explicam 57,5% da variância total. A composição de cada factor parece traduzir o seguinte significado:

i) F1 (composto pelos itens 23, 19, 16, 10, 18, 05) corresponde ao “Perfeccionismo e Intolerância à Frustração”, significando 10,7% da variância explicada, (e.g. Item 23 “sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço”).

ii) F2 (composto pelos itens 9, 22, 01, 02, 12) corresponde à “Inibição e Dependência Funcional”, significando 10,5% da variância explicada, (e.g. Item 09 “perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para as resolver”).

iii) F3 (composto pelos itens 03 e 06) corresponde à “Carência de Apoio Social” significando 7,6% da variância explicada, (e.g. Item 03 “quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes”).

iv) F4 (composto pelos itens 04 e 21) corresponde a “Condições de Vida Adversas” significando 7,6% da variância explicada, (e.g. Item 04 “costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais”).

v) F5 (composto pelos itens 20, 05 e 08) corresponde à “Dramatização da Existência” significando 7,2% da variância explicada, (e.g. Item 20 “sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe acontecem”).

vi) F6 (composto pelos itens 14, 11, 13 e 15) corresponde à “Subjugação” significando 7,2% da variância explicada, (e.g. Item 14 “dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades”).

vii) F7 (composto pelos itens 17, 13 e 07) corresponde à “Deprivação de Afecto e Rejeição” significando 6,6% da variância explicada, (e.g. Item 17 há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas”).

Capítulo V – Apresentação dos resultados quantitativos

Apresentam-se de seguida, os resultados recolhidos através dos processos individuais dos participantes. Depois, serão apresentados os resultados obtidos nas escalas de resiliência e no 23 QVS, tendo em conta o tempo em que os indivíduos se encontram Sem-Abrigo. Recorreu-se, essencialmente, à Correlação de *Pearson* e à prova ANOVA.

5.1. Apresentação dos resultados descritivos

Para análise do perfil da amostra segundo as variáveis mensuradas, em virtude do seu tratamento como variáveis categóricas, foram feitas tabelas de contingência com frequências absolutas (N) e relativas (%).

A análise de diferenças significativas na relação entre a resiliência e a vulnerabilidade ao stress, assim como a vulnerabilidade ao stress em função da duração do período em que os indivíduos se encontram na situação de Sem-Abrigo, foi realizada recorrendo à estatística paramétrica, nomeadamente à correlação de *Pearson* e à *One-Way-Anova* (Brace, Kemp & Snelgar, 2003; Maroco, 2003; Pereira, 2004).

5.1.1. Situação de Sem-Abrigo

Relativamente à sua situação de Sem-Abrigo, entre os participantes do presente estudo, 35 (67,3%) encontram-se pela primeira vez nesta situação, enquanto os restantes 17 (32,7%) passaram já pela mesma.

Quando questionados sobre o tempo em que encontram na situação de Sem-Abrigo, a maioria respondeu entre 1 ano e 4 anos. De salientar também que 19,2% está há mais de 5 anos nesta situação (Tabela 2).

No entanto, é importante referir que o intervalo “entre 1 ano e 4 anos” é muito maior do que os outros. Porém, dado que esta informação foi retirada dos processos individuais dos utentes, não foi possível a correcção dos intervalos.

Tabela 2

Há Quanto Tempo se Encontra na Situação Sem-Abrigo

	N	%
Entre 1 e 30 dias	6	11,5
Entre 1 mês e 2 meses	5	9,6
Entre e meses e 6 meses	5	9,6
Entre 6 meses e 1 ano	4	7,7
Entre 1 ano e 4 anos	22	42,3
5 anos ou mais	10	19,2
Total	52	100,0

Para melhor compreender a auto-percepção dos sujeitos em relação às suas capacidades para ultrapassar a situação, foi-lhes questionado se pensavam conseguir ultrapassar a sua situação actual. A esta questão, 47 participantes (90,4%) auto-percepcionam-se como pessoas capazes de sair da situação de Sem-Abrigo. No entanto, esta informação é incoerente quando comparado com o tempo em que se encontram na situação de desabrigo. Por isso, poder-se-á dizer que estes sujeitos apresentam uma imagem idealizada de si mesmos, não correspondendo à sua prática na realidade.

Quando questionados sobre a forma através da qual poderiam ultrapassar a situação actual, os participantes responderam que o poderiam fazer arranando um trabalho (n = 22) ou alugando um quarto/casa (n=11). As respostas dos utentes foram reproduzidas na Tabela 3.

Porém, nas suas respostas dos participantes não são encontradas estratégias para atingir o seu objectivo, ou seja, é marcada a ausência de um pensamento estruturado para conseguir atingir determinado fim. Pode então dizer-se que estamos perante um desejo e não de uma intenção de actuar perante a realidade.

Tabela 3

Recursos para Conseguirem Ultrapassar a Situação Actual.

	N	%
Alugar um quarto/casa	11	21,2
Trabalho	22	42,3
Curso	6	11,5
Ajuda da Instituição	4	7,7
Parar o consumo de substâncias	1	1,9
Lar	2	3,8
Retoma de laços	1	1,9
Total	47	90,4

5.1.2. Relações familiares

Aquando da entrevista foi também questionado aos participantes sobre as suas relações familiares. Do total dos participantes, 43 (82,7%) relatam que mantêm contacto com os familiares. Por seu lado, os restantes referem que não têm qualquer interesse e/ou vontade em contactar os familiares mais próximos por vergonha da sua situação ou por conflitos não resolvidos anteriormente.

A relação entre os membros familiares durante o período de infância é exposta na Tabela 4. Verifica-se que 71,2% (n = 37) refere que existia respeito mútuo, enquanto 7,7% (n = 4) refere que existia um clima de discussões no seu ambiente familiar. É de salientar que as respostas de carácter positivo evidenciam-se junto das respostas de

carácter negativo (discussões e tensão). Desta forma, pode dizer-se que os utentes percebem o seu ambiente familiar como harmonioso.

Tabela 4

Relação Entre os Membros Familiares

	N	%
Discussões	4	7,7
Apoio e entre-ajuda	6	11,5
Tensão	5	9,6
Respeito mútuo	37	71,2
Total	52	100,0

A Tabela 5 permite analisar a descrição que os participantes fizeram das suas figuras cuidadoras. O número total de respostas diz respeito ao que foi referido pelos utentes em relação à figura masculina e à figura feminina. Optou-se por fazer distinção entre figuras cuidadoras masculinas e femininas, pois nem todos os participantes cresceram com ambos os pais, havendo alguns sujeitos que cresceram durante a sua infância com outros familiares. A relação dos participantes com as suas figuras cuidadoras será mais explorada à frente neste trabalho.

De acordo com os dados recolhidos, enquanto as figuras masculinas são caracterizadas, na sua maioria, como benevolentes (75,6%) (traço positivo), seguindo-se da característica “severo” (13,3%) (traço negativo). Na mesma linha, as figuras femininas são percebidas pelos participantes como benevolentes (86%). Apesar de na literatura os estudos comprovarem que durante o período de infância os sujeitos Sem-Abrigo não vivenciaram uma relação positiva com as suas figuras cuidadoras, os resultados neste estudo são um pouco contraditórios. Deste modo, seria pertinente

questionar as respostas apresentadas, no sentido de compreender a percepção dos indivíduos e a verdadeira realidade em relação ao seu ambiente familiar.

Tabela 5 – Descrição das figuras cuidadoras

	Características	Figura masculina		Figura feminina	
		N	%	N	%
Traços negativos	Agressivo	1	2,2	0	0
	Severo	6	13,3	5	10,0
	Consumidor de substâncias	3	6,7	0	0
	Despreocupado	0	0	1	2,0
	Reservado	0	0	1	2,0
Neutro	Sóbrio	1	2,2	0	0
Traço Positivo	Benevolente	34	75,6	43	86,0
Total de respostas		45	100	50	100

5.1.3. Psicopatologia

O diagnóstico psicológico presente nos processos psicológicos individuais dos utentes já se encontrava segundo essa designação. Por isso, optou-se pela designação do DSM-IV (2002) para os vários Eixos (I, II, III e IV) correspondentes às perturbações mentais.

Na Tabela 6, destacam-se as perturbações relacionadas com o consumo de substâncias. Estas incidem-se sobre o consumo de álcool (40,3%), haxixe (11,53%), cocaína (7,69%) e heroína (5,76%). Destaca-se neste seguimento a Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas, representando 13,5% dos participantes no estudo. Não foram diagnosticadas perturbações de ansiedade, adaptação e personalidade.

Tabela 6

Perturbações Mentais (Eixos I E II)

	N	%
<i>Delirium</i> , Demência, Perturbações Mnésicas e Outras	2	3,8
Perturbações Cognitivas		
Perturbações Relacionadas com o Consumo de Substâncias	27	51,9
Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas	7	13,5
Perturbações do Humor	2	3,8
Deficiência mental (ligeira)	3	5,8
Total	52	100

Em relação ao Eixo III, ilustrado na Tabela 7, destaca-se a presença de doenças endocrinológicas, nutricionais e doenças imunitárias, correspondentes a 11, 5% entre os 52 participantes.

As doenças correspondentes a outro tipo de doenças gerais dizem respeito à hipertensão arterial, diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo, dores musculoesqueléticas e gota (elevação dos níveis de ácido úrico no sangue).

Tabela 7

Estados Físico Gerais (Eixo III)

	N	%
Doenças Endocrinológicas, Nutricionais e Doenças Imunitárias	6	11,5
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	1	1,9
Doenças da pele e dos tecidos subcutâneos	3	5,8
Outro tipo de doenças físicas gerais	4	7,7
Total	14	26,9

Relativamente ao Eixo IV, como podemos ver na Tabela 8, podemos observar que, logicamente, todos os participantes neste estudo carecem de problemas de alojamento (100%), destacando-se de seguida os problemas económicos (96,2%). Os factores económicos advêm, de acordo com os participantes, da falta de emprego e de ausência ou insuficiência dos rendimentos. Não foram encontrados resultados em relação aos problemas relacionados com o ambiente social e aos problemas com o acesso aos serviços de cuidados de saúde.

Tabela 8

Problemas Psicossociais e Ambientais (Eixo IV)

	N	%
Problemas com o grupo de apoio primário	9	17,3
Problemas educacionais	6	11,5
Problemas de alojamento	52	100
Problemas económicos	50	96,2
Problemas relacionados com a interacção com o sistema legal/crime	3	5,8

5.2. Análise de resultados da administração dos instrumentos

Após a administração dos instrumentos de resiliência pôde constatar-se que os participantes obtiveram um valor médio na EAGR de 33,10, num total máximo de 40 (Tabela 9). Segundo os autores da escala, o valor acima referido corresponde a uma capacidade de resiliência média, pois encontra-se num intervalo entre os valores 22 e 34. Desta forma, pode dizer-se que a capacidade actual dos participantes para lidar com as adversidades, as crises e as dificuldades da vida não se encontra na sua plenitude.

No que respeita aos resultados da EAER, os indivíduos apresentam uma média de 56,56, num total máximo de 69 valores. De acordo com os autores da escala, valores encontrados entre 53 e 70 revelam um nível de resiliência do seu *eu* elevado. Dado que

esta escala avalia diferentes factores (o suporte externo, as forças pessoais internas, as habilidades sociais e o que a pessoa está disposta a fazer), pode dizer-se que, perante o resultado, os sujeitos auto-avaliam-se como pessoas realmente capazes de ultrapassar a sua situação.

Tabela 9

Resultados Obtidos nas Escalas de Resiliência

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
EAGR	52	20	40	33,10	4,948
EAER	52	34	69	56,56	8,978

No que diz respeito à vulnerabilidade ao stress (Tabela 10), os participantes obtiveram um valor médio de vulnerabilidade ao stress de 41,83, num total máximo de 43, o que significa que este valor está abaixo do ponto de corte, sendo que valores acima de 43 revelam vulnerabilidade ao stress. O facto de um indivíduo se sentir ou não em stress é ditado pelo grau de vulnerabilidade ou de auto-confiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância, considerada para si e que lhe cria exigências específicas. Estar ou não em stress depende do facto do indivíduo sentir ou, simplesmente acreditar, que não possui ou que não tem aptidões ou recursos pessoais e sociais para lidar com as exigências criadas pela situação. Neste sentido e perante o resultado, pode dizer-se que os sujeitos não se encontram vulneráveis ao factor stress, considerando-se capazes de lidar com a sua situação actual.

Em relação aos factores que compõem o 23QVS, existem dois factores que apresentam valores médios mais elevados, sendo: factor 1 - perfeccionismo e intolerância à frustração (M = 2,10692), e o factor 4 – condições de vida adversas (M = 2,43187), como se pode comprovar na Tabela 10. Apesar de os sujeitos não se encontrarem

vulneráveis ao stress, apresentam-se mais desfavorecidos em relação às suas condições de vida, dando lugar à intolerância aos actos ou tarefas não conseguidos.

Tabela 10

Caracterização dos Indicadores Chave da Vulnerabilidade ao Stress

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Vulnerabilidade ao Stress	52	16	69	41,83	10,902
Factor 1 - Perfeccionismo e intolerância à frustração	52	-,603	5,648	2,10692	1,492571
Factor 2 - Inibição e dependência funcional	52	-2,044	3,148	,74250	1,251008
Factor 3 - Carência de apoio social	52	-1,108	5,104	1,50023	1,661903
Factor 4 - Condições de vida adversas	52	-,306	4,655	2,43187	1,407914
Factor 5 - Dramatização da existência	52	-1,069	4,955	1,54008	1,204871
Factor 6 - Subjugação	52	-1,188	4,678	1,73910	1,362481
Factor 7 - Deprivação de afecto e rejeição	52	-4,076	3,949	,51665	1,527568

A análise da Tabela 11 permite constatar que a correlação entre a EAGR e o 23 QVS é inversa, indicando que os indivíduos Sem-Abrigo que apresentam uma resiliência mais elevada são menos vulneráveis ao stress ($r = -,468$, $p = ,000$). Quer isto dizer que os sujeitos que acreditam ter ou que possuem aptidões para ultrapassar as adversidades da vida não apresentam stress. Por seu lado, verifica-se que na correlação entre a EAER e o 23 QVS ($r = -,258$, $p = ,032$) os indivíduos não se encontram vulneráveis ao stress, percepcionando-se como competentes relativamente aos factores avaliados nesta escala.

Tabela 11

Correlação Entre as Escalas de Resiliência e o 23 QVS

	EAGR	EAER	23 QVS
EAGR	-		
EAER	,180	-	
23 QVS	-,468**	-,258*	-

*p > .05 **p < .01

A Tabela 12 refere-se à relação entre o tempo em que os sujeitos se encontram na situação de desabrigo e os factores correspondentes à vulnerabilidade ao stress. A análise permite-nos verificar que apenas é significativo o Factor 6 ($r = -,302, p = -,015$). Com isto, quanto mais tempo estiverem na situação de Sem-Abrigo, os sujeitos serão menos submissos, ou seja, os sujeitos tendem a focar-se mais neles próprios ao longo do período da sua situação de desabrigo. Deste modo, poderão acomodar-se ao seu modo de vida e a viverem de acordo com as suas capacidades para lidar com a sua situação. Por isso, as suas ligações e as suas memórias vão desvanecendo, criando um vazio progressivo na sua identidade e da possibilidade de se afirmarem em relação com o outro.

Tabela 12

Correlações para os Factores da Vulnerabilidade ao Stress Relativamente ao Tempo de Sem-Abrigo

	Tempo em situação Sem-Abrigo
Factor 1- Perfeccionismo e intolerância à frustração	-,144
Factor 2 -Inibição e dependência funcional	,147
Factor 3 - Carência de apoio social	,085
Factor 4 - Condições de vida adversas	-,147
Factor 5 - Dramatização da existência	,085
Factor 6- Subjugação	-,302*
Factor 7 - Deprivação de afecto e rejeição	-,112

* p < .05

A análise dos dados descritos na Tabela 13 permite comparar os diferentes resultados dos instrumentos administrados entre os indivíduos que apresentam um diagnóstico psicopatológico. Deste modo, verifica-se que os participantes obtiveram uma média no total de 32,38 na Escala Global de Resiliência, correspondendo a um grau de resiliência média. Quer isto dizer que estes participantes apresentam uma capacidade mediana na resolução de crises ou adversidades da vida. Nos diversos grupos de psicopatologia, os indivíduos que apresentam uma capacidade elevada para lidar com as adversidades, as crises e as dificuldades do quotidiano são os que apresentam Perturbações do humor.

No relativo ao *eu* resiliente, verifica-se que os participantes apresentam uma média total de 56,24 o que corresponde a um *eu* resiliente elevado. Pode então dizer-se que os participantes apresentam bastantes recursos relativamente aos factores de suporte (figuras significativas), às suas forças pessoais para lidar com as adversidades da vida, às suas habilidades sociais, no sentido de poderem procurar ajuda na resolução de problemas, e ao que estão dispostos a fazer para ultrapassar a sua situação actual. A este respeito, entre as várias psicopatologias, os indivíduos com Perturbações Relacionadas Com o Consumo de Substâncias (58,28%) apresentam o *eu* resiliente mais elevado. Por outro lado, os indivíduos diagnosticados com *Delirium*, Demência, Perturbações Mnésicas e Outras Perturbações Cognitivas apresentam um valor mais baixo: 38, correspondendo a um *eu* resiliente médio. Estes indivíduos não apresentam os recursos necessários em cada um dos factores promotores de resiliência já referidos anteriormente para lidar com a sua situação actual. Porém, é importante ter em conta as diferenças entre o número de sujeitos correspondentes a cada perturbação, dado serem bastante acentuadas.

Em relação aos valores médios obtidos do 23 QVS entre os participantes que apresentam psicopatologia, pode verificar-se que os participantes apresentam uma média de 42,5 valores. Dado que o valor de corte é de 43, pode dizer-se que os sujeitos apresentam vulnerabilidade ao stress.

Nas circunstâncias do quotidiano a reacção perante os acontecimentos perturbadores depende muito, não do acontecimento em si, mas antes das predisposições pessoais, dos recursos que o indivíduo possui ou a que tem acesso e do significado que atribui ao acontecimento em função de aspirações e valores considerados importantes para si. Neste sentido, em condições extremas, como é a situação de Sem-Abrigo, o acontecimento é suficientemente importante para induzir stress.

Tabela 13

Resultados Comparativos entre os Sujeitos que Apresentam Psicopatologia

		N	M	DP
EAGR	Perturb. cognitivas	2	30,50	3,536
	Perturb. consumo substâncias	25	31,76	5,585
	Esquiz. e outras perturb. psicóticas	7	33,71	3,352
	Perturb. humor	3	35,67	5,774
	Total	37	32,38	5,155
EAER	Perturb. cognitivas	2	38,00	5,657
	Perturb. consumo substâncias	25	58,28	8,453
	Esquiz. e outras perturb. psicóticas	7	56,57	5,968
	Perturbações do humor	3	50,67	12,055
	Total	37	56,24	9,302
23 QVS	Perturb. cognitivas	2	41,50	,707
	Perturb. consumo substâncias	25	42,00	9,142
	Esquiz. e outras perturb. psicóticas	7	44,00	9,074
	Perturb. do humor	3	44,00	14,731
	Total	37	42,51	9,076

Com o objectivo de verificar se houve diferença entre os participantes no estudo com diagnóstico psicopatológico quanto ao grau de resiliência foi realizada a prova ANOVA. De acordo com o teste de Levene, não existe homogeneidade da variância. Na análise dos dados demonstrados na Tabela 14 é possível constatar que não existem diferenças significativas entre este grupo.

No entanto, é importante notar que o número de elementos em cada grupo é bastante díspar, existindo algumas frequências muito baixas. Por esta razão, poder-se-á pôr em causa a validade da prova, influenciando, assim, os valores não significativos.

Em relação ao grau do *eu* resiliente entre os participantes com psicopatologia, procedeu-se ao teste de Levene para verificar a homogeneidade da variância, pelo que pôde constatar-se que neste grupo o valor não é significativo. Logo há variâncias iguais, pelo que não se considera a prova ANOVA.

Na análise da homogeneidade da variância relativa à vulnerabilidade ao stress foi também tido em conta o teste de Levene. Segundo os seus resultados não existe homogeneidade da variância. Na análise da Tabela 14 confere-se que não existe homogeneidade entre os grupos. Contudo, mais uma vez, será importante ter em consideração o número de elementos em cada grupo, sendo esta bastante diferenciada. Este factor pode estar na origem dos valores não significativos, pondo em causa a pertinência da prova.

Tabela 14

Análise de Variância para o Grau de Resiliência, o Grau do Eu Resiliente e do 23 QVS entre Sujeitos com Psicopatologia

Fonte de variância	gl	F	p.
Intersujeitos			
EAGR	3	,756	,527*
EAER	3	4,218	,012
23 QVS	3	,115	,951*

* p > 0,5

Capítulo VI – Apresentação dos resultados qualitativos

Para as respostas obtidas a partir do Guião de entrevista foi feita uma análise qualitativa e exploratória.

Como já foi referido, para a análise das respostas ao Guião de Entrevista aplicou-se a técnica de análise de conteúdo. Desta forma, visou-se obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Amado, 2000). Os procedimentos foram organizados por meio de etapas como: 1) Pré-análise, a qual consiste na primeira etapa do processo de análise de conteúdo temática, em que diante do material obtido iniciaram-se as leituras para a elaboração de indicadores que orientam a interpretação final; 2) Exploração do material, fase em que conseguimos abstrair as categorias e subcategorias. A categorização reflecte a significação dos elementos constitutivos de um conjunto de informações pela diferenciação e por reagrupamentos; a subcategorização é um procedimento que põe em destaque dentro de um grande tópico (categoria) outros tópicos particulares que merecem discussão em relevo; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, isto é, realizaram-se inferências e interpretações, sendo estas reflexões do que acontece por trás do método de pesquisa.

Deste modo, após a análise das entrevistas realizadas emergiram duas grandes classes temáticas: infância e vida adulta. Por infância entendeu-se como o período etário compreendido entre o nascimento e a puberdade. Por vida adulta entendeu-se como o período que prevê que o sujeito esteja numa situação de independência financeira o que implica ter um emprego, logo o tempo para se dedicar aos estudos é reduzido pelo facto deste ter que ser partilhado com a actividade profissional (Henriques, 2009).

De seguida são ilustradas as classes temáticas *Infância* e *Vida adulta* (Tabela 15 e Tabela 16, respectivamente), as suas categorias e subcategorias.

Tabela 15

Classe Temática Infância e Respectivas Categorias e Subcategorias.

Classe temática	Categoria	Subcategoria
Infância	Figuras cuidadoras	Família nuclear
		Família alargada
		Instituição
		Avós
	Relação com figuras cuidadoras	Boa
		Normal
		Difícil
		Má relação com um dos progenitores
		Óptima
	Relação com os irmãos	Boa relação com todos os irmãos
		Excelente relação com os irmãos
Má relação apenas com um dos irmãos		
Má relação com os irmãos		
		Pouco contacto com os irmãos
Acontecimento feliz	Escolar	
	Familiar	
	Presentes	
	Brincar	
	Saúde	
	Eventos desportivos	
	Passeios	
Afectividade	Sim, por parte da família	
	Avós	
	Irmãos	
		Ninguém
Autonomia	Sim	
	Não	

Tabela 16

Classe Temática Vida Adulta e Respectivas Categorias e Subcategorias

Classe temática	Categoria	Subcategoria	
Vida adulta	Impulsionador para a situação Sem-Abrigo	Despejo	
		Doença	
		Consumo de substâncias	
		Conflitos familiares	
		Separação/divórcio	
		Ausência de rendimentos	
		Desemprego	
		Perda de familiares próximos	
		Com quem vivia antes da situação de desabrigo	Família nuclear
			Família alargada
	Sozinho		
	Cônjuge		
			Cônjuge e filhos
			Amigos
		Irmãos	
		Filhos	
		Avós	

Infância

Relativamente à primeira classe temática surgiram as seguintes categorias: (1) figuras cuidadoras, onde os participantes relataram sobre quem os cuidou durante a infância; (2) relação com as figuras cuidadoras, onde os participantes relataram como viam a sua relação com quem cresceram durante a infância (3) com os irmãos, quando os participantes fazem referência à relação que tinham com os seus irmãos; (4) acontecimento feliz, quando fazem referência a um determinado acontecimento que os tenha marcado de uma forma positiva; (5) afectividade, quando referiram que se sentiam ou não amados pelos outros; e (6) autonomia, quando relatam que conseguiam ou não fazer as suas tarefas do dia-a-dia sozinhos.

Vida Adulta

No que diz respeito à segunda classe temática, esta apresenta as seguintes categorias: (1) impulsionador para a situação Sem-Abrigo, quando os participantes referem a situação que despoletou a situação de desabrigo; e (2) com quem vivia antes da situação de desabrigo, os sujeitos referem por quem eram acolhidos antes da sua situação actual.

6.1. Análise dos resultados do Guião de Entrevista

De acordo com a literatura, é frequente encontrarmos Sem-Abrigo que foram criadas fora da família nuclear, em instituições ou por outras figuras de substituição (avós, tios, padrinhos, famílias de acolhimento e de adopção). Quando criados com os pais, são frequentes as histórias de perdas precoces de um dos pais e, portanto, de um modelo de família monoparental (Bento & Barreto, 2002).

Na análise efectuada em relação ao seio familiar verifica-se que a maioria refere ter crescido com a família nuclear (Tabela 17).

Tabela 17

Distribuição Percentual da Classe Temática Infância e sua Categoria Figuras cuidadoras e Respectivas Subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Exemplos	N	%
Figuras cuidadoras	Família nuclear	<i>“Pais e irmãos.”</i>	44	80
	Família alargada	<i>“Com uma tia.”</i>	5	9,1
	Instituição	<i>“Cresci num patronato.”</i>	1	1,8
	Irmãos	<i>“Com os meus irmãos.”</i>	2	3,6
	Avós	<i>“Com os avós.”</i>	3	5,5
Total de respostas			55	100

No entanto, foram recolhidas algumas respostas um pouco ambíguas.

“Cresci com os meus pais até aos sete anos em Luanda. Depois vim para Portugal para um colégio com a minha irmã.” (P. 34, Mulher, 38 anos).

“Com uma tia, que era irmã gémea da minha mãe.” (P. 11, Mulher, 49 anos).

Em relação à família alargada e a outros familiares, os utentes referem ter crescido com estes devido à perda dos pais ou à ausência destes por motivos de trabalho ou separação.

“Com uma tia... Fiquei órfão aos 8 anos. A minha mãe morreu de cirrose, o meu pai com cancro.” (P. 42, Homem, 44 anos).

“Com uma tia... Os meus pais estavam em França a trabalhar.” (P. 25, Homem, 44 anos).

“Fiquei com os meus avós depois de os meus pais falecerem.” (P. 6, Homem, 43 anos).

No que respeita à relação com as suas figuras cuidadoras (Tabela 18), foi possível verificar que alguns participantes tinham dificuldades em descrever a sua relação. Em vez disso, referiram as suas características. Por isso, poder-se-á dizer que alguns sujeitos não apresentam capacidades para compreender o que é uma relação, percepcionando apenas a descrição das pessoas. No entanto, uma grande parte dos participantes revelou que mantinham uma relação estável com as suas figuras parentais (n = 29).

“Eram boas pessoas. Não tenho nada a dizer.” (P. 6, Homem, 43 anos).

“Normal... A trabalhar... Deram a casita. Boa família. Religiosa.” (P. 13, Homem, 55 anos).

“Era como uma mãe.” (P. 27, Homem, 30 anos).

Tabela 18

Distribuição Percentual da Classe Temática Infância e sua Categoria Relação Com Figuras Cuidadoras e Respectivas Subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Exemplos	N	%
Relação com figuras cuidadoras	Boa	<i>“Bem, ainda hoje.”</i>	29	59,2
	Normal	<i>“Normal... Com problemas normais.”</i>	6	12,2
	Difícil	<i>“Difícil de aguentar... Ela tinha um feitiço difícil.”</i>	3	6,1
	Má relação com um dos progenitores	<i>“Com o meu pai tinha uma relação péssima. Com a minha mãe a relação era normal.”</i>	9	18,4
	Óptima	<i>“Estupenda.”</i>	2	4,1
Total de respostas			49	100

Entre os indivíduos Sem-Abrigo é possível detectar sinais de perturbação ao nível da forma como as suas figuras paternas foram experimentadas na sua função de apoio, amparo, conforto e protecção. A ausência de relação, quer por falecimento, separação dos pais, quer por paradeiro desconhecido, pode dar lugar à idealização com base numa recordação fugaz e romanceada. O indivíduo que desconhece onde se filia, encontra-se atingido ao nível do seu sentimento de pertença a uma linhagem, apresentando uma lacuna grave ao nível da sua identidade e auto-estima (Bento & Barreto, 2002).

Não é fácil reconstituir as vivências destas experiências infantis porque os Sem-Abrigo tendem a minimizar os seus efeitos ou então mostram-se visivelmente perturbados quando se aborda o tema da família.

“Não penso sobre isso.” (P. 17, Homem, 51 anos).

Nas suas relações com os irmãos (Tabela 19), uma maioria (n = 35) referiu ter tido uma relação positiva durante a infância.

Tabela 19

Distribuição Percentual da Classe Temática Infância e sua Categoria Relação Com Irmãos e Respectivas Subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Exemplos	N	%
Relação com irmãos	Dava-se bem com todos os irmãos	<i>“Sempre bem.”</i>	35	71,4
	Excelente relação com os irmãos	<i>“Excelente.”</i>	2	4,1
	Má relação apenas com um dos irmãos	<i>“Boa, só com um irmão é que não me dava bem.”</i>	3	6,1
		Má relação com os irmãos	<i>“Não me dava bem.”</i>	5
	Pouco contacto com os irmãos	<i>“Muito afastado.”</i>	4	8,2
Total de respostas			49	100

No entanto, alguns participantes referiram zangas ou desentendimentos com os irmãos.

“Mais ou menos... Tínhamos as nossas zangas.” (P. 26, Homem, 42 anos).

“Não me dava bem com eles. Eram e são muito diferentes de mim.” (P. 33, Mulher, 44 anos).

“Com o meu irmão mais novo dava-me bem. O do meio era mauzinho.” (P. 35, Homem, 33 anos).

De seguida, é apresentada a categoria *Acontecimento feliz* (Tabela 20) que diz respeito a acontecimentos de vida ocorridos durante a infância, os quais foram marcantes de uma forma positiva para os participantes. Entre os 23 participantes que referiram um acontecimento feliz durante o período de infância, destacam-se os presentes (n = 8).

Tabela 20

Distribuição Percentual da Classe Temática Infância e sua Categoria Acontecimento Feliz e Respectivas Subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Exemplos	N	%
Acontecimento feliz	Escolar	<i>“Quando andava na escola. Tinha muitos amigos e gostava de aprender.”</i>	3	13,04
	Familiar	<i>“Lembro-me que havia um bom ambiente em casa e deixava-me feliz a convivência.”</i>	3	13,04
	Presentes	<i>“Quando recebia brinquedos.”</i>	8	34,78
	Brincar	<i>“Quando brincava.”</i>	3	13,04
	Saúde	<i>“Quando fui operado ao olho e consegui ver.”</i>	2	8,70
	Eventos desportivos	<i>“Quando fui ver um jogo de futebol ao estádio.”</i>	2	8,70
	Passeios	<i>“Lembro-me de um dia que o meu pai me levou à praia. Gostei tanto porque não estávamos como pai e filha, mas como amigos.”</i>	2	8,70
Total de respostas			23	100

Apresentam-se alguns exemplos:

“Quando fui ver um jogo de futebol ao Estádio do Bessa.” (P. 32, Homem, 35 anos).

“Lembro-me de um dia que o meu pai me levou à praia. Gostei tanto, porque não estávamos como pai e filha, mas como amigos.” (P. 33, Mulher, 44 anos).

“Ficava feliz quando recebia brinquedos.” (P. 37, Homem, 47, anos)

É importante reflectir que do total dos 52 participantes, apenas 23 foram capazes de fazer referência a um episódio feliz. Este factor pode ser pouco um pouco questionável

com os dados recolhidos anteriormente, dado que os participantes referem ter tido uma relação e um ambiente bastante positivos dentro do seu seio familiar, seria esperado uma maior recolha de respostas dentro desta categoria. Deste modo, poder-se-á dizer que a percepção do seu ambiente familiar é o desejo de como gostariam que tivesse sido, uma idealização.

“Foi quando o meu irmão mais novo nasceu. Fui eu que fiz o parto.” (P. 3, Homem, 33 anos).

No exemplo acima, é possível recolher um discurso mais psiquiátrico. O utente citado apresentava, por vezes, alguns episódios psicóticos, como os delírios. Por isso, será importante ter presente a sua psicopatologia e tentar entender a verdadeira realidade do utente, já que este afirmou várias vezes ter realizado o parto do irmão mais novo.

Na Tabela 21 é apresentada a categoria *Afectividade*. Nesta categoria são destacadas as respostas dadas de como os participantes sentiam uma grande afectividade por todos os que os rodeavam no período de infância.

Tabela 21

Distribuição Percentual da Classe Temática Infância e sua Categoria Afectividade e Respectivas Subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Exemplos	N	%
Afectividade	Sim, por parte da família	<i>“Sim, todos.”</i>	45	78,9
	Avós	<i>“Sim, a minha avó.”</i>	3	5,3
	Irmãos	<i>“Sim, o meu irmão mais novo e a minha irmã.”</i>	5	8,8
	Ninguém	<i>“Não, não gostavam.”</i>	4	7
Total de respostas			57	100

Alguns participantes referem que eram queridos por várias pessoas que os rodeavam, sendo que a maioria refere que eram queridos por todos (n = 45) ou por parte da família. Foram recolhidas quatro respostas em que os participantes referiram que não sentiam afectividade por partes dos outros que os rodeavam. É importante ter em conta o desejo destes indivíduos se sentirem queridos ou responderem segundo aquilo que acham que está de acordo com a desejabilidade social, idealizando o seu passado. No entanto, verifica-se que a conotação de afectividade, por vezes, é atribuída aos presentes que lhes é oferecido.

“*Sim, porque recebia muitas prendas de Natal dos pais e dos avós.*” (P. 8, Homem, 31 anos).

De seguida, apresenta-se a categoria *Autonomia* e as suas subcategorias (Tabela 22). Mais uma vez, poder-se-á constatar uma auto-percepção elevada das suas capacidades (n = 46), ou seja, uma auto-imagem positiva do que foram no passado. Esta categoria e as restantes categorias apresentam-se na Tabela 22.

Tabela 22

Distribuição Percentual da Classe Temática Infância e sua Categoria Autonomia e Respectivas Subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Exemplos	N	%
Autonomia	Não	“ <i>Não, precisava de ajuda dos pais.</i> ”	5	9,8
	Sim	“ <i>Sim, sempre.</i> ”	46	90,2
Total de respostas			51	100

Os participantes do estudo apresentaram os motivos para se percepcionarem como capazes na sua autonomia:

“*Sim, quando estudava.*” (P. 18, Homem, 32 anos).

“*Sim, sempre trabalhei, ajudava sempre.*” (P. 23 Homem 55 anos).

“*Sim, era habilidoso.*” (P. 19, Homem, 45 anos).

“*Sim, ia sozinho para a escola.*” (P. 5, Mulher, 56 anos).

Tendo em conta os exemplos citados, pode verificar-se que estes indivíduos tendem a querer valorizar-se pela realização das suas tarefas, ignorando a presença das suas figuras cuidadoras. Isto pode traduzir-se devido à ausência dessas figuras significativas, havendo, por isso, uma necessidade de auto-valorização, uma idealização da realidade.

De seguida, apresentam-se as categorias referentes à classe temática *Vida Adulta*. Como já foi referido, esta apresenta-se em duas categorias: Impulsionador para a situação Sem-Abrigo e Com quem vivia antes da situação de desabrigo.

No que diz respeito à primeira categoria (Tabela 23), verifica-se que existe uma diversidade para certas condições de vida que proporcionaram para a situação de Sem-Abrigo. Entre as quais pode dar-se mais relevância aos conflitos familiares (n = 10), despejo (n = 9) e desemprego (n = 8).

Tabela 23 – Distribuição Percentual da Classe Temática *Vida adulta* e sua Categoria *Impulsionador para a situação Sem-Abrigo* e Respectivas Subcategorias.

Categoria	Subcategorias		N	%
Impulsionador para a situação Sem-Abrigo	Despejo	<i>“A senhoria do quarto onde estava faleceu. Fiquei sem onde ficar.”</i>	9	17,3
	Doença	<i>“Fui internado e perdi o emprego.”</i>	2	3,8
	Consumo de substâncias	<i>“Por causa dos consumos decidi sair de casa para conseguir tratamento.”</i>	6	11,5
	Conflitos familiares	<i>“A minha mãe tem um feitio difícil, por isso decidi sair de casa.”</i>	10	19,2
	Separação/divórcio	<i>“Quando me divorciei fiquei sem sítio onde viver.”</i>	6	11,5
	Ausência de rendimentos	<i>“Sempre trabalhei. Depois deixei de receber, perdi a casa.”</i>	5	9,6
	Desemprego	<i>“Fiquei desempregado.”</i>	8	15,4
	Perda de familiares próximos	<i>“Vivia em Lisboa com a minha companheira. Ela faleceu e vim para o Porto e fiquei nesta situação.”</i>	6	11,5
Total de respostas			52	100,0

De acordo com algumas respostas recolhidas pode verificar-se que, por vezes, existem vários motivos que despoletam para a situação de desabrigo. Diante de situações de perdas de familiares próximos parece existir alguma dificuldade por parte destes indivíduos em conseguir sustentar a sua própria vida, acabando, depois, na solidão e, conseqüentemente, situação de desabrigo.

“Devido a problemas de saúde fui internado no hospital, perdi o trabalho e fui viver com o meu avô. Ele adoeceu também e fiquei sem onde ficar.” (P. 18, Homem, 32 anos).

“Depois de me separar do meu marido, fiquei a viver numa casa. Mas depois a senhoria precisou de dar a casa a familiares e teve de me mandar embora.” (P. 12, Mulher, 69 anos.)

“Depois de os meus avós falecerem, fiquei desempregado.” (P. 6, Homem, 43 anos).

Na Tabela 24, é ilustrada a categoria *Com quem viva antes da situação de desabrigo* e as suas subcategorias. De acordo com a análise efectuada, destacam-se os participantes que viviam com a família nuclear (n = 17) e os que viviam sozinhos (n = 16).

Tabela 24

Distribuição Percentual da Classe Temática Vida Adulta e sua Categoria Com Quem Viva Antes Da Situação De Desabrigo e Respectivas Subcategorias.

Categoria	Subcategorias	Exemplos	N	%
Com quem vivia antes da situação de desabrigo	Família nuclear	“Viva com a minha mãe.”	17	32,7
	Família alargada	“Com o meu cunhado.”	2	3,8
	Sozinho	“Vivia sozinho.”	16	30,8
	Cônjuge	“Com a minha mulher.”	6	11,5
	Cônjuge e filhos	“Com a minha mulher e os filhos.”	2	3,8
	Amigos	“Com uns amigos.”	4	7,7
	Irmãos	“Em casa da minha irmã.”	3	5,8
	Filhos	“Em casa do meu filho.”	1	1,9
	Avós	“Com os meus avós.”	1	1,9
Total de respostas			52	100

Para esta classe temática, as respostas encontradas foram unânimes no seu conteúdo, não havendo desvios no discurso.

“Com o meu pai.” (P. 43, Homem, 51 anos).

“Com o meu pai e a madrasta.” (P. 37, Homem, 47 anos).

“Com os meus pais.” (P. 26, Homem, 42 anos).

Perante os resultados obtidos, poderá constatar-se que estes indivíduos apresentam dificuldades na sua independência ou poderiam sentir-se acomodados no seu modo de vida, devido à permanência tardia em casa dos pais ou com outros familiares. No entanto, verifica-se que um número elevado de participantes (n = 16) refere que vivia sozinho. Pode dizer-se que o tornar-se Sem-Abrigo resulta de um processo progressivo de perda de laços afiliativos com as várias estruturas sociais, daí poder explicar-se o porquê de um número elevado tivesse vivido sozinho, nunca ter constituído família ou já ter perdido o contacto com a família. Este distanciamento pode ter-se iniciado precocemente, devido à morte de familiares ou figuras significativas, pelo crescimento fora da família e/ou fugas de casa.

Capítulo VII – Discussão dos resultados

Os presentes resultados demonstram que os indivíduos Sem-Abrigo apresentam uma auto-imagem marcada por uma forte capacidade de lidar com as adversidades, crises e dificuldades da vida. Pode dizer-se que situações de abandono e não perfilhação deixam a sua marca indelével ao nível da imagem de si próprio, consoante o sentido positivo ou negativo que lhe atribuem.

Entre os participantes em estudo pode salientar-se a presença de psicopatologia relacionada com os problemas relacionados com o álcool, com drogas e a presença de esquizofrenias. Pode também constatar-se a ausência de perturbações da personalidade, havendo uma maior incidência sobre a Perturbação Relacionada com o Consumo de Substâncias. Tal como é referido por Bento (1999; 2000; 2001), na população Sem-Abrigo predominam os problemas relacionados com álcool e problemas relacionados com drogas. Desta forma, o alcoolismo é o diagnóstico mais frequente, seguindo-se as esquizofrenias e as perturbações delirantes. Tendo em conta os sujeitos que apresentam diferentes psicopatologias não foram encontrados resultados significativos de resiliência ou vulnerabilidade ao stress.

Neste sentido, seria importante alcançar um prognóstico em relação ao sucesso de reinserção entre os sujeitos que não apresentam psicopatologia. No entanto, tal não pôde ser possível devido ao número reduzido da amostra.

Em relação ao Guião de Entrevista e de acordo com a literatura, pôde constatar-se a presença de factores de protecção e de factores de risco internos da resiliência. Entre os vários factores de protecção resilientes, pôde verificar-se a presença de factores individuais como a auto-estima positiva, auto-controlo e autonomia. Entre os factores familiares, pode destacar-se respeito mútuo, e em relação aos factores relacionados com o apoio do meio ambiente pode verificar-se que os participantes fazem referência ao

bom relacionamento com pessoas significativas que assumem um papel de referência segura.

O suporte social e o auto-conceito elevado habitualmente estão correlacionados, o que indica a existência de um mecanismo através do qual múltiplos factores protectores promovem a resiliência. Por isso, estas duas variáveis podem servir de protecção contra os efeitos de experiências stressantes. Estas características são facilmente reconhecidas no discurso dos participantes, existindo, por isso, resultados elevados na administração da Escala de Avaliação do *Eu Resiliente*.

Em relação aos factores de risco, os quais podem perturbar a capacidade de resiliência, foram identificados: condições de pobreza, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência, experiências de doença na família, perdas importantes, desemprego frequente, habitação inadequada, entre outros.

De acordo com Bento e Barreto (2002), os indivíduos Sem-Abrigo revelam com frequência algum grau de perturbação em áreas como o casamento, relação com filhos, relação com os pais e irmãos. Os autores referem a presença dos alguns dados, os quais se encontram presentes neste estudo: (1) a ausência de contactos actuais com familiares por perdas, inacessibilidade ou conflitos; (2) a tomada de opção por não constituírem família, permanecendo solteiros; (3) história de casamentos ou ligações de curta duração, instáveis e conflituais (sendo motivos frequentemente apresentados a traição conjugal, o alcoolismo e a conflitualidade doméstica); (4) quando criados por ambos os pais, são comuns histórias de conflitos intensos (na relação pais-filhos, no casal) e de alcoolismo, ou outras perturbações num dos progenitores.

Ora, como já foi referido, uma grande parte dos participantes no presente estudo referiram que mantinham uma boa relação com as figuras cuidadoras durante o período da infância. Tal pode ser explicado pela idealização feita dessas figuras cuidadoras que admiravam, desvalorizando o real. É a nostalgia dos pais onnipotentes da primeira infância perante as inevitáveis decepções com os pais reais (Bento & Barreto, 2002). No

entanto, será importante referir que, numa primeira abordagem às relações familiares, foram recolhidos dados de traços positivos e negativos entre as figuras cuidadoras e os indivíduos. De salientar que foram recolhidos mais traços negativos correspondentes às figuras masculinas, entre os quais podem destacar-se o *severo* e *consumidor de substâncias*. Contudo, uma grande parte dos indivíduos percebe as suas figuras cuidadoras, quer a masculina, como a feminina, como *benevolentes*.

Um outro ponto a ter conta é a ausência de relação. Esta também pode conduzir à idealização com base numa recordação fugaz e romanceada, como foram tantas vezes referidas as recordações felizes neste período de desenvolvimento: o receber presentes e brinquedos.

Neste sentido, não pode passar despercebida a ausência de recordações de episódios felizes durante a infância. Numa linha de discurso onde se descrevem relações positivas com as figuras significativas, assim como uma certa harmonia no ambiente familiar, é pertinente reflectir sobre o número de participantes que não apresenta memória de um momento feliz.

As histórias familiares e de infância são importantes não só para justificar a psicopatologia destes indivíduos, mas também para compreender as perturbações do seu desenvolvimento narcísico. Deste modo, também é preciso ter atenção para as limitações de um discurso predominantemente psiquiátrico acerca desta população, o qual apresenta os Sem-Abrigo como resultante directa da psicopatologia psiquiátrica. Pode dizer-se que o ser Sem-Abrigo é como uma espécie de estado de defeito de um percurso de problemas de álcool, psicose ou perturbações da personalidade que evoluiriam para uma marginalização progressiva. Basta pensar no número elevado de alcoólicos que existem no nosso país e que são muito poucos os que são Sem-Abrigo. O mesmo se poderia dizer para as outras patologias.

É ainda de supor que na relação causal entre a resiliência e a vulnerabilidade ao stress haja a interferência de outras variáveis não determinadas neste estudo (por limitações do próprio trabalho) que poderiam causar uma redução, ou aumento, da capacidade de resiliência, como à própria percepção de vulnerabilidade individual ao stress.

7.1. Conclusão

Partindo da ideia de que os indivíduos Sem-Abrigo estão expostos a uma situação vulnerável e de crise pessoal, reconhece-se, assim, que necessitam de especial atenção. No entanto existem poucos estudos realizados com esta população.

Os Sem-Abrigo resultam, sem dúvida, de uma etiologia complexa, onde intervêm mecanismos sociais e económicos, individuais e familiares. São indivíduos que transportam consigo uma ferida aberta, essencial, o facto de nunca terem tido uma ligação suficiente a um modelo de relação seguro, estável e duradouro. Este traumatismo precoce que os impede de atingir uma representação estável de si mesmos e dos outros impele-os a repetir compulsivamente ataques dirigidos contra a constituição de qualquer tipo de vínculos. Vínculos ao outro e a si próprios. Por isso, vão-se despojando de haveres, de ligações, de memórias como se não pudessem conservar nada que fosse seu, num esvaziamento progressivo da sua identidade e da possibilidade de afirmar um *Eu* pessoal em relação com o outro.

Por isso, tornou-se imperativo avaliar o grau de resiliência, assim como a vulnerabilidade ao stress que esta população apresenta.

Neste trabalho foram tidas em conta limitações que se prendem com o número reduzido de participantes, o que implica que os dados do presente estudo sejam analisados com a devida precaução. Tendo ainda em conta a especificidade a que se refere este contexto, não deve ser generalizada à população em estudo. Outra das limitações diz respeito à utilização de uma metodologia de questionário por auto-relato, o que apresenta alguns limites, nomeadamente, o viés de desajabilidade social, isto é, tendência para os sujeitos

em situação de Sem-Abrigo responderem aos questionários de acordo com o que é socialmente correcto. No entanto, estes questionários de auto-relato parecem ser os mais indicados para aceder às percepções mais subjectivas de cada pessoa.

As conclusões obtidas neste trabalho permitem fazer a ponte entre o racional teórico e a experiência empírica. De facto, neste contexto institucional, e de acordo com os resultados obtidos, verifica-se que os indivíduos apresentam-se acomodados à sua situação, apesar das condições de vida adversas com que se deparam, não se sentindo, por isso, vulneráveis em situações adversas. Com isto, apresentam uma forte capacidade de resiliência na forma como encaram as suas dificuldades do dia-a-dia, como as dificuldades económicas e os problemas de alojamento. Porém, quando comparados os resultados entre o grau de resiliência e o tempo em que se encontram na situação de desabrigo existe uma grande discrepância. Será importante ter sempre em consideração a ligação que o sujeito estabelece entre a sua realidade e o que idealiza para si.

Considera-se fundamental, encontrar meios de apreender os significados de cada pessoa, nos termos de cada pessoa, na tentativa de se realizar uma avaliação individual, adequada e multidimensional, capaz de reconhecer a natureza dinâmica do indivíduo Sem-Abrigo, para que seja possível uma reinserção eficaz. Independentemente da capacidade de cada pessoa para a reinserção, é importante ter sempre em consideração a motivação por parte dos sujeitos para tal. Em auxílio para a compreensão individual de cada indivíduo, aquando de uma avaliação psicométrica, poderá ser pertinente o uso de testes que visam a avaliação da personalidade. No entanto, dada a incidência das idealizações criadas pelos sujeitos seria importante a presença de uma escala de sinceridade.

O papel do psicólogo junto desta população é indispensável. Muitas vezes apenas é possível usar a relação terapêutica. Nesse sentido, podem utilizar-se, de acordo com a corrente humanista, as atitudes de escuta activa, a consideração positiva incondicional, a compreensão empática e a ausência de juízos de valor. Posteriormente, poder-se-á, através do recurso a diversas técnicas psicoterapêuticas, promover o apoio e educação

ou reeducação emocional, a adequação do relacionamento interpessoal, o auto-conhecimento, reforçar as capacidades adaptativas e reavivar a esperança de ultrapassar a situação. Junto desta população o desafio terapêutico é enorme. No entanto, também é possível depararmo-nos com situações de recuperação e o regresso a uma vida estável.

Neste sentido, será pertinente o uso de uma abordagem holística, analisando o indivíduo como uma unidade biopsicossocial indivisível com uma dinâmica específica de organização, desorganização e reorganização.

Além do apoio psicológico e do estabelecimento de uma relação pessoal com os Sem-Abrigo será indispensável o apoio psicossocial contínuo. Com isto, será benéfico a ligação e articulação com outros serviços e instituições que possam ser úteis na melhoria das suas condições de vida.

Um outro aspecto a ter em conta, não menos importante, é haver, por vezes, a necessidade de internamento. O tratamento psiquiátrico pode ser a alternativa à degradação e morte dos doentes mentais graves que vivem na rua. Acontece que é notável como um breve internamento pode alterar radicalmente o seu estado de saúde e das suas vidas. Neste sentido, é necessário ter presente que o doente Sem-Abrigo está em permanente crise, sendo o insucesso terapêutico um risco permanente. Deste modo, é preciso estar preparado para as contingências.

Desta forma, será possível melhorar a eficácia dos mecanismos de defesa, diminuir a intensidade de eventuais sintomas, aumentar a tolerância à frustração, e que assim, conduzam à efectiva reinserção e previnam a repetição da condição Sem-Abrigo.

Referências Bibliográficas

- Abraão, I. (1999). Factores de risco e factores protectores para as toxicodependências. Uma breve revisão. *Toxicodependências*, 2, 3-11.
- Akpadio, S., Bushnaq, H., Campbell, A., Hassan, L., Pal, S. & Smith, J. (2008). *Valuable lives: capabilities and resilience amongst single homeless people*. London: Crisis.
- Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53-63.
- Amaro, R. (2004). A exclusão social hoje. *Cadernos do Instituto S. Tomás de Aquino*, 9. Lisboa: Instituto São Tomás de Aquino.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antoni, C. de & Koller, S. H. (2000). Vulnerabilidade e resiliência familiar: Um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos intrafamiliares. *Psico*, 31 (1), 39-66.
- Anthony, E. J. (1987). Risk, vulnerability and resilience: an overview. In E.J. Anthony & B.J. Cohler (Eds.), *The invulnerable child*, (pp. 3-48). New York: Guilford Press.
- Anthony, E. J. & Cohler, B. J. (1987). *The invulnerable child*. New York: Guilford.
- Atkinson, R. (1998). Combatendo a exclusão social urbana: o papel da participação comunitária na regeneração das cidades europeias. *Cadernos IPPUR/UFRJ*, 12 (1), 107-128.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreira, M. (1986). Distinctions between social support: concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 117-128.

- Bastos, A. C. S., Alcântara, M. A. R. & Ferreira-Santos, J. E. (2002). Novas famílias urbanas. In E. da R. Lordelo, A. M. Carvalho & S. H. Koller (Eds.), *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento*, (pp. 99-135). São Paulo/Salvador: Casa do Psicólogo/Universidade Federal da Bahia.
- Bastos, J. (2005). VIH e toxicodependência. Mais vale prevenir. *Toxicodependências*, 11 (2), 75-81.
- Beauvais, F. & Oetting, E. R. (1999). Drug use, resilience, and the myth of golden child. In Glantz, M. & Johnson, J. L. (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations*, (pp. 101-107). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). Vulnerability: the core of anxiety disorders. In A. T. Beck, G. Emery, R. L. Greenberg (Eds.), *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective* (pp. 67-81). New York: Basic Books.
- Bennet, E. M. & Kemper, K. J. (1994). Is abuse during childhood a risk factor for developing substance problems as an adult? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 15 (6), 426-429.
- Bensabat, S. (1987). *Stress: grandes especialistas respondem*. Bilbão: Edições Mensagero.
- Bento, A. (2000). O doente esquizofrénico que vive na rua: tratamento impossível? *Psicologia*, 14 (1), 83-90.
- Bento, A. (2001). Os sem-amor, na era da exclusão. *Psiquiatria na Prática Médica*, 14 (2).
- Bento, A. & Barreto, E. (2002). *Sem-Amor Sem-Abrigo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bento, A. & Marmeleiro, C. (1989). Doentes mentais sem casa (homeless) em Lisboa. I – Doentes mentais que dormem na rua. II – Doentes mentais num albergue em Lisboa. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 2, 11-21.

- Bento, A., Pimentel, C. Barreto, E. & Pires, T. (1999). Quatro anos de uma equipa de rua da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. *Psiquiatria na Prática Médica*, 12 (5).
- Berger, P. S. & Tremblay, K. R. (1999). Welfare reform's impact on homelessness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 8 (1), 1-20.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology: Vol. 13*. (pp. 39-101). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Booth, B., Sullivan, G., Koegel, P. & Burnam, A. (2002). Vulnerability factors for homelessness associated with substance dependence in a community sample of homeless adults. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 28 (3), 429-452.
- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2003). *SPSS for Psychologists*. New York: Palgrave Macmillan.
- Brito, R. C. (1999). *Uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua: Subsídios para uma intervenção comunitária*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Brooks, R. (1994). Children at risk: fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64 (4), 545-553.
- Brown, G. W. (1993). The role of life events in the aetiology of depressive and anxiety disorders. In S. C. Standford & P. Salmon (Eds.), *Stress – From synapse to syndrome*, (pp. 23-50). Hartcourt Brace & Company Publishers – Academic Press.
- Brown, G.R. & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal Psychiatry*, 148 (1), 55-61.

- Brown, S. A., Vik, P. W., McQuaid, J. R., Patterson, T. L., Irwin, M. R. & Grant, I. (1990). Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 344-348.
- Brown, S.A., Vik, P. W., Patterson, T. L., Grant, I. & Schuckit, M. A. (1995). Stress, vulnerability and adult alcohol relapse. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 538-545.
- Bynner, J. (1998). *Origins of Social Exclusion: the risk factors affecting young children*. London: City University
- Callahan, S., Rogé, B., Cardenal, M., Cayrou, S., & Sztulman, H. (2001). Le contrôle et la résilience du moi: traduction des échelles et premiers éléments des études de la fidélité et de la validité. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11 (4), 144-150.
- Caplan, G. (1974). *Social systems and community mental health*. Basic Books: New York.
- Capucha, L. (1998). Pobreza, exclusão social e marginalidades. In Viegas, J.M.L. & Costa, A.F. (Eds.), *Portugal, que modernidade?* Oeiras, Celta Editora.
- Cardoso, C. M. (2002). *Os caminhos da esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Carvalho, M. C., Tinoco, R. & Fernandes, L. (2003). Ver de longe para olhar de perto: a intervenção sócio-sanitária junto dos grupos marginalizados em S. Francisco. *Toxicodependência*, 9 (3), 47-59.
- Cassel, J. (1974). Psychological Processes and Stress: Theoretical Formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-472.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

- Cecconello, A. M. (2003). *Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco*. Tese de doutoramento não-publicada, Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R. & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 139-152.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P. & Schulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In Hetherington, M. & Blechman, E.A. *Stress, coping, and resiliency in children and families*. Mahwan, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crutchfield, R. D. & Grove, W. R. (1984). Determinants of drug use: a test of the coping hypothesis. *Social Science and Medicine*, 18, 503-509.
- Cruz, S., Neves, M., Quintas, R., Quintas, A. & Bastos, V. (2006). *Vidas à parte – passado, presente e futuro*. Porto: Associação dos Albergues Nocturnos do Porto.
- D'Abreu, R., Mullis, A. & Cook, L. (1999). The resilience of street in Brazil. *Adolescent*, 34, 745-751.
- Dalbem, J & Dell' Aglio, D. (2008). Apego em adolescentes institucionalizadas: processos de resiliência na formação de novos vínculos afectivos. *Revista Psicologia*, 39 (1): 33-40.
- Dennis, M. L., Bray, R. M., Iachan, R. & Thornberry, J. (1999). Drug use and homelessness. In Braym R. M. & Marsden, M. E. (Eds), *Drugs use in Metropolitan America*, (pp.79-123). Sage Publications: Thousand Oaks, CA.

- Department for Social Development (2007). *Including the Homeless – a strategy to promote the social inclusion of homeless people and those at risk of becoming homeless in Northern Ireland*. Acedido a 13 de Março de 2009 em <http://www.dsdni.gov.uk/cv-homeless.pdf>.
- Dunlap, K. M. & Fogel, S. J. (1998). A preliminary analysis of research on recovery from homelessness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 7 (3), 175-188.
- Emery, R. E. & Forehand, R. (1996). Parental divorce and children's well-being: A focus on resilience. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms and interventions*, (pp. 64-100). Cambridge: Cambridge University Press.
- Empfield, M., Cournos, F., Meyer, I. (1993). HIV seroprevalence among homeless patients admitted to a psychiatric inpatient unit. *American Journal of Psychiatry*, 150 (1), 47-52.
- Engle, P. L., Castle, S. & Menon, P. (1996). Child development: vulnerability and resilience. *Social Science Medicine*, 43 (5), 621-635.
- Eurostat (2004). *The production of data on homelessness and housing deprivation in the European Union: survey and proposals*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fischer, P. J. & Breakey, W. R. (1991) The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist*, 46 (11), 1115-1128.
- Fuentes, L. B., Serrano, R. H. & Colmenarez, A. P. (1998). *El abuso sexual en niños e jóvenes*. Caracas: Ediluc.
- Fortin, L. & Brigas, M. (2000). La résilience des enfants, facteurs de risqué, de protection. *Pratiques psychologiques*, 1, 49-63.

- Gallagher, T. C., Andersen, R. M., Koegel, P. & Gelberg, L. (1997). Determinants of regular source of care among homeless adults in Los Angeles. *Medical Care*, 35 (8), 814-830.
- Garnezy, N. & Rutter, M. (1983). *Stress, coping, and development in children*. New York: McGraw-Hill.
- Garnezy, N. (1988). Stressors of childhood. In N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping and development in children*, (pp. 43-105). New York: Johns Hopkins University Press.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34 (4), 416-430.
- Garnezy, N. (1991b). Resiliency in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pedriatic Annals*, 20, pp. 459-466.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Garnezy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience and development. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions* (pp. 1-19). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garnezy, N., & Masten, A. S. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In E. M. Cummings, A. L. Greene, & K. H. Karraker (Eds), *Perspective on Stress and Coping*, (pp. 151-174). Hilldale, NJ, Erlbaum Associates.
- Garrucho, S. (2000). Atitudes dos psiquiatras em relação à SIDA – Hospitais Psiquiátricos versus departamento de psiquiatria de Hospitais Gerais. *Análise Psicológica*, 3 (18), 319-324.

- Gelberg, L., Panarites, C. J., Morgenstern, H., Leake, B., Anderson, R. M. & Koegel, P. (1997). Tuberculosis skin testing among homeless adults. *Journal of general internal medicine*, 12, 25-33.
- Grotberg, E. (2003). *Resilience for today: Gaining strength form adversity*. New York: Praeger Publishers.
- Grünspun, H. (2002). Violência e resiliência: a criança resiliente na adversidade. *Revista de Bioética e Ética Médica*, 10 (1), 163-171.
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Gamezy, N. & Rutter, M. (2000). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press.
- Hardy, L. (2007). Attachment theory and reactive attachment disorder: Theoretical perspectives and treatment implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20 (1), 27-39.
- Hawley, R. & DeHann, L. (1996). Toward a definition of family resilience: integrating life span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283-298.
- Heniques, F. (2009). O aprendizado após a juventude: discutindo o conceito de "adulto" e as tendências pedagógicas modernas. Acedido a 19 de Outubro de 2009 em <http://www.facevv.edu.br/Revista/02/o%20aprendizado%20apos%20a%20juventude.pdf>.
- Herman, D.B., Susser, E., Struening, E.L. & Link, B. L. (1993). Adverse childhood experiences: are they risks factors for adult homelessness? *American Journal Public Health*, 87 (2), 249-255.
- Hill, E.M., Blowm, F.C., Young, J.P. & Singer, K.M. (1994). Family history of alcoholism and childhood adversity: joint effects on alcohol consumption and dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18 (5), 1083-1090.

- Hobfoll, S. E. & Vaux, A. (1993). Social Support: social resources and social context. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress – Theoretical and Clinical aspects*. (2^a ed.), New York. Free Press.
- House, J. S.; Umberson, D.; Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 306-310.
- Hutz, C., Koller, S. & Bandeira, D. (1996). Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. In Koller, S. (Eds.) *Aplicações da Psicologia na Melhoria da Qualidade de Vida*. Porto Alegre: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.
- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: guia prático para a mudança positiva*. Porto: Asa Editores, S. A.
- Jencks, C. (1995). *The homeless*. Cambridge: Harvard University Press.
- Johnson, T.P., Freels, S.A., Parsons, J.A., Vangeest, J.B. (1997). Substance abuse and homelessness: social selection or social adaptation? *Addiction*, 92 (4), 437-445.
- Junqueira, S. & Deslandes, F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (1), 227-235.
- Kaplan, H. (1999). Towards an understanding of resilience: a critical review of definitions and models. In Glantz, M. & Johnson, J. L. (Eds.), *Resilience and development: positive life adaptations* (pp. 17-84). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Kelly, R. J. (2001). Status report on the homelessness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 10 (3), 229-233.
- Kessler, R.C., Davis, C.G. & Kendler, K.S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the U.S. National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27 (5), 1101-1119.

- Koegel, P. & Burnam, A. (1988). Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1011-1018.
- Koegel, P., Melamid, E. & Burnam, A. (1995). Childhood risk factors for homelessness among homeless adults. *American Journal of Public Health*, 82 (12), 1642-1649.
- Koller, S. H. (1999). Violência doméstica: Uma visão ecológica. In Amencar (Eds.). *Violência doméstica* (pp. 32-42). Brasília: Unicef.
- Koller, S. H. & Hutz, C. S. (1996). Meninos e meninas em situação de rua: dinâmica, diversidade e definição. *Coletâneas da ANPEPP: Aplicações da psicologia na melhoria da qualidade de vida*, 1, 11-34.
- Kushel, M. B., Vittinghoff, E. & Hass, J. S. (2001). Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *Journal American Medical Association*, 285 (2), 200-206.
- Lang, J. (1987). *Creating architectural theory: the role of the behavioural sciences in environmental design*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lehman, A. F. & Cordrey, D. S. (1993). Prevalence of alcohol, drug and mental disorders among the homeless: one more time. *Contemporary Drug Problems*, 355-386.
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 600-616.
- Luthar, S. S. (1993). Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (4), 441-453.

- Marín, J.R. (1990). Aspectos psicossociais de la salud y de la comunidad. *Actas del II Congreso Nacional de Psicología Social*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística – com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martineau, S. (1999) *Rewriting resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to “kids at risk”*. Tese de Doutoramento não-publicada, University of British Columbia.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Masten, A. S., & Coastworth, J. D. (1995). Competence, resilience and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, (pp. 715-752). New York: Wiley.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In Lahey, B. & Kazdin, A. (Eds.), *Advances in clinical child psychology: Vol. 8*. (pp.1-52). New York: Plenum Press.
- Miller, B.A., Downs, W.R. & Testa, M. (1993). Interrelationships between victimizations experiences and women’s alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 11, 109-117.
- Molnar, J. & Klein, T. (1988). *Home is where the heart is: the crisis of homeless children and families in New York City*. New York: Band Street College of Education.
- Morais, N. A., & Koller, S. H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: a ênfase na saúde. In S. H. Koller (Ed.),

- Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*, (pp.91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Morris, M. & Thompson, C. (2004). Down but not out – a survey of homelessness, substance use and service provision. *Drugs and Alcohol Today*, 4 (3), 36-40.
- Morse, G. A. (1992). Causes of homelessness. In Robertson, M. J., Greenbalt, M. (Eds.), *Homelessness: a national perspective*, (pp. 3-17). New York: Plenum Press.
- Muñoz, M. & Vazquez, C. (1998). Las personas sin hogar: aspectos psicosociales de la situación española. *Intervención Psicosocial*, 7 (1), 7-26.
- Neiman, L. (1988). A critical review of resiliency literature and its relevance to homeless children. *Children's Environments Quarterly*, 5 (1): 17-25.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica*, 2, 333-339.
- Page, T. & Nooe, R. M. (2002). Relationships between psychosocial risks and stress in homeless children. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 8 (4), 255-267.
- Paludo, S. & Koller, S. (2005). Resiliência na rua: um estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, (21) 2: 187-195.
- Papalia, D. E. & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pereira, A. (2004). *Guia prático de utilização - análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia* (5ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, A., Barreto, P. & Fernandes, G. (2001). *Análise longitudinal dos Sem-Abrigo em Lisboa: a situação em 2000: relatório final*. Lisboa: Câmara Municipal - Departamento de Acção Social.

- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. V. C., (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-143.
- Pimenta, M. (1992). *Os Sem-Abrigo da cidade de Lisboa*. Lisboa: Cáritas.
- Pimenta, M., Ferreira, J. A., Ferreira, L. V., Faria, A. & Pimentel, P. (2001). *As Ilhas do Porto – Estudo Sócio-Económico, Pelouro de Habitação e Acção Social*. Porto: Artes Gráficas.
- Ploeg, J. & Scholte, E. (1997). *Homeless Youth*. London: Sage Publication.
- Poletto, M. & Koller, S. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25 (3): 405-416.
- Pollitt, E., & Carter, J. A. (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369 (556), 145-157.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.
- Ralha-Simões, H. (2001). Resiliência e desenvolvimento pessoal. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação*, (pp. 95-113). São Paulo: Cortez Editora.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio – prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Reis, A. & Lay, M. (2006). Avaliação da qualidade de projetos – uma abordagem perceptiva e cognitiva. *Ambiente Construído*, 6 (3), 21-34.
- Rodrigues, E., Samagalo, F., Ferreira, H., Mendes, M. & Januário, S. (1999). A pobreza e a exclusão social: teorias, conceitos e políticas sociais. *Sociologia*, 9: 63-101.

- Rodgers, G., Gore, C. & Figueiredo, J. (Eds.) (1995). *Social exclusion: rhetoric, reality, responses*. Genebra: International Institute for Labor Studies.
- Rosenheck, R. (1994). Homeless in America. *American Journal Public Health*, 84 (12), 1885-1886.
- Ross, R. & Altmaier, E. (1994). *Intervention in ocupacional stress: a handbook of counseling for stress at work*. Londres, Sage Publications.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Weintraub, S. (Eds.) *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*. New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1993). *Resilience: some conceptual considerations*. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (1996). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Orgs.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, (pp.181-214). New York: Cambridge University.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Salit, S.A., Kuhn, E. M., Hartz, A.J., Vu, J.M. & Mosso, A.L. (1998). Hospitalization costs associated with homelessness in New York City. *New England Journal of Medicine*, 338 (24), 1734-1740.

- Sapienza, G. & Pedromônico, M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 209-216.
- Saraiva, J. & Miguel, N. (2004). Toxicodependentes Sem-Abrigo – uma experiência de estabilização e encaminhamento. *Toxicodependências*, 10 (1), 3-14.
- Savoia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (2), 57-67.
- Serra, A. V. (1986). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.
- Serra, A. V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 20 (4): 261-278.
- Serra, A. V. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4) 21: 279-308.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, N. A. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Shinn, M. (1997). Family homelessness: state or trait? *American Journal of Community Psychology*, 25 (6), 755-769.
- Shinn, M., Weitzman, B. C., Stojanovic, D., Knickman, J. R., Jiménez, L., Duchon, L., James, S. & Krantz, D. H. (1998). Predictors of homelessness among families in New York City: from shelter to housing stability. *American Journal of Public Health*, 88 (11), 1651-1657.
- Snow, D. & Anderson, L. (1992). *Desafortunados – um estudo sobre o povo de rua*. Petrópolis: Editora Vozes.

- Sosin, M. R. & Bruni, M. (1997). Homelessness and vulnerability among adults with and without problems. *Use & Misuse*, 32 (7), 939-968.
- Sroufer, A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Stark, L. R. (1992). *Barriers to health care for the homeless*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stein, J.A. & Gelberg, L. (1995). Homeless men and women: differential associations among substance abuse, psychosocial factors, and severity of homelessness. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3 (1), 75-86.
- Stone, A. A. & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal and Social Psychology*, 46, 892-906.
- Sullivan, G., Burnam, A. & Koegel, P. (2000). Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (10), 444-450.
- Susser, E. (1993). Prevalence of HIV infection among psychiatric patients in a New York City men's shelter. *American Journal of Public Health*, 83 (4), 568-570.
- Susser, E., Moore, R. & Link, B. (1993). Risk factors for homelessness. *American Journal of Epidemiology*, 137 (2), 546-556.
- Swart-Kruger, J. & Donald, D. (1996). Crianças das ruas da África do Sul. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9 (1), 59-82.
- Tavares, J. (2001). A resiliência na sociedade emergente. In Tavares J. (Eds.), *Resiliência e Educação*, (pp. 43-75). São Paulo: Cortez.
- Trombeta, L. H. A. & Guzzo, R. S. (2002). *Enfrentando o cotidiano adverso. Estudo sobre resiliência em escolares*. Campinas: Alínea.

- Usatine, R. P., Gelberg, L. & Smith, M. H. (1994). Health care for the homeless: a family medicine perspective. *American Family Physician*, 49 (1), 139-146.
- Wenzel, S. L., Bakhitar, L., Caskey, N. H., Hardie, E., Redford, C., Sadler, N. & Gelberg, L. (1995). Homeless veteran's utilization of medical, psychiatric and substance abuse services. *Medical Care*, 33 (11), 1132-1144.
- Werner, E. E. (1986). The concept of risk from a developmental perspective. In Keogh, B. K. (Ed.), *Advances in special education, developmental problems in infancy and preschool years: Vol. 4.* (pp. 1-23). Greenwich, Conn.: JAI Press.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth.* New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1989). *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth.* New York: Adams-Banaster-Cox.
- Werner E. E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: high-risk children from birth to adulthood.* London: Cornell University Press.
- Yunes, M. A. M. (2001) *A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda.* Tese de Doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Yunes, M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8: 75-84.
- Yunes, M. A. M. & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In Tavares J. (Eds.), *Resiliência e Educação*, (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.

Zimmerman, M. A. & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 8 (4), 1-18.