
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra



Depois da Rua

Dimensões sociais gerais da vinculação adulta na população
sem abrigo

Dissertação de mestrado em Psicologia do
Desenvolvimento, apresentada à Faculdade de
Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra sob orientação da
Professora Doutora Teresa Sousa Machado

Luís António Garrido Ferreira

Coimbra 2009

Ao esforço, dedicação e persistência dos “*inseparáveis Três Mosqueteiros*”, que ao longo dos anos resistiram a alguns “combates” e souberam construir vínculos seguros que lhes permitem continuar, juntos, a enfrentar aventuras.

Agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Sousa Machado, orientadora desta tese, pela transmissão de conhecimentos e pela pertinência das críticas. Pelo apoio científico e disponibilidade demonstrada.

Às coordenadoras deste Mestrado, Professora Doutora Luísa Morgado e Professora Doutora Conceição Taborda, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

A todos os professores do curso pelo compromisso que assumiram e pelo interesse que colocaram no desempenho da sua tarefa.

À Professora Doutora Florbela Vitória por todo o apoio no tratamento estatístico dos dados. Também pelo estímulo, confiança e paciência nos momentos de maior ansiedade.

Ao Engenheiro Tiago Figueira pela amizade e disponibilidade no apoio gráfico.

À Professora Edite Carla pela amizade e disponibilidade no apoio das traduções.

A todos os que participaram voluntariamente neste estudo e que partilharam connosco experiências que nos fazem repensar a cada momento a nossa actuação.

À minha família e amigos pelo apoio incondicional. Por serem quem são e terem feito de mim quem sou. Por terem a segurança de saber esperar.

A todos que directa ou indirectamente participaram neste estudo, o nosso

Muito obrigada.

Índice Geral

Lista de abreviaturas.....	xiv
Lista de quadros	xv
Lista de figuras.....	xvii
Resumo	xix
Abstract.....	xxi
Résumé	xxiii
Introdução	xxv
Capítulo I	5
Sem abrigo.....	5
Exclusão social	5
Evolução do conceito de sem abrigo	14
Evolução do fenómeno dos sem abrigo	25
Abordagem psicossocial dos sem abrigo	33
Rede relacional dos sem abrigo	37
Intervenção em rede.....	41
Saúde Mental e Sem Abrigo.....	45
A Desinstitucionalização Hospitalar.....	48
A Re-institucionalização Comunitária.....	53
Capítulo II	59
Vinculação.....	59
O conceito de vinculação	59
Construção da relação de vinculação.....	63
A Teoria da Vinculação	66

Os Esquemas de Vinculação na criança.....	69
Mary Ainsworth e a “Situação Estranha”	70
Vinculação – da infância à adolescência.....	73
Vinculação na Idade adulta	76
Sistema de vinculação no adulto	82
Estratégias de hiperactivação	86
Estratégias de desactivação	87
Utilização simultânea de estratégias de hiperactivação e de desactivação	88
Transmissão intergeracional.....	89
Vinculação e Psicopatologia	92
Capítulo III	102
Comunidade de Inserção Novo Olhar	102
Introdução.....	102
Comunidade de Inserção para sem abrigo: bases e influências.....	104
Modelo de Intervenção da CINO.....	107
Fases estruturais do processo na CINO.....	119
Particularidades do acompanhamento dos Sem Abrigo.....	127
Capítulo IV	135
Contexto, Objectivos e Aspectos metodológicos do estudo Empírico	135
Participantes	138
Caracterização dos participantes	139
Escolha dos instrumentos.....	139
ASQ.....	139
Procedimentos de investigação.....	141
Capítulo V	143
Apresentação dos resultados	143

Capítulo VI	159
Discussão dos resultados do estudo empírico	159
Conclusões	175
Bibliografia	183
Anexos	211

Lista de abreviaturas

AAI – Adult Attachment Interview

AMI – Assistência Médica Internacional

ASQ – Attachment Style Questionnaire

CINO – Comunidade de Inserção Novo Olhar

DGSP – Direcção Geral dos Serviços Prisionais

ETHOS – European Typology on Homelessness and Housing Exclusion

EUA – Estados Unidos da América

FEANTSA – European Federation of National Organisations Working with the
Homeless

IEFP – Instituto do Emprego e formação Profissional

INE – Instituto nacional de Estatística

ISS.IP – Instituto de Solidariedade Social - Instituto Público

PACT – Program for Assertive Community Treatment

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

POAT – Programa Operacional de Assistência técnica

REAPN – Rede Europeia Anti Pobreza

RQ – Relationship Questionnaire

RSI – Rendimento Social de Inserção

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Lista de quadros

	Pág.
Quadro 1 – Fontes de informação e grupos de risco face à situação de sem abrigo.	24
Quadro 2 – Diferenças no estilo de vinculação segundo os padrões, a história de vinculação, os modelos mentais e as experiências amorosas.	80
Quadro 3 – Médias e desvios-padrão da idade no grupo alvo.	142
Quadro 4 – Frequências absolutas e relativas do nível de escolaridade.	142
Quadro 5 – Frequências absolutas e relativas do género no grupo alvo (n= 15).	143
Quadro 6 – Frequências absolutas e relativas do estado civil no grupo alvo (n= 15).	143
Quadro 7 – Frequências absolutas e relativas do período de tempo que viveram na rua no grupo alvo (n= 15).	144
Quadro 8 – Frequências absolutas e relativas face aos motivos que conduziram à situação de sem abrigo, no grupo alvo (n= 15).	144
Quadro 9 – Frequências absolutas e relativas dos factores determinantes para sair da rua, no grupo alvo (n= 15).	145
Quadro 10 – Frequências absolutas e relativas da rede relacional do grupo alvo (n=15).	145
Quadro 11 – Frequências absolutas e relativas da relação com a família no grupo alvo (n= 15).	146
Quadro 12 – Frequências absolutas da situação face ao emprego no grupo alvo após 12 meses de institucionalização.	146
Quadro 13 – Frequências absolutas e relativas da institucionalização como factor de aproximação à família, no grupo alvo (n= 15).	146
Quadro 14 – Frequências absolutas e relativas da institucionalização como factor de acesso a novos amigos, no grupo alvo (n= 15).	147
Quadro 15 – Teste da normalidade das sub escalas do teste ASQ.	148

Quadro 16 – Média, desvios – padrão e U de Mann-Whitney na sub escala confiança do ASQ, no grupo alvo e no grupo de referência, no primeiro momento de avaliação.	148
Quadro 17 – Médias e desvios-padrão do grupo alvo e grupo de referência, no ASQ, no primeiro momento de avaliação.	149
Quadro 18 – Teste de Levene e t - student nas sub escalas do ASQ em função do grupo.	149
Quadro 19 – Médias, desvios - padrão, valores máximos e mínimos e teste de Wilcoxon entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, em todas as sub escalas do ASQ.	150
Quadro 20 – Teste da normalidade das sub escalas do ASQ na amostra total.	151
Quadro 21 – Média, desvios – padrão e U de Mann-Whitney na sub escala confiança do ASQ, no grupo alvo, no segundo momento de avaliação, e no grupo de referência, no primeiro momento de avaliação.	152
Quadro 22 – Médias e desvios-padrão do grupo alvo, no segundo momento de avaliação e do grupo de referência.	152
Quadro 23 – Teste de Levene e t- student nas sub escalas do ASQ, em função do grupo alvo, no segundo momento de avaliação.	153
Quadro 24 – Comparação entre médias e desvios - padrão no primeiro e no segundo momento de avaliação, por género, no grupo dos sem abrigo, no ASQ.	154
Quadro 25 – U de Mann Whitney para as sub escalas, por género, no primeiro e o segundo momento de avaliação.	155

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 – Modelo e funcionamento do sistema de vinculação no adulto.	83
Figura 2 – Ligação entre relações de vinculação e saúde mental, de acordo com recentes desenvolvimentos da Teoria da Vinculação.	96
Figura 3 – Esquema orientador da Investigação.	134
Figura 4 – Esquema orientador das análises	141

Resumo

A presente investigação pretende ser um contributo para a compreensão da mais valia que a integração em comunidade de inserção pode ser para a população sem abrigo. Especificamente pretendemos estudar a mudança ocorrida a nível das dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta e aos padrões de vinculação ansiosa e evitante.

A amostra deste estudo é constituída por 30 sujeitos de ambos os sexos, 33,3% do sexo feminino e 66,7% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 26 e os 55 anos, sendo a média de 39 anos. A amostra subdivide-se em 15 indivíduos do grupo alvo (sem abrigo) e 15 indivíduos do grupo de referência (indivíduos integrados em termos laborais e habitacionais). Relativamente ao grau de escolaridade, 66,7% da amostra situa-se abaixo do 6º ano de escolaridade. No tocante ao estado civil do grupo alvo, 60% dos indivíduos são solteiros e 40% divorciados. Relativamente à raça, 80% da amostra é caucasiana e 20% de origem africana.

Os participantes no estudo foram avaliados individualmente pelo autor do presente trabalho, através de um questionário de auto resposta Attachment Style Questionnaire (ASQ), que visa a avaliação da vinculação adulta nas seguintes dimensões: *níveis de confiança; desconforto relativamente à proximidade; relacionamento como factor secundário; necessidade de reforço/aprovação e preocupação com os relacionamentos*. Permite igualmente criar valores relativamente à vinculação ansiosa e evitante.

No nosso estudo, no primeiro momento de avaliação (à data de entrada na estrutura), os resultados sugerem que os valores médios da vinculação evitante e ansiosa, no grupo alvo, são elevados e os valores da sub escala confiança são baixos. Constatamos igualmente a existência, no primeiro momento de avaliação, de valores médios elevados nas dimensões sociais: *desconforto com a proximidade, preocupação com as relações e necessidade de reforço/aprovação*. Os altos níveis de *preocupação com as relações* e de *desconforto com a proximidade* poderão ser indicadores de um conflito com o qual o grupo alvo se depara: demonstram não ter segurança nas suas capacidades para serem independentes, evidenciando,

igualmente, não confiar nos outros. Assim, quer o afastamento, quer a proximidade do outro são fonte de angústia.

Após doze meses de integração na CINO os resultados indicam um aumento significativo nos níveis de *confiança* e apresentam uma redução estatisticamente significativa nos valores das seguintes dimensões gerais associadas à vinculação adulta: *preocupação com as relações, relacionamento como factor secundário e desconforto com a proximidade*. No entanto, embora se verifique uma melhoria significativa nas dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta, os padrões de vinculação evitante e ansiosa não registam alterações.

Waal e Rönnlund (2007) defendem que altos valores na sub escala confiança se relacionam de forma significativa com a vinculação segura. Por sua vez, Mikulincer e Florian (1995), entendem que a vinculação segura funciona como um recurso interno para lidar com situações adversas. Assim, os sem abrigo participantes no estudo, no segundo momento de avaliação, denotam ter criado uma confiança básica em si e nos outros, que lhes pode permitir maior tolerância ao sofrimento e activar de forma eficaz a rede de apoio. Os resultados sugerem ainda a probabilidade destes indivíduos se encontrarem mais capazes de ultrapassar situações adversas do que no primeiro momento de avaliação.

Finalmente discutem-se em traços gerais as limitações do estudo, suas implicações para a intervenção junto desta população e novas vias de investigação neste domínio.

Palavras chave: Vinculação, sem abrigo, ASQ, comunidade de inserção, exclusão social.

Abstract

The purpose of the investigation is a contribution to the comprehension that it's a surplus value of the integration in a community of insertion for the homeless.

We specifically intend to study the changes that occur in the levels of the dimensions in the socials generals that are connected to the linkage of adults with patterns of anxiety and avoidant.

The group of this study is composed by 30 subjects of both sexes, 33,3 % being female, and 66,7% being male, with the ages between 26 to 55 and the age of 39 being the average. The group subdivides itself in the 15 individuals of the target group (homeless) and 15 individuals in the group of reference (individuals that are integrated in the society). Relatively the academics of the groups are inferior to the 6th grade. Regarding the marital status of the target group, 60% of the individuals are single and 40% divorced. Regarding the race, 80 % of the group is Caucasian and 20% are of African origin.

The participants in the study were evaluated individually by the author of the present study, using questioner of auto answer to the Attachment Style Questionnaire (ASQ), having the intention to evaluate the linkage of the adults in the following dimensions, level of confidence, discomfort in relating with others, relationships with secondary factors, necessity of reinforcement/aprovent and worry with relationships. Also allows to create values to relevant linkage of anxiety and avoidant.

In our study, right from the first moment of the evaluation (to the date of entrance of the structure) the results result in the value of the medium of linkage of avoidant and anxiety in the target group, are high and self- esteem low. We also find in the first point of evaluation, that the average values are high in the social dimensions, uncomfortable with proximity, preoccupation with the relationships and need of reinforcement and approval. The high levels of preoccupation with the relationships and the discomfort with proximity may indicate a conflict with the

target group. They demonstrate that they lack the confidence in their capacity to be independent and also equally not trusting in others. Therefore, wanting distance from others or wanting proximity of the others causes a source of anguish.

After twelve months of integration in the CINO, the results indicate a significant increase in levels on confidence and also shows statistically reduction in the values of the following general dimensions associated with linkage to adults: concerns with relations, relationships as a secondary factor, and discomfort with proximity. However, although there is a significant improvement in overall dimension related to adult attachment there are no alterations in the patterns of avoidant and anxiety.

Waah and Ronnlund (2007) defend that high values in the sub scale of confidence, if they relate significant form with safe entailing. In the other hand, Mikuliner and Florian (1995), understand that linkage insures functions with one who refuses to deal with adverse situations. Thus, the homeless participants in the study, in the second moment of evaluation, have created a denoted basic trust in themselves and others, it may allow greater tolerance to pain and create the providing affect to the supporting network. In conclusion, the probability of these individuals finding capacities to overcome adverse situations is greater than the first moment of evaluation.

Finally we discuss in general terms the limitations of the study, its implications for intervention with the population and new avenues of research in this field.

Key-words: attachment, homeless population, ASQ, community of insertion, social exclusion.

Résumé

La présente investigation prétend être un contributeur pour comprendre l'importance que l'intégration en communauté d'insertion a pour la population sans-abri. Plus précisément nous avons l'intention d'étudier l'évolution du niveau général des dimensions sociales liées à l'attachement des adultes et des modèles d'attachement anxieux et d'évitement.

L'échantillon de cet étude est constitué par 30 sujets des deux sexes, 33.3% du sexe féminin et 66.7% du masculin, entre les 26 et les 55 ans, étant la moyenne d'âges de 39 ans. L'échantillon se divise en deux : 15 individus du groupe cible (sans abri) et 15 du groupe de référence (individus qui ont un emploi et un logement). En ce qui concerne les niveaux d'études, 66.7% de l'échantillon ont étudié jusqu'en « 6^{ème} année de scolarité ». En ce qui concerne l'état civil du groupe cible, 60% des individus est célibataire tandis que 40% est divorcé ; 80% est de race blanche et 20% d'origine africaine.

Les participants de l'étude ont été évalué individuellement par l'auteur de ce travail, grâce a un questionnaire d'auto-réponse « Attachment Style Questionnaire (ASQ) », lequel vise l'évaluation de l'attachement adulte dans les suivant paramètres : niveaux de confiance, déconfort relativement au rapprochement ; relation comme facteur secondaire ; nécessité de renfort/approbation et préoccupation avec les relations. Cela leur permet d'établir des valeurs à l'attachement anxieux et évitant.

Dans un premier temps de l'évaluation (le jour de l'entrée dans la structure, les résultats nous suggéraient que la moyenne des valeurs de la dimension social du groupe cible sont élevées, tandis que les valeurs de la confiance sont bas. Nous avons aussi constaté l'existence, dans ce premier moment, de valeurs élevées en ce qui concerne les suivantes dimensions sociales : déconfort avec la proximité, préoccupation avec les relations et la nécessité de renfort/approbation. Les hauts niveaux de préoccupation avec les relations et le déconfort avec la proximité peuvent

être indicateur d'un conflit du groupe cible qui doit faire face : il nous indique qu'ils [les individus du groupe cible] ne sont pas assez sûr de leurs capacités pour être indépendants, mais aussi qu'ils ne font pas confiance aux autres. De cette façon, soit le rapprochement, soit l'éloignement sont raison d'angoisse.

Après 12 mois d'intégration à CINO, les résultats indiquent une augmentation significative des niveaux de confiance et montrent une réduction statistiquement significatives des valeurs des dimensions générales suivantes associées à la liaison des adultes : préoccupation avec les relations, le relationnement comme facteur secondaire et le déconfort avec la proximité. Tandis que l'on s'aperçoit qu'il y a eu une amélioration significative en ce qui concerne les dimensions sociales générales liées à l'attachement adulte, on s'aperçoit aussi que les modèles d'attachement anxieux et évitement ne se sont pas modifiés.

Waal et Rönnlund (2007) défendent que les hauts valeurs de la sous-échelle confiance se rapporte effectivement avec l'assurance. Mikulincer et Florian (1995), disent que le facteur assurance fonctionne comme un recours interne pour faire face à des situations adverses. Ainsi, les sans-abris, lesquels participent à cet étude, au 2^{ème} moment de l'évaluation, montrent avoir développé une confiance basic en soi et envers les autres, laquelle leur permet d'être d'avantage tolérant à la souffrance et d'activer de forme efficace un réseau d'appuie. Les résultats nous suggèrent aussi la probabilité de ces individus être maintenant plus aptes à outrepasser des situations adverses que lors de la première évaluation.

Enfin, nous discutons en termes généraux les limites de l'études, ses implications pour l'intervention auprès de cette population et de nouveau moyen de recherche dans ce domaine.

Mots-chefs : Attachement, sans-abri, ASQ, communauté d'insertion, exclusion social

Introdução

A escolha do tema que aqui nos propomos explicar, e a escassez de literatura sobre a problemática dos sem abrigo, impõe-nos algo mais do que uma intensa e aprofundada pesquisa científica, basilar na edificação de todo constructo teórico, imprescindível na orientação e planeamento da prática profissional. É, no entanto, apostados em compreender esta problemática no seu âmago, enfatizando, acima de tudo, a proximidade relacional, num patamar arriscadamente afectivo, que se situa a verdadeira razão que ilustra a necessidade de escrever algo sobre o tema que o torne incontornavelmente prioritário aos olhos de “quem manda”. Numa era em que o desemprego, a pobreza, a crise de valores e a exclusão social fazem parte do quotidiano de todos nós, a tolerância à miséria assume estados de indiferença chocantes. Corremos, de facto, o risco de dar corpo à célebre frase de Fernando Pessoa – *“primeiro estranha-se, depois entranha-se”*. Cumpre-nos a nós, profissionais que trabalhamos com pessoas sem abrigo, adoptar uma postura mais combativa para que se tornem menos esquecidos, menos “desabrigados”. Usualmente a literatura sobre sem abrigo é descritiva e de alguma forma vazia de afectos. Simbólico o facto da “patologia do vínculo” ser escrita de forma tão defensiva, como se nos referíssemos a uma temática isenta de dor e de perdas. Será talvez este um movimento de apreensão gerado pela dificuldade que antevemos ao ousar estabelecer vínculos com quem destes tão arduamente se defende.

Se reflectir sobre a problemática dos sem abrigo se torna desconcertante, não será menor o desafio de compreender as especificidades dos padrões de vinculação desta população. Este estudo pretende avaliar o impacto da vivência, em comunidade de inserção, nas dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta, dos “desabrigados”.

De forma honesta temos que assumir que é inimaginável perceber os contornos que a realidade de se estar sem abrigo comporta. Esperamos que com o aprofundar dos conhecimentos sobre esta questão nos possamos tornar um pouco mais próximos de quem não se sente próximo de ninguém.

Em termos de apresentação, este relatório divide-se em duas partes, a primeira constituída por três capítulos e a segunda por outros três.

Na primeira, dedicada à contextualização teórica, faremos uma revisão da literatura acerca das matérias relevantes para esta pesquisa. No Capítulo I apresentaremos alguns conceitos fundamentais à compreensão da problemática dos sem abrigo, iniciando por abordar a exclusão social, a importância de ter uma casa, analisando a definição do conceito de sem abrigo e evolução deste fenómeno a nível nacional e internacional. Finalizamos o capítulo com uma sumária apresentação do processo de desinstitucionalização na área da saúde mental e as necessidades comunitárias que tal impõe, bem como o seu efeito no aumento de casos de sem abrigo e no tipo de abordagem necessária nestas situações específicas.

Ao longo do Capítulo II exploraremos a vinculação enquanto processo de vital importância à sobrevivência física, emocional e psicológica dos indivíduos.

Começaremos por apresentar o modelo desenvolvido por Bowlby, bem como os pressupostos nos quais se baseia a construção da relação de vinculação.

A perspectiva desenvolvimentista, presente na génese da Teoria da Vinculação será igualmente abordada, apresentando algumas das investigações empíricas realizadas no âmbito desta temática, em todo o ciclo de vida.

Assim, apresentaremos a teoria da vinculação na infância (esquemas de vinculação na criança e a situação estranha), a vinculação na adolescência e idade adulta, realçando as especificidades inerentes a cada fase.

Dado que o presente estudo foi realizado com população adulta, damos naturalmente algum destaque ao sistema de vinculação no adulto (estratégias de hiperactivação, desactivação e uso simultâneo de ambas).

Posteriormente dedicaremos especial atenção ao processo de transmissão intergeracional e à psicopatologia, uma vez que um dos objectivos do presente estudo é avaliar a possibilidade da relação terapêutica e o suporte social funcionarem como factores desconfirmatórios de modelos prévios de vinculação insegura.

O Capítulo III será dedicado à apresentação das comunidades de inserção, começando por abordar de forma mais pormenorizada os fundamentos e filosofia de base das comunidades de inserção, enquanto resposta residencial para públicos em situação de exclusão social. Em segundo lugar e mais particularmente, apresentaremos a Comunidade de Inserção Novo Olhar, estrutura física onde decorre a investigação, detalhando o programa de intervenção desta estrutura e finalizando com a reflexão acerca de algumas particularidades decorrentes do acompanhamento desta população.

O Capítulo IV será dedicado à apresentação do estudo empírico realizado. Exploraremos os objectivos do estudo, as hipóteses de investigação e o desenho do estudo. Posteriormente, referimo-nos à selecção dos participantes e à caracterização da amostra. Finalizamos com os procedimentos levados a cabo na presente investigação e o instrumento de avaliação utilizado.

Com vista à caracterização das dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta nos sem abrigo e à hipótese de alteração das mesmas, entre o primeiro e o segundo momento de avaliação (data de entrada e doze meses depois, respectivamente), quinze residentes da comunidade de inserção novo olhar, responderam à versão portuguesa da ASQ. Os resultados foram analisados através do programa SPSS versão 17.0. A escala foi igualmente recolhida junto de um grupo da população em geral, constituído por 15 indivíduos com as variáveis sexo, idade e escolaridade semelhantes às do grupo dos sem abrigo, no sentido de perceber se existiriam diferenças estatisticamente significativas entre eles.

Ao longo do Capítulo V apresentaremos os resultados obtidos tendo em conta as hipóteses de investigação inicialmente formuladas.

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

Em termos de análise descritiva, serão apresentados os dados obtidos, em médias, desvios - padrão e percentagens. Quanto à análise inferencial, recorreremos como método estatístico a uma prova paramétrica, o *Teste t de Student* (para o caso de variáveis com distribuição normal) e uma prova não paramétrica, o teste U de Mann-Whitney (para o caso de variáveis com distribuição não normal). O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a proximidade da distribuição das variáveis com a curva normal. Para avaliar a homocedasticidade entre os grupos recorreremos ao teste de Levene e ainda a testes não paramétricos, nomeadamente a prova de *Wilcoxon*, utilizado para testar as diferenças entre médias do mesmo grupo (medidas repetidas).

No Capítulo VI examinaremos os resultados obtidos no estudo empírico. Para o efeito seguiremos a mesma estrutura de apresentação utilizada no capítulo anterior, articulando a apresentação com a contextualização teórica. Começaremos por sintetizar os dados sócio demográficos, efectuando, de seguida, uma leitura crítica sobre as variáveis e a forma como os seus resultados se foram alterando ao longo do

estudo. Dada a natureza desta pesquisa, a apreciação dos resultados obtidos será, na globalidade, objecto de comparação entre os grupos.

Por fim apresentaremos as principais conclusões do estudo, tecendo algumas considerações sobre os resultados significativos e as limitações do mesmo. Retiraremos elações sobre as implicações práticas do mesmo e sugestões para investigações futuras.

Em anexo, coligiremos os materiais mais relevantes para o desenvolvimento da investigação, incluindo o instrumento de avaliação utilizado, a informação que foi fornecida aos participantes do estudo e a folha de consentimento que foi assinada por estes de modo a confirmar o seu acordo em participar.

Parte I

Enquadramento Teórico

Eu....Simplesmente

Perguntas-me quem sou?

Podia dizer como tantos outros, que sou resultado da sociedade! Tretas!!!

Sou o que sou, resultado do que quis e quero ser ...

Estudante até aos dezoito anos, com o liceu inacabado, desviado da realidade em que se vive, com a desculpa de ir trabalhar para auto sustento!

"- Para o ano volto lá, e, acabo o liceu.,!"

Bull Shit!!!!!!!!!!!!!!!

Desculpas para uma desmotivação que me corroía por dentro, e, me fazia pensar que podia tudo. Bastava querer.

Resultado: nunca voltei... Falta de esforço mental para ser trabalhador-estudante, o trabalho que exercia ocupava-me o dia todo.

"Feito" numa era de revolução, nascido em tempo de constrangimento e crescido numa confusão político/religiosa que me inculcou ideias muito próprias e uma revolta sem causa! Aliás como todos os adolescentes.

Criado sem pais, com uma avó de princípios rígidos, e, que punha em causa todos os princípios - básicos de vida.

Se não tenho uma boa vida, é porque não me esforcei como fui incentivado a fazer. Se me desviei destes conselhos úteis de vida, foi porque quis.

Hoje avalio o que, e, onde falhei. ... Se fazia tudo igual? É claro que não!!!!

Mas independentemente do que fiz, hoje sei o que quero fazer e onde quero chegar! Tudo o que passei fez de mim o que sou. E, acho que sou uma boa alma. (Tenho-me em boa consideração, em? Há! Há!)

O meu nome?

Chamam-me P. S.

P.S.: sem abrigo, 33 anos.

Capítulo I

Sem abrigo

Sendo a condição de sem abrigo uma “doença dos laços”, para retomar a expressão de Vexliard (cit in Xavier, 2000), a intervenção junto destes, nos seus vários níveis estrutural-sistémico, organizacional e da relação técnico-utente, deve privilegiar a dimensão relacional e a criação de laços, um dos antídotos centrais para o síndrome de dessocialização e de exclusão social. O que remete para outro conceito complexo, que nos parece ser a base desta problemática: o que é afinal a exclusão social?¹

Exclusão social

O conceito de exclusão é hoje de uso generalizado, embora não seja claro que todos quantos o utilizam tenham a mesma “leitura” do seu significado. Utilizaremos neste trabalho a noção de exclusão que advém de Robert Castel (2000) e que a define como a fase extrema do processo de “marginalização”, enquanto um processo

¹ Em termos da problemática do desemprego, historicamente, sempre houve a tentativa de diferenciar os que não trabalhavam por não poder dos que não o faziam por não querer, sendo que os primeiros seriam merecedores de ajuda e os segundos de castigo. Tal diferença de posturas está bem patente nas diferentes legislações existentes no país sobre esta temática. Assim:

- 1211- D. Manuel I: Homens bons/homens maus;
- 1349- Afonso IV: autorização para mendigar ou mudar de emprego;
- A lei das sesmarias (1373) decreta a prisão para os mendigos e ociosos, mas permite a mendicidade aos fracos, velhos e doentes. Para tal eram emitidos alvarás de autorização à mendicidade;
- O código penal de 1886 contempla pena de prisão para o crime de se ser vadio. No entanto exclui desta situação os “casos de força maior” nomeadamente “o cego e o aleijado” (artigo 261);
- Em 1912 surge a chamada “lei da vadiagem” que permite a mendicidade desde que haja licença para o efeito. Se não houver pune-a com espaços correcionais de trabalho;
- Em 1947 o Decreto-Lei n.º 36 448 regulamenta a mendicidade, distinguindo os doentes inválidos e menores e proibindo a existência de mendigos e vadios;
- Em 1976 foi abolida a repressão à mendicidade, no entanto com a ressalva, no preâmbulo da lei, de que 70% dos residentes em albergues de mendicidade pertenciam a doentes de foro psiquiátrico.

Tendo em conta esta pequena resenha histórica ao nível da legislação portuguesa é bem patente a necessidade do Estado em clarificar que só é merecedor de apoio e de “estatuto especial” o sujeito que tem alguma justificação de saúde para não cumprir o seu dever moral e social - de trabalhar. O reconhecimento que damos à produtividade é desta forma castrador de outra ordem de prioridades que não aquela pela qual o regime se sustenta. Nem ao próprio filho de Deus foi permitido ser desempregado, era carpinteiro como o pai e essa foi a ordem da inserção laboral que predominou até à escassos anos no nosso país. Neste momento as profissões já não são um legado familiar e se para uns esta flexibilidade lhes permite ascender no acesso a novas oportunidades outros há que ficam fora mercado de trabalho. Perdem assim o emprego, a identidade, o reconhecimento social e familiar e em última instância o acesso à condição de cidadão.

“descendente”, ao longo do qual as *rupturas* na relação do indivíduo com a sociedade são uma constante.

No entanto não podemos deixar de referir que a noção de exclusão social advém de duas escolas: a britânica que se ocupa sobretudo de aspectos distributivos, ou seja da questão da pobreza que a exclusão comporta e a escola francesa que se dedica mais aos aspectos relacionais da exclusão (Room, 1995).

Estão patentes nestas tradições as duas faces da exclusão social: pobreza e rupturas ao nível das relações sociais.

De acordo com Bruto de Costa, para além destas duas perspectivas de entendimento do conceito de exclusão social, mais recentemente a Comunidade Europeia assimilou a noção de pobreza à de marginalização sob o mesmo chapéu da exclusão social (Costa, 1998, 2004).

A primeira questão que se nos coloca ao pensar numa definição de exclusão reside sobre o contexto de referência a que nos reportamos. Excluídos de quê? Todos nós somos e sentimo-nos excluídos de algum contexto, mas isso fará de nós excluídos? Ao alargamos a definição da exclusão social passamos a interpretá-la como estando relacionada com a sociedade.

Segundo Costa (1998) a exclusão pode ter causas imediatas, intermédias e estruturais, podendo ainda agrupá-la nos seguintes tipos:

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

Costa (1998) defende que neste processo em espiral de pobreza externa e interna, se vão modificando os hábitos e os valores, e as estratégias iniciais de sobrevivência e revolta vão dando lugar ao conformismo. Cede-se assim ao contexto, esbatendo-se a capacidade de iniciativa, declinando a auto-estima e auto-confiança o que conduz a uma

alteração da rede de relações, à perda de identidade social e, eventualmente, à perda da identidade pessoal e do sentimento de pertença à sociedade. O autor destaca que este processo não é o percurso pelo qual passam todos os pobres, mas sim a trajetória possível a que a privação profunda e persistente conduz. Este percurso de degradação se esbate nos meios rurais devido às solidariedades informais aí existentes.

- De tipo social, que se refere aos casos em que a exclusão se situa no domínio dos laços sociais. Reporta-se a privações do tipo relacional e isolamento, por vezes associada à falta de auto-suficiência e autonomia pessoal. São indicados na literatura enquanto exemplos deste tipo de exclusão, os idosos, os deficientes e os acamados (Costa, 1999, 2004).

No entanto, questionamo-nos se os sem abrigo não farão parte deste grupo que sofre de uma exclusão de tipo social. Perderam todo e qualquer vínculo com a família, não têm emprego, não têm amigos e os que têm encontram-se na mesma situação, sem aceder aos serviços de apoio. Os sem abrigo que vemos a dormir nos passeios e pelos quais passamos com aparente indiferença não serão um dos mais visíveis exemplos da exclusão de tipo social?

Segundo Costa (1998) esta exclusão pode não ter qualquer relação com falta de recursos e resultar da falta de serviços de bem-estar, ou de uma cultura pouco sensível à solidariedade. No entanto também podem estar sobrepostos os dois tipos de exclusão.

- De tipo cultural, que pode advir de fenómenos como racismo, xenofobia ou outras formas de segregação de minorias étnico-culturais. Podemos aqui referir-nos às dificuldades de inserção de um ex-recluso ou alguém de etnia cigana, como à aparente inserção da população chinesa ou outros emigrantes que habitam no nosso país sem se integrarem realmente nele. Podemos eventualmente colocar a hipótese de alguns elementos destes grupos contribuírem activamente para a sua não inserção.
- De origem patológica, que menciona designadamente os factores de natureza psicológica ou mental. Uma das causas do aumento de número de sem abrigo na Europa é a mudança de política dos hospitais psiquiátricos, uma vez que passaram a privilegiar o tratamento em ambulatório de alguns doentes institucionalizados (Costa, 1998). Ora

estes doentes ou não têm casa, ou existe um corte relacional com a família de origem, devido ao longo período de internamento. No entanto, mais adiante, o processo de desinstitucionalização será alvo de uma análise detalhada.

- Por comportamentos auto-destrutivos, uma vez que algumas pessoas que se encontram em situação de marginalização são vítimas de um percurso de auto-exclusão em consequência de comportamentos auto-destrutivos, tais como, toxicod dependência, alcoolismo, prostituição, entre outros.

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

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

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

Para Robert Castel, nas sociedades industriais e pós-industriais surgiu uma nova categoria de pessoas, que o autor apelida de “supranumerária... de quem

continuaremos a cuidar mais ou menos porque não somos maus e porque ainda falamos de solidariedade, mas que renunciaremos a integrar numa plena cidadania” (Castel, 2000, pp. 36-37).

Segundo Xiberras, “o insucesso numa esfera do social não conduz à exclusão. No entanto, multiplica a má sorte de um revés noutras esferas, por proximidade. Assim, o insucesso é vector de insucesso e a acumulação de insucessos, ou a acumulação de deficiências, torna-se, uma causa certa de exclusão social. Tudo se passa como se a sociedade de acolhimento pudesse, em rigor, aceitar a diferença ou o desvio em relação à normalidade, ao menos no que respeita a um ponto, mas a acumulação, ou a soma, de demasiadas diferenças tornar-se-lhe-ia insuportável” (Xiberras, 1996, p. 31).

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

Na perspectiva de António Sousa, exclusão social consiste “numa degradação no campo das trocas sociais e (...) erosão do (...) estatuto de cidadão...” (2000, p.161).

Porventura será já banal a constatação de que sempre que nos referimos a uma problemática psicossocial não possamos deixar de penetrar nas suas causas ou questões de base. Ora, se para contextualizar a problemática da toxicod dependência não podemos deixar de falar das drogas, se para contextualizar a questão do alcoolismo não podemos esquecer o álcool, se para falarmos de saúde não podemos esquecer a doença, torna-se evidente que não podemos contextualizar a questão dos sem abrigo sem falar do abrigo. Qual é o abrigo a que todos nós regressamos no fim do dia, que nos acolhe, dá segurança e nos confere identidade? A casa. Assim, torna-se fundamental nesta reflexão sobre os sem abrigo contemplar outra questão que nos parece basilar: O que significa afinal não ter casa, ou melhor, o que significa, antes de mais, ter casa e sentirmo-nos em casa?

Sinto-me em casa....

“Uma casa é um espaço que nós devemos ter desde o nosso início de vida até ao fim para que a nossa vida seja normal. Nesta podemos fazer a nossa higiene saudável e adequada, ter a nossa cama para dormir e descansar e ter a nossa família. Podemos ter lá mais saúde.”

Fernando, sem abrigo de 45 anos²

“Sentirmo-nos em casa” é provavelmente das sensações de maior conforto e tranquilidade que conhecemos. Remete-nos para um contexto no qual nos sentimos *seguros* quer do ponto de vista interno como do ponto de vista da relação com o exterior. Não será por acaso que damos sempre um toque pessoal aos espaços nos quais passamos mais tempo e que sentimos como nossos.

Por vezes podemos retirar elações sobre traços de personalidade do outro através da observação das características do seu espaço. A casa assume assim um papel bem mais complexo do que um simples espaço. Aliás, a necessidade de nos revermos no espaço que ocupamos é tal, que a simples secretária onde trabalhamos pode espelhar um pouco de nós. Para alguém organizado, uma secretária desarrumada e sem ordem aparente é desconcertante. Para quem necessita de estabilidade, a mudança de espaço físico é igualmente desconcertante. Se no nosso dia-a-dia o espaço físico assume uma importância tão preponderante, como poderão os sem abrigo relacionar-se de forma indiferente com este? Ou será que não é assim tão indiferente e o estar sem abrigo é por si só revelador de algo mais do que a indiferença perante a “casa”?

Ainda que de forma tangencial, ao reconhecer-se que a casa proporciona maior saúde, atribuímos à rua uma maior vulnerabilidade às doenças e à precariedade das relações familiares.

Da palavra latina “casa”, enquanto morada, habitação, derivam palavras como “acasalamento”, “casamento”, que lhe confere o sentido de união entre pessoas.

A casa é, assim, um dos pilares do nosso mundo e um ponto de união entre nós e os outros significativos. Enquanto espaço privado, ela estabelece um sentido de

² Os nomes constantes neste trabalho serão fictícios para garantir o anonimato dos testemunhos.

separação e de interioridade, a partir do momento em que nela entramos retomamos à nossa intimidade. Por outro lado, é também em torno desta que convergem todas as coisas, fornecendo-lhes um sentido de ligação, de relação e de protecção (Bento e Barreto, 2002).

“À minha casa podia levar os meus amigos a assim sentir-me bem pois eles poderiam ver que eu também era capaz de ter uma casa”.

João, sem abrigo de 28 anos

Sobretudo no contexto social actual, ter um espaço físico é sinónimo de reconhecimento de competência e validade pessoal e social, sendo este associado ao estatuto de cada um, assumindo uma importância crescente na definição da identidade e da integração comunitária que se alcança.

Subentende-se igualmente neste testemunho o sentido de valorização pessoal que emerge do facto de se possuir uma casa. Ora, se idealizando ter uma casa, o sem abrigo projecta um sentimento de valorização pessoal, podemos depreender que a ausência desta o fará sentir-se incapaz. No entanto, diz-nos a experiência que estes sentimentos dificilmente são verbalizados, transmitindo, inclusive com alguma indiferença, que não precisam de uma casa para nada.

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

“Uma casa não deve ser só quatro paredes com tecto, janelas e portas. Mas sim o local onde nos sentimos bem, onde nos sentimos em família.”

Joaquim, sem abrigo de 42 anos

Podemos descrever a casa enquanto estrutura, caracterizá-la do ponto de vista da forma, do conteúdo, das dimensões. Tal como por vezes sentimos que fazemos, com a realidade dos sem abrigo: quem são, quantos são, que características têm? Mas isso, embora caracterize a estrutura, deixa de fora o essencial do processo, porque uma casa não é um simples espaço físico quando nela habitamos; e um sem

abrigo deixará por certo de ser um simples sem abrigo quando passa a fazer parte da vida de alguém.

“Uma casa para mim significa conforto, aconchego, harmonia. Um lar para eu poder viver com as minhas filhas.”

Joana, sem abrigo de 27 anos

Sem dúvida que habitar uma casa significa criar com ela uma rede de vínculos interpessoais que a convertem não já num simples espaço físico mas num lar.

Permitam-nos ir colocando questões que nos inquietam no decurso destas linhas, pois pretendemos não só uma reflexão teórica sobre o tema, mas também induzir ao desconforto de pensar como diariamente contribuímos para a existência de pessoas sem abrigo.

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

Bruno, sem abrigo de 30 anos

Note-se como a casa pode simbolicamente representar o espaço mental. Tal como este, ela permite estabelecer uma delimitação entre o dentro e o fora, entre um espaço privado e um espaço público (Bento e Barreto, 2002). É neste “refúgio” que podemos despirmo-nos e ser quem somos, por oposição ao traje que nos obrigamos a vestir na exposição ao espaço público, representando o papel social que se impõe.

A forma como o indivíduo se sente pressionado para o desempenho de um papel social, que muitas vezes não entende ou não aceita, pode toldar a vivência afectiva da casa, limitando-a ao sentimento de refúgio. Este empobrecimento da vivência subjectiva do espaço pode remeter-nos igualmente para períodos de risco de perda de identidade social.

Sem grande noção da continuidade entre o espaço mental e a casa, muitas vezes verbalizamos em períodos de maturação ou elaboração pessoal, que “estamos a arrumar a casa”, ou em períodos de maior preocupação podemos dizer que “andamos com macaquinhos no sótão” (Barreto, 2006, p.2). Dentro da mesma linha de raciocínio, constatamos que em períodos de mudança pessoal podemos alterar a

disposição da casa ou ainda, nas fases de reconstrução tendemos a retirar alguns objectos. Assim, a remoção do nosso espaço físico, dos objectos que nos vinculam às pessoas de que nos afastámos materializa o afastamento psicológico e emocional das mesmas, na mesma medida que as mudanças de disposição da casa simbolizam alterações comportamentais desejadas. Por outro lado, ao guardar objectos significativos, dispendo-os de forma ajustada às nossas fantasias, possibilitamos que outros habitem simbolicamente o nosso espaço. A casa permite-nos não só uma vivência enquanto sujeitos singulares, como também enquanto sujeitos em ligação e interdependência com outros.

“Uma casa deve ser um sítio em que te encontres a ti próprio”

Rui, sem abrigo de 30 anos

O momento em que o jovem se decide sair de casa dos pais e ter o seu próprio espaço, é também um momento de conquista de autonomia, de afirmação de identidade. A partir daí o indivíduo conta com os seus próprios recursos para enfrentar o mundo e encontrar o seu caminho. Ou seja, a capacidade de separação psicológica é o factor essencial que a construção da sua própria casa materializa.

A forma como vamos oscilando entre fases nas quais estamos mais tempo em casa e outras em que por lá passamos, sem perder muito tempo, permite traçar um paralelismo com as fases de maior procura de interioridade ou de exploração do exterior. A fase em que o casal passa mais tempo sozinho em casa para a fase em que passa a receber visitas, também ela caracteriza um paralelismo entre as fases mais centrípetas e centrífugas da realidade do ciclo familiar³.

³ Fleming (1995) defende que o modelo centrípeto corresponde a famílias altamente aglutinadoras onde os comportamentos infantis são gratificados, os movimentos de autonomia e afirmação da diferenciação não são estimulados, o que provoca nos seus elementos sentimentos de culpa face à separação, sentimentos de incapacidade e de dependência. O modelo centrífugo corresponde a famílias que têm tendência a rejeitar os seus elementos, empurrando-os precocemente para comportamentos adultos, provocando nos filhos a tendência para estabelecer relações afectivas precoces com elementos exteriores à família.

A estes dois modelos corresponderiam diferentes modos de transacção patológica do processo de separação-individação. As três formas principais definidas por (Madanes, 1982) na patologia da separação são: a) o encadeamento (*binding*), que resulta da impossibilidade de obtenção das satisfações fundamentais ou das seguranças essenciais fora da família; este acorrentamento pode exercer-se a vários níveis (intelectual, cognitivo, afectivo, moral) sendo que toda a tentativa de separação é vivida pelos pais como “*crime número um*”; b) na delegação (*delegating*) o sujeito é encarregado de uma missão no exterior da família, tornando-se assim, uma

“Uma casa é o local onde posso viver com a minha família e lá encontrar o carinho e compreensão de que preciso”

Rita, sem abrigo, 32 anos

Evolução do conceito de sem abrigo

Sem abrigo advém da tradução do francês *sansabri* e do inglês *homeless*. O termo *sansabri* data de 1935 e reporta-se a “uma ideia de falta de habitat mínimo, que protegeria o homem do frio, do vento ou da chuva, que, da mesma forma que a alimentação e/ou o vestuário, assegura uma necessidade essencial à sobrevivência humana” (Thomas, 1997, cit in Bento e Barreto, 2002, p.23). O termo *homeless* provém da expressão *houseless* que refere a simples falta de residência física, enquanto *homeless* se refere à pessoa que para além da falta de residência mostra algum grau de isolamento social ou desafiliação⁴. Ou seja, a noção de *homeless* é mais abrangente e refere-se também à ausência de recursos e laços comunitários que permitam ao indivíduo reverter a situação de exclusão em que se encontra (Costa, 2004).

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

Desde as primeiras expressões do interesse profissional sobre os sem abrigo, o corpo de conhecimentos tem sido dificultado pela ausência de um padrão de

simples extensão do *self* parental; c) a expulsão (*expelling*) corresponderia ao abandono ou rejeição contínua do jovem, que nos casos mais graves se traduz pela ideia de que o desaparecimento físico ou emocional do adolescente é julgado necessário para a resolução da crise parental.

⁴ Por desafiado entende-se aquele que se libertou das constrações dos laços afiliativos estáveis que, segundo Bahr (cit in Main, 1998) são de seis tipos: família, escola, trabalho, religião, política e recreação. Embora em França tenha um significado um pouco diferente, definido por Robert Castel, (2000) como o culminar da ruptura do laço social, derradeira etapa da vulnerabilidade social.

definição do conceito (Bachrach 1984; Milburn & Watts 1986; Rossi, 1990) Mais do que mera semântica, esta dificuldade reflecte como que uma inabilidade básica.

Para ajudar na confusão, ter uma casa não constitui uma variável que defina com precisão quem são os sem abrigo, sendo alguns deles frequentemente invisíveis para os pesquisadores, (Hope & Young 1986; Ropers 1988). Assim passamos a apresentar um conjunto de definições veiculadas sobre a população sem abrigo no sentido de clarificar a complexidade do conceito.

Segundo a definição inglesa transmitida no The Housing Act de 1985, “uma pessoa é sem abrigo se não possui o direito legal ou se encontra impedida de ocupar uma casa de forma segura ou com razoável conforto” (Munoz & Vasquez, 1998, p. 25).

Conforme a United States Alcohol, Drugs Abuse and Mental Health Administration (1983) sem abrigo é qualquer pessoa que não dispõe de alojamento, dos recursos nem dos laços comunitários adequados (Munoz & Vasquez, 1998).

O conselho da Europa (1992) definiu os sem abrigo como pessoas ou famílias que estão socialmente excluídas de ocupar permanentemente um domicílio adequado e pessoal (Munoz & Vasquez, 2001).

A Federação Europeia das Associações que Trabalham com os sem abrigo (FEANTSA), propõe que se adopte uma definição que denominou de ETHOS – European Typology of Homelessness (Tipologia Europeia sobre Sem abrigo e Exclusão Habitacional), dado que considera ser esta uma definição abrangente, na qual as diferentes realidades desta população, por toda a Europa, são integradas (Spinnewijn, 2005, p. 22). Divide a população em quatro grandes grupos que se enquadram nas situações de sem abrigo, sem casa, habitação precária e habitação inadequada, ou mais especificamente: *Sem Abrigo* – pessoas que vivem na rua ou pessoas que vivem em alojamentos de emergência; *Sem Alojamento* – lares de alojamento provisórios ou em fase de inserção, lares de mulheres, alojamento para Imigrantes, pessoas que saíram de hospitais ou estabelecimentos prisionais, alojamentos assistidos; *Habitação Precária* – habitação temporária/precária, casa de amigos, familiares, sem arrendamento, ocupação ilegal, pessoas à beira do despejo, vítimas de violência doméstica; *Habitação Inadequada* – pessoas que vivem em estruturas provisórias, inadequadas às normas sociais, pessoas em alojamento indigno ou com sobrepopulação (Spinnewijn, 2005).

Construída em torno do conceito de casa, a FEANTSA considera a existência de três elementos fundamentais, na ausência dos quais se esboçará a situação sem abrigo: ter uma habitação adequada sobre a qual a pessoa e família podem exercer uma posse exclusiva; poder manter a privacidade, conseguir relacionar-se e ter um estatuto legal para ocupação.

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

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

No dia 12 de Setembro de 2007, no Auditório do Instituto da Segurança Social, em Lisboa, decorreu uma reunião extraordinária do grupo técnico⁵ para a “Definição da estratégia de Apoio aos Sem abrigo”, em que se estabeleceu consenso sobre o conceito de “Sem Abrigo”.

Considera-se sem abrigo a pessoa que, independentemente da sua nacionalidade, idade, género, condição socio-económica e estado de saúde física e mental, se encontre reiteradamente sem tecto vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com parceiro em lugar precário não público, ou sem casa,

⁵ Entidades que integram o grupo interinstitucional para a definição de estratégias de prevenção, intervenção e acompanhamento para pessoas sem abrigo: ACIDI, ANM, CIG, DGS, DGSS, IDT, IEF, IHRU, PSP, GNR, SCML, CNIS, UMP, REAPN, FNERDM, ISS, LNEC, Observatório da FEANTSA, Escola Nacional de Saúde Pública, Direcção Geral dos Serviços Prisionais.

em alojamento por definição temporário destinado para o efeito, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (2007). A reiteração implica que a condição de sem abrigo prevalece, num período de tempo superior a 3 meses, sobre outras eventuais condições de vida e de alojamento. A condição de sem abrigo deverá ainda implicar, desejavelmente, o reconhecimento do próprio ou, em face de manifesta impossibilidade cognitiva, um consenso de pelo menos três Técnicos (as) de acção social ou de saúde mental e comunitária, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (2007).

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

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

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

Esta é igualmente a forma de intervenção defendida na Áustria, o reforço das estratégias de prevenção. Kitzman (2008) defende que maioria das pessoas que ficam na situação de sem abrigo desconhecem o acesso a benefícios financeiros e subsídios

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

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

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

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

Defende-se, ainda, que ninguém deverá permanecer mais de 3 meses em habitações temporárias (Sveri, 2008).

O autor considera que esta população necessita de acompanhamento na fase de adaptação à nova residência, assumido por assistentes sociais em regime de apoio domiciliário. Inicialmente o contacto é constante, devendo progressivamente estabelecer-se uma frequência de visitas. As necessidades mais frequentes prendem-se com o treino de actividades quotidianas e com o acompanhamento ao nível do tratamento de dependência de álcool ou drogas Sveri (2008).

Ao nível da atribuição de habitação permanente o mesmo autor refere os benefícios das rendas acessíveis nos bairros sociais, sem deixar de destacar que a grande concentração de população vulnerável nestas zonas pode traduzir-se num factor de exclusão, defendendo a necessidade das casas serem construídas em zonas pouco isoladas, com bom acesso a transportes públicos (Sveri, 2008).

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

Retomando os propósitos definidos pelo grupo de trabalho interinstitucional, embora esta não seja uma problemática recente, o facto é que um dos objectivos primordiais deste grupo passa pela definição do conceito de sem abrigo a utilizar a nível nacional, o que exhibe, por um lado a ausência de perceptibilidade até então e por outro, a necessidade imperiosa de se chegar a um consenso relativamente ao conceito de sem abrigo (REAPN, 2009). Exemplo desta ausência de clareza conceptual é a identificação dos recentes estudos do Instituto da Segurança Social realizados entre 2004 e 2005, e publicados em Dezembro de 2005, enquanto estudos caracterizadores da população sem abrigo, quando efectivamente apenas caracterizam a realidade de 467 pessoas sem abrigo a viver na rua, ou seja, a categoria operacional a aplicar seria – sem tecto, Estudo dos sem abrigo (2006).

Para alguns autores o conceito “comporta duas características que se podem enquadrar na fórmula: perda de casa + perda ou afrouxamento de laços.” (Bento, 2004, p.70) ou “corresponde à perda de casa associada à perda ou frouxidão dos laços com a família e sociedade.” (Bento & Barreto, 2002, p.26).

Tanto Baptista (2004), como Pereira e colaboradores (2000) integram no mesmo conceito as questões de habitação, das carências económicas, da dificuldade

de inserção no mercado de trabalho, com os problemas de saúde e ausência de redes de suporte.

Pimenta, opta pelo conceito mais abrangente de sem abrigo, para designar a situação daqueles “indivíduos que não possuem meios de subsistência, nem domicílio certo e pernoitam ao relento ou recorrem a alternativas provisórias (escadas, casas velhas abandonadas, camaratas, albergues) e que estão a viver num processo de ruptura (ou romperam já) com os principais espaços de referência social – família, trabalho e comunidade” (Pimenta, 1992, p.24)

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

Um dos países que revela maiores variações nos dados recolhidos é os E.U.A. (Link, 1995, 1999, Helvie, 1999), onde os resultados oscilam entre os trezentos mil e os dois milhões de sem abrigo. Em 1983, a Administração de Saúde Mental estimou a existência de aproximadamente 2 milhões de pessoas sem abrigo nos Estados Unidos. Contudo, no ano seguinte, o Departamento de Moradia e Desenvolvimento Urbano dos Estados Unidos (1984) rejeitou a anterior estimativa e realizou um outro estudo em que foram identificadas somente 250.000 para 350.000 pessoas sem abrigo no país. Ambas as estimativas foram metodologicamente falhadas (General Accounting Office 1988) e mais tarde profundamente criticadas (Rich 1986; U.S. Congress 1984). Link (1995), conduziu um estudo no qual foi realizado um exaustivo levantamento telefónico, constatando que 14% da população, cerca de 26 milhões de pessoas, experienciaram ao longo da vida, pelo menos um episódio de situação de sem abrigo.

Para Santiago (1988), a definição de sem abrigo varia entre o estar literalmente “sem casa” e “sem casa” pelo menos uma vez nos últimos três meses”.

Costa (1998) afirma que o termo sem abrigo reúne assim várias situações: Aqueles que vivem na rua; os que ocupam, legal ou ilegalmente casas abandonadas, barracas, entre outros; os que se encontram alojados em refúgios ou centros de acolhimento para sem abrigo, quer do sector público quer do privado; os que vivem em pensões, camaratas ou outros refúgios privados; os que vivem com amigos e

familiares, com os quais podem ver-se forçados a coabitar; que residem em instituições, estabelecimentos de cuidados infantis, hospitais, prisões e hospitais psiquiátricos, e que não têm domicílio ao sair destas instituições; os que possuem uma casa que não se pode considerar adequada ou socialmente aceitável, convertendo-se por isso em pessoas ou famílias mal alojadas. Para este autor, a definição de sem abrigo abrange um espectro de situações que têm em comum a falta de meios (pobreza) e dos laços comunitários (exclusão social) para aceder a um alojamento pessoal adequado (Costa, 1998).

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

(1) Muitas vezes a condição de sem abrigo é caracterizada em termos das causas presumíveis ou que precipitam essa condição: *a) acidentais* (resultantes de desastres naturais ou acontecimentos exteriores ao próprio); *b) estruturais* (relacionadas com problemas de saúde ou pobreza); *c) económicas* (desemprego, consequência da quebra na industrialização); *d) políticas* (refugiados políticos ou de conflitos étnicos) ou *sociais* (mães solteiras e outros indivíduos descriminalizados ou marginalizados) (Bassuk, 1988).

(2) Os indivíduos sem abrigo são também descritos em termos da duração da sua condição ou do seu grau de vulnerabilidade variando desde indivíduos crónicos sem abrigo, indivíduos periodicamente sem abrigo ou de forma episódica (ex. trabalhadores emigrantes, jovens ou mulheres refugiadas devido a situações de violência doméstica); indivíduos temporariamente sem abrigo devido a “acontecimentos de vida stressantes” (desemprego súbito, problemas graves de saúde, morte do cabeça de casal ou perda de casa), (Munoz & Vasquez, 2001), até a indivíduos considerados vulneráveis ou “em situação de risco” (ex. mães solteiras com filhos menores, pessoas de idade, logo mais fragilizadas, refugiados, vagabundos, e emigrantes ilegais desprotegidos pela lei), (Daly, 1996, Carter, 1990; Crane, 1990, Timmer, 1994, Watson, 1986).

(3) Os sem abrigo podem também ser descritos com base nas suas necessidades: *a)* indivíduos que se encontrem numa posição vulnerável ou em risco de se tornar sem abrigo num futuro próximo, necessitam de ajuda a curto prazo de forma a prevenir esta situação; *b)* indivíduos cuja necessidade primária ou única seja o alojamento. Muitas vezes este grupo é constituído por trabalhadores pobres que se

encontram episodicamente ou temporariamente sem abrigo e que podem necessitar de assistência financeira de forma a reestruturar-se, não apresentando outros problemas de maior gravidade, desde que a ajuda necessária lhes seja prestada atempadamente; *c*) indivíduos que se apresentam em situação crónica de sem abrigo mas que, com apoio, estarão aptos a viver de forma autónoma ou em estruturas de apoio. Neste grupo incluem-se os indivíduos que tenham sido abusados ou institucionalizados e que necessitem de uma estadia numa casa/apartamento de transição por um espaço de tempo considerável antes de serem capazes de se autonomizar; *d*) indivíduos que necessitem de cuidados de forma continuada, com aconselhamento e serviços de apoio adequados. Alguns destes talvez possam ser colocados em estruturas de transição ou em casas próprias nas quais continuem a receber todo o tipo de apoio necessário à sua organização (Diblasio, 1995; Greve, 1990, Keyes, 1988).

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

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

No guião para a recolha de indicadores de risco relativos à situação de sem abrigo (Plano de Desenvolvimento Social, p.15, Instituto de Segurança Social, 2003), são identificados os grupos de risco face a situações sem abrigo. Sendo que a experiência e os estudos nesta área têm demonstrado que os grupos mais vulneráveis são aqueles onde, para além de não existir alojamento e rendimentos que possam garantir o suprimento das necessidades básicas, existem outros problemas

associados, relacionados com problemas crónicos de saúde ou relacionais, nomeadamente a fragilidade de laços familiares ou sociais de suporte.

Os grupos identificados no supra referido Plano e que devem ser tidos em conta no diagnóstico da problemática dos sem abrigo são: (1) Pessoas que não têm suporte familiar à saída de um processo de desinstitucionalização – os ex-reclusos sem suporte familiar, jovens que deixam lares de infância e juventude sem suporte familiar, doentes mentais que saem dos hospitais psiquiátricos e pessoas que se encontram em respostas institucionais (equipamentos sociais) de permanência temporária; (2) Pessoas em risco de despejo – pessoas com ordem de Tribunal para deixarem as suas habitações por falta de pagamento de rendas ou encargos aos bancos; (3) Vítimas de desalojamentos – pessoas que, por efeito de calamidades, perderam as suas habitações; (4) Pessoas com baixos rendimentos e doenças crónicas que implicam gastos elevados em saúde; (5) Pessoas desempregadas; (6) Pessoas com dívidas (que recorrem sistematicamente aos serviços sociais com pedido de ajuda para pagamento de dívidas ou serviços); (7) Imigrantes em situação de ilegalidade.

A identificação destes grupos, ao nível do diagnóstico, tem subjacente a necessidade de envolver os “actores sociais” que podem constituir fontes de informação face a estas realidades. Assim, o ISS-IP considera fundamentais as seguintes fontes de informação:

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

Quadro 1 - Fontes de informação e grupos de risco face à situação de sem abrigo

Apenas uma caracterização exaustiva e detalhada nos permitirá construir políticas sociais de inserção, adequadas à realidade nacional e criar um plano de prevenção sustentado em necessidades efectivas da população carenciada.

Evolução do fenómeno dos sem abrigo

Algumas das investigações sobre a evolução deste fenómeno (Bahr, 1973; Blumberg, 1973; Bogue, 1963; Daly, 1996, Rossi, 1990, Thelen, 2006) apresentam consideráveis diferenças entre os actuais sem abrigo e os existentes há duas décadas. Sousa (2001) refere que aos marginalizados clássicos – os mendigos e os vagabundos – acrescem uma nova geração de excluídos que resultam do desemprego, do consumo de substâncias, da crise económica, da crise de valores e das influências das políticas sociais.

Na União Europeia estimava-se em 1995 existirem próximo de 18 milhões de pessoas em situação de sem abrigo ou mal alojadas (Avramov, 1995).

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

Ao nível da realidade Irlandesa, Ó Broin (2008) confirma a existência, em Dezembro de 2008, de 366 pessoas sem abrigo a viver na cidade de Dublin, o que representa um aumento de 4% face aos números encontrados em 2005 – paradoxalmente, encontra um decréscimo de 185 centros de abrigo para 110, em 2008.

Na Suécia o número de sem abrigo aumentou cerca de 15%, de 1999 a 2005. Em Abril de 2005, foram identificadas cerca de 17.800 pessoas, das quais 75% homens, tendo ainda assim existido um grande acréscimo de mulheres. De destacar que 30% da população são pais de jovens com idade inferior a 18 anos. Muito poucos tinham emprego ou qualquer tipo de ordenado, sendo que 60% apresentava problemas de dependência de álcool ou drogas e 40% problemas de saúde mental. No último ano, 35% desta população esteve envolvida em medidas judiciais (e.g. tratamento correctivo e internamento compulsivo), cerca de 50% recebeu tratamento

relacionado com quadros de dependência e 30% tratamento psiquiátrico (Önnevall, 2008).

O significado de sem abrigo tal como utilizado por Bahr (1973), Blumberg (1973), Bogue (1963) e outros investigadores desta época era algo diferente do de hoje, fazendo referência a pessoas que se encontravam fora da unidade familiar, enquanto que actualmente o termo está mais ligado à absoluta falta de condições habitacionais e ausência de vínculos.

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

Rossi (1990) constata que no início dos anos 80 se assiste ao despontar de um novo tipo de sem abrigo, exibindo hábitos e características muito particulares e, de certa forma, distanciando-se dos mendigos de outrora: estão concentrados numa única zona, dormem em caixas de cartão, carros abandonados e vários locais públicos que tornam a sua existência óbvia, à qual dificilmente alguém poderá permanecer indiferente. Uma das questões que causou maior perplexidade foi a presença de mulheres entre os sem abrigo (25% entre 1985 e 86 em comparação com os 3% dos anos 60), (Rossi, 1990). Pouco depois, seriam famílias inteiras atraindo a atenção da opinião pública, tornando-se indispensável criar novas tipologias de alojamento para acomodar estas famílias. Não restam dúvidas de que o número de sem abrigo aumentou exponencialmente nas últimas décadas e que a composição deste grupo é cada vez mais heterogénea.

Vários são os factores apontados como conducentes a situações de sem abrigo, desde influências socio-económicas à desinstitucionalização, das problemáticas mentais ao papel desempenhado pelos serviços sociais (Mc Carty, Argeriou, Huebner, & Lubran, 1991; Solarz & Bogat, 1990; Toro, 1998). Dentro das

influências socio-económicas incluem-se os elevados preços do mercado habitacional (Daly, 1996; Harvey, 1994), a existência de dificuldades económicas (Koegel, Melamid, & Burnam, 1995), o abuso de substâncias (Johnson, Freels, Parsons, & Vangeest, 1997) e a influência precursora de conflitos familiares (Koegel et al., 1996).

Desde 1983 foram desenvolvidos diversos estudos exploratórios (Grella, 1994; Rossi, 1990; Greenblatt & Robertson, 1993; Abdul-Hamid, 1997) nos Estados Unidos com o objectivo de caracterizar os novos sem abrigo em diferentes cidades, sendo que destacamos a investigação realizada em Chicago por considerarmos ser uma das mais abrangentes. Uma das grandes diferenças encontradas entre os antigos e os novos sem abrigo prende-se com o facto dos primeiros conseguirem, de uma forma ou de outra, encontrar abrigo para passar a noite, enquanto esta nova vaga pernoita, na sua grande maioria, na rua e em locais públicos.

Um segundo contraste prende-se com o factor idade, estes estudos revelam uma média de idades na casa dos 30, apontando para um decréscimo de pessoas idosas e, muito poucos sem abrigo a usufruir de pensões da Segurança Social.

Rossi (1990) aponta uma terceira diferença que diz respeito aos padrões de emprego e de rendimento: durante os anos 60, exceptuando-se os pensionistas, mais de metade dos sem abrigo encontrava-se a trabalhar, ainda que por curtos espaços de tempo ou em trabalho precário. Os novos sem abrigo de Chicago apresentam apenas 3% de integração em trabalho estável e apenas 39% de integração em qualquer tipo de trabalho durante o mês prévio ao estudo. De acordo com estes dados, os novos sem abrigo caracterizam-se por uma maior degradação económica.

Outra diferença encontrada neste estudo prende-se com a composição étnica dos sem abrigo, uma vez que actualmente o número de indivíduos pertencentes a minorias étnicas é já bastante significativo.

Apesar dos sem abrigo continuarem a ser maioritariamente homens (FEANTSA; citada por Avramov, 1995), assiste-se a uma mudança com o surgir de população feminina (Grella, 1994), famílias (Rossi, 1990), jovens (Greenblatt e Robertson, 1993) e de idosos (Abdul-Hamid, 1997).

Entre estes podemos contar: mães solteiras com baixos rendimentos, mulheres vítimas de violência doméstica que fugiram de suas casas, trabalhadores deslocados devido a mudanças na economia, adolescentes em fuga ou vítimas de abusos, idosos com pensões fixas muito baixas, indivíduos em trânsito devido a

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

Em termos da realidade portuguesa, Fernandes (1993) estimava que existissem em Lisboa próximo de 4500 pessoas nessa situação. Por seu lado Bento, Barreto, e Pires (1996) situaram a população sem abrigo entre os 2000 e os 3500 indivíduos. Mais recentemente Pereira e Silva (1998), apontavam para um número mínimo de 654 e um máximo de 859 indivíduos a pernoitar nas ruas de Lisboa.

Segundo Batista (2004), assiste-se à convulsão de emigrantes de leste a viver na rua, com forte presença nos abrigos disponíveis. Se alguns existem em que o recurso a estes abrigos tem uma dimensão puramente instrumental, com o objectivo de economizar, outros há com graves problemas de alcoolismo. Esta população apresenta uma dificuldade acrescida que advém do desconhecimento da língua portuguesa, reforçando o seu isolamento, ao contrário da imigração oriunda dos países africanos de expressão portuguesa. Estes últimos maioritariamente recorreram à construção ilegal evitando assim uma situação efectiva de sem tecto.

Relativamente ao crescente número de mulheres em situação de sem abrigo é consonante com estes dados, embora este fenómeno seja tendencialmente menos visível que no caso dos homens. Tal justifica-se pela maior facilidade das mulheres em agilizar os recursos necessários para prevenir uma situação efectiva de ausência de habitação, entre eles o apoio familiar e o recurso à prostituição, bem como uma maior flexibilidade de trabalho nomeadamente em actividades domésticas ou de prestação de cuidados (Batista, 2004). Ao homem pelo contrário, em termos culturais é-lhe exigido o sustento da família que lhe advém do êxito profissional extra domiciliário. Um fracasso profissional será sempre vivido de forma mais constrangedora, uma vez que a mulher, ainda assim, pode manter a sua função doméstica e preservar o sentimento de utilidade e reconhecimento social.

Em termos culturais ao homem está associado o papel de trabalhador e de sustento da casa. “Estar desempregado significa ser «inútil», o que acarreta consigo para além de dificuldades de natureza material, que afectam frequentemente toda a

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

Existe contudo uma linha de continuidade entre os sem abrigo de antigamente e os actuais: ambos vivem em condições de extrema miséria, os seus recursos económicos são insuficientes para suportar um alojamento. Na verdade, a base da sua subsistência é acautelada pelos abrigos gratuitos, pela alimentação fornecida nas misericórdias e outras valências sociais, pelo apoio médico gratuito nas urgências dos hospitais e distribuição de roupa e calçado pelas entidades de ajuda humanitária.

Perante toda esta situação de pobreza extrema os sem abrigo estão expostos a problemas de saúde, com uma matriz histórica e, sobejamente conhecidos, como a subnutrição. No entanto, actualmente, levanta-se uma nova questão de saúde pública que se prende com o reaparecimento da tuberculose, nomeadamente de um novo e mais fulminante tipo que surge na sequência das interrupções e falta de adesão à terapêutica tuberculostática. Referimo-nos pois à tuberculose multi-resistente. Já no reinado de D. Manuel I, o hospital de todos os santos, único hospital de Lisboa na altura, criou um regulamento que obrigava o provedor a sair à rua todas as noites, acompanhado pelo médico do hospital, no sentido de recolher todos os sem abrigo que estivessem doentes (Sousa, 2004).⁶

Observa-se contudo que os sem abrigo de hoje sofrem basicamente das mesmas patologias dos antigos: alcoolismo, doença física e mental.

Aproximadamente um em cada oito sem abrigo chega a esta condição devido a problemas crónicos de saúde física e/ou mental (Wright & Weber, 1987; Brickner et al, 1985; Robertson & Cousineau, 1986). A esperança de vida de um sem abrigo é de cerca de 50 anos.

Em Lisboa, o Grupo de Ecologia Social do Laboratório Nacional de Engenharia Civil, entre Fevereiro e Abril de 2000, contabilizou 1366 sem abrigo. (Grupo de Ecologia Social, 2000, cit por Bento & Barreto, 2002)

O consumo de substâncias ilícitas nesta população é muito frequente (Wright & Weber, 1987). Em Lisboa, Barreto e Bento (2002) numa amostra de sem abrigo apuraram 32% de indivíduos com dependência de álcool e 17% com consumos de outras substâncias.

⁶ . O principal problema de saúde pública que existia na altura era a sífilis, podendo nós estabelecer algum paralelismo entre esta e a tuberculose dos dias de hoje, no que concerne ao impacto destas doenças na saúde pública, bem como, nas medidas de prevenção e controlo necessárias à sua erradicação.

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

Em 2001, segundo os resultados dos últimos Recenseamentos Gerais da População e Habitação, 81983 pessoas residiam em alojamentos não clássicos, ou seja, barracas, casas rudimentares de madeira, entre outros; representando 0,8% do total da população residente em Portugal e dos quais 52,7% eram homens e 47,3% eram mulheres (INE, 2001).

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

Em 2004 foram identificadas 273 pessoas esporadicamente a dormir na rua ou num albergue devido a pressão intensa no universo familiar, 296 esporadicamente sem abrigo devido a problemas de foro psiquiátrico ou dependência, 489 com alojamento (casa ou pensão) mas incapazes de o manter sem ajuda dos serviços sociais, 1044 a pernoitar em espaço aberto, 170 em centros de acolhimento, 330 em casas abandonadas ou barracas e 115 em arrumos, carros abandonados, varandas cedidas.

Na segunda fase, verifica-se um "afunilamento" para a forma mais severa: a população que vive sem tecto e sem apoio institucional, Instituto da Segurança Social (2005). Uma noite, no ano de 2005, cerca de 700 técnicos e voluntários (Segurança Social e diversas instituições de solidariedade) andaram pelas ruas dos diversos concelhos do território continental a inquirir todos os indivíduos que encontraram a dormir ao relento ou em espaços públicos. A esmagadora maioria (75%) das 524 pessoas que responderam ao inquérito por questionário são portugueses. A ruptura familiar (conflitos, separações, divórcios e falecimentos) encabeça a lista de problemáticas associadas à situação de sem

tecto (25 %), logo seguida pelos problemas de saúde (23 %) relacionados com a toxicodependência, o alcoolismo, a doença física ou mental. O desemprego representa 22 %, a habitação sem condições e a dívida da casa outros 17%. Instituto da Segurança Social (2005). Apenas 11 % da amostra recolhida declara estar a trabalhar, 6% nunca exerceu qualquer actividade laboral (jovens com menos de 30 anos), e 82 % já foram activos (operários, artífices, serviços, trabalho não qualificado) mas estão desempregados. Os inquiridos evidenciaram uma trajectória profissional de grande instabilidade e precariedade de vínculos contratuais. Apenas um terço tinha uma situação mais estável que perdeu devido a dependências (droga/álcool) ou a rupturas familiares. A maior parte (85 %) não teve direito a subsídio de desemprego. Apesar da inactividade, 75% não estavam inscritos no centro de emprego, Instituto da Segurança Social (2005). Sobrevivem sobretudo, através de actividades pontuais (58%). Uma pequena parte auferir rendimentos do trabalho (6 %), de pensões (8%), de prestações sociais (7%) ou outras (8%), (12%) alegaram não ter qualquer tipo de rendimento.

Em termos de redes primárias, a maioria dos inquiridos vive em situação de isolamento social devido a quebra de laços familiares e sociais, assim, 70 % vivem sozinhos e 14 % com outras pessoas em igual situação.

Em termos de duração da vivência da condição de sem abrigo, encontraram-se pessoas sem tecto "crónicos", que vivem há muitos anos na rua em situação de exclusão social, apresentado maioritariamente debilidade física e mental, e indivíduos sem teto de forma episódica ou periódica, que se encontram há pouco tempo na rua na sequência de múltiplas perdas profissionais e familiares.

Foi surpreendente a territorialização da problemática, sendo que a maior parte dos sem abrigo do Porto têm menos de 39 anos e são toxicodependentes, já em Lisboa predominam os indivíduos com mais de 50 anos e com consumos problemáticos de álcool.

Ainda relativo a dados nacionais, segundo informações da AMI, desde 1999, até 2006, em todo o território foram atendidas 5.376 pessoas em situação de sem abrigo nesta instituição.

Em 2006, pela primeira vez, foi possível caracterizar a população sem abrigo que frequenta os serviços da AMI, pelo que para além do número total de sem abrigo, locais de pernoita e tempo de situação sem abrigo, foi possível obter dados mais específicos como a naturalidade, a idade, o estado civil, a família, a saúde, os recursos económicos e o motivo pelo qual procuram o apoio da AMI.

Assim, em 2006 foram atendidos pela AMI 789 novos casos que se enquadram nesta tipologia, mais 180 casos que em 2005. Quanto aos locais de

pernoita, 32% da população dormia na rua, seguindo-se albergues com 22% e as barracas com 6% (AMI, 2006). O recurso económico mais frequente é a mendicidade (27%), seguindo-se os apoios / subsídios institucionais (22%), os apoios de amigos e de familiares (13%). O Rendimento Social de Inserção abrange 10% da população sem abrigo. A população apresenta ainda as seguintes características sócio-relacionais: 89% está desempregada; 28% tem formação profissional; 92% tem familiares vivos, mas apenas 37% se relaciona com eles; 39% não tem médico de família; 7% é seropositiva; 28% consome substâncias activas; 43% tem filhos. Quanto à evolução da população sem abrigo do sexo feminino, verificamos igualmente a existência de um aumento significativo, subindo de 13% para 31% nos últimos 7 anos (AMI, 2006).

A população imigrante continua a recorrer aos equipamentos sociais. A população oriunda dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa) aumentou acentuadamente em 2006. Quanto à dos países de Leste, a sua incidência tem vindo gradual e marcadamente a diminuir. Em 2006 foram atendidos 104 novos casos de Imigrantes de Leste (decrécimo de 62%) e 367 dos PALOP (aumento de 47%) (AMI, 2006).

No total, incluindo novos casos e recorrentes de anos anteriores, frequentaram os Equipamentos da AMI 258 Imigrantes de Leste e 881 dos PALOP.

Em síntese, as maiores mudanças entre a década de 60 e a actualidade devem-se ao número crescente de sem abrigo, à heterogeneidade da composição deste grupo e a uma deterioração da sua condição. Os novos sem abrigo incluem uma maior percentagem de mulheres, muitas vezes acompanhadas pelos seus filhos. Tal como antes também hoje se denota o mesmo tipo de problemáticas associadas: doença mental (33%), alcoolismo (33%), deficiência física (25%) e índice de criminalidade (20%) (Rossi, 1990). Constata-se ainda que 75% da população sem abrigo apresenta uma ou mais das problemáticas mencionadas.

Do ponto de vista psiquiátrico Bento e colaboradores (1999) apontam para os seguintes dados: em mais de 90% dos casos é possível estabelecer um diagnóstico psiquiátrico com predominância clara para o alcoolismo, seguido das psicoses, a toxicod dependência e as perturbações da personalidade (isto apenas em termos de diagnósticos primários e excluindo a presença de co-morbilidade). Ou seja, as suas capacidades psíquicas encontram-se grandemente comprometidas. Os comportamentos delinquentes são muito frequentes, e por vezes considerados

inevitáveis, dada a necessidade de sobrevivência e a prática de comportamentos desviantes (Martijn & Sharpe, 2006).

Abordagem psicossocial dos sem abrigo

Tal como já referimos anteriormente, os sem abrigo de hoje não são os mendigos e vagabundos de há umas décadas, surge uma nova geração de excluídos, resultante da crise económica, do desemprego, do consumo de substâncias e das influências das políticas sociais (Pimenta, 1992). O termo sem abrigo, utilizado na actualidade, acentua a questão da habitação, num sentido restrito, da pobreza e exclusão social num sentido mais alargado. (Bento, 2002)

A condição de sem abrigo afecta um grupo heterogéneo de pessoas que ultrapassa em larga medida a representação social que tínhamos dos indivíduos nesta condição. Como vimos, são vários os factores apontados como potenciais condutores à situação de sem abrigo, desde as influências socio-económicas, às problemáticas mentais, à desinstitucionalização e o papel desempenhado pelos serviços sociais (Toro, 1998).

Reportando-nos à realidade portuguesa, ao nível das influências socio-económicas, Sousa (2001) destaca os elevados preços da habitação, dificuldades financeiras, abuso de substâncias e a influência de conflitos familiares, precarização do emprego (nomeadamente para as pessoas com baixas qualificações). A crise familiar, problemas de saúde e toxicodependência são as principais razões que justificam o elevado número de sem abrigo em Portugal (ISSS, 2004); ou seja, “os factores que mais frequentemente conduzem à situação de sem abrigo situam-se nas áreas da saúde, desemprego, problemas familiares e relacionais” (Costa, 2002, p.79).

Quanto ao percurso profissional, ele é comumente caracterizado por uma sucessão de trabalhos precários, intermitentes e frequentemente sem descontos para a segurança social, pelo que uma vez demitidos ou doentes, perduram à margem dos mecanismos de protecção social relacionados ao emprego.

Tem-se assistido a mudanças também ao nível do papel da escola, existindo um desfazamento entre o curriculum e as necessidades económicas, o que implica que “níveis de escolaridade anteriormente considerados facilitadores de entrada no mercado de trabalho regular e capaz de proporcionar alguma segurança e estabilidade, se constituam, agora, em meras expectativas defraudadas” (Baptista,

2004, p. 35). Independentemente dos factores que conduziram à situação de sem abrigo, o facto é que esta condição reforça as fragilidades já existentes e inibe o acesso a contactos facilitadores da resolução da situação, expondo áreas de vulnerabilidade psicossocial (Martijn & Sharpe, 2006).

A permanência da situação de sem abrigo é um factor que parece ser proeminente. Se a situação é recente e parece haver evidência de factores externos na origem das dificuldades, então um apoio específico e a curto prazo (apoio económico, de alojamento, de orientação profissional, apoio médico e outros) poderá ser o suficiente para garantir que a pessoa reorganize a sua vida autonomamente. Se as dificuldades persistem há vários anos, sem que possam ser relacionadas facilmente com factores recentes e episódicos, se o apoio social falha reiteradamente na transformação da condição do indivíduo, então cresce a importância do papel dos padrões de comportamento e atitudes do indivíduo (Ó Broin, 2008).

A própria situação de sem abrigo deve ser compreendida em termos dos seus efeitos sobre os indivíduos. Tal como referimos, a situação de sem abrigo é por si só uma condição traumática, exibindo uma conjuntura que acentua sentimentos de insegurança, impotência e de falta de conexão. Falar de aspectos psicológicos numa população com tão escassos recursos pode parecer um desvio das questões essenciais, daquelas que numa primeira impressão emergem como prioritárias. Contudo, acercar-se dos sem abrigo na complexidade bio-psico-social poderá alargar o nosso horizonte e evitar dicotomias condescendentes e simplistas.

A importância dos aspectos psicológicos aumenta sempre que as dificuldades apresentadas requerem mecanismos cada vez mais elaborados e integrados. Não basta prover soluções para o problema da habitação ou do trabalho para que a problemática dos sem abrigo se dissolva. A rua dificilmente constitui um espaço seguro para onde se apartar, para combater emoções aterradoras. “Viver na rua é vivenciado como descer ao degrau mais baixo da sociedade, uma condição estigmatizante que acentua o sentimento de desvalorização e de rejeição” (Bento & Barreto, 2002, p.96).

Legitima-se a interrogação: a rua não resulta já de uma sucessão de perdas e falhas nas redes sociais de suporte? Diversos estudos robustecem a ideia de que os sem abrigo são mais isolados do que a população pobre mas com domicílio fixo (Goodman, Saxe & Harvey, 1991).

Numa perspectiva psicológica e relacional surge com especial relevância os conceitos já anteriormente referidos de afiliação, vinculação e filiação.

Enquanto a vinculação é um sistema de comportamento que estrutura os afectos e a proximidade/distância relacional, o conceito de filiação relaciona-se com as estruturas de parentesco e enraíza-se na figuração psíquica e cultural (Bowlby, 1973, 1980, 1982; Mikulincer & Shaver, 2007).

Zamberlan (2002) fez uma revisão das principais posições teóricas sobre a afiliação. A sua análise permite destacar a presença da mãe como facilitador para um conjunto significativo de aspectos do desenvolvimento do bebé. A vinculação e afiliação não são fenómenos idênticos na medida em que uma criança pode estar mais vinculada a uma figura cuidadora do que aos pais biológicos. O contacto quotidiano com uma figura cuidadora confiável incrementa um laço afectivo que pode ser maior que o laço biológico.

O sentimento de filiação envolve a resposta à questão: de quem sou eu filho? Questão que é fundamental para a estruturação do psiquismo e para o sentimento de pertença e inclusão social. A não efectivação do desejo de filiação não é um processo sem sequelas, nomeadamente ao nível da identidade. Uma criança com família sabe a quem pertence e de onde vem. Terá orgulho no seu nome e na sua linhagem, ou pelo contrário pode rebelar-se e procurar ser o oposto dos seus pais, mas em todo o caso possui uma referência face à qual se estruturar. Uma criança que desconhece o seu percurso familiar terá, provavelmente, maiores dificuldades de se perspectivar no futuro; “não conhecer a história da sua família e da sua descendência é ficar amputado de passado e por isso impedido de estruturar o seu tempo. Não saber de onde vem, de quem se descende, representa uma lacuna ao nível da identidade” (Bento & Barreto, 2002, p.98).

Ainda hoje, nomeadamente na realidade portuguesa, persistem alguns estigmas relativamente ao desconhecimento da filiação, no entanto noutras culturas este facto assume uma dimensão ainda mais penalizadora, com origens na antiguidade.⁷ A pessoa atingida nas suas afiliações encontra-se fragilizado ao nível do sentimento de pertença social, dos laços com os diversos grupos sociais, destituído de estatuto para aceder a recursos, conduzir e cuidar a sua vida.

⁷ Na Grécia Antiga aquando do nascimento de um filho o pai deveria erguer a criança e dizer publicamente “este é meu filho”, de forma a confirmar a linhagem. O não reconhecimento da paternidade implicava a expulsão da criança para fora da cidade, abandonada aos elementos e aos animais para morrer (Burguière, 1996).

A pessoa afectada ao nível da sua vinculação é abalada no seu sentido de pertença emocional, na segurança e confiabilidade dos seus laços afectivos com as figuras significativas. São alguns os estudos (Bretherthon, 1996, Feeney, 1999, Harter, 1990, Allen et al, 1997) que esclarecem a importância das relações de vinculação enquanto factor determinante da resiliência.

A população sem abrigo raramente parece sustentar relações sólidas e de proximidade: “As relações tendem a ser inconstantes, superficiais e passageiras, numa combinação paradoxal entre uma sociabilidade fácil, isolamento e desconfiança” (Snow & Anderson, 1992 cit. in Bento & Barreto, 2002, p.99).

Thelen (2006) faz uma exploração da temática dos sem abrigo em três países (França, Portugal e Bélgica), através de metodologias diversificadas, sobressaindo um trabalho de observação participante como voluntário em associações de suporte aos sem abrigo e, mais interessante ainda, assumindo-se como um sem abrigo, participando no mesmo modo de vida. O objectivo da pesquisa centra-se sobretudo nas transformações identitárias e relacionais que derivam do viver na rua, defendendo o autor, que esse conhecimento não seria possível sem mergulhar profundamente no quotidiano dos sem abrigo e tentando entender as necessárias estratégias de sobrevivência e as inevitáveis opções que derivam deste modo de vida.

Mais do que procurar as causas, o autor procura as estratégias de sobrevivência exigidas por este modo de vida, encontrando dois elementos centrais: a adaptação à rua, enraizada na negação dos outros “le déni des autres”, e o exílio de si “l'exil de soi”, Thelen (2006).

A adaptação à rua é resultado de um longo percurso de falta de afecto, de insuficiente enraizamento familiar, reforçado pela humilhação inerente à situação de sem abrigo. A rua emerge como um universo ditado pela máxima “cada um por si e todos contra todos”, transformando cada um numa ilha, apartada de afectos e de solidariedades. A “negação dos outros” surge aqui com um duplo significado, a negação factual e simbólica que os outros atribuem aos sem abrigo e, a reclusão pessoal dos sem abrigo, como única estratégia que lhes permite viver com toda esta desvinculação, preservando ainda assim, o que sobra de uma identidade.

O “exílio de si”, segundo o autor, passa pela capacidade de restringir de tal modo as necessidades e simplificar a sua existência de forma a instrumentalizar a relação com o mundo exterior, adaptando-se às imposições de um contexto que lhes é adverso. O exílio de si pressupõe a transformação da percepção do tempo, dos

outros e de si próprio, permitindo-lhes viver na rua, com tudo o que tal implica: a descuidada e precária gestão da higiene, das emoções, das situações de saúde e do restante conceito de cidadania. Nesta óptica, poderíamos dizer que os sem abrigo accionam estratégias de aprendizagem que lhes permitem viver no exílio de si e de todos os outros, apoiando-se frequentemente em condimentos que facilitam o lidar com esta imensa solidão, nomeadamente o álcool e as drogas.

Em síntese, torna-se evidente que a condição de sem abrigo é precedida de um longo processo de desenraizamento familiar e social, com rupturas sucessivas. A abordagem a esta problemática impõe-nos uma análise descentralizada do indivíduo, abrangendo igualmente a rede relacional envolvente.

Rede relacional dos sem abrigo

Nas histórias de vida desta população são frequentes descrições de violência familiar, alcoolismo ou doença mental nos pais e não é incomum perceber que sempre se sentiram a “ovelha ranhosa” ou o “bode expiatório” da família.

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

Rita, 32 anos

“Na verdade acho que a minha família nunca me aceitou nem gostou de mim. A única pessoa que me ajudava era a minha mãe, mas coitada não podia fazer grande coisa.

Nunca ninguém se preocupou comigo”

José, 36 anos

Uma recolha breve da sua história familiar permite encontrar com frequência os seguintes dados (Bento & Barreto, 2002, p.99):

- No que concerne à família de origem, é habitual encontrarmos pessoas que foram criadas fora da família nuclear, em instituições ou por outras pessoas (avós, tios, padrinhos, famílias de acolhimento e de adopção);
- São usuais as histórias de perdas precoces de um dos pais, ou de pai incógnito e, portanto, de um modelo de família monoparental, com a ausência da figura paterna;

- Quando criados por ambos os pais, são vulgares narrações de conflitos intensos (na relação pais-filhos, no casal) e de alcoolismo, ou outras perturbações num dos progenitores;
- A saída de casa é frequentemente prematura (9-14 anos), relacionada com fugas ou com a entrada no mundo do trabalho. Não é invulgar que o primeiro episódio de rua seja vivenciado com idades inferiores aos 18 anos;
- Pessoas que nunca se autonomizaram dos pais, perdendo a casa após o seu falecimento.
- Optarem por não constituírem família, permanecendo solteiros, ou então uma história de casamentos ou uniões de curta duração, instáveis e conflituais (sendo frequentemente apontados como motivos a traição conjugal, o alcoolismo e a violência doméstica);
- Com os filhos predomina a falta de ligação. Nos homens o afastamento surge desde que se separam, ficando os filhos com a mãe; nas mulheres, é habitual ter-lhes sido retirado a custódia dos filhos para instituições ou familiares;
- A inexistência de contactos actuais com familiares por perdas, incompreensibilidade ou conflitos;

“Família? Nunca soube o que era isso, sempre fui deixado de lado. Já não sabem de mim há vários anos e nem querem saber, até agradecem que eu não chateie. Se quando era miúdo nunca ninguém se preocupou, não é agora que vou contar com eles.”

Rui, 30 anos

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

Esta investigação teve como objecto de estudo a forma como os sem abrigo representam as relações e os laços afectivos com os outros. Destacamos este trabalho

pelo facto de ter sido realizado em Portugal, abordando a temática da vinculação nesta população. Os resultados sugerem que esta condição não resulta apenas de uma situação de desabrigo externo mas também interno e que o vazio que caracteriza esta população é já uma realidade prévia à situação de sem abrigo.

Parece fundamental não só traçar um diagnóstico da situação actual, como analisar a história de vida, numa perspectiva relacional.

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

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

Os “laços sociais” mais não são que a “moldura humana” que configura a nossa rede de relações. Na população sem abrigo é invulgar conseguirmos construir uma narrativa na qual seja descrito um estado anterior de “normalidade” familiar, social e profissional, onde os laços sociais estejam preservados. Percebemos a importância deste legado transgeracional quando eles próprios, paradoxalmente, contribuem para a sua situação, como se tivessem interiorizado um tal isolamento, necessitando de o recriar constantemente através de comportamentos de auto-exclusão compulsivos e até de desumanização, parecendo em casos extremos abandonar-se psíquica e fisicamente, quase indiferentes à dor, ao sofrimento e à própria morte (Thelen, 2006).

No já referido estudo de Bento e Barreto (2002) foi encontrado um claro predomínio de uma representação de relações de objecto abandonadas, seguindo-se uma representação significativa das relações como agressivas. Destaca-se também a dificuldade dos sujeitos abordarem relações triangulares. Tais dados sugerem dificuldades na construção da identidade e consequente processo de separação-individuação (Erikson, 1982; Mahler, 1993).

Cupa (2007), numa investigação com pessoas sem abrigo num centro de acolhimento de Nanterre, sugere que nestas se conjugam perdas reais e um sofrimento psíquico extremo. A problemática edipiana não existe ou é defeituosa: a função paternal não aparece, mas as instituições de assistência são integradas como terceiro termo da relação. A dessocialização resultaria da repetição (imaginária) de uma ou várias experiências traumáticas que ficaram sem elaboração, levando à derrocada das estruturas psíquicas anteriores, bloqueando as possibilidades de vinculação.

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

Embora os dados da literatura, conforme temos vindo a salientar, apontem para uma escassa relação com a família de origem, surgem alguns dados paradoxais relativamente ao desejo de restabelecer a relação com as origens. Exemplo disso é a concentração de sem abrigo junto a terminais de transportes, que parece não ser aleatória. Para além dos motivos de ordem funcional, tal como o facto destes espaços nunca se encontrarem fechados e não ser questionada a presença de estranhos, a impessoalidade que os caracteriza pode permitir maior tolerância à diferença. Bento e colaboradores (1989, 1996, 1999), sobre a realidade de Lisboa, observam que os sem abrigo do norte e centro permaneciam preferencialmente na estação de Santa Apolónia, e os do Alentejo e Algarve no Terreiro do Paço. Não deixa de estar imbuída de simbolismo a perseverança em permanecer enraizado num espaço físico

que lhes confere, ainda que de forma fantasiada, o sentimento de poder voltar para casa.

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

Por vezes é quando as coisas parecem estar a melhorar que há retrocessos, como se não se dessem ao direito de reconquistar a sua autonomia. “São eles próprios, muitas vezes, que não deixam, que não querem, o que implica uma dimensão pessoal muito grande...É um trabalho afectivo que não pode ser desempenhado por um técnico que, de papel e caneta na mão, fale com estas pessoas e lhe explique os seus direitos. São, na verdade, pessoas muito difíceis de trazer para a sociedade,...” (Moita, 2004, p.155).

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

Intervenção em rede

Thelen (2006), no trabalho já referido, traça o retrato de grande diversidade de pessoas sem abrigo, das instituições e profissionais que lidam com elas (particularmente nos abrigos nocturnos em Portugal, França e Bélgica). O autor ressalta a ausência de preparação específica de grande parte do pessoal que trabalha com esta população (Batista, 2004; Brandt, 2008, Thelen, 2006). É preciso reconhecer que as diferentes instituições iniciaram com diferentes propósitos e filosofias o seu trabalho com os sem abrigo. O facto de esta problemática abranger serviços de diferentes ministérios confere-lhe uma particularidade própria.

Dadas as características da população sem abrigo, não é difícil que um único caso necessite de intervenções ao nível da saúde mental, da justiça, serviços sociais, reforço de competências escolares/profissionais e ainda reestruturação de redes

informais (Sveri, 2008). Numa tentativa de exemplificar a diversidade de áreas envolvidas no processo de inserção de um sem abrigo, torna-se visível a necessidade de um trabalho multidisciplinar e interinstitucional, ou seja, um trabalho de parceria. Termos como parcerias, sinergias, entre outros, inundam assim o quotidiano das instituições. E o que será isto de trabalhar em parceria? É suposto que o trabalho em equipa melhore o desempenho bem como a satisfação profissional de cada elemento.

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

As redes são definidas como "teias" de relações sociais que circundam o indivíduo bem como suas características (e.g., disponibilidade e frequência de contacto com amigos e parentes), ou grupos de pessoas com quem há contacto ou alguma forma de participação social (e.g., grupos religiosos, associações sindicais) (Berkman, 1984; Bowling, 1997). Além desses dois aspectos, Hanson e Ostergren (1987), referem a "ancoragem social" (*social anchorage*), que descreve a percepção do grau de identificação ou vínculo entre o indivíduo e os grupos formais e informais a que pertence (ambiente de trabalho, área residencial, família).

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

assumir-se quase como substituto dos serviços sociais, tendo em conta também a vantagem dos baixos custos da assistência assim possibilitada (Góngora, 1991).

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

A definição de apoio social não é consensual. Segundo Bowling (1997), Sherbourne & Stewart (1991) e Cohen & Wills (1985), trata-se do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afectivo), com ênfase no grau de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções. Cobb (1976) define apoio social como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos. Minkler (1985) ressalta que apoio social deve ser compreendido como um processo recíproco, isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham maior sensação de controlo sobre as suas vidas.

Embora os mecanismos de acção exercidos pela rede e apoio social nos sistemas de defesa do organismo humano ainda não tenham sido elucidados, duas hipóteses básicas são apresentadas: na primeira, actuarium traduzindo a resposta do organismo na forma de doença, como consequência de grandes perdas ou rupturas emocionais (Cohen & Wills, 1985); na segunda hipótese, o apoio social poderia reforçar a sensação de controlo sobre a própria vida, o que por sua vez implicaria efeitos positivos sobre a saúde (Rodin, 1986).

A forte e consistente associação inversa entre os laços sociais e a taxa geral de mortalidade, foi um dos primeiros efeitos identificados da rede e apoio social sobre a saúde (Berkman & Syme 1979). Investigações posteriores confirmaram a

relação inversa entre a magnitude de índices de rede e apoio social e o risco de morrer por doença coronária, acidente vascular cerebral e também por neoplasias malignas (Dressler et al., 1997; Dalgard & Haheim, 1998). Além da forte relação com a redução da mortalidade, dimensões de rede e de apoio social associam-se também, de forma directa, com a sobrevivência após os diagnósticos de doença coronária, cancro e acidente vascular cerebral (Vogt et al., 1992), e de maneira inversa com a incidência de insónia (Hanson & Ostergren, 1987), a frequência de hipertensão arterial (Strogatz & James, 1986), a aquisição de hábitos como o tabagismo e consumo de álcool (Westman et al., 1985), e também com o risco de demência (Fratiglione et al., 2000). Investigações a respeito de rede e apoio social são extremamente relevantes para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde, apesar das inconsistências conceptuais ainda existentes e das dificuldades de transformação desses conceitos em variáveis (Dean et al., 1994; O'Reilly, 1988). Tais dificuldades podem explicar parcialmente a tendência a priorizar a pesquisa de factores de risco biológico e hábitos relacionados à saúde, na pesquisa etiológica, ao invés do ambiente psicossocial.

Tendo em consideração os efeitos protectores que a rede social parece prestar ao indivíduo, consideramos pertinente a avaliação e reforço da rede social de apoio como metodologia de intervenção junto da população sem abrigo. No entanto, agilizar a rede de apoio dos sem abrigo comporta diversos constrangimentos, quer ao nível da rede primária, quer da secundária.

Por um lado, restringe-se a um trabalho mais centrado nas redes secundárias, pois são escassas as relações familiares e de amizade; e questionamo-nos sobre quem cumpre o papel de vizinhança do sem abrigo?

Perante uma situação de pobreza extrema, na qual somos meros espectadores, a indiferença torna-se impossível e o confronto com a nossa própria fragilidade, constrangedor (Wortman & Lehman, 1985, citadas por Barrón, 1996). Por outro lado, é fundamental reforçar o trabalho inter-institucional, sendo que os diferentes tipos de intervenção (político, técnico, voluntário) nem sempre surgem estruturados de forma a realizarem um trabalho verdadeiramente complementar, o que se traduz numa dispersão dos recursos disponíveis e ocorrência de dificuldades ao nível da relação interinstitucional.

Os fins a que cada instituição se propõe nesta área nem sempre são facilmente conciliáveis, ostentando não raras vezes um cariz bastante distinto umas

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

A condução de um processo para a criação de uma “rede” entre instituições deve respeitar as diferenças e identidade das mesmas (Thelen, 2006). Na realidade nacional, a área da saúde mental necessita, cada vez mais, de desenvolver uma rede interinstitucional, permitindo a reorganização de recursos comunitários por forma a consagrar novas respostas, nomeadamente no que se refere à nova lei de saúde mental comunitária.

Saúde Mental e Sem Abrigo

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

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

Estudos mais recentes (Buhrich, Hodder, & Tecsson, 2000; Herman, Susser, Struening & Link, 1997; Kamieniecki, 2001), revelam que, de facto,

aproximadamente um terço da população de adultos solteiros em condições de sem abrigo sofre de desordens mentais graves; este tipo de população, a maioria das vezes não possui as competências necessárias para procurar e obter alojamento, bem como benefícios de outras instituições da rede social. Encontram-se também com frequência distanciados do agregado familiar e dos serviços sociais e comunitários de ajuda. De destacar que maioria dos serviços de saúde prevê que os doentes tenham residência e um número de contacto, requisitos alheios à realidade dos sem abrigo. São assim, regra geral, excluídos dos tratamentos farmacológicos para indivíduos com um elevado histórico de patologias severas do foro psiquiátrico, sendo que a própria patologia lhes retira a noção da necessidade de tratamento.

Constatamos na nossa prática profissional uma elevada falta de adesão às consultas psiquiátricas e a inexistência de estratégias eficazes para ultrapassar tais constrangimentos. É importante criar respostas para este subgrupo de indivíduos adultos com desordens mentais que, sofrendo de um longo histórico de patologia psiquiátrica, se encontram, frequentemente, sem lugar de residência fixo (ou na eminência de ficar sem abrigo).

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

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

abrigo, os seguintes factores: adversidades na infância, existência prévia de desordens psiquiátricas e dificuldades educacionais.

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

O agravamento das fragilidades antecedentes torna fundamental a existência de planos de intervenção especialmente dedicados a população sem abrigo com patologia psiquiátrica. É urgente que se investigue o crescente número de desordens emocionais e distúrbios mentais nas crianças e adolescentes sem abrigo incluindo a permanência e a natureza dos factores de risco, Martijn & Sharpe (2006).

Providenciar alojamento e estruturas de apoio para indivíduos com problemas psiquiátricos, especialmente sem abrigo, é um dos maiores desafios da legislação sobre a saúde mental comunitária. Existe uma mudança de paradigma sendo que presentemente, estes indivíduos já não são entendidos como incapazes de aceitar ajuda e conseguir melhorias ou mesmo como meros recipientes de serviços: são encarados enquanto cidadãos com capacidade de total integração e participação social.

Urgem sistemas de suporte abrangentes que possam oferecer alojamento, apoio no acesso a cuidados de saúde, manutenção de consultas de psiquiatria, bem como apoio na administração da medicação e valências de carácter social que permitam a inserção comunitária dos doentes e combatam os altos índices de isolamento que os caracterizam. Esta nova filosofia de desinstitucionalização hospitalar só representará uma mais-valia para doentes e famílias se as comunidades estiverem preparadas para a sua efectiva integração. Parece-nos que esta preparação poderá passar pela criação de estruturas comunitárias e, acima de tudo, pela

informação/sensibilização da comunidade acerca da nova lei da saúde mental comunitária. Não podemos supor que esta mudança de paradigma aconteça sem a discussão de novas formas de intervenção, incluindo doentes, famílias e profissionais das mais diversas áreas no debate de todo este processo.

A Desinstitucionalização Hospitalar

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

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

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

Cada centro comunitário estava destinado a servir uma população de 75.000 a 200.000 pessoas, sendo composto por equipas multidisciplinares com uma média de 4 psiquiatras e 8 psicólogos. Foram igualmente criadas pequenas unidades psiquiátricas nos hospitais gerais para internamentos de curta duração (Bender, 1978). O governo americano, na tentativa de facilitar o processo de reinserção dos doentes, propõe o conceito de “case management” (Bandeira, 1998); consistindo

num sistema de coordenação e integração de serviços, sob um responsável por cada caso psiquiátrico que se pretenda integrar na comunidade.

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

O Canadá foi outro dos países a adoptar a política de desinstitucionalização. A partir de 1962 os doentes internados em hospitais asilares foram transferidos para hospitais gerais. Entre 1962 e 1977 houve uma queda de 78% no número dos internamentos. Paralelamente expandiram-se as unidades psiquiátricas nos hospitais gerais. Embora ilusoriamente existisse a sensação de se estar a substituir com sucesso o tratamento asilar pelo hospitalar, constatou-se que os casos mais graves não estavam a ter qualquer acompanhamento, ficando ao cuidado das famílias ou em situação de sem abrigo. Na tentativa de colmatar esta lacuna, em 1976 são implementados os programas comunitários de saúde mental, contando-se 400 em 1990, (Morgado & Lima, 1994). Estes autores defendem que os programas comunitários previnem 80 a 90% das hospitalizações e os serviços hospitalares do Canadá ficam reservados para os pacientes que apresentem recaídas e requerem hospitalizações de curta duração.

Em Inglaterra o processo de desinstitucionalização iniciou-se em meados de 1955 e em 1959 foi legalizado, conferindo às autoridades locais a responsabilidade de fornecer assistência aos doentes mentais. A legislação obrigava à existência de garantias de acompanhamento dos doentes para que se pudessem encerrar os hospitais psiquiátricos. Observou-se a diminuição de 28% de casos clínicos hospitalizados entre 1954 e 1971 e os serviços comunitários proporcionados pelas autoridades locais cresceram de 115 mil em 1960 para 140 mil em 1963 (Bandeira, 1991).

Dados de uma recente investigação de Priebe e Col. (2003), de 6 diferentes países europeus com diferentes tradições de organização dos cuidados de saúde mental e que experimentaram todos um processo de desinstitucionalização a partir dos anos 70 (Inglaterra, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Suécia), revelaram o

seguinte: o número de camas forenses e de lugares em apartamentos protegidos aumentaram em todos esses países, ao mesmo tempo que o número de camas para a psiquiatria em hospitais reduziu em 5 dos 6 países. Claro que são possíveis várias explicações para estes dados. Desde logo, o facto de se poder tratar de um processo de re-institucionalização compensatória, mas também o facto de poder ser consequência de uma maior frequência da doença mental, da sua gravidade ou de ambas, eventualmente influenciadas pelo aumento do uso de drogas ilegais. Mas uma hipótese que não pode ser descartada de maneira nenhuma tem que ver com a possibilidade da perda da capacidade de suporte social para doentes mentais graves em famílias tradicionais, (Teixeira, 2006).

Vários estudos (Braun et al, 1981; Test & Stein, 1980; Knapp, 1994; Kiesler, 1982; Wiersma et al, 1995), indicam que o tratamento comunitário é, na maioria das vezes, tão ou mais eficaz que o tratamento hospitalar, no sentido em que proporciona aos indivíduos com psicopatologia a integração no mercado laboral e a recuperação do seu lugar na comunidade, reduzindo ainda a necessidade de medicação e o recurso a serviços médicos.

Braun e colaboradores (1981) ressaltam que uma desinstitucionalização satisfatória depende da disponibilidade de programas apropriados para o tratamento na comunidade. As experiências internacionais de desinstitucionalização psiquiátrica são ainda bastante controversas nos seus resultados, mantendo uma discussão acesa quanto aos factores negativos e positivos de tal experiência. Uma das limitações apontadas e comum aos países referidos anteriormente diz respeito à insuficiência dos serviços comunitários criados para dar resposta aos doentes psiquiátricos, quer a nível de número, quer a nível da capacidade para suprir as necessidades clínicas, sociais, ocupacionais e assegurar uma integração social dos pacientes (Bandeira et al, 1998).

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

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

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

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

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

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

A Re-institucionalização Comunitária

Apesar da aparente evidência de um processo de desinstitucionalização em curso, o que tem acontecido por toda a Europa, é um processo de re-institucionalização, (Teixeira, 2006). Discorde-se desta interpretação, chame-se-lhe *re-institucionalização* ou *trans-institucionalização* (isto é, uma mera mudança de colocação dos doentes de uma determinada estrutura para uma outra), é uma evidência difícil de negar. Investigadores deste campo debatem a tendência actual para desinstitucionalização, a necessidade de alojamento e a crise dos sem abrigo (Carling 1995); a fraca qualidade dos programas comunitários e de saúde e a orientação dos mesmos no sentido de manter em lugar de reabilitar (Carling, 1990; Braun et al, 1981). Por outro lado, estes investigadores reconhecem os progressos feitos no desenvolvimento de serviços comunitários de apoio, a atenção que deve ser dada ao paciente, intervenções clínicas respeitáveis e uma ênfase clara nas necessidades dos doentes em termos de alojamento, emprego e rede de amigos (Carling, 1990; Hout, Rosen & Reynolds, 1984).

A natureza recorrente das desordens psiquiátricas conduz a internamentos repetidos em instituições de saúde e pode também levar à perda de alojamento (Carling, 1990; Harnois, 2000).

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

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

qualidade dos cuidados estabelecidos pelas autoridades de saúde, e consequentemente um empobrecimento dos cuidados prestados aos doentes.

Fakhoury e colaboradores (2002) sugerem, no estudo publicado no boletim da *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, que alguns doentes crónicos incluídos nestes dispositivos de cuidados sociais se tornavam tão dependentes da instituição como o eram anteriormente.

Outro aspecto importante a ser considerado, é o papel da família de origem no tipo de cuidados a prestar aos doentes com patologias mais graves e socialmente incapacitantes. O principal objectivo da psiquiatria moderna é devolver ao doente a autonomia que perdeu com o eclodir da doença. Todos os movimentos organizativos que assegurem este objectivo são desejados e urgentemente necessários. Mas um sistema moderno deve igualmente considerar aqueles doentes que, pela natureza da sua doença, nunca conseguirão atingir esse grau de autonomia. Contudo, não podemos esquecer a necessidade de dotar as famílias de competências para assegurarem cuidados continuados a estes doentes, antes de adoptarmos este tipo de respostas (Left & Vaughan, 1985). Mello (1997), lembra que tanto os familiares como os profissionais podem beneficiar de programas educacionais que visam ajudar a reduzir os efeitos do stress ambiental sobre o paciente. Estes programas contemplam informações sobre a doença e o uso da medicação, ajudando a identificar fontes de stress e a treinar técnicas para as reduzir, (Brooker, Golberg & Graham, 1994; Priebe, 2004).

No seu conjunto, estes dados são suficientes para um investimento na produção científica específica sobre o fenómeno, e na inclusão de um conjunto de variáveis de *outcome* que apõem a avaliação contínua ou intercalar do próprio processo. Sobretudo, porque muitos destes doentes não têm capacidade reivindicativa para reclamarem os seus direitos como cidadãos de “corpo inteiro”, (Teixeira, 2006).

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

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

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

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

Torna-se incontornável a necessidade de acompanhamento, de supervisão contínua e permanente, independentemente dos pacientes residirem com a família ou em habitação protegida, (Harnois, 1987).

Ao nível da habitação protegida Carling e Ridgway (1987) criticaram as estadias em valências residenciais de transição, apontando-lhes mesmo responsabilidades, das quais destacam: a aquisição de conhecimentos que apenas são relevantes para vivências em grupo; deslocação permanente, uma vez que a mudança de fase de inserção implica a mudança de estrutura física; em última análise um retorno à casa de familiares, centros de dia, lares ou hospitais ou, na pior das hipóteses, de novo à condição de sem abrigo. As estruturas de transição requerem todo um trabalho de parceria, coordenado e eficaz com os serviços de habitação

social, auscultando assim as preferências dos indivíduos em causa, tendo em conta as opções de alojamento e de apoio disponíveis.

A qualidade do ambiente residencial dos doentes deverá incluir a presença de equipas especializadas que, promovam a participação activa dos pacientes nas actividades da rotina da casa, estimulem actividades de lazer e ocupacionais, providenciem uma orientação individualizada, tendo em conta as características individuais de cada residente (Bandeira, 1994).

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

Dois artigos no campo das desordens do foro psiquiátrico (Anthony & Blanch, 1989; Wilson, in press) concluíram que a patologia de que um indivíduo possa sofrer não é necessariamente um processo degenerativo para a vida, sendo possível que as pessoas com problemas do foro psiquiátrico consigam manter uma casa, um emprego e amigos estáveis.

Num estudo realizado na Austrália, por Hoult, Rosen & Reynolds (1984), foram avaliados 120 pacientes no momento da sua admissão hospitalar. Foram excluídos do estudo pacientes com diagnóstico de dependência alcoólica, transtorno orgânico cerebral ou atraso mental. O grupo foi distribuído em dois, sendo que o grupo de controlo recebeu cuidados em hospital psiquiátrico e o grupo de estudo foi apoiado por um serviço de atendimento a pacientes em crise que funcionava 24 horas por dia. Durante os 12 meses do período de estudo, 96% dos pacientes do grupo de controlo foram internados (51% mais do que uma vez); do grupo de estudo 60 % não foram internados e dos 40% internados, somente 8% foram internados mais do que uma vez. Os pacientes do grupo de controlo ficaram internados em média 53,5 dias, enquanto os pacientes do grupo de estudo só ficaram internados em média 8,4 dias.

Este estudo demonstrou que para além de uma maior satisfação dos pacientes e familiares, os custos com o grupo de estudo forma menores.

Carling e colaboradores (1987) afirmam que num estudo relativo à reintegração comunitária, envolvendo todos os grupos com alguma incapacidade concluem que: as necessidades de habitação são semelhantes em todos os grupos embora o apoio necessário possa variar; o apoio técnico é um vector determinante na capacidade dos indivíduos para manter a sua casa; os problemas habitacionais estão menos ligados à doença do que a factores económicos e sociais, tais como a pobreza e a discriminação; existem grandes diferenças de opinião entre os profissionais e os utentes acerca das necessidades específicas destes últimos, no que concerne ao alojamento e apoio. Os utentes pretendem estar centralmente envolvidos no planeamento, organização e manutenção da sua casa e dos serviços, sendo que os idosos e os indivíduos que apresentam alguma incapacidade estão mais expostos ao risco de institucionalização.

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

Reforçamos a necessidade de estudos orientados para a análise e definição de conceitos operacionais, bem como estudos que avaliem o impacto nos utentes e suas famílias, de forma a demonstrar a eficácia destas abordagens (Teixeira, 2006). Torna-se fundamental a inclusão dos próprios na definição dos seus projectos de vida. A relação de confiança que esta “co-reinserção” fomenta, poderá facilitar, em nosso entender, o emergir de uma vinculação segura e reparadora.

Capítulo II

Vinculação

O conceito de vinculação

Numa era em que o individualismo impera, em que a competição desenfreada nos empurra para “cabines telefônicas de corpo e meio”, onde o “outro” é quase sempre sentido como ameaçador abordar, neste capítulo, um tema em que as palavras-chave são: relações interpessoais; afecto; sensibilidade; ligações emocionais; segurança; vínculos afectivos; é no mínimo inspirador.

Começemos então pelo início.... Pela primeira relação possível de estabelecer – entre o bebé e a mãe (ou a figura que lhe presta cuidados). Onde surge e como se forma o vínculo afectivo? Qual a sua natureza e que importância terá no desenvolvimento da personalidade do sujeito?

(...) o apego íntimo a outros seres humanos é o núcleo em torno do qual gira a vida de uma pessoa, não só enquanto bebé, criança pequena ou criança de escola, mas também durante a sua adolescência e maturidade, até à velhice. É deste apego íntimo que retiramos a força e o prazer da vida, e proporcionamos também força e prazer a outros. (Bowlby, 1973, p. 468)

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

Autores tão conhecidos como René Spitz, Anna Freud, James Robertson, entre outros, deram contributos acerca dos efeitos da privação de cuidados maternos

no comportamento da criança, fizeram com que o interesse pela área aumentasse, bem como os estudos sobre a mesma. Pareciam então prevalecer duas ideias: a importância da perda (temporária ou definitiva) da figura materna no desenvolvimento de psicopatologia e uma certa continuidade, quer nas acções quer nas defesas do indivíduo, entre essa experiência de perda ou separação e algumas perturbações do funcionamento do sujeito.

De acordo com Bowlby, a partir das tendências instintivas do bebé para a vinculação à mãe (ou à figura que lhe presta cuidados), que se exprimem através de comportamentos de vinculação (chupar, agarrar, seguir com o olhar, chorar e sorrir), desenvolve-se um sistema interactivo. O sistema de vinculação é uma fonte de protecção e de suporte que quando está inacessível desencadeia um estado de tensão e a procura da anterior protecção e suporte, com a consequente interrupção da actividade que estaria a ser desenvolvida no momento.

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

Nas suas observações considerou a hipótese de que experiências ocorridas em contexto familiar tinham um papel determinante em posteriores perturbações da personalidade, tanto em crianças como em adolescentes.

A figura de vinculação serve de base segura, a partir da qual se explora o mundo numa interacção entre proximidade e afastamento relativamente aos cuidadores. Da qualidade dos vínculos iniciais e actuais dependerá a maior ou menor capacidade de autonomização da criança e, posteriormente, do adolescente e do adulto (Fleming, 1993). No fundo, é o sistema de vinculação que controla o sistema exploratório, sendo que ambos são activados de forma alternada, isto é, um sistema poderá ser activado quando o outro se encontrar num estado de baixa activação: a exploração de novos estímulos só ocorre quando a acessibilidade da figura de vinculação está garantida, enquanto que a diminuição da activação do sistema de vinculação possibilita a activação do sistema de exploração (Soares, 1996). O sistema de vinculação, ao possibilitar a manutenção da proximidade e a obtenção de segurança, promove a exploração, favorecendo a aprendizagem e o contacto com o meio. A criança constrói modelos internos acerca da acessibilidade e responsividade

das figuras de vinculação, que constituem verdadeiras estruturas cognitivas, sendo posteriormente possível a sua correcção por objectivos. Ou seja, para além da acomodação dos objectivos da criança ou dos seus comportamentos, aos da mãe, aquela começa também a influenciar e a tentar mudar os planos desta, no sentido de obter uma maior convergência relativamente aos seus. A criança vai revelando progressivamente uma maior capacidade em aceitar a separação mais prolongada das figuras de vinculação, focalizando-se menos na manutenção da proximidade mas mais na sinalização mútua e na coordenação de planos.

O modelo interno dinâmico da vinculação (internal working model) integra aspectos dinâmicos, estruturais e funcionais das representações, incluindo componentes cognitivos e afectivos. Proporciona ao indivíduo um conjunto de regras que o regulam para a orientação do comportamento e para a avaliação das experiências, bem como regras para a organização e direcção da atenção e da memória, reflectindo-se estas últimas na organização do pensamento e da linguagem, directa ou indirectamente relacionada com a vinculação (Neves, 1995).

Para a criança o principal objectivo da vinculação é garantir a segurança. A dinâmica entre estes dois objectivos – manutenção da proximidade e obtenção de segurança – traduz-se na utilização da figura de vinculação como base segura, para explorar o ambiente em alturas tranquilas, e como refúgio de segurança, em alturas conturbadas.

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

As relações significativas podem ser factores de risco ou de protecção, consoante promovam o sentimento de segurança e auto-estima contribuindo para o

bem-estar global do indivíduo, ou, pelo contrário, gerem condições adversas e impliquem considerável sofrimento (Canavarro, 1999; Machado 2004).

Relativamente à *Teoria da Vinculação*, poderemos considerá-la num percurso evolutivo, sendo a primeira fase relativa à mencionada apresentação de Bowlby, descrevendo noções e conceitos fundamentais. Entre 1969 e 1980, Bowlby publicou a famosa trilogia sobre vinculação e perda (*"Attachment and Loss: Volume I – Attachment; Volume II - Separation - anxiety and anger; Volume III - Loss - Sadness and Depression"*), na qual faz uma revisão da sua obra e sustenta a sua teoria na exploração empírica. Nesta apresentação centrou-se essencialmente na infância, em colaboração com Mary Ainsworth. Na década de 70 e até meados de 80, considerada por Soares (1996a) como uma segunda fase, analisa-se a relação entre a qualidade da vinculação e outras variáveis, nomeadamente o desenvolvimento cognitivo, a relação com o *self*, a relação com o jogo. De destacar nesta fase de desenvolvimento do tema, a elaboração do procedimento experimental conhecido como *Situação Estranha*, desenvolvido por Ainsworth e colaboradores, em 1978. Este permitiu a exploração empírica da teoria da vinculação.

Em meados da década de 80 o foco de análise, inicialmente restrito à infância, é alargado aos pais, passando do domínio comportamental para o representacional, no qual se inscrevem os modelos internos dinâmicos, através de uma reconceptualização da vinculação (Main, Kaplan & Cassidy, 1985, Soares 2000). A elaboração de um instrumento clínico, tipo entrevista biográfica, designado por *Adult Attachment Interview - AAI* (George, Kaplan & Main, 1984), cria novas possibilidades de estudo da vinculação ao longo do ciclo de vida, com semelhanças significativas entre os padrões encontrados nas diferentes fases do referido ciclo (Soares, 1996b, 2000).

Em 1985, Mary Main publica uma investigação, com resultados de um estudo longitudinal que, para além de apresentar uma certa relação entre a vinculação feita pela criança de doze meses e a dos pais (analisada através do seu discurso), aponta para a existência de características semelhantes e de continuidade entre crianças e adultos (Main, 1996).

Assim, desde meados dos anos 80 que o desenvolvimento humano é analisado numa perspectiva global ao ciclo de vida, conceptualizando as relações afectivas como "processos em curso ao longo da ontogénese" (Antonucci, 1976). Procuram-se identificar sequências típicas ao longo do desenvolvimento, avaliando o

impacto das relações afectivas umas nas outras, ou tentando conhecer a evolução que uma ou várias relações afectivas específicas têm ao longo do ciclo de vida. Ou seja, "(...) para qualquer relação interpessoal, os indivíduos trazem consigo memórias de relações passadas e expectativas sobre relações futuras" (Canavarro, 1997, p.70).

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

Construção da relação de vinculação

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

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

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

seguem automaticamente qualquer objecto móvel ou qualquer indivíduo, mesmo que este não pertença à sua espécie.

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

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

Ainsworth (1994) definiu ligações afectivas, por oposição ao conceito geral de relações interpessoais, distinguindo os seguintes aspectos particulares:

- 1) As relações interpessoais são diádicas, triádicas, dependendo do número de indivíduos que participam na relação, enquanto as ligações afectivas são características apenas do indivíduo pois, embora se desenvolvam no contexto da relação, passam a ser representadas na sua organização interna;
- 2) Enquanto as relações interpessoais podem ter uma longa ou curta duração, as ligações emocionais têm, por definição, uma duração prolongada;
- 3) As relações interpessoais são

constituídas por uma série de componentes, muitos deles irrelevantes para a formação de ligações emocionais.

Ainsworth (1994) acabou por definir as ligações emocionais como uma ligação relativamente duradoira, em que o parceiro é importante como indivíduo único, que não poderá ser substituído por nenhum outro.

São apontadas como características das ligações afectivas: o desejo de manter a proximidade do parceiro (existindo resistência a factores como a ausência ou separação e o desejo intermitente para restabelecer a proximidade e a interacção); a percepção da reunião como agradável; as separações inexplicáveis serem causadoras de stress e a perda permanente ser sentida como dolorosa. A autora fez ainda a distinção entre ligação afectiva e vinculação, considerando que a vinculação é um tipo específico de ligação afectiva, não sendo os dois conceitos equivalentes. É de salientar que uma ou várias relações interpessoais podem ser importantes para o indivíduo, sem isso implicar relações afectivas, em geral, ou vinculação em particular. No entanto, as relações interpessoais que possuem características de ligações afectivas parecem ser as mais relevantes e significantes de toda a esfera social, pelo papel que desempenham no desenvolvimento humano (Ainsworth, 1994; Sameroff, 1993; Weiss, 1982).

Três características foram apontadas como critérios de distinção entre vinculação (na infância) e outras formas de relações interpessoais. Sendo descritas por Weiss (1991): (a) *Procura de proximidade* – A criança procura manter-se num raio de protecção dos seus pais. Esse contexto de protecção encontra-se reduzido, em situações ameaçadoras ou que se encontram fora dos padrões de rotina habituais. (b) *Efeito de base de segurança* – A presença de uma figura a quem a criança esteja vinculada promove-lhe sentimentos de segurança. (c) *Protesto na altura da separação* – Com o objectivo de manter a acessibilidade da figura de vinculação a criança protesta, de forma activa, tentando impedir a separação.

O mesmo autor refere mais cinco características da vinculação na infância, que incluem:

1. *Ser activada por situações ameaçadoras* – Em situações rotineiras, de segurança, os pais podem ser tratados como companheiros de brincadeira ou mesmo ignorados. Os comportamentos de vinculação surgem quando a criança se sente ansiosa.

2. *Especificidade da figura de vinculação* – Depois de estabelecida a vinculação com uma pessoa particular, só essa figura é objecto de vinculação no sentido da sua proximidade promover uma base de segurança e o seu afastamento conduzir a manifestações de protesto.

3. *Impossibilidade de controlo consciente* – Os sentimentos de vinculação persistem mesmo quando há a percepção que não poderá haver reencontro com a figura de vinculação, no caso de morte desta. As manifestações de protesto persistem mesmo quando se encontra disponível uma pessoa alternativa adequada.

4. *Persistência* – O grau de vinculação não diminui com a habituação, parecendo mesmo manter-se na ausência de reforço. A separação permanente da figura de vinculação traduz-se em ansiedade, que só de forma muito lenta e imperfeita se esbate. Se a separação acontece de forma contínua, durante um grande intervalo de tempo, são visíveis sinais de astenia, que gradualmente conduzem a padrões comportamentais de desespero.

5. *Independência de outras características da relação* – As relações de vinculação persistem mesmo quando a figura de vinculação é negligente ou abusiva. Nestas condições, sentimentos de raiva e cólera podem associar-se às relações de vinculação, acarretando conflitos. No entanto, em condições de perigo ou ameaça, a segurança continua a ser procurada através da relação.

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

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

A Teoria da Vinculação

A principal ideia que Bowlby retira da etologia consiste em considerar que o stress associado à separação, bem como os comportamentos de vinculação que têm por objectivo evitar o seu aparecimento, ocorrem em numerosas espécies animais, sendo de natureza essencialmente instintiva e biológica (contrariamente às hipóteses

clássicas da psicanálise e por outro lado comportamentalistas). Bowlby acrescenta ainda que a propensão para estabelecer vínculos emocionais sólidos com determinadas pessoas é uma componente fundamental da natureza humana, existindo desde o nascimento até à velhice (Bailly, 1997).

Bowlby (1980; 1973; 1982) demonstrou que a acessibilidade de figuras parentais é a única capaz de produzir sentimentos de segurança na criança e utilizou o termo vinculação para designar este tipo de relação.

Como vimos o autor considera que a necessidade de vinculação do recém-nascido para com a sua mãe é uma necessidade primária, cuja não-satisfação provoca o aparecimento de uma angústia primária. Esta angústia é compreendida como o resultado da impossibilidade da criança encontrar o seu objecto de vinculação normal. Ou seja, a angústia primária de separação não surge como reacção a uma situação traumática mas como um sinal activador do comportamento de vinculação.

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

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

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

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

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

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

Ao longo da vida, as condições de activação e de desactivação do comportamento de vinculação vão-se alterando. Se no primeiro ano de vida a presença efectiva da mãe é determinante, a partir do final do segundo ano de vida, é a confiança ou a antecipação da disponibilidade ou indisponibilidade da figura de vinculação que assume o papel preponderante. Progressivamente, o comportamento

de vinculação vai sendo activado com menos frequência e menos intensidade, e pode ser desactivado por um leque muito mais vasto de condições (Bowlby, 1979; Soares 1992).

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

Os Esquemas de Vinculação na criança

As interacções entre a criança e as pessoas que lhe são próximas organizam-se, nos primeiros anos de vida, segundo diferentes esquemas de interacção, podendo os mesmos apresentar-se de acordo com três padrões: inseguro-evitante (A), seguro (B) e inseguro-resistente/ambivalente (C).

Segundo Ainsworth, a vinculação insegura-evitante caracteriza-se pela ausência de expectativas por parte da criança em relação à mãe enquanto figura de segurança, quando aquela se encontra numa situação difícil.

Na vinculação segura a criança mostra-se confiante nos pais, disponíveis e sensíveis aos seus sinais, pelo que, em situações de percepção de perigo, procura activamente segurança e protecção junto dos mesmos.

Relativamente à vinculação insegura-resistente ou ambivalente, as reacções da criança, perante o perigo, traduzem-se pela procura afectiva de protecção dos seus pais, mas com expressão de uma falta de confiança nos mesmos o que afecta os seus comportamentos de exploração. É de notar que este esquema é favorecido por experiências anteriores de incapacidade de resposta por parte dos pais ou por ameaças de abandono utilizadas como meio de pressão sob a criança (Soares & Machado, 1993; Soares, 1996a; Bailly, 1997, Machado 2004).

Posteriormente, Mary Main e Solomon identificaram um quarto grupo de bebés, o Grupo D (desorganizado), caracterizado por sequências de comportamentos contraditórios, por movimentos despropositados e assimétricos, estereotípias, posturas anómalas, sinais de apreensão relativamente à figura parental, expressões de

confusão, desorientação e desorganização (Soares & Machado, 1993; Main, 1996; Soares, 1996, 2000).

Deklyen e Speltz (2001) interpretam esta "desorganização" como uma resposta ao medo; medo suscitado pela presumível fonte de segurança (mãe/pai), ou, noutros casos, pela ocorrência de algo que ameaçou ou traumatizou o bebé (e. g. no caso de uma perda).

Como já anteriormente referimos, Bowlby considera que a qualidade da relação de vinculação na infância tem valor preditivo para o futuro, constituindo-se os esquemas como mais ou menos fixos já que os mesmos suscitam determinadas reacções por parte dos pais e do meio que podem facilmente entrar num ciclo vicioso.

Tendo em consideração esta classificação dos esquemas de vinculação alguns procedimentos experimentais foram criados para a avaliação dos mesmos, a partir das idades mais precoces.

Mary Ainsworth e a “Situação Estranha”

Da colaboração entre Bowlby e Ainsworth nasceu um instrumento experimental denominado situação estranha. Com efeito, trata-se de um procedimento laboratorial estandardizado, constituído por uma sequência fixa de vários episódios, potencialmente stressantes, destinados a activar e/ou intensificar o sistema de vinculação do bebé com cerca de um ano de idade (Ainsworth, 1982; Soares, 1996). Estes acontecimentos indutores de stress foram escolhidos por ocorrerem habitualmente na história das crianças, e por serem relativamente pouco traumáticos, se bem que suficientes para activarem comportamentos de vinculação.

Este procedimento permite definir os três principais tipos de esquemas de vinculação: Assim, o Grupo A (inseguro-evitante) caracteriza-se pelo comportamento de evitamento do bebé perante a mãe, principalmente nos momentos de reunião, ignorando-a ou afastando-se dela; a criança parece não manifestar resistência nem protestar na sua ausência; por outro lado, o estranho é por ela tratado de forma semelhante à da mãe, podendo até o evitamento ser menor.

O Grupo B (seguro) caracteriza-se pela procura activa da proximidade e interacção com a mãe, mantendo-se o contacto após a reunião. Poderão surgir, ou não, protestos face à ausência da mãe, pelo que a criança pode ser um pouco

confortada pelo estranho. O gradiente, neste grupo, vai desde uma interação mais à distância com a mãe, sem procura activa de proximidade, até à procura verdadeiramente activa de contacto e proximidade após a ausência.

No Grupo C (inseguro-ambivalente/resistente) coexistem comportamentos de resistência activa ao contacto e interação com a mãe e comportamentos de procura de contacto, mas em que estes últimos inibem a exploração do meio; este grupo subdivide-se em maior passividade ou maior irritação (Ainsworth, 1982; Machado, 2004; Soares, 1996).

Quanto aos resultados, a autora verificou que a maioria dos bebés foram classificados como seguros (70%), inseguros-evitantes (20%) e uma pequena minoria no grupo inseguro-ambivalente/resistente (10%) (Machado, 2004, p.298).

Quanto aos comportamentos das mães, poder-se-á dizer que as mães de "bebés seguros" mostram receptividade e sensibilidade às estimulações ou pedidos do seu bebé; as mães dos "bebés evitantes" manifestam mais frequentemente quer insensibilidade às solicitações do seu bebé, como uma certa relutância de contacto físico; e as mães dos "bebés ambivalentes" tendem a comportar-se de forma inconsistente para com as solicitações do seu bebé (Cicchetti *et al.*, 1995; Deklyen & Speltz, 2001; Machado, 2004; Main & Cassidy, 1988).

Ao encontrar algumas dificuldades na classificação de vários bebés, e após uma revisão dos mesmos, Mary Main e Solomon identificaram um quarto grupo de bebés, o Grupo D (desorganizado) caracterizado por sequências de comportamentos contraditórios, por movimentos despropositados e assimétricos, estereotípias, posturas anómalas, sinais de apreensão relativamente à figura parental, expressões de confusão, desorientação e desorganização (Main, 1996; Soares, 1996, 2000).

Deklyen e Speltz (2001) interpretam esta "desorganização" como uma resposta ao medo; medo suscitado pela presumível fonte de segurança (mãe/pai), ou, noutros casos, pela ocorrência de algo que ameaçou ou traumatizou o bebé (e. g. no caso de uma perda).

Main e Cassidy (1988), num estudo longitudinal com crianças com vinculação D, observam que muitas destas crianças posteriormente (aos 6 anos) apresentam padrões de vinculação relativamente organizados mas caracterizados por uma espécie de "inversão de papéis" (e. g. a maioria dessas crianças apresentou comportamentos de controlo ou punitivos relativamente aos pais). Subjacente a tais situações da vinculação D parece existir, da parte dos pais dessas crianças, uma

incapacidade em ultrapassar as suas próprias experiências passadas de vinculação (nomeadamente em casos onde ocorreram perdas, abuso físico ou sexual) (Kaufman & Ziegler, 1987; Main & Cassidy, 1988; Trickett & Susman, 1989). Compreende-se, neste sentido, que autores como Trickett e Susman (1989) ou Roisman e colaboradores (2004), por exemplo, refiram a necessidade dos adultos que sofreram experiências precoces negativas de vinculação de requestionarem a forma como pensam acerca delas e de rejeitarem (conscientemente) as atitudes e valores dos seus próprios pais, para que não perpetuem, ao longo das gerações, os maus-tratos (ou negligência) às crianças.

Relativamente à estabilidade da qualidade da vinculação ao longo da infância, o resultado das pesquisas sugere que algumas circunstâncias da vida familiar podem influenciá-la. Entre elas destacam-se: “a) experiências críticas, tais como separações prolongadas da mãe; b) circunstâncias com efeitos duradouros ou periódicos, tais como o regresso da mãe ao trabalho e/ou a prestação regular de cuidados por outras figuras; c) mudanças específicas que influenciam a família como um todo e que podem ter efeitos menos directos sobre a mãe e o bebé, como por exemplo a mudança para uma outra casa” (Soares, 1996, p.79-80).

Evidenciando, uma vez mais, o papel dos vínculos iniciais no desenvolvimento do sujeito convém ainda salientar o papel que terão os modelos do funcionamento das relações (Beckett et al. 2003), o facto de uma vinculação insegura não prever necessariamente posteriores comportamentos perturbados, o facto da vinculação segura também não garantir, por si só, que tais manifestações não ocorram, e a ideia de que a vinculação continuará a sofrer transformações e integrações com novas conquistas relativas à autonomia do sujeito no decurso do seu desenvolvimento. Esta abertura a novas transformações funciona “nos dois sentidos”, ou seja, podem-se adquirir novas “forças” ou novas “vulnerabilidades” (Cicchetti et al., 1995). Assim sendo, “em qualquer fase (...) mudanças nos cuidados prestados e acontecimentos da vida como rejeições, separações e perdas, mas também experiências positivas como os pais arranjam um emprego ou os adolescentes encontrarem um parceiro que dá apoio, ou iniciando terapia, podem provocar alterações no decurso do desenvolvimento da vinculação” (van IJzendoorn, 1995, p.412).

Vinculação – da infância à adolescência

Embora o bebé, numa fase inicial, promova a proximidade do cuidador de forma indiscriminada, à medida que se vai desenvolvendo será mais capaz de identificar a figura que cumpre a função de vinculação, construindo estratégias de activação em função dessa mesma figura. Sensivelmente no final do primeiro ano, à medida que cria uma representação de si na relação com o outro, o bebé está habilitado a descobrir o que fazer para acabar com as situações que lhe causam desconforto. Podemos então identificar, de forma mais evidente, a presença de padrões de vinculação tendo em conta a qualidade da relação estabelecida com diferentes figuras.

A emergência de uma organização de vinculação, em vez de múltiplos padrões de comportamento face a diferentes cuidadores é uma das mudanças fundamentais da infância para a adolescência (Steele, Steele, & Fonagy, 1996, Van Ijzendoorn, 1992, 1995; Waters, Merrick, Albersheim, & Treboux, 1995).

Dentro do que pode ser considerado um desenvolvimento normativo, uma criança de aproximadamente três anos deverá activar o sistema de vinculação de forma menos frequente e intensa, permitindo por sua vez a activação, cada vez mais frequente, do sistema de exploração. Falamos então de uma “conquista desenvolvimental” progressiva, absolutamente essencial para que a criança possa experimentar os crescentes períodos de ausência da figura de vinculação, não como ameaçadores, mas como um processo evolutivo de autonomia, capaz de lidar com a separação sem temer a perda (Machado, 2007).

Embora as experiências precoces de vinculação não tenham um carácter determinista no desenvolvimento do sujeito, facto é, que a qualidade das relações estabelecidas com os cuidadores, e o equilíbrio entre a liberdade e responsabilidade que é suposto que promovam, são um dos mais fortes preditores da saúde mental na adolescência (Claes, 2004). O desenvolvimento da autonomia, individualização e capacidades para estabelecer e lidar com novas relações, são processos desenvolvimentais particularmente relevantes nesta fase. A qualidade da resolução destas tarefas está intimamente ligada ao desenvolvimento de uma identidade própria, coesa e autónoma, capaz de gerir de forma adequada tanto as separações como o estabelecimento de novas relações significativas (Machado, 2007). Questões como lidar com o próprio corpo, ser aceite no grupo de pares, a experiência de uma

relação amorosa, funcionam como potenciadores da emergência de conflitos internos, nem sempre passíveis de serem resolvidos de forma satisfatória.

Segundo Bowlby (1973/98), o indivíduo tende a generalizar noutro tipo de relações o que é apreendido nas relações mais precoces. No período da adolescência a qualidade da vinculação estabelecida com os cuidadores poderá ser questionada, permitindo a reorganização da própria estrutura da relação, clarificação e delimitação de novos papéis, numa tentativa de reequilibrar a estabilidade familiar, tendo em conta as novas competências adquiridas com o alargamento e complexificação da teia relacional (Kobak & Cole, 1994).

A qualidade dos modelos internos é essencial para antecipação de determinadas respostas do outro, podendo estes ocasionar um padrão de comportamento do sujeito mais ou menos desviante consoante a maior ou menor disponibilidade prevista da figura de vinculação em particular, e conseqüentemente, dos outros em geral. É também ao longo desta fase que surgem novas capacidades cognitivas, nomeadamente as “operações formais”, que incluem o pensamento lógico e abstracto (Keating, 1990). O adolescente passa a poder equacionar cenários possíveis, decorrentes da capacidade de raciocinar correctamente sobre hipóteses, libertando-se do concreto, e conduzindo frequentemente a oscilações entre duas necessidades coexistentes e aparentemente paradoxais: separação/dependência. Simultaneamente o adolescente ganha competências para poder reflectir acerca de si próprio, da sua história relacional, singularidade e complexidade (Soares, 2004). Segundo Niemiec e colaboradores (2006), Hauser e Greene (1992), não se trata de uma oposição entre vinculação/autonomia, mas sim da necessidade de conciliar duas tendências que activam de forma intensa o sistema de vinculação nesta fase de desenvolvimento. Para Main (1991), a par da emergência de novas capacidades cognitivas instala-se, ao longo do processo de autonomização, a distância emocional necessária para possibilitar uma reavaliação da natureza das relações de vinculação com os pais, designado por “metacognição do sistema de vinculação”. As transformações relacionais e desenvolvimentais permitem que surjam novas figuras de vinculação, nomeadamente os pares, sendo possível tornarem-se eles próprios figuras de vinculação em relação aos outros, e adquirir um conhecimento mais abrangente das suas experiências relacionais (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985, Freeman & Brown, 2001; Nickerson & Nagle, 2005). Isto é, o adolescente desenvolve capacidades que lhe permitem tornar-se um cuidador, nomeadamente ao

nível das relações amorosas (Soares, 1996). Estas relações, dada a sua intensidade, cumplicidade e grande intimidade física e sexual, revestem-se de uma carga afectiva ímpar, sendo possível sobrepor-se a certas funções da relação pais-filhos Guedeney, (2002).

Nesta fase, a função do comportamento de vinculação é essencialmente a de regulação das emoções, uma vez que a sobrevivência, outrora fundamental, estará já assegurada. Se no início da adolescência uma das tarefas fulcrais dos pais enquanto cuidadores, deverá ser a de apoiar os filhos na gestão adequada dos afectos emergentes do seu movimento de independência, pressupõe-se que, progressivamente, o adolescente adquira capacidades de regular os afectos sem distorção, inclusive nas situações emocionalmente mais exigentes. As perspectivas desenvolvimentais contemporâneas defendem que a existência de relações de vinculações seguras entre pais e adolescentes são facilitadoras do processo desenvolvimental, uma vez que se constituem como uma base segura a partir da qual o adolescente pode explorar o mundo extra familiar (Bowlby, 1988; Kenny, 1987a; Cárter & McGoldrick, 1988; Berman & Sperling, 1991, Machado, 2004; 2007) Esta tarefa fundamental permitirá ao indivíduo não só desenvolver uma estratégia independente de regulação dos seus afectos, bem como, poder fazê-lo de uma forma distinta da dos seus progenitores. A adolescência representa um período de moratória psicossocial no qual o adolescente experimenta um conjunto de papéis sociais, de forma a adquirir competências ao nível da tomada de decisão, resolução de problemas e aquisição de autonomia (Arnett, 1997, 2004, 2006).

As novas relações estabelecidas podem constituir uma oportunidade de reavaliação das relações precoces, estabelecidas de modo inseguro, contribuindo para o processo de reparação dos modelos internos dinâmicos (Main et al., 1985; Soares, 1996). Hazan e Zeifman (1994) defendem, inclusivamente, que embora os adolescentes elejam os pares como companhia, quando necessitam de suporte emocional e conforto recorrem às figuras parentais, cumprindo assim, estas figuras, funções distintas no desenvolvimento saudável do adolescente.

Vinculação na Idade adulta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Do mesmo modo que Bowlby, Ainsworth (1985, 1989) sublinhou uma extensão de vinculação na vida adulta, argumentando que esta é sobretudo visível nos "affectional bonds". Uma relação específica, insubstituível onde outro desejo de proximidade assume um papel central.

Exemplo deste tipo de relação é o caso de uma díade amorosa, em que se entrelaçam uma singular inscrição de três sistemas comportamentais distintos: o sistema sexual, o sistema de vinculação (procurando o apoio do parceiro) e o sistema cuidador (fornecendo o cuidado ao parceiro e/ou a prestação de cuidados aos descendentes). A atracção sexual e a paixão são particularmente intensas nas primeiras fases da relação conjugal. No entanto, se a relação conjugal prevalecer por um longo período de tempo, é possível que o sistema de vinculação e o cuidador se tornem mais activos. Crê-se que dos três sistemas o fundamental é o sistema de vinculação, porque é o primeiro que surge no curso do desenvolvimento do indivíduo, desempenha um papel fundamental na formação representação de si e dos outros sendo, por isso, a base do desenvolvimento dos outros sistemas.

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

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

Lopez (2001) defende que os dados das investigações são concordantes, no que se refere ao papel da vinculação no comportamento dos adultos, relativamente às seguintes questões: a) Há uma relação entre a avaliação das relações de vinculação que se estabelecem na infância e os estilos de vinculação dos adultos; b) Existe uma

relação entre os estilos de vinculação, a capacidade de regulação dos afectos e desenvolvimento das relações pessoais. Os adultos seguros demonstram menor ansiedade, hostilidade, depressão e menor ansiedade social, bem como níveis de auto-estima e de confiança mais elevados; c) Denota-se uma interligação entre os estilos de vinculação nos adultos e o funcionamento em díades. Os indivíduos com um estilo de vinculação seguro revelam maior capacidade de procurar o outro e proporcionar-lhe o suporte necessário em situações de stress, evidenciando maiores aptidões de resolução de problemas e de comunicação empática.

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

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

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

que as relações de vinculação requerem alguma aprendizagem discriminativa que não é necessária para as relações de dependência.

Relativamente à distinção entre relações de vinculação e de afiliação podemos afirmar, tal como já referimos no primeiro capítulo, que relações de afiliação frágeis colocam em risco o nível de sentimento de pertença social, encontrando-se a pessoa destituída de um estatuto. Por sua vez, a pessoa fragilizada ao nível da sua vinculação é afectada em termos emocionais, na segurança e confiabilidade dos seus laços afectivos com as suas figuras significativas. Numa relação de vinculação o indivíduo, ao sentir-se ameaçado, procura conforto e suporte no outro, ao passo que na relação de afiliação, nenhum dos elementos se sente ameaçado, e a interacção visa o bem-estar ou interesses comuns (Weiss, 1998).

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

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

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

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

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

Os indivíduos com um padrão de vinculação evitante receoso tem tendência a sentir desconforto com a proximidade emocional do outro. Têm necessidade de se

sentir próximos dos outros, no entanto temem confiar completamente ou depender deles, receando ser magoados.

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

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

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

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

Quadro 2 - Diferenças no estilo de vinculação segundo os padrões, história de vinculação, modelos mentais e experiências amorosas (adaptado de Feeney & Noller, 2001)

Sistema de vinculação no adulto

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

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

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

Este modelo é sensível tanto ao contexto quanto às especificidades de cada indivíduo. Cada um dos componentes do modelo pode ser afectado pelo contexto (ex. perigos, ameaças, percepção relativa à disponibilidade ou não da figura de vinculação, e percepção da viabilidade da procura de proximidade e protecção na figura de vinculação numa situação específica), o que dá origem a influências invertidas na operacionalidade do sistema de vinculação. Por exemplo, o recorrer a figuras de vinculação segura, passadas ou presentes, pode auxiliar um indivíduo inseguro a sentir-se momentaneamente em segurança e, a actuar de acordo com essa sensação.

Cada componente do modelo é ainda afectada pelos modelos dinâmicos internos do *self* e do outro, os quais irão influenciar a percepção das ameaças, da disponibilidade da figura de vinculação e a viabilidade da procura de proximidade. Estas influências integram-se num processo - “*top-down*” - através do qual o estilo de vinculação de um indivíduo afecta o funcionamento do sistema de vinculação. Por exemplo, um indivíduo ansioso tenderá a exacerbar o valor da ameaça e a manter-se

vigilante aos sinais mais ínfimos da ausência de resposta por parte da figura de vinculação, o que conduz à manutenção do sistema de vinculação hiper activado.

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

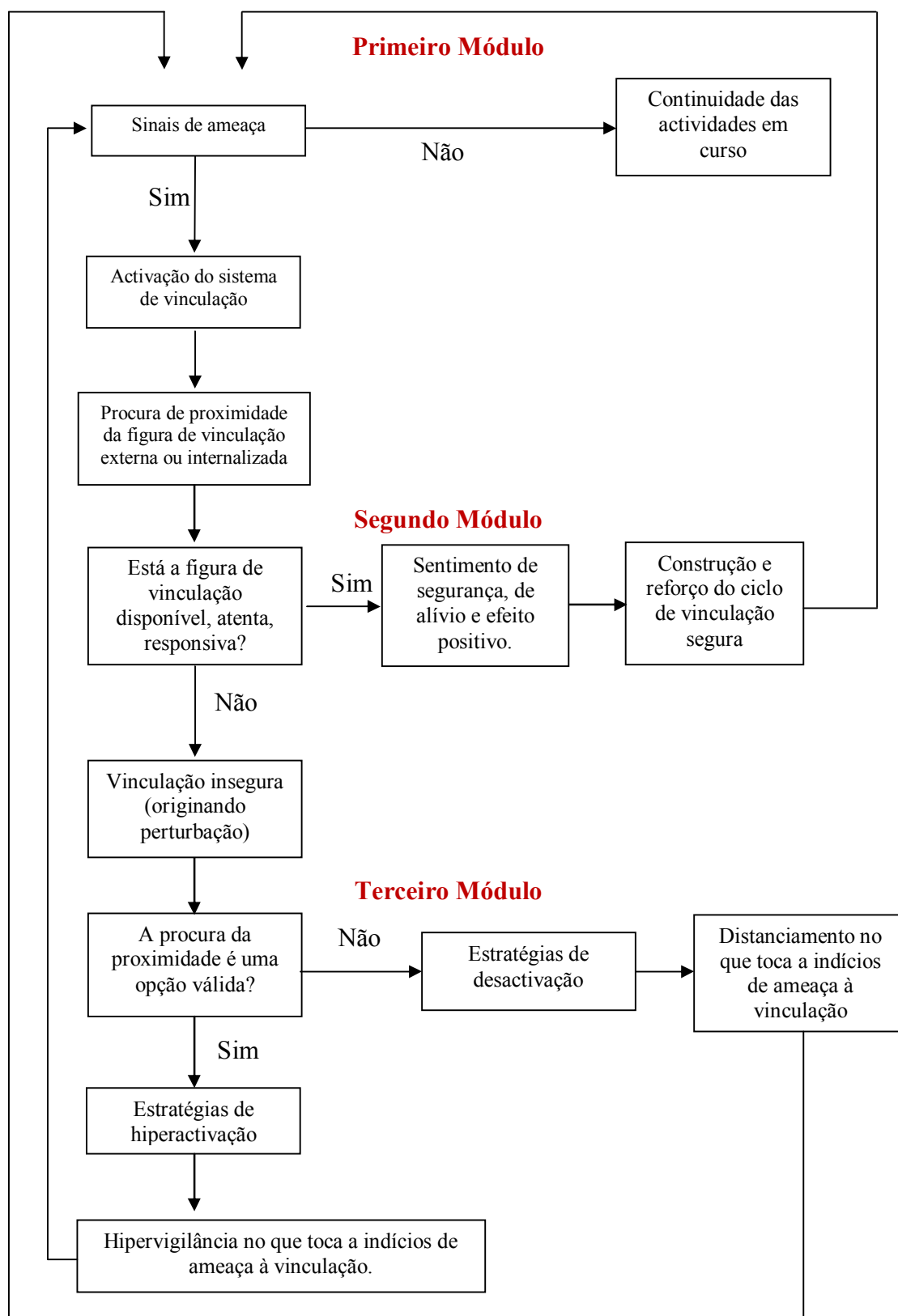


Figura n.º 1: Modelo e funcionamento do sistema de vinculação no adulto (adaptado de Mikulincer & Shaver, 2007)

Estratégias de hiperactivação

Mikulincer e Shaver (2007) postulam que o objectivo principal das estratégias de hiperactivação é conseguir que a figura de vinculação, percebida como indisponível ou insuficientemente responsiva, preste mais atenção, protecção e suporte ao indivíduo. Esta estratégia traduz-se na dependência do outro para se sentir confortável; na excessiva necessidade de atenção e cuidado; no forte desejo de proximidade; na existência de comportamentos controladores destinados a garantir a atenção do parceiro, bem como, na rejeição de qualquer afastamento físico, emocional ou cognitivo do parceiro. O recurso a estratégias de vinculação ansiosa surge porque estas se mostraram eficazes nas suas relações de vinculação primárias. Infelizmente, embora obtenham sucesso, pelo menos com alguns parceiros, estas estratégias facilmente se tornam coercivas, geradoras de comportamentos agressivos, de insatisfação na relação, conduzindo, paradoxalmente, à rejeição e ao abandono.

Para obter a desejada atenção e cuidados, os indivíduos ansiosos tendem a dramatizar: as ameaças físicas e psicológicas, a sua incapacidade de lidar com as exigências de vida, as experiências e expressão do stress, os protestos relativamente à indisponibilidade da figura de vinculação. Desta forma, apresentam-se como algo infantis e excessivamente necessitados de apoio, ou seja, pessoas com padrão de vinculação ansioso, frequentemente e de forma deliberada (consciente ou inconscientemente) enfatizam as suas necessidades e vulnerabilidades, esperançados que este exagero capte a atenção e preocupação da figura de vinculação (Cassidy e Berlin, 1994; Mikulincer e Shaver, 2003). Este movimento apelativo de protecção é vivenciado com culpabilidade, em parte atribuída ao parceiro (visto como alguém que não é digno de confiança, traidor e maltratante), em parte assumido pelo próprio, reforçando a representação negativa de si e, a dúvida de ser merecedor do amor do outro. Assim, as estratégias de hiperactivação têm um impacto negativo ao nível da estabilidade das relações, sendo pouco provável que indivíduos com padrão de vinculação ansioso consigam atingir a segurança e calma necessárias a uma boa saúde mental, autonomia e desenvolvimento pessoal.

De destacar que não são necessárias ameaças reais para que surja a necessidade de activar o sistema de vinculação, existem igualmente fontes de ameaça

internas (pensamentos perturbadores e ruminativos, sonhos, imagens, ideias catastróficas), não sendo necessário que o indivíduo se confronte literalmente com a ameaça.

Estratégias de desactivação

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

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

As estratégias de desactivação associadas a estes processos mentais têm um efeito de distorção na percepção do próprio e um efeito destrutivo na percepção dos outros. Indivíduos evitantes, de forma defensiva, inflamam a sua auto-concepção,

presumivelmente para se sentirem menos vulneráveis. Tendem a denegrir os parceiros, menosprezando as suas necessidades e maltratando-os.

Outro efeito das estratégias de desactivação actua directamente sobre a capacidade de regular as emoções negativas, permitindo que estes indivíduos mantenham activos sentimentos de fúria e de ressentimento, embora continuem a esforçar-se para não os exteriorizar.

Estes indivíduos têm igualmente tendência para perceber as relações enquanto pouco satisfatórias, o que lhes permite evitar relações demasiado íntimas, com um nível de envolvimento emocional demasiado exigente, Mikulincer e Shaver (2007).

Utilização simultânea de estratégias de hiperactivação e de desactivação

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

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

Shaver e Clark (1994), encontram evidências de que indivíduos receosos evitantes são os menos seguros, os menos confiantes e os mais problemáticos da

amostra estudada. Apresentam uma representação especialmente negativa dos parceiros sexuais, são mais propensos a envolverem-se em relações conflituosas e violentas, apresentam alguma rigidez cognitiva, demonstram pouca empatia pelo sofrimento dos outros e apresentam graves distúrbios de personalidade e uma frágil saúde mental.

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

Transmissão intergeracional

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

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

desenvolver o mesmo tipo de defesas que outrora o seu progenitor desenvolveu. Este fenómeno é denominado por transmissão intergeracional.

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

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

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

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

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

Belsky e Fearon (2002), chamaram a atenção para a importância dos primeiros relacionamentos de vinculação como organizadores de um possível padrão de vinculação. Estes estudos sublinham que uma vez alcançada a segurança, está longe qualquer garantia de mantê-la, e também fomentam a ideia de que a sensibilidade medeia a transmissão intergeracional da vinculação. A maior parte destes resultados foram confirmados no estudo do Instituto Nacional de Saúde

Infantil e Desenvolvimento Humano (NICHD, 2003), no qual a sensibilidade materna foi o preditor mais forte de todos os resultados. Quando as mães apresentavam maior sensibilidade com os seus bebés, estes demonstram maior competência social e menos comportamentos problemáticos.

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

Sagi e colaboradores (1997) constataram que a transmissão da vinculação ao longo das gerações não é de forma alguma um "fenómeno universal", mas sim fruto da criação de mecanismos específicos. Analogamente, Tienary e colaboradores (1994) desenvolveram uma investigação numa grande amostra de crianças adoptadas na Finlândia, com crianças com mães biológicas esquizofrénicas. Os resultados mostraram que as crianças em risco foram mais susceptíveis de desenvolver problemas psiquiátricos, mas apenas quando o seu ambiente foi disfuncional (Bohman, 1996, encontrou resultados semelhantes quanto a comportamentos criminosos). Assim, há um ambiente dinâmico e de interacção entre factores genéticos e ambientais. Todos estes estudos demonstraram que a genética é um factor a ter em conta, mas por si só, não tem um carácter determinista.

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

Um grande número de investigadores discutiu o processo de transmissão do comportamento das mães em relação a seus filhos (Perris & Andersson, 2000; vanIjzendoorn, 1996; Belsky, 2003). Ao estudarem a transmissão intergeracional, concluíram que há correlação entre os valores experienciados e os que são passados a futuras gerações. No entanto, esta situação nem sempre se verifica, podendo mesmo ocorrer transformação dos padrões entre gerações.

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

Monteiro e Pereira (2008) apresentam um estudo que defende a importância de estabelecer relações afectivas privilegiadas na adolescência. Uma vinculação segura (aos pares e aos pais) parece actuar como factor de protecção para a emergência de psicopatologia, sugerindo que se intervenha terapêuticamente em jovens com padrões de vinculação inseguros.

Trabalhando aspectos como a análise e avaliação das representações disfuncionais de si próprios e dos outros, perspectivam que a relação terapêutica actue como uma experiência desconfirmatória, podendo intervir no sentido da reelaboração dos modelos internos dinâmicos e da reestruturação dos esquemas interpessoais, contribuindo para a ruptura de ciclos transgeracionais negativos (Safran & Segal, 1990, Guidano, 1991).

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

Vinculação e Psicopatologia

Bowlby, (1969/1982, 1973, 1980) propôs um modelo de desenvolvimento numa articulação clara com a psicopatologia. De acordo com este, o desenvolvimento vinculativo de uma criança com o cuidador é um ponto-chave que influencia não só as representações que a criança faz do *self* e do outro, como ainda as estratégias para processar emoções e pensamentos relativos a processos de vinculação. Acontecimentos como abandonos e situações de abuso conduzem a modificações nestas representações internas afectando o processamento de emoções

e pensamentos. Bowlby (1973, 1980) sugeriu que, quando as crianças desenvolvem representações negativas de si próprias e dos outros, ou quando adoptam estratégias para processar emoções e pensamentos que comprometam abordagens realistas, tornam-se mais propensos a psicopatologias.

Como vimos Bowlby (1973) considera que a necessidade de vinculação do recém-nascido é uma necessidade primária, cuja não-satisfação provoca o aparecimento de uma angústia primária. Esta angústia primária de separação não surge como reacção a uma situação traumática mas como um sinal activador do comportamento de vinculação.

Bowlby (1973) considera que as diferentes formas de experiência de separação em relação à figura de vinculação (separação física temporal, perda definitiva, presença sem disponibilidade ou sem responsividade adequada, ameaça de abandono com fins educativos, etc.) têm em comum a capacidade de criar situações de stress capazes de direccionar o desenvolvimento da criança para a saúde mental ou para a psicopatologia (Bailly, 1997).

As crianças desenvolvem expectativas relativamente à disponibilidade dos seus cuidadores através de interacções primárias. De acordo com Bowlby estas expectativas funcionam como a base dos modelos que a criança adquire para lidar consigo próprio e com os outros. Quando estas experiências conduzem a expectativas positivas, que o cuidador seja responsivo e afectuoso, desenvolvem um modelo do *self* enquanto passíveis de serem amadas e valorizadas, e do outro, enquanto capaz de responder de forma eficaz às suas necessidades. Pelo contrário, quando a figura cuidadora não responde de forma adequada às necessidades da criança, esta desenvolve estratégias alternativas e inseguras de lidar com situações de stress. Quando estas crianças usam estratégias de minimização de danos, defendem-se deslocando a atenção dos seus problemas e da falta de disponibilidade de cuidador.

Assim sendo, ficam com um acesso bastante limitado aos seus próprios sentimentos, criando necessariamente uma imagem idealizada da disponibilidade dos pais. Quando as estratégias utilizadas são de maximização dos danos causados, a atenção é deslocada e centralizada nos seus problemas e na disponibilidade do cuidador, não se distanciando, portanto, da falta de responsividade do cuidador. Estas crianças dificilmente conseguem identificar uma verdadeira ameaça, bem como a verdadeira disponibilidade do cuidador. Qualquer uma destas estratégias

pode conduzir a patologias associadas. Em situação de minimização a criança pode apresentar patologias de externalização, uma vez que a atenção é deslocada do self dada a não resolução de representações negativas. Em situações de maximização a criança pode apresentar patologias de internalização, uma vez que a atenção é centrada na disponibilidade do cuidador e, as representações negativas mantêm-se presentes e dolorosas.

Bowlby (1980) sugere que há 3 grandes tipos de circunstâncias que podem ser causadoras de uma depressão em termos de ciclo vital: a) Quando um dos progenitores morre e a criança experimenta uma falta de segurança e perda de controlo em relação à situação, estará mais propensa à desilusão e a desenvolver sentimentos de desespero relativamente a acontecimentos traumáticos; b) Quando a criança se sente incapaz, mesmo após várias tentativas, de criar laços estáveis e seguros com os cuidadores, desenvolve uma auto-imagem de fracasso. Qualquer perda ou desilusão subsequentes serão sempre percebidas como um reforço do sentimento de fracasso; c) Quando os pais transmitem à criança que esta não é merecedora do seu amor, esta criará um modelo interno dinâmico que se irá reflectir na forma como se percebe a si própria – pouco merecedora de afecto, e aos outros – enquanto incapazes de o proporcionar.

Em consequência disto, a criança e, mais tarde o adulto, sempre que confrontado com uma situação de carência, irá experienciar a hostilidade e a rejeição por parte dos outros.

Cummings e Cicchetti (1990) sugeriram que experiências de um cuidador psicologicamente indisponível são semelhantes à perda de facto do cuidador (morte), no sentido em que a criança experiencia abandonos frequentes ou crónicos do cuidador. A sensação de incapacidade e de desilusão surge face a acontecimentos desagradáveis, vivenciados pelo indivíduo como estando fora do seu controlo. Cada um dos conjuntos de circunstâncias referidos por Bowlby remete para um sentimento de incapacidade por parte da criança. No segundo e terceiro conjuntos de circunstâncias a criança experiencia um sentimento de ausência de controlo que resulta da falta de responsividade dos progenitores. Em circunstâncias que envolvam a morte da figura cuidadora, a criança sente que não tem controlo sobre a perda dessa figura e subsequentemente poderá experienciar este sentimento com outros cuidadores.

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

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

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

No entanto, e sem prejuízo do papel fundamental dos vínculos primários no desenvolvimento do sujeito, convém subtrair aos modelos de funcionamento das relações a noção de determinismo que daí possa resultar, uma vez que, a vinculação insegura não prevê necessariamente ulteriores comportamentos perturbados e a

vinculação segura também não garante, por si só, que tais manifestações não ocorram, permanecendo a convicção que a vinculação continuará a sofrer transformações e integrações com novas conquistas relativas a autonomia do sujeito no decurso do seu desenvolvimento. É ainda de salientar que esta abertura a novas transformações funciona em ambos os sentidos, ou seja, podem-se adquirir novas “forças” ou novas “vulnerabilidades”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A ideia de Bowlby de que o estudo da vinculação poderia dar importantes pistas para a compreensão da psicopatologia do adulto ganha sustentabilidade e os processos dissociativos desde logo se afiguraram como os melhores candidatos a ter um lugar de destaque nesta relação (Liotti, 1992a, 1995). Os processos dissociativos surgiram como uma defesa primária em relação ao trauma.

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

Ao serem considerados relativamente estáveis os *working models* determinam o que é importante ou não perceber, e estabelecem planos de acção para lidar com as situações, ou seja, apresentam características de auto-regulação, pelo que quanto mais precoce for a construção de *working models* disfuncionais maiores serão os riscos para a saúde mental.

Embora Bowlby não tenha considerado a existência de factores mediadores entre a construção de *working models* e o desenvolvimento de psicopatologia, outros autores desenvolveram vários estudos neste âmbito. Destacamos Bartholomew (1990) e Hazan e Shaver (1987) que consideraram que a representação das experiências de infância influenciariam a integração de experiências relacionais na idade adulta. Para Belsky (1988) estes factores mediadores eram traduzidos em expectativas de auto-eficácia ou, mais concretamente de auto-conceito.

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

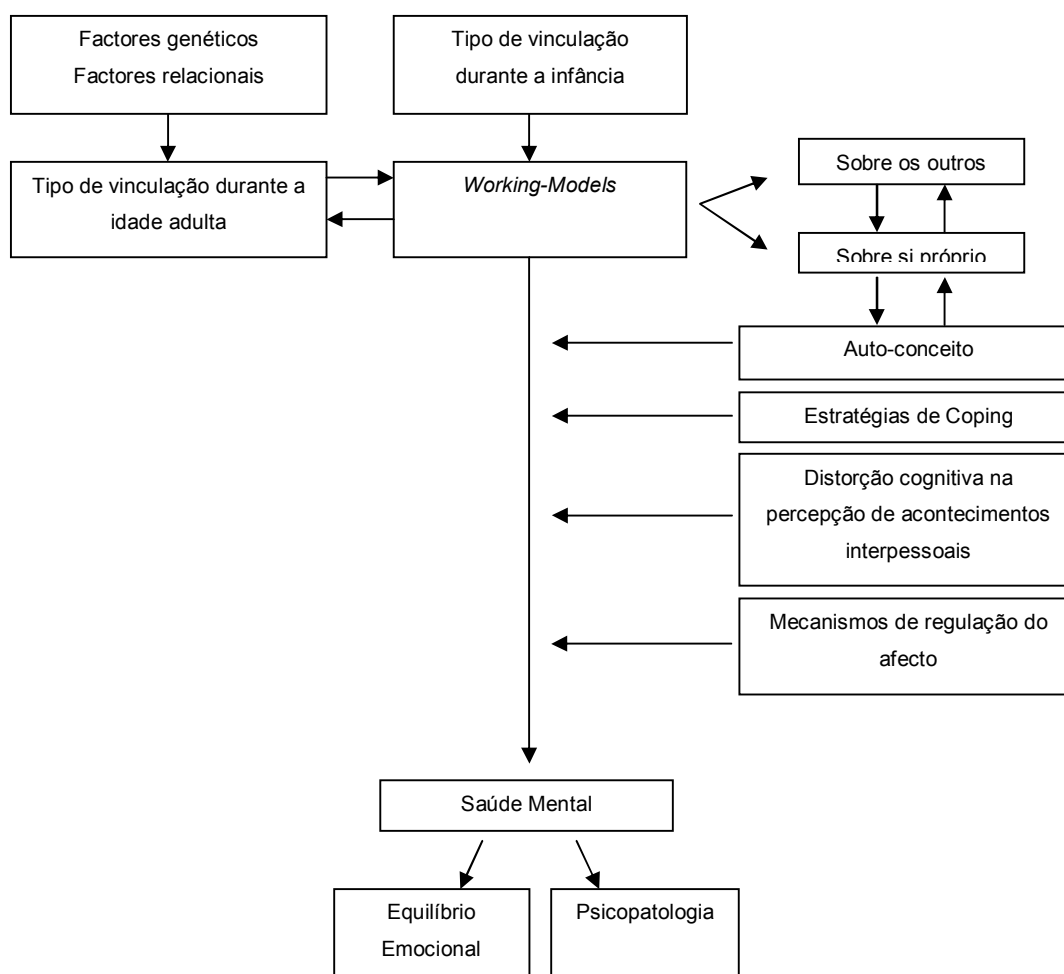


Figura n.º 2 - Ligação entre relações de vinculação e saúde mental, de acordo com recentes desenvolvimentos da Teoria de Vinculação (Bartholomew, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Main et al., 1985; Rutter, 1995; Sroufe & Fleeson, 1986; Waters et al., 1993) Fonte: Canavarro, 1997, 142

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

Relativamente às estratégias de *coping*, os autores defendem que um indivíduo sente-se ansioso se a sua figura de vinculação não apresenta, de forma consistente, comportamentos adequados às suas necessidades, organizando respostas ambivalentes ou de evitamento para minimizar o tipo de respostas percebidas, acabando por generalizá-las a outras áreas da sua vida.

No que concerne às distorções cognitivas na percepção de acontecimentos interpessoais, constataram que, indivíduos com padrões de vinculação inseguro tendem a interpretar os acontecimentos interpessoais indutores de stress como rejeições ou, como mais uma certeza da sua falta de competências sociais, podendo por tal facto apresentar sintomatologia depressiva.

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

A designação de MOI (modelo operacional interno) é originária do psicólogo britânico Kenneth Craik, 1943 (cit in Guedeney, 2002) e foi repescada por Bowlby na intenção de evidenciar o carácter dinâmico que assumem os modelos mentais que a criança vai construindo, tendo em conta as interacções que estabelece com os que lhe são mais próximos. Estes modelos confluem simultaneamente numa imagem criada de si como sendo mais ou menos merecedor de ser amado e, do outro, como mais ou menos disponível e sensível às suas necessidades.

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

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

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

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

Síntese

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

Começámos por apresentar o modelo desenvolvido por Bowlby, bem como os pressupostos nos quais se baseia a construção da relação de vinculação.

A perspectiva desenvolvimentalista, presente na génese da Teoria da Vinculação foi igualmente abordada, apresentando algumas das investigações empíricas realizadas no âmbito desta temática, em todo o ciclo de vida.

Assim, apresentamos a teoria da vinculação na infância (esquemas de vinculação na criança e a situação estranha), a vinculação na adolescência e idade adulta, realçando as especificidades inerentes a cada fase.

Dado que o presente estudo foi realizado com população adulta, damos naturalmente algum destaque ao sistema de vinculação no adulto (estratégias de hiperactivação, desactivação e uso simultâneo de ambas).

Posteriormente dedicámos especial atenção ao processo de transição intergeracional e à psicopatologia, uma vez que um dos objectivos do presente estudo é avaliar a possibilidade da relação terapêutica e o suporte social funcionarem como factores desconfirmatórios de modelos prévios de vinculação insegura.

Toda a intervenção que vise alterações de comportamento o grande agente de mudança é a relação. No entanto com a maioria da população sem abrigo a dificuldade consiste em estabelecer e manter uma relação durante tempo suficiente para que possa emergir ingredientes tão importantes como a confiança. Assim, ao longo da vida as relações significantes podem ser factores de risco ou de protecção consoante promovem o bem-estar global do indivíduo, ou pelo contrário, gerem condições adversas que impliquem sofrimento (Machado, 2004).

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

Capítulo III

Comunidade de Inserção Novo Olhar

Introdução

O desenvolvimento e contexto político-social actual são um factor intrinsecamente relacionado com o fenómeno da exclusão social, ao qual um conjunto de respostas sociais, nomeadamente as Comunidades de Inserção (C.I.), pretendem dar uma resposta. Na sua maioria, os sem abrigo são indivíduos dependentes de substâncias químicas, alcoólicos e/ou pessoas com problemas de saúde mental, indivíduos com processos jurídicos graves a decorrer ou pretéritos, o que dificulta a inserção social, familiar e comunitária. Nesse sentido, o único quadro de referência que lhes é ou era acessível, em termos de estruturas organizacionais, corresponde ao das prisões, hospitais, as próprias famílias (muitas vezes disfuncionais e abusivas), centros de acolhimento temporário ou outras respostas de emergência social com cariz mais imediato e, portanto, menos vocacionados para gerar alterações comportamentais passíveis de uma reintegração social.

Após revisão bibliográfica sobre as respostas sociais para sem abrigo destacamos a investigação realizada por Cabrera (2003) dado ter dedicado especial atenção às estruturas residenciais. O autor faz uma análise das diferentes respostas sociais para esta população, na cidade de Madrid, reportando-se ao Programa de Suporte Comunitário criado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental, em Espanha, um modelo de prestação de serviços para a população com problemas de saúde mental. Este programa lançado em 1977 facilita o tratamento a longo prazo e a reabilitação social. Mais tarde, em 1987, a União Europeia destacou alguns aspectos da prestação de serviços para população sem abrigo com problemas de saúde mental, incluindo a extensão da doença e o processo de vinculação aos serviços, verificando-se a necessidade de expandir as oportunidades habitacionais e de acompanhamento dos diferentes casos de forma mais prolongada (Hopper, Mauch e Morse, 1989).

Os programas que fornecem alojamento aos doentes mentais geralmente excluem os consumidores de substâncias psicoactivas e vice-versa. Normalmente procuram apoio na satisfação das necessidades básicas, tais como alimentação e abrigo, mas raramente, trabalho

ou tratamento ao nível da saúde mental (Farr, Koegel e Bunjam, 1986; Mulkein e Bradley, 1986).

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

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

A existência de equipas multidisciplinares nas instituições de apoio introduziu mudanças fundamentais na orientação dos serviços, passando a centrar-se em processos individuais para alcançar uma reabilitação psíquica, social e laboral, estimular o comportamento adaptativo, mudar hábitos e melhorar as competências sociais, reestruturar a dinâmica relacional familiar (Martín Barroso, Alba, 1985).

Além de prestar cuidados básicos e estadia, as estruturas residenciais podem tornar-se um lugar seguro para estabelecer relações interpessoais gratificantes e reaprender hábitos de sociabilidade. Podem ainda facilitar o acesso a redes sociais, apoio emocional, tratamento ou um lugar para recuperar de fragilidades típicas nos sem abrigo, dadas as suas carências alimentares, de higiene e exposição a factores ambientais agressivos, Cabrera (2003).

Um fenómeno habitual entre os residentes das estruturas é a "porta giratória", que permite encontrar, ciclicamente, os indivíduos em diferentes instituições, Cabrera (2003). Estes indivíduos, normalmente transitam de uma estrutura para outra, sendo que a rotação ocorre em função das vagas disponíveis e as estadias são relativamente curtas. A decisão de abandonar a estrutura justifica-se usualmente por um emprego casual ou por receberem algum dinheiro, expressando o desejo de uma liberdade adolescencial.

Cabrera (2003), afirma que um aspecto realmente inesperado da sua pesquisa refere-se aos dados sobre a visão de si próprios e do seu futuro. A maioria descreveu a sua condição como transitória, podendo constatar-se que a esperança é um factor que define a vivência dos

sem abrigo. Assim como na maioria das pessoas, na população sem abrigo as ilusões de autonomia são um componente crítico do seu processo, sendo importante que as estruturas trabalhem estes aspectos (Avia Vázquez, 1998, Taylor, 1989).

Ao longo deste capítulo iremos apresentar a filosofia de base das comunidades de inserção e de uma forma mais pormenorizada a metodologia de intervenção da comunidade de inserção novo olhar. Terminaremos o capítulo com a exposição de algumas das particularidades das quais de reveste o trabalho com os sem abrigo nesta estrutura.

Comunidade de Inserção para sem abrigo: bases e influências

Postulamos serem duas as linhas de pensamento que confluem no trabalho realizado pelas C.I.: por um lado constituírem-se como um modelo substituto da sociedade e por outro como modelo hierárquico da família. Em traços gerais, estas estruturas adoptam uma intervenção centrada na pessoa, na perspectiva de preparar os indivíduos para a reintegração na sociedade mais ampla.

Alguns residentes referem-se à comunidade como a sua "família" ou o lugar onde "cresceram" e aos funcionários como os pais que nunca tiveram, Bratter, Bratter e Radda, (1986). Outros sentirão a instituição como uma micro-sociedade. Com a proibição do uso de substâncias e do comportamento anti-social, a instituição assemelha-se à sociedade mais ampla: uma rotina diária de trabalho e educação, as relações sociais e a progressão individual pela hierarquia de funções das tarefas quotidianas, compara-se bastante ao percurso do "mundo real". O vivenciar das muitas funções ao nível das tarefas rotineiras e dinâmica da casa proporciona o necessário treino de diversos papeis, de modo a readquirir capacidades dispersas no processo de exclusão.

A mais-valia da CI é a aprendizagem por tentativas e erros, permitindo que se possa fracassar num ambiente de segurança. Isso contrasta com o mundo exterior em que existe um maior risco de perdas, humilhações e punições decorrentes deste fracasso. Por isso, a CI é considerada uma microsociedade que prepara o indivíduo para uma participação activa na definição do seu lugar na macrosociedade do "mundo real", permitindo a emergência do sentimento de competência e pertença ao nível da organização social.

O período de estadia na CI é um período relativamente breve da vida do indivíduo, apesar disso, o seu impacto é suposto contrapor-se aos anos de influências negativas anteriores e posteriores ao projecto. Por esse motivo, as influências externas insalubres são minimizadas até que o indivíduo esteja melhor preparado para lidar com elas. Estas estruturas pressupõem

que o indivíduo permaneça durante aproximadamente um ano, contrariando o carácter transitório de grande parte das instituições para sem abrigo. A permanência de curta duração faz com que o interesse e o vínculo estabelecidos sejam breves e superficiais, quando acreditamos ser necessário, justamente, construir vínculos mais duradouros que lhes permitam (re)elaborar a sua história e reparar padrões prévios de vinculação inseguros.

As estruturas interpessoais, tais como as formas de interacção na casa, estão alicerçadas sob três características: reciprocidade, equilíbrio de poder e estabilidade na relação afectiva (Bronfenbrenner, 1979/1996). Estas características ajudam o indivíduo a manter-se estruturado a fim de permitir o desenvolvimento saudável. A reciprocidade está centrada no processo de aproximação que ocorre entre duas ou mais pessoas. Com o seu feedback mútuo, ela gera um momento próprio que os motiva a investir na relação e a vincularem-se a padrões de interacção subsequentemente mais complexos (Bronfenbrenner, 1979/1996). Assim, é preciso incentivar as relações recíprocas nas estruturas de acolhimento, visto que incrementam os processos de proximidade. Entretanto, mesmo havendo reciprocidade, um dos integrantes da relação pode ser mais influente do que o outro.

O equilíbrio de poder refere-se à distribuição deste poder na relação. É importante o estabelecimento do equilíbrio de poder de forma a ajudar a pessoa na aprendizagem e no desenvolvimento da capacidade de lidar com relações de poder diferenciadas, sendo que o poder é gradualmente conquistado pelos residentes (Bronfenbrenner, 1979/1996). No ambiente institucional, os técnicos e os monitores devem possuir mais poder do que os residentes, embora esta distribuição possa ser alterada gradativamente com o amadurecimento destes últimos. A relação afectiva estável é estabelecida no envolvimento em interacções diádicas, possibilitando o desenvolvimento de sentimentos recíprocos, podendo ser positivos, negativos ou ambivalentes (Bronfenbrenner, 1979/1996). Na medida em que a estrutura permite a criação de relações afectivas estáveis, positivas e recíprocas, torna-se mais provável incrementar o ritmo e a ocorrência dos processos desenvolvimentais. Desta forma, as instituições de acolhimento devem considerar o afecto presente nas relações entre os seus membros.

A dimensão afectiva é parte inerente das relações humanas, não devendo ser excluída enquanto elemento propiciador de desenvolvimento e integração. Assim, a instituição consiste num ambiente ecológico de extrema importância, um microssistema onde os residentes realizam um grande número de actividades, funções e interacções, como também um meio potenciador do desenvolvimento de relações recíprocas, de equilíbrio de poder e de afecto.

Um dos pilares do trabalho em comunidade de inserção é o próprio grupo de residentes. O grupo é o espaço de elaboração da identidade pessoal e social, no qual cada um se vê confrontado com limites e possibilidades que devem ser reflectidos e processados. Isso leva o indivíduo a compreender-se no conjunto, construindo referências importantes para adquirir uma auto-imagem favorável e confiança nas relações estabelecidas. Todos precisam de se sentir membros importantes de um grupo no qual encontrem apoio e aceitação. Trabalhar em grupo implica aceitar um processo comunicativo de cooperação de diferentes ideias, críticas e julgamentos que podem emergir. O respeito à opinião e ao contexto do Outro deve traduzir-se numa acção colectiva solidária e recíproca, reconhecendo e valorizando as diferenças que podem contribuir para o colectivo. Os residentes formarão os seus sub-grupos conforme os interesses e a receptividade ou a aceitação que percebam entre os demais.

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

O grupo pode constituir-se como uma estratégia privilegiada de promoção da ajuda mútua, da compreensão da diversidade e de fortalecimento da amizade e do companheirismo.

De acordo com a ênfase dada pela Teoria Ecológica aos processos proximais ocorridos em contextos de desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979/1996; Bronfenbrenner & Morris, 1998), e sobretudo, de acordo com a importância do afecto mútuo e recíproco das relações interpessoais, torna-se crucial investir em interacções mais estáveis e afectuosas no ambiente institucional, tanto nas relações dos funcionários com os residentes, como nas relações entre pares.

Independentemente da sua história prévia, das causas e da vivência da condição de sem abrigo, o objectivo último permanece o mesmo para todos os residentes – autonomização – embora a definição desse processo, suas estratégias e áreas de intervenção tenham um carácter individual.

Modelo de Intervenção da CINO

A Comunidade de Inserção Novo Olhar (CINO) apresenta uma moldura social e psicológica ampla por serem várias as metodologias oriundas de diferentes escolas, aplicadas na nossa experiência comunitária: perspectivas desenvolvimentistas (Bowlby 1969, 1973, 1980), Sistémica (Ausloos, 1996; Bronfenbrenner, 1979,1996,1998; Minuchin, 1991; Sluzki, 1996) e cognitivo-comportamentais - Teoria de Aprendizagem Social (Rotter, 1954,1990), Prevenção da Recaída (Marlatt, 1993; Marlatt, 2005).

A própria designação de Comunidade Terapêutica que serve de modelo base a esta comunidade, desenvolveu-se para descrever um lugar organizado no qual se espera que todos contribuam para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de “propriedades de cura” (Rappaport cit. In Leon, 2003)

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

As características sistematizadas por Kennard (1983) de uma comunidade terapêutica psiquiátrica segundo o modelo de Maxwell Jones (1952) são visíveis no modelo de

intervenção criado na comunidade de inserção alvo deste estudo. Apresentamos de seguida algumas das características encontradas nesta abordagem: Democratização do funcionamento institucional com participação de todos nos assuntos que aos residentes dizem respeito, substituindo as relações rígidas, formais e hierarquizadas; Relevância dos métodos grupais de tratamento – recurso ao confronto - sendo particularmente importantes as reuniões comunitárias com a participação dos residentes e equipa técnica; A utilização de ateliers e práticas educativas que permitem a aquisição de competências pessoais e sociais, nomeadamente, o desenvolvimento da capacidade de assumir responsabilidades.

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

Um elemento nuclear é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os residentes participem activamente nos assuntos da instituição; Todos os residentes possuem capacidade de mudança e todos os relacionamentos são potencialmente reparadores; A atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido em que é fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controlo e tolerância com respeito a comportamentos disruptivos. Atribui-se um alto valor à comunicação e aos espaços dedicados à análise da metacomunicação do grupo, bem como das relações interpessoais; Usam-se técnicas educativas e a pressão do grupo para propósitos construtivos; A autoridade difunde-se entre responsáveis, funcionários e residentes.

Este modelo permite o desenvolvimento de limites, expectativas morais e éticas de desenvolvimento pessoal, utiliza o reforço positivo, a vergonha, a punição, o sentimento de culpa, o exemplo e o modelo de comportamento para promover mudanças e desenvolvimento pessoal.

Visto que os residentes, na sua larga maioria, experimentaram o sofrimento produzido pelo isolamento, são comuns as manifestações de indiferença perante o outro, sendo progressiva a permissão de aproximação e a aquisição de confiança nas relações interpessoais bem como na estrutura de acolhimento.

Na esteira do desenvolvimento pessoal e da reinserção que se deseja, potencia-se uma aprendizagem que é transversal a todo o processo, desde a entrevista de avaliação pré-diagnóstica até ao acompanhamento em registo de follow-up. As actividades da vida quotidiana, as relações interpessoais, os espaços terapêuticos, a possibilidade de experimentar novos papéis sociais, o contacto gradual com o exterior e a oportunidade de entrar no mercado

de trabalho de forma protegida/supervisionada, oferecem todo um currículo fundamental, com metas atingíveis que culminarão no objectivo basilar da autonomização.

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

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

Na perspectiva da filosofia de intervenção da Comunidade de Inserção Novo Olhar, apoiar os residentes neste esforço de agregação é um primeiro passo essencial à preparação para se (re)inserir no mundo exterior. A abstinência estabilizada, o aumento gradual do nível de responsabilidade pessoal e social, o envolvimento efectivo na própria estrutura, deve ocorrer antes do contacto regular com os vários serviços sociais, educacionais e profissionais. Parte considerável dos residentes possuem uma história de vida prévia com alguma estabilidade, apresentando capacidades sociais e vínculos familiares e comunitários positivos, mas os consumos, comportamentos desviantes ou outros episódios traumáticos, potenciadores de crises pessoais, conduziram à situação de sem abrigo.

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

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

pode alimentar o circuito dependente, no qual as relações são instrumentalizadas em função das necessidades emergentes.

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

Tal como já referimos, os utentes da CINO constituem uma população heterogénea em termos das suas características sócio-demográficas, problemáticas apresentadas, bem como dos seus percursos de vida. Assim, as necessidades apresentadas por esta população são extremamente diversificadas e vão sofrendo alterações ao longo da relação que estabelecem com os serviços, Antunes (1998). Com vista à sua (re)inserção social e profissional, a estrutura desenvolveu um modelo de intervenção faseado e que contempla três graus de necessidades: Grau 1 – Necessidades básicas e Estabilização Clínica; Grau 2 – Área relacional/ocupacional; Grau 3 – Reinserção social/profissional/familiar.

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

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

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

O reconhecimento das influências (internas e externas) presentes no seu comportamento facilita a aprendizagem do controlo destas e posteriormente da descoberta de modos alternativos de resposta para as situações catalisadoras de angústia, reforçando uma percepção de auto-eficácia. A auto-compreensão envolve ainda o aumento da consciência das

circunstâncias passadas que moldaram os actuais sentimentos, percepções e comportamentos. Compreender-se a si mesmo no contexto da sua história passada proporciona aos residentes algum grau de leitura real da sua vida, ajudando a mitigar parte das auto-acusações, da culpa e da vergonha associadas ao passado, aumentando consideravelmente a sua motivação para a mudança, Vieira (2007).

O ambiente envolvente da comunidade, a sua equipa técnica, os demais residentes, a rotina diária de trabalho, as sessões de grupo, as reuniões e intervenções específicas são agentes indutores de mudança e da aquisição de responsabilidade pessoal. A aprendizagem é um processo experiencial que ocorre por meio da observação, participação activa e da acção, ou seja, adquire-se um papel socialmente responsável por meio do desempenho desse papel. Pretende-se que os residentes participem plenamente na rotina diária, estimulando o uso da estrutura – relação interpessoal, experiências pessoais, rotinas, quadro de regras, actividades que a compõem e responsabilização progressiva, no sentido de promover uma vinculação segura e a emergência de um sentimento de pertença, consolidando o processo de mudança.

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

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

Sob o signo da marginalidade, estas vidas pontuam-se pelos rótulos de rebeldes, viciados, vagabundos, criminosos, pessoas fracas, perdedoras ou mesmo de loucos. Esses vários rótulos sociais reflectem o estigma social da toxicoddependência, da doença mental, do

alcoolismo, frequentemente reforçado pelo comportamento característico dos próprios indivíduos sem abrigo. Este estigma negativo reforça a auto percepção que têm da sua identidade social e pessoal. A abordagem da estrutura oferece as oportunidades e o contexto do desenvolvimento de elementos de uma identidade social positiva. Incluem-se neste processo individual a constituição do próprio enquanto modelo de comportamento para outras pessoas, a aquisição progressiva de responsabilidades nas áreas de funcionamento da casa e nas várias fases do seu processo de inserção.

Surge-nos a necessidade de apresentar de forma mais detalhada alguns dos espaços sócio-terapêuticos que consideramos mais importantes na intervenção: reunião comunitária; reunião de residentes; reunião de equipa; rotina diária da casa.

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

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

Reunião Comunitária

As reuniões comunitárias revestem-se de grande importância pela possibilidade de metacomunicação acerca das dinâmicas relacionais e experiências pessoais. A intervenção é focalizada nas questões individuais que cada residente queira abordar, bem como na dinâmica relacional que o grupo evidenciou durante a semana. Estas questões podem ser verbalizadas pelos residentes ou apresentadas pela equipa, promovendo o debate das mesmas.

Leon (2003) defende que a natureza pública da partilha de experiências tem características terapêuticas para o próprio e para os outros. O momento e a forma de trazer a público questões pessoais são sempre decisão do próprio, no entanto, a partilha de questões íntimas relevantes para a vivência comunitária (consumo de alguma substância, roubo, mentiras, envolvimento físicos) é fundamental para a manutenção da segurança e credibilidade da estrutura. O momento de reunião comunitária é o espaço de excelência para que estes assuntos sejam partilhados e discutidos, envolvendo os próprios residentes nas decisões, permitindo a emergência de valores morais e códigos de conduta. Com o objectivo de manter as percepções positivas dos residentes em relação à Comunidade, enquanto autêntica e digna de crédito, deve ser fomentado um constante exercício de reflexão desenvolvendo a capacidade autocrítica do comportamento dos residentes e da própria equipa. Todos têm um papel activo no confronto e na correcção das situações menos positivas, para que a estrutura se mantenha sólida.

Este espaço inclui a comunicação da distribuição dos residentes por sectores de trabalho, previamente analisada em reunião de equipa. É privilegiada a atribuição de funções de acordo com a motivação dos residentes, no entanto, esta distribuição pode igualmente ser utilizada de forma a trabalhar algumas competências, como a capacidade de trabalhar em equipa, espírito de liderança, organização, bom relacionamento inter-pessoal, entre outros.

Reunião de residentes

Neste espaço a liderança é assumida pelos residentes, confinando-se a equipa a um papel de mediador em eventuais conflitos ou dificuldade de tomada de decisão.

Na sequência de uma participação desigual dos residentes nas várias tarefas e actividades da casa, surge a proposta dos próprios para definirem um regulamento interno de residentes. Este documento pretendia regulamentar, sistematizar e ordenar as regras para o saudável convívio e participação social entre os residentes, bem como estipular as consequências procedentes do incumprimento das referidas regras.

Em termos funcionais foi eleita uma equipa de residentes, constituída por três elementos que supervisionam o cumprimento das regras. No decorrer de cada semana, esta equipa tem o dever de assinalar e informar os residentes dos incumprimentos praticados. Estes incumprimentos são discutidos e avaliados por todo o grupo na reunião de residentes, que acontece todos os domingos às 18h. Após apresentação das várias situações o residente em causa expõe ao grupo a sua interpretação dos factos e o grupo decide por votação a validação do incumprimento ou a sua anulação, tendo em conta a argumentação apresentada e o julgamento de cada um.

A validação dos incumprimentos traduz-se no pagamento de uma coima, cujo montante está definido no regulamento interno dos residentes e é do conhecimento geral. As verbas acumuladas revertem para um “fundo de maneo” gerido pelos próprios, também ele com algumas regras de utilização: os elementos que ainda não dispõem de qualquer fonte de rendimento podem solicitar um empréstimo ao grupo, justificando a finalidade do mesmo. Dependendo do fim a que se destina o empréstimo o grupo valida determinadas situações: aquisição de medicação prescrita, deslocações previamente estruturadas com a equipa, produtos alimentares específicos, produtos de higiene pessoal, entre outros, e avalia como indevidos empréstimos para: tabaco, café, e outros gastos pessoais não considerados como estritamente necessários.

Os residentes apoiados pelo fundo de maneo responsabilizam-se por repor o empréstimo logo que disponham de fonte de rendimento. Esta estratégia agiliza o espírito de participação activa dos residentes na vivência comunitária, estimula as redes de solidariedade, a capacidade de tomada de decisões e de se colocar no lugar do outro, bem como permite o exercício da democracia.

Wandersman e Florin (2000) reviram a literatura existente sobre características individuais e ambientais que promovem a participação dos cidadãos em organizações de vizinhança e de desenvolvimento comunitário. Os autores postulam que a participação social conduz à redução da deterioração física e de atitudes criminosas, promove os laços informais de vizinhança e estimula posturas positivas, como a confiança, a sensação de eficácia pessoal

e política e o sentimento de comunidade. As organizações comunitárias influenciam, não só, o sentimento de *empowerment* psicológico mas, também, a capacidade de decisão.

Reunião de equipa

A constituição da equipa técnica de uma Comunidade de Inserção, tendo em conta os objectivos a que se propõe deve contemplar profissionais com formação multidisciplinar, nas áreas de serviço social, psicologia, psiquiatria e monitores/ajudantes de lar.

A CINO é constituída por dois monitores, um assistente social, dois psicólogos, um psiquiatra e o coordenador. Os objectivos específicos que esta equipa pretende atingir, do ponto de vista terapêutico, podem sintetizar-se em três níveis de intervenção: ao nível do comportamento, ao nível emocional/ afectivo e ao nível cognitivo (Portugal et al, 1995; s/n, 1996). (Modelo do projecto oportunidades)

Podemos afirmar que, no sentido de cumprir tais objectivos, é necessário agilizar vários domínios de saber, e se o saber teórico se pode, em grande parte, adquirir pela formação formal, o saber ser e o saber fazer passa essencialmente pela experiência e interacção entre as pessoas e a situação, (Cabrito, 1999).

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

A reflexão é um meio que permite aos sujeitos desenvolver uma aprendizagem permanente nas situações profissionais e através delas, dentro de um quadro de uma organização autoformativa (Canário, 1994). Nestas circunstâncias, o trabalho em equipa e a comunicação das experiências em grupo é de crucial importância, já que possibilita problematizar, dando sentido aos saberes construídos a partir do olhar pensado sobre as experiências de cada um (Sousa, 2000). É através desta consideração sobre a prática,

efectuada com base na teoria, que se pode reformular novamente a teoria e permitir a realização de novas aprendizagens. Além do debate, da reflexão individual e conjunta durante as reuniões, surgem situações de incentivo à pesquisa, leitura e participação em congressos.

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

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

Sempre que se avalia como necessário, está presente um supervisor externo que apoia a equipa a sistematizar procedimentos, analisar casos e delinear intervenções. Semelhante à estrutura dos Grupos Balint (Salinsky & Sackin, 2007) desenvolve-se uma metodologia de partilha e escuta, com o apoio de alguém com formação específica, que vai gerindo a dinâmica do grupo e que, em momentos adequados, clarifica os factores emocionais envolvidos. Esta técnica aumenta a consciência do desempenho profissional e das emoções presentes em cada relação técnico-residente. A riqueza deste espaço prende-se com toda a participação individual, mas também com a dinâmica grupal que induz, permitindo a promoção do bem-estar e a redução do burn-out.

Rotina diária

O dia na C.I.N.O. começa às 7:30 da manhã e termina às 22:45. É composto por tarefas de manutenção do espaço, actividades ocupacionais, lúdico-pedagógicas, tempo livre, aconselhamento individual, dinâmicas de grupo e hábitos de higiene pessoal. A estas actividades acrescem todas as diligências feitas por cada indivíduo no sentido de tratar de

assuntos pessoais que tenham a ver com saúde, segurança social, justiça, formação, emprego, habitação e família.

A rotina dos fins-de-semana tem um grau de exigência menor, dedicada ao descanso, lazer e vida social, tendo em conta que o Domingo foi definido como “dia livre”, sendo por isso gerido pelos próprios. Os residentes tem a possibilidade de acordar mais tarde e a tónica é colocada nos momentos grupais: Reunião Comunitária ao Sábado e Reunião de Residentes ao Domingo. A rotina diária comporta um conjunto de actividades planeadas, inter-relacionadas e projectadas para alcançar objectivos terapêuticos e estruturais, direccionadas especificamente para fomentar a coesão grupal, sentimento de pertença à estrutura, bem como, reduzir a ansiedade associada ao tempo livre.

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

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

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

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

Na CINO o desenvolvimento moral deve ser replicado pelo exemplo dos companheiros, colegas de casa ou mesmo dos técnicos. Reconhecendo um passado de ruptura

com os valores e normas sociais, a Comunidade permite o reaver dessas perdas através de rotinas e comportamentos estruturantes de modo a vivenciar a honestidade (em palavras e acções) e a atenção responsável, ou seja, os residentes assumem gradualmente responsabilidade pelo projecto dos outros (Ottenberg, 1978).

Estes códigos de conduta contrastam com os códigos da rua, da prisão ou das próprias famílias disfuncionais, nos quais os indivíduos são obrigados a proteger-se e compactuar com eles.

Privilégios e Sanções

Os privilégios e sanções constituem um sistema integrado de administração terapêutica e comunitária visando um treino comportamental. Os privilégios são recompensas explícitas concedidas pela equipa técnica, com base tanto em mudanças de comportamento e de atitudes como no progresso individual e grupal. Embora os privilégios concedidos na C.I.N.O. sejam bastante triviais, é a sua relevância comunitária e psicológica que lhe confere importância como método eficaz de regulação comportamental.

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

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

As repreensões verbais podem ser, por um lado, informais e ditas espontaneamente, no próprio momento em que ocorrem os comportamentos a que se referem, e por outro lado,

formais e ocorrem de forma planeada, em local específico, com a participação de todos os técnicos e por vezes, também na presença do restante grupo. As diferenças em termos de sanções reflectem a gravidade e a persistência do comportamento ou atitude reprovada e, de um modo particular, a fase do projecto em que o residente se encontra.

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

Fases estruturais do processo na CINO

Encaminhamento

A Comunidade de Inserção Novo Olhar não é uma estrutura isolada, fazendo parte integrante de um conjunto de respostas locais à problemática dos sem abrigo. A forma como são articuladas as respostas obedece a uma lógica de intervenção, na qual todos os parceiros actuam de forma organizada e sequencial. Salientamos que embora não exista um manual de procedimentos escrito sobre as diversas estruturas de resposta à problemática dos sem abrigo, a CINO não pretende ser uma resposta de emergência, ou de alojamento temporário, mas uma estrutura que pretende contribuir de forma diferenciada, pelo que o nível de exigência dos seus critérios de selecção é elevado. Assim, sendo esta uma estrutura de “segunda linha”, não existe um acesso directo dos beneficiários à mesma. Os utentes que reúnam critérios de encaminhamento são sinalizados pelas instituições e serviços locais, através de formulário próprio disponibilizado pela CINO.

De destacar que após um trabalho de proximidade com os diferentes técnicos interlocutores, existe já um conhecimento aprofundado da metodologia de intervenção da estrutura e do grau de adequabilidade face aos diferentes casos, o que permite uma avaliação cuidada no encaminhamento/triagem dos beneficiários. Após a recepção e análise da proposta de admissão e caso a situação reúna os requisitos, é agendada a entrevista de avaliação pré-diagnóstica.

Entrevista de avaliação pré-diagnóstica

Esta entrevista é sempre realizada por mais do que um técnico e divide-se essencialmente em dois momentos: um visando a recolha de informação sobre o utente, sua história clínica, social, familiar, judicial e laboral, bem como os factores de motivação para integrar a estrutura; e outro visando a disponibilização de informação sobre o quadro de normas institucionais (exemplar do regulamento interno da CINO, em versão reduzida.), e de toda a dinâmica comunitária. Após esta fase a equipa reflecte com o utente sobre o grau de adequabilidade da resposta às suas necessidades/expectativas, bem como os principais constrangimentos que poderão surgir numa eventual integração. A entrevista permite rever e actualizar as informações da proposta de encaminhamento, bem como avaliar as expectativas do candidato, a sua motivação e condições apresentadas para admissão na casa.

Avaliações mais específicas são também conduzidas nesta fase. Um rastreio de problemas de saúde mental é importante para decidir se a CINO corresponde às necessidades do candidato, ou se necessita de um internamento prévio no sentido da sua estabilização clínica. Do mesmo modo, se o candidato apresenta um historial de alcoolismo ou toxicoddependência, deverá ser avaliada a situação actual, garantindo que se encontre abstinente à data de entrada na CINO. Após a entrevista o utente é convidado a fazer uma visita guiada à casa, acompanhado pelo monitor, de forma a familiarizar-se com o espaço físico. A experiência tem-nos evidenciado que este é um momento que se reveste de particular importância para a motivação dos potenciais residentes, talvez devido ao facto do espaço físico se assemelhar a um espaço familiar, facilitando a emergência de um sentimento de segurança e protecção. O possível desconforto de um espaço físico institucional é desmistificado e transmitida a noção de espaço relacional por excelência.

Embora existam algumas pressões institucionais para a integração dos mais diversos utentes, a equipa tem especial cuidado na avaliação minuciosa de futuros residentes dada a implicação directa que estes terão no projecto dos demais. Esta necessária avaliação justifica a presença de mais do que um técnico neste momento, no sentido de permitir diferentes abordagens e percepções do caso.

Discussão do caso

Os técnicos que realizaram a entrevista apresentam, em reunião de equipa o caso, permitindo a análise global das suas especificidades: história clínica, expectativas, motivação, situação actual, bem como o impacto da eventual integração deste no grupo, tendo em conta o

momento em que o grupo se encontra e as suas capacidades de acolhimento a um novo residente.

Considera-se fundamental para a integração na estrutura a estabilidade clínica do utente, bem como o diagnóstico de doenças que representem risco para a saúde pública, nomeadamente tuberculose e hepatite B em fase activa.

Caso o utente reúna condições para ser integrado é marcada data de entrada e comunicada ao técnico que referenciou o caso, no sentido de este organizar os procedimentos necessários à efectivação da integração. Caso estas condições não estejam reunidas é dado conhecimento das razões que justificam a não integração do utente ao técnico que o referenciou.

De destacar que nenhuma admissão é efectuada sem que o grupo de residentes seja auscultado e se sinta parte integrante desta decisão.

Admissão

No momento da entrada o residente assina uma declaração de admissão, nos termos da qual aceita as disposições constantes do regulamento interno da estrutura. Num segundo momento, já com todo o grupo reunido, os residentes mais velhos assumem a responsabilidade de dar as boas vindas e esclarecer o residente recém chegado acerca do regulamento interno criado por eles próprios, centrado no funcionamento quotidiano da estrutura, permitindo a aquisição de competências pessoais e comunitárias, e inculcando-lhes a prática da cidadania cuja discussão e avaliação das várias situações deverá funcionar como um exercício de auto-gestão e disciplina.

Tendo em conta as características da população alvo, esta foi considerada uma condição fundamental para atingir o objectivo de promover a aprendizagem de estilos de vida organizadores e estruturantes. Ora, a própria existência de normas que devem ser cumpridas na CINO é uma forma de supervisão dos residentes. A vigilância dos residentes deve ter em vista o cumprimento destas normas e a monitorização/avaliação do progresso do indivíduo.

Na primeira fase residencial, ou seja, após admissão na comunidade, o residente permanece temporariamente em regime fechado. Com a duração aproximada de um mês, o residente permite-se apreender o funcionamento da instituição, do corpo técnico e dos colegas. A definição desta fase de regime fechado pretende proporcionar uma adaptação à estrutura e ao grupo, bem como simbolizar um corte com o percurso prévio e a definição de um novo projecto de vida. É marcada pela ausência de contactos exteriores, ficando o residente mais predisposto a investir em si e a procurar fontes de motivação interna para a mudança.

O processo de integração do residente é preponderante para o êxito do seu projecto. Neste período, a atenção é dirigida para as questões relacionais, com vista a estabelecer laços de proximidade, facilitadores deste processo. Se durante este período o residente não se adaptar, deve ser realizada uma avaliação, identificando os factores que conduziram à inadaptação do mesmo e procurar superá-los, estabelecendo se oportuno, novos objectivos de intervenção. Se a situação de inadaptação persistir, poderá conduzir ao término do projecto.

Após esta fase inicial, prevê-se a transição para um regime semi-aberto, que se caracteriza por saídas ao exterior com acompanhamento técnico, ou numa fase posterior, do residente mais velho. Estas saídas usualmente comportam a procura de emprego, organização

de documentação, acesso a outros serviços, entre outras actividades necessárias ao projecto de inserção individual.

Definição do plano de intervenção individual (PII)

Gradualmente o residente passa a ter acesso ao exterior, ainda que de forma programada, sem qualquer acompanhamento. Nesta fase podem ocorrer incidentes que impliquem algum retrocesso no processo individual, nomeadamente consumo de álcool ou drogas, não cumprimento dos objectivos delineados na saída ao exterior, idealização de uma possível autonomização, que quando efectivada, com facilidade os recoloca numa situação de vulnerabilidade e ambivalência. A idealização de uma autonomização precoce é mais premente para os residentes que se encontram na fase de reinserção, existindo o risco do abandono do projecto de forma precipitada. Podemos aqui assistir a uma certa analogia entre a forma como se relacionaram com as suas famílias de origem e a replicação desse mesmo funcionamento com CINO, simbolizando estes acting outs dificuldades na separação/individuação (Ausloos, 1996).

Minuchin (1979) chama a atenção para o facto das pessoas oriundas de agregados familiares mais desfavorecidos terem adquirido práticas de aprendizagem inconstantes, que se pautam pelo emaranhamento, quando fisicamente próximos, e pelo desligamento e desresponsabilização quando fisicamente distantes. O autor denomina este processo de inconstância objectal, dificuldade constatada nas primeiras saídas ao exterior.

A ideia é fornecer aos residentes um nível progressivamente decrescente de supervisão e apoio, ao longo das fases nas quais vão ganhando cada vez mais autonomia. Foi com estes pressupostos que se integrou no modelo de funcionamento da CINO uma intervenção faseada com os residentes, tendo-se definido 3 fases, embora não exista qualquer demarcação de passagens de fase, mas sim um padrão caracterizador do processo de intervenção: 1) Acolhimento e adaptação; 2) Intervenção sócio-terapêutica e 3) preparação da autonomização. A duração destas fases foi também alvo de discussão, variando consoante as necessidades específicas de cada residente, capacidade de mudança, factores externos à estrutura (recursos locais) e o próprio tempo de permanência. As metas contratualizadas no PII são previamente acordadas entre o beneficiário e os técnicos, como forma de participação activa do próprio no seu projecto de vida e assinado por ambos. A incerteza quanto ao futuro desequilibra o

presente e faz emergir reacções de isolamento, emudecimento, revolta ou agressividade, Guará (1998).

Os planos de intervenção incidem nas áreas: Habitação; Empregabilidade; Formação escolar/profissional; Desenvolvimento de competências; Redes de apoio sócio-familiar; Apoio económico; Saúde e programas específicos de reabilitação e prevenção de recaída no que toca a consumos de substâncias psicoactivas.

Para cada residente existe um processo individual, onde constam os seguintes dados: Caracterização biográfica; Percurso escolar e profissional; Situação socio-económica; Caracterização das redes de relações sociais; Situação judicial; Situação de saúde; Plano de inserção; Avaliação do balanço de competências pessoais, sociais, académicas e profissionais;

Para além de um processo individual em suporte de papel, existe um processo individual em suporte informático, diariamente actualizado, onde consta o diagnóstico de necessidades, o registo das intervenções/acompanhamentos nas várias áreas e a assiduidade dos beneficiários na participação das actividades que fazem parte do respectivo plano de intervenção.

Contratualização e concretização dos objectivos do PII

No âmbito do acompanhamento individual, a contratualização de objectivos surge após a fase de integração à estrutura. Usualmente, priorizando as questões de saúde, quer pelas debilidades orgânicas que apresentam fruto da exposição mais ou menos prolongada à condição de sem abrigo (falta de hábitos de higiene, alimentação deficitária, problemas de pele, doenças respiratórias, doenças infecto-contagiosas, entre outras) quer pelas patologias psiquiátricas, maioritariamente alcoolismo, toxicoddependência e quadros psicóticos. Outra dimensão da concretização dos objectivos passa pela integração profissional dos beneficiários, dificultada pelos baixos níveis de escolaridade, défice de competências pessoais e sociais, a inexistência de hábitos e rotinas de trabalho, dificuldade em manter uma atitude persistente, deficiente gestão do dinheiro, dificuldade em estabelecer prioridades, dificuldade em lidar com as normas e hierarquias. Esta dimensão requer da parte da CINO a estruturação de actividades internas (ateliers) fomentadoras da aquisição de hábitos de trabalho, sendo a participação dos residentes nestas actividades obrigatória.

Outra necessidade identificada, que usualmente integra os objectivos contratualizados prende-se com a acessibilidade das respostas sociais e dos serviços públicos, implicando,

numa primeira fase, o acompanhamento dos residentes a esses serviços. A forma como os beneficiários lidam com as instituições/serviços que conferem os instrumentos básicos para uma identidade social e uma cidadania plena (BI, cartão utente, segurança social, numero contribuinte, entre outros) bem como o modo como estes serviços estão organizados, transmite-lhes um sentimento de inaptidão, colocando-os por vezes numa situação de maior vulnerabilidade e fragilidade social (linguagem demasiado complexa nos formulários e no atendimento, excesso de burocracia, rigidez das regras de utilização dos serviços, tempo útil dispendido, entre outros).

Outro parâmetro contemplado nos objectivos a contratualizar diz respeito à tentativa de reparação das relações familiares. Os beneficiários da CINO têm, na sua maioria, relações conflituosas ou mesmo de ruptura total com as famílias. Usualmente a quebra destes laços é marcada por uma já muito vincada carência afectiva. Assim, temos constatado que este trabalho requer, não só um acompanhamento individual, em que sempre que possível e desejável pelos próprios, se procura uma aproximação à família e/ou a outras relações estruturantes; mas também um trabalho de desenvolvimento de competências pessoais e sociais e, nos casos em que se justifique, parentais.

A CINO é, por si só, um meio privilegiado de socialização e de partilha de experiências que pode, no entanto, ser optimizado com algumas estratégias provocadas de interacção em grupo. Numa fase inicial os objectivos propostos passam pelo bom relacionamento com os outros residentes e elementos da equipa, sendo que com o decorrer do processo se pressupõe que as competências relacionais adquiridas sejam aplicadas num contexto familiar. Uma atmosfera de confiança e apoio emocional na casa facilita a resiliência a situações de risco, aumentando a capacidade de gestão de conflitos emocionais dos residentes. Sempre que necessário são realizadas sessões de família e de casal que visam uma melhoria na comunicação e o incremento da capacidade de negociação de novos modos de estar em família, que permitam uma saudável e desejada individualização dos seus membros, sempre numa perspectiva da mudança, da resolução de conflitos (não os evitando) e do sentimento de bem-estar.

A concretização do PII avalia-se através do cumprimento dos objectivos definidos e adaptação dos mesmos tendo em conta a evolução do residente. É monitorizada pelo acompanhamento individual, pela supervisão da esfera funcional e por intervenções grupais, quer de carácter pedagógico, quer terapêutico. Os membros do grupo beneficiam dos insights e do feedback dado pelos restantes elementos e podem aprender novos repertórios comportamentais por observação directa. As metodologias com maior impacto são as

dinâmicas de grupo que, por facilitarem de modo indirecto alguns processos interpessoais não resolvidos, contribuem para a consistência global da intervenção na CINO. Na implementação das sessões de dinâmica de grupo, recorre-se a actividades temáticas (discussões, debates), jogos pedagógicos, actividades lúdicas e *role-playing* de diversas situações. As sessões, com uma frequência semanal, duram aproximadamente 1h.30m, de acordo com a vivência grupal em cada fase.

Autonomização

Segundo o Guião Técnico das Comunidades de Inserção (2004), o período de permanência não deverá exceder os 12 meses, prorrogáveis por mais 6 meses em casos devidamente justificados. A passagem para esta fase resulta do acordo entre o residente e a equipa, mediante a avaliação positiva do percurso realizado e das condições apresentadas, com vista a um processo de reinserção com autonomia. Antes da saída efectiva da estrutura, devem estar garantidas condições de habitabilidade adequadas e uma actividade laboral que lhe permita assegurar a subsistência e dar continuidade ao processo de reintegração na sociedade que se pretende abrangente. O beneficiário é apoiado na regularização de eventuais situações burocráticas necessárias à mudança de residência e é estabelecido um plano de follow-up, para que seja mantido o acompanhamento.

Pretende-se que a mudança aconteça de forma gradual e sustentada, e neste sentido, o facto do residente começar a trabalhar ou a frequentar um curso de formação profissional remunerado, não implica obrigatoriamente a sua saída imediata. É importante que o indivíduo fortaleça as rotinas de trabalho, o cumprimento de um horário mais exigente, a gestão de dinheiro e novas prioridades e reforce a sua rede relacional antes de se concretizar a sua autonomização, de modo a minimizar os riscos de recaídas, quer em padrões de consumo, quer em situação de exclusão social.

Follow up

Tal como já afirmámos anteriormente, durante todo o acompanhamento aos residentes procura-se fomentar a participação activa de cada indivíduo na definição e concretização do seu processo. A autonomização é o momento exponencial da responsabilização do residente, inversamente proporcional ao nível de intervenção da equipa técnica, uma vez que se pretende

pôr em prática todas as competências adquiridas ao longo do processo sócio-terapêutico. São comuns verbalizações acerca do medo de falhar, da possibilidade de recaída no que toca ao consumo de substâncias, revivenciar experiências de rejeição, desconsideração, isolamento, desilusão e desespero. Constatam-se assim a necessidade da manutenção de um acompanhamento regular e próximo, que na concepção da CINO ultrapassa a questão da manutenção de abstinência, das condições de habitabilidade ou laborais, abrangendo um estilo de vida e de identidade (Kooyman, 1993).

Por tal razão é estruturado um plano de acompanhamento em registo de follow up, que prevê a continuidade do acompanhamento individual, usualmente com uma periodicidade quinzenal, e participação em algumas dinâmicas da casa, no sentido de manter os vínculos estabelecidos com a estrutura e que esta permaneça parte integrante da rede de suporte do indivíduo. Esta proximidade permite a reciprocidade de vínculos, no sentido em que confere ao ex-residente uma função importante na dinâmica da estrutura – a de referência positiva na conquista de um projecto de vida autónomo, validando todo o investimento do residente, da equipa e do grupo, num processo de mudança que reitera o poder de quebrar o ciclo de exclusão.

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

Particularidades do acompanhamento dos Sem Abrigo

Permitam-nos partilhar alguns dos dilemas do trabalho com a população sem abrigo que encontramos na Comunidade de Inserção Novo Olhar:

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

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

Após a satisfação das necessidades básicas, torna-se vital (para nós e para eles) explicar o fundamento da não gratificação imediata das necessidades enquanto factor de crescimento pessoal e de resistência à frustração. A imagem do outro está, nesta população, demasiado dependente da função que pode desempenhar na satisfação das suas próprias necessidades. Como se a inexistência da “mãe boa” (Winnicott, 1987) na primeira infância perpetuasse a procura desta nas relações que vão estabelecendo.

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

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

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

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

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

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

Se numa primeira fase enunciámos os constrangimentos da intervenção em unidade residencial com esta população, consideramos importante destacar algumas das mais valias que encontramos, na recolha de informação junto dos beneficiários. Destacam como factores facilitadores da inserção: a) o facto de terem ao seu dispor uma equipa multidisciplinar, constituída por profissionais experientes e especializados nas várias áreas que estão directamente implicadas nesta problemática, nomeadamente psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta familiar e monitores; b) situações facilitadoras da aquisição de competências pessoais e sociais, nomeadamente a organização da casa, a existência de regras e papéis bem definidos, a promoção de momentos grupais, quer de carácter terapêutico como lúdico, possibilitando que as relações deixem de ser vivenciadas como factor secundário, (Feeney & Noller, 2004); c) Situações potenciadoras da construção da identidade, nomeadamente, o facto dos residentes poderem dispor de quarto no qual tenham os seus objectos pessoais; existência de momentos nos quais se desenvolvem actividades com carácter mais individual permitindo a gestão do conforto/desconforto em relação à proximidade; d) situações facilitadoras da aquisição de competências laborais, nomeadamente a existência de formações internas, de actividades ocupacionais e de integração gradual em desempenho de cargos de responsabilidade na dinâmica quotidiana da casa, nas quais existe se promove um progressivo desuso do reforço/aprovação dos comportamentos da parte da equipa, para a aquisição da capacidade do próprio em reforçar os seus pares; e) situações facilitadoras do corte com comportamentos disfuncionais, nomeadamente a proibição de qualquer tipo de consumo de substâncias psicoactivas, e a fase inicial de regime fechado à qual é atribuída uma dimensão de protecção face à vivência de rua e de todos os riscos que tal comporta; f) situações facilitadoras de autonomia, nomeadamente o acesso progressivo ao exterior, o facto da gestão financeira ser feita com acompanhamento/supervisão da equipa, a aproximação à família ser programada de forma a reconquistar a confiança e a aquisição de um novo estatuto; g) situações facilitadoras da aquisição de confiança, nomeadamente a preparação da autonomização de forma progressiva e a manutenção dos vínculos garantidos através de um acompanhamento em follow up; h) situações facilitadoras do desempenho de vários papéis, nomeadamente a atribuição de funções específicas a cada residente tendo em conta o progresso do seu processo e a possibilidade de existirem crianças na casa o que permite a assunção de sentimentos de protecção e o desempenho do papel de cuidadores.

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

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

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

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

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

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

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

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

Para Silva (2004), os profissionais das estruturas residenciais têm um importante papel de educadores, o que requer a profissionalização da área e uma política de recursos humanos que envolva formação permanente, incentivos e valorização, incluindo remuneração adequada. A formação continuada desta equipa deve fomentar, ainda, a formação de uma consciência social em prol do bem-estar desta população, considerando que o trabalho institucional traz repercussões directamente relacionadas à integração dos seus residentes (Bazon & Biasoli-Alves, 2000; Yunes, Miranda, & Cuello, 2004). Além disso, estes autores destacam a importância de um trabalho organizacional de valorização dos funcionários, para que não seja um trabalho temporário e rotativo. A efectivação destas acções contribuiria para uma auto valorização da equipa, e consequentemente, diminuiria a possibilidade de uma constante quebra de vínculos. É fundamental o apoio e supervisão às equipas no sentido de lhes permitir uma leitura menos carregada da dimensão emocional face a problemas tão complexos, de forma a garantir uma intervenção adequada.

Foi no sentido de perceber esta capacidade de reparação que realizamos os questionários apresentados no capítulo seguinte, esperando tecer algumas reflexões que confluam para o aprofundar de conhecimentos nesta área.

Parte II

Estudo Empírico

“A ciência investiga; Não Prova”.

Gregory Bateson, 1987

Capítulo IV

Contexto, Objectivos e Aspectos metodológicos do estudo Empírico

O quarto capítulo é dedicado à apresentação do estudo empírico realizado. Iniciamos pela exposição dos objectivos, as hipóteses de investigação e desenho do estudo. Posteriormente, referimo-nos à selecção e caracterização dos participantes. Finalizamos com a apresentação dos instrumentos de avaliação utilizados e dos procedimentos levados a cabo na persecução deste estudo.

A presente investigação pretende ser um contributo para a compreensão da mais valia que a integração em comunidade de inserção pode ser para a população sem abrigo. Especificamente pretendemos estudar a mudança ocorrida a nível das dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta e dos padrões de vinculação ansiosa e evitante.

Recapitulando algumas ideias anteriormente explanadas no enquadramento teórico deste estudo, uma das dificuldades da intervenção com esta população é a tendência que demonstra para percepcionar as relações enquanto pouco satisfatórias. Este funcionamento conduz, normalmente, a um evitamento das relações demasiado próximas, com um nível de envolvimento emocional exigente (Mikulincer & Shaver, 2007). A sua história prévia de vinculações inseguras e a negativa percepção de si e do outro são ingredientes comuns nos seus relatos, legitimando o recurso a estratégias de desactivação que actuam directamente sobre a capacidade de regular as emoções negativas. Esta abrangente constelação de rupturas culmina, como apelida Thelen (2006), num exílio de si e das suas necessidades, que leva o próprio, em última análise, a contribuir activamente para o seu processo de exclusão social.

Tendo em conta que os dados encontrados na recolha bibliográfica sobre sem abrigo apontam para a predominância de padrões de vinculação evitantes e ansiosos (Bento & Barreto 2002), e que o programa de inserção utilizado incidiu sobre a sociabilidade do indivíduo, a escolha do Attachment Style Questionnaire pareceu-nos pertinente. A sua utilização pode ser particularmente útil em populações com altos índices de evitamento e ansiedade (Fossati & colab. 2003) e permite a avaliação das dimensões sociais gerais associadas à vinculação adulta.

Tal como defendem Feeney e Noller (2001), a melhoria destas dimensões pode reflectir uma mudança real nos padrões de vinculação ao longo do tempo. Por sua vez, o

aumento da sociabilidade dos sem abrigo pode contribuir para uma efectiva inserção social, alterando a relação com os outros, com o meio e consigo próprios. Desta forma, a emergência de padrões de vinculação segura poderá funcionar como um recurso interno para lidar com situações adversas e ser um factor protector face a futuras situações de vulnerabilidade (Mikulincer & Florian, 1995).

Assim, a investigação desenvolve-se ao longo de um ano em que decorre a implementação do programa de inserção. Os dois momentos de avaliação ocorrem no início e no final desse ano. Foram constituídos dois grupos, um grupo alvo composto por sem abrigo e um grupo de referência composto por sujeitos “socialmente integrados”. No subponto referente aos participantes descreveremos com mais pormenor a constituição destes grupos. A vinculação foi analisada através do Adult Attachment Questionnaire (ASQ) e foram consideradas as dimensões: *confiança*; *desconforto relativamente à proximidade*; *relacionamentos como factor secundário*; *necessidade de reforço/aprovação*; *preocupação*, *vinculação ansiosa e vinculação evitante*.

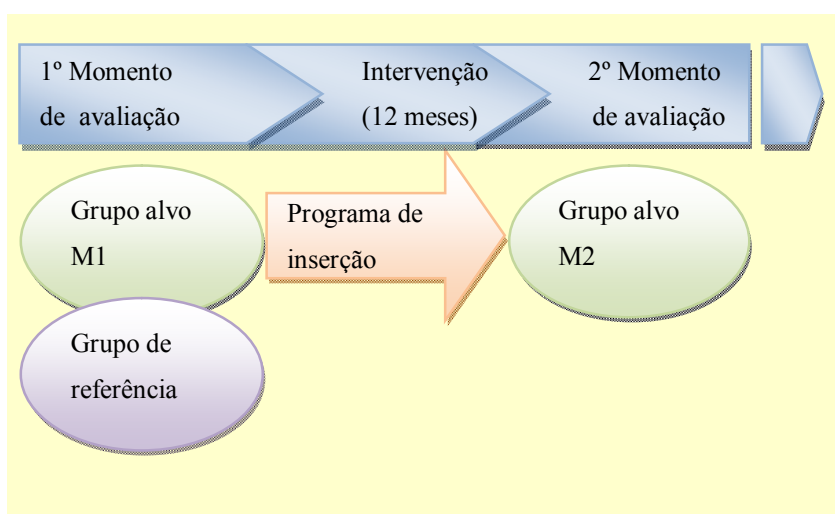


Figura 3- Esquema orientador da investigação

Mais especificamente, o presente estudo tem em vista os seguintes objectivos:

1. Verificar a relação existente entre as dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta na população sem abrigo (*confiança*, *desconforto com a proximidade*, *relações como factor secundário*, *necessidade de reforço/aprovação*, *preocupação com as relações*, *vinculação evitante e vinculação ansiosa*) e a exposição durante 12 meses a um programa de intervenção estruturado.

2. Avaliar se as possíveis alterações nas dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta no grupo alvo, entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, conduzem a uma aproximação dos valores encontrados, no grupo de referência.

Tendo como base os dados recolhidos na bibliografia consultada e os objectivos a que nos propomos na presente investigação, apresentamos em seguida as hipóteses de trabalho estabelecidas:

H.1 – O grupo alvo no primeiro momento de avaliação apresenta médias superiores, nas dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta - *desconforto relativamente à proximidade; necessidade de reforço/aprovação; relacionamentos enquanto factor secundário e preocupação com os relacionamentos*, em relação ao grupo de referência;

H.2 – O grupo alvo, no primeiro momento de avaliação, apresenta médias inferiores na dimensão social geral ligada à vinculação adulta - *confiança*, em relação ao grupo de referência;

H.3 – O grupo alvo, no primeiro momento de avaliação, apresenta valores *de vinculação ansiosa e evitante* mais elevados do que o grupo de referência;

H.4 – Existem diferenças nos valores médios das dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, no grupo alvo;

H.5 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, no grupo alvo, nas médias relativas à *vinculação evitante e ansiosa*;

H.6 – Existem diferenças entre géneros relativamente às dimensões - *vinculação evitante e vinculação ansiosa*, no grupo alvo;

H.7 – O grupo alvo, no segundo momento de avaliação, mantém médias inferiores na dimensão social geral ligada à vinculação adulta - *confiança*, em relação ao grupo de referência;

H.8 – O grupo alvo, no segundo momento de avaliação, mantém médias superiores nas dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta - *desconforto relativamente à proximidade; necessidade de reforço/aprovação; relacionamentos enquanto factor secundário e preocupação com os relacionamentos*, em relação ao grupo de referência;

H.9 – O grupo alvo, no segundo momento de avaliação, mantém médias de *vinculação ansiosa e evitante* superiores às do grupo de referência.

Participantes

A inclusão ou exclusão dos indivíduos que compõem a amostra foi determinada por critérios previamente definidos.

O grupo alvo foi composto por 15 indivíduos sem abrigo seleccionados na Comunidade de Inserção Novo Olhar.

No grupo alvo, os critérios de inclusão foram os seguintes: estar integrado na Comunidade de Inserção Novo Olhar, durante doze meses; ter vivenciado uma situação de sem tecto, no mínimo, durante alguns dias; ter mais de dezoito anos; ter aceite, de forma esclarecida, participar no estudo, ter um bom entendimento da língua portuguesa na sua forma falada e/ou escrita. Relembramos que esta estrutura tem capacidade para acolher 15 residentes e que o período definido para a implementação do programa é de 12 meses. Ainda de referir que, tal como exposto no capítulo I deste estudo, a realização de um trabalho de continuidade com esta população encontra-se dificultada por vários factores, dos quais: as dificuldades relacionais, a ausência de um quadro de regras, a intolerância de uma vivência comunitária, a incapacidade de manter abstinência de substâncias psicoactivas, as frequentes descompensações psiquiátricas e a ilusão de auto-suficiência logo que beneficiam de uma qualquer fonte de rendimento (a maioria das vezes o RSI). Assim, o número de indivíduos que compõem o grupo alvo deste estudo viu-se condicionado, quer pelas dificuldades anteriormente expostas, quer pelo reduzido número de vagas disponíveis na estrutura.

Como critérios de exclusão foram considerados: evidência de compromisso das funções cognitivas por razões diversas (e.g., psicopatologia actual ou prévia, consumos de substâncias psicoactivas no período de realização do estudo).

O grupo de referência foi constituído tendo como critério o emparelhamento com o grupo alvo nas variáveis idade, género e escolaridade, tendo sido seleccionados em instituições promotoras de cursos de qualificação escolar para população activa. O nosso contacto com este grupo foi precedido do seu prévio consentimento, solicitado pelos coordenadores da formação.

Foram considerados como critérios de inclusão: ter mais de dezoito anos; ter aceite, de forma esclarecida, participar no estudo; ter um bom entendimento da língua portuguesa na sua forma falada e/ou escrita. Como critérios de exclusão foram considerados: evidência de

compromisso das funções cognitivas por razões diversas (e.g., psicopatologia actual ou prévia, consumo actual de substâncias psicoactivas).

Caracterização dos participantes

A amostra deste estudo é constituída por 30 sujeitos de ambos os sexos, 33,3% do sexo feminino e 66,7% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 26 e os 55 anos, $M= 38,8$; $DP= 8,16$ (15 indivíduos do grupo alvo e 15 indivíduos do grupo de referência).

Relativamente ao grau de escolaridade, 66,7% da amostra situa-se abaixo do 6º ano de escolaridade. No tocante ao estado civil do grupo alvo, 60% dos indivíduos são solteiros e 40% divorciados. Relativamente à raça, 80% da amostra é caucasiana e 20% de origem africana.

Escolha dos instrumentos

A pesquisa bibliográfica revelou vários instrumentos que permitiriam avaliar a vinculação. Documentados sobre as suas características psicométricas optámos por utilizar o instrumento de avaliação que passamos a descrever.

Para avaliar as dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta foi utilizado a Attachment Style Questionnaire (ASQ) desenvolvido por Feeney, Noller e Hanrahan (1994), traduzido por nós como questionário de estilos de vinculação. Este é um instrumento de fácil utilização que avalia as dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta (Anexo 4).

Foram igualmente recolhidas algumas variáveis caracterizadoras da vivência de sem abrigo (Anexo 3), nomeadamente a duração da vivência na rua, rede de suporte e factores conducentes à inserção sócio laboral e familiar.

ASQ

O ASQ é um questionário composto por 40 itens concebido para avaliar a vinculação adulta. Observando as limitações no instrumento inicial de medição concebido por Hazan e Shaver (1987, 1990), Feeney, Noller e Hanrahan (1994) reviram a literatura relativa à vinculação e tentaram construir um instrumento de medição “de raiz”, de forma a não perder

nenhuma das nuances de relevância dos escritos de Ainsworth. Procuraram ainda descrever os seus itens de uma forma menos “romântica” do que a encontrada por Hazan e Shaver (1987,1990), bem como Simpson (1990) e Collins e Read (1990). Para desenvolver o ASQ, Feeney e colaboradores inspiraram-se no trabalho de Hazan e Shaver (1987) e no modelo de Bartholomew e Horowitz (1991), que fazem, eles próprios, referência à noção de modelo interno de si e do outro de Bowlby (1973). Este questionário do tipo Likert oferece ainda a vantagem de ser composto por itens que não estão especificamente relacionados com um tipo preciso de relação social, como as relações amorosas ou de amizade. Esta característica, tal como frisam os próprios autores, oferece a possibilidade de explorar a vinculação de indivíduos que conheceram poucas experiências amorosas.

Feeney e colaboradores (1994), criaram um questionário inicial de 65 itens e, através de análises estruturais, reduziram este número para 40 itens. Aos participantes era pedido que avaliassem, (numa escala de tipo Likert de 6 pontos, desde 1-discordo totalmente ao 6-concordo totalmente) em que medida cada um dos itens descrevia os seus sentimentos e comportamentos em relações “próximas”. Os 40 itens organizam-se em cinco dimensões: (1) confiança (em si próprio e nos outros); (2) desconforto com a proximidade; (3) necessidade de aprovação/reforço dos outros; (4) preocupação com as relações; e (5) considerar as relações como secundárias (relativamente a atingir objectivos noutros domínios, tais como escola ou carreira profissional).

O desconforto com a proximidade ou a percepção da relação como algo secundário estão, de forma clara, conceptualmente ligadas à vinculação evitante. No estudo de Brennan e colaboradores (1998), a correlação destas duas escalas com o factor evitante eram de .90 e .61 respectivamente. A preocupação com as relações e necessidade de aprovação/reforço por parte dos outros estão conceptualmente relacionadas à vinculação ansiosa e obtiveram os valores de .86 e de .62 respectivamente. A escala de falta de confiança (combinando o julgamento dos outros em relação a si, mas enfatizando a falta de confiança nos outros) obteve resultados largamente relacionados com a vinculação evitante .70.

Numa amostra extensa de estudantes pré-universitários Feeney e colaboradores (1994), encontraram coeficientes alfa de Cronbach para as cinco escalas com valores desde os .76 aos .84 e coeficientes de estabilidade entre $r=67$ e $r=78$ para um período de 10 semanas.

Feeney e colaboradores (1994) validaram originalmente o ASQ junto de estudantes universitários da Austrália e mais recentemente, Larose, Soucy, Bernier e Duchesne (1999) validaram-no no Quebecue junto de um grupo de estudantes francófonos do ensino secundário e pré-universitários.

Vários investigadores utilizaram o ASQ para avaliar o estilo de vinculação em adultos e adolescentes e deste modo contribuíram para atestar a sua solidez e validade. Um estudo efectuado por Fossati e colaboradores (2003) reforçou a estrutura de cinco factores da versão italiana do ASQ tanto em amostras clínicas quanto em amostras não clínicas, ao mesmo tempo que concluiu que as cinco escalas confluíam em dois grandes factores: vinculação ansiosa e evitante. O ASQ pode revelar-se particularmente útil em estudos nos quais facetas específicas de ansiedade e de evitamento sejam relevantes.

Procedimentos de investigação

Os dados foram recolhidos junto dos participantes no período compreendido entre Novembro de 2007 e Maio de 2009, na Comunidade de Inserção Novo Olhar, no que toca à população sem abrigo e, na região centro, no que toca ao grupo de referência. Tal como já referimos, a investigação comportou dois momentos de avaliação: o primeiro momento à data da integração na estrutura e o segundo, doze meses após.

Relativamente ao grupo de referência seleccionámos 15 indivíduos garantindo a correspondência entre o número de participantes nos dois grupos.

Os indivíduos que fazem parte deste estudo foram avaliados individualmente pelo autor do presente trabalho. Através de um questionário de auto resposta (ASQ), pretendemos um levantamento de variáveis classificatórias caracterizadoras da amostra, de acordo com as seguintes etapas:

- 1.º) Pedido de autorização aos autores;
- 2.º) Tradução e adaptação do instrumento;
- 3.º) Pedido de colaboração voluntária; explicação sobre a natureza do estudo e do tipo de tratamento de dados; garantia da estrita confidencialidade das respostas (consultar anexo 1 e 2);
- 4.º) Recolha, pelo investigador, dos dados demográficos no preenchimento da ASQ, permitindo assim o esclarecimento de possíveis dúvidas inerentes à escala e efectuar uma caracterização sóciodemográfica da população em estudo.

Relativamente aos procedimentos no instrumento a utilizar, após a concessão da autorização pelas autoras do questionário, procedemos à sua tradução e adaptação de acordo com a seguinte metodologia: tradução do questionário para o idioma português; retroversão para a língua inglesa por um tradutor independente; comparação das duas versões do questionário, discussão e correcção das diferenças existentes entre elas.

Para garantir a compreensão, facilidade de preenchimento e pertinência das questões, da versão final de consenso, realizou-se um estudo piloto a dez sem abrigo não pertencentes à amostra do estudo. Foi-lhes solicitado que indicassem dificuldades e sugerissem alterações. Após as modificações propostas, foi obtida uma versão final em português, posteriormente submetida a uma retroversão para o inglês. O resultado desta foi depois comparado com o original. Repetiu-se este procedimento até se alcançar formas concordantes e satisfatórias.

Capítulo V

Apresentação dos resultados

Os resultados foram analisados através do programa SPSS versão 17.0. Tal como referido anteriormente, os dados foram igualmente recolhidos junto de um grupo de referência, constituído por 15 indivíduos com as variáveis sexo, idade e escolaridade semelhantes aos do grupo alvo, no sentido de perceber se existiriam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

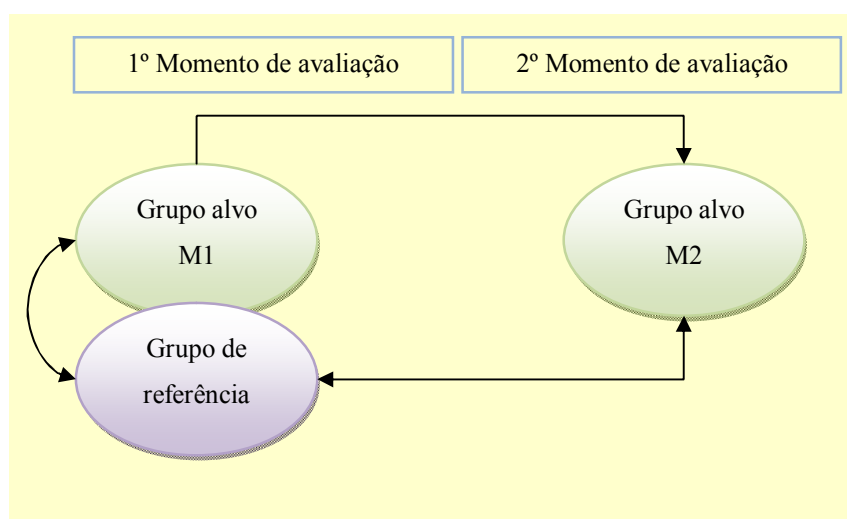


Figura 4- Esquema orientador das análises

No primeiro momento de avaliação pretendemos avaliar as diferenças entre o grupo alvo e o grupo de referência, no que toca aos valores das dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta. Posteriormente e durante o período de um ano o grupo alvo foi sujeito a um programa de inserção, exposto no terceiro capítulo desta tese. No segundo momento de avaliação pretendemos avaliar as mudanças verificadas no grupo alvo, estabelecendo a comparação entre os dois momentos de avaliação. Depois de avaliar o impacto da intervenção no grupo alvo, pretendeu-se verificar em que medida este grupo se aproximou dos valores encontrados no grupo de referência, no primeiro momento de avaliação.

Em termos de análise descritiva, serão apresentados os dados obtidos, em médias, desvios - padrão e frequências relativas e absolutas, consoante o nível de mensuração seja intervalar ou normal. Quanto à análise inferencial, consoante o nível de mensuração das

variáveis seja intervalar ou nominal, recorreremos como método estatístico a uma prova paramétrica, o *Teste t de Student* (para o caso de variáveis com distribuição normal) e uma prova não paramétrica, o teste *U de Mann-Whitney* (para o caso de variáveis com distribuição não normal). O teste de *Shapiro-Wilk* foi utilizado para verificar a proximidade da distribuição das variáveis com a curva normal. Para avaliar a homocedasticidade entre os grupos recorreremos ao teste de *Levene*. A prova de *Wilcoxon* foi utilizada para testar as diferenças entre médias do mesmo grupo (medidas repetidas).

Caracterização sócio demográficas

A média de idades da amostra total (n= 30) é de aproximadamente 39 anos e a maioria dos sujeitos desta investigação pertence ao sexo masculino (66.7%).

Quadro n.º3

Médias e Desvios-padrão da idade no grupo alvo.

<i>Amostra dos sem abrigo (n= 15)</i>	<i>n</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Idade	15	26	55	38.80	8.16

Relativamente à idade, a média da amostra dos sem abrigo é de 38.80 anos (DP= 8.16), sendo o mais novo de 26 anos e o mais velho de 55 (Quadro 3).

Em termos de raça a amostra é composta maioritariamente por indivíduos caucasianos (80%), existindo um grupo mais restrito de indivíduos de origem africana (20%).

Quadro n.º4

Frequências absolutas e relativas do nível de escolaridade.

<i>Escolaridade</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
4.ª Classe	8	26.7
6.º Ano	12	40.0
9 Ano	2	6.7
10.º Ano	4	13.3
11.º Ano	4	13.3
Total	30	100.0

A amostra revela baixos níveis de escolaridade, a maioria dos indivíduos tem o 6.º ano de escolaridade (40.0 %). Se acrescentarmos a esta percentagem a indicativa dos sujeitos com a

4.^a classe, percebemos que 66.7% da amostra situa-se abaixo do 6.^o ano de escolaridade. Destacamos ainda que nenhum dos participantes tem mais do que o 11.^o ano de escolaridade (Quadro 4).

Dadas as especificidades da população sem abrigo, passamos a apresentar a sua caracterização sócio-demográfica.

Quadro n.º5

Frequências absolutas e relativas do género no grupo alvo (n= 15).

		<i>n</i>	<i>%</i>
Género	Feminino	5	33.3
	Masculino	10	66.7
	Total	15	100.0

A maioria dos sujeitos do grupo alvo pertence ao género masculino (66.7%) e os restantes 33.3% ao género feminino (Quadro 5).

Quadro n.º6

Frequências absolutas e relativas do estado civil no grupo alvo (n= 15).

		<i>n</i>	<i>%</i>
Estado civil	Solteiro	9	60.0
	Divorciado	6	40.0
	Total	15	100.0

Relativamente ao estado civil, 60 % dos inquiridos são solteiros e os restantes 40% são divorciados (Quadro 6).

Quadro n.º7

Frequências absolutas e relativas do período de tempo que viveram na rua no grupo alvo (n=15).

		<i>n</i>	<i>%</i>
Período de tempo em que viveram na rua	Alguns dias	1	6.7
	Mais de um mês	7	46.7
	Mais de meio ano	3	20.0
	Mais de um ano	3	20.0
	Mais de dez anos	1	6.7
Total		15	100.0

Quanto ao tempo de vivência de sem abrigo, grande parte do grupo alvo refere ter vivido na rua mais de um mês (46.7%), mais de um ano (20%), mais de meio ano (20%), mais de dez anos (6.7%) e apenas uns dias (6.7%) (Quadro 7).

Quadro n.º8

Frequências absolutas e relativas face aos motivos que conduziram à situação de sem abrigo, no grupo alvo (n= 15).

		<i>n</i>	<i>%</i>
Motivos que conduziram à situação de sem abrigo	Doença	1	6.7
	Problemas judiciais	1	6.7
	Alcoolismo	5	33.3
	Conflito familiar	3	20.0
	Toxicod dependência	5	33.3
	Total	15	100.0

Quanto aos factores que conduziram à situação de sem abrigo os dados apontam para uma predominância clara das problemáticas aditivas, nomeadamente a toxicod dependência (33%) e alcoolismo (33%). Surge ainda como factor expressivo o conflito familiar (20%). Nenhum dos inquiridos elege o desemprego ou a imigração ilegal como factores conducentes à situação de sem abrigo (Quadro 8).

Quadro n.º9

Frequências absolutas e relativas dos factores determinantes para sair da rua no grupo alvo (n= 15).

		n	%
Factores determinantes para sair da rua	Apoio de amigos	2	13.3
	Apoio técnico	12	80.0
	Apoio da família	1	6.7
	Total	15	100.0

No que concerne aos factores determinantes para sair da rua, a maioria dos participantes identificam o apoio técnico (80%) como forma de “romper” com o ciclo de degradação a que a exclusão social extrema os conduziu. É ainda referido por alguns inquiridos o apoio de amigos (13.3%) e o apoio da família (6.7%).

De destacar que nenhum dos sujeitos nomeou o emprego como factor determinante para a saída da situação de sem abrigo (Quadro9)

Quadro n.º10

Frequências absolutas e relativas da rede relacional do grupo alvo (n= 15).

		n	%
Pessoas próximas durante o tempo em que viveram na rua	Amigos	2	13.3
	Colegas de consumo	5	33.3
	Outros sem abrigo	1	6.7
	Ninguém	6	40.0
	Companheiro amoroso	1	6.7
	Total	15	100.0

Relativamente à existência de pessoas próximas durante o tempo de rua, o grosso dos inquiridos afirma não ter tido ninguém próximo, 33.3% refere a proximidade de colegas de consumos, 13.3% refere os amigos, 6.7% outros sem abrigo e o companheiro amoroso. Destacamos o facto de nenhum dos inquiridos ter referido algum elemento familiar como figura próxima durante a vivência de sem abrigo (Quadro 10).

Quadro n.º11

Frequências absolutas e relativas da relação com a família no grupo alvo (n= 15).

		<i>n</i>	%
Relação com a família durante o tempo em que viveram na rua	Ausência de relação	7	46.7
	Distante	4	26.7
	Conflituosa	4	26.7
	Total	15	100.0

No que concerne à relação com a família durante a vivência na rua 46.7% dos participantes afirmam a não existência de qualquer relação, 26.7% uma relação distante e 26.7% uma relação conflituosa (Quadro 11).

Quadro n.º12

Frequências absolutas da situação face ao emprego, no grupo alvo, após 12 meses de institucionalização.

Empregado	Quantidade	7
	Percentagem	46.7%
Frequentar formação profissional	Quantidade	8
	Percentagem	53.3%
Total	Quantidade	15
	Percentagem	100.0%

A situação laboral da totalidade dos intervenientes nesta pesquisa, durante o tempo em que viveram na rua, era o desemprego, tendo a totalidade da amostra passado a dispor de actividade profissional após a institucionalização. A maioria passou a frequentar formação profissional (53.3%) e os restantes detêm contrato de trabalho (46.7%) (Quadro 12).

A totalidade da amostra reconhece a integração institucional como factor muito facilitador do acesso ao mercado de trabalho.

Quadro n.º13

Frequências absolutas e relativas da institucionalização como factor de aproximação à família, no grupo alvo (n= 15).

		<i>n</i>	%
Institucionalização como factor de aproximação	Muito	5	33.3
	Consideravelmente	4	26.7

	Pouco	4	26.7
	Nada	2	13.3
	Total	15	100.0

Relativamente à institucionalização ser reconhecida como factor de aproximação à família, 60% dos participantes consideram contribuir muito ou consideravelmente (Quadro 13).

Quadro n.º14

Frequências absolutas e relativas da institucionalização como factor de acesso a novos amigos, no grupo alvo (n= 15).

		<i>n</i>	<i>%</i>
Institucionalização como factor facilitador do acesso a novos amigos	Muito	6	40.0
	Consideravelmente	5	33.3
	Pouco	4	26.7
	Total	15	100.0

Quanto à importância da institucionalização no acesso a novos amigos, 40% dos intervenientes considera que contribuiu muito, 33.3% dos intervenientes, consideravelmente e 26.7%, pouco (Quadro14).

A normalidade da amostra foi testada através da prova do teste Shapiro-Wilk, usado para verificar a proximidade da distribuição das variáveis com a curva normal. Tal como podemos verificar no quadro 15, apenas a sub-escala *confiança* obteve valores estatisticamente significativas ($p=.003$), logo, a sua distribuição não pode ser considerada normal. Nas restantes sub-escalas foi assumida a normalidade.

Desta feita, sempre que a distribuição das variáveis for considerada não normal, utilizaremos uma prova não paramétrica (U Mann-Whitney). Contrariamente, quando a distribuição das variáveis for considerada normal, utilizar-se-á uma prova paramétrica (t - student).

Quadro n.º15

Teste da normalidade das sub escalas do teste ASQ.

ASQ	<i>n</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>	<i>p</i>
Confiança	30	.882	.003
Desconforto	30	.993	.999
Relacionamento	30	.974	.668
Reforço	30	.978	.783
Preocupação	30	.955	.229
Vinculação Evitante	30	.983	.899
Vinculação Ansiosa	30	.966	.448

Quadro n.º16

Média, desvios –padrão e U de Mann-Whitney na sub escala confiança da ASQ, no grupo alvo e no grupo de referência, no primeiro momento de avaliação.

Grupos	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Grupo alvo	15	2.49	0.40	5.500	.000
Grupo de referência	15	4.25	0.53		
Total	30	3.37	1.00		

No primeiro momento de avaliação, relativamente à sub escala confiança o grupo de referência apresenta média superior ($M=4.25$; $DP=0.53$) à do grupo do grupo alvo ($M=2.49$; $DP=0.40$). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as amostras ($U=5.500$, $p=.000$). Assim, os sem abrigo demonstram, no primeiro momento de avaliação, ter índices de *confiança* inferiores aos do grupo de referência (Quadro 16).

Relativamente a todas as restantes sub escalas, prosseguimos o estudo recorrendo a uma prova paramétrica (t-test).

Quadro n.º17

Médias e desvios-padrão do grupo alvo e grupo de referência, na ASQ, no primeiro momento de avaliação.

Primeiro momento de avaliação	Grupo alvo			Grupo de referência		
	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Sub escalas						
Desconforto	15	3.93	0.58	15	3.24	0.62
Relacionamento	15	3.73	0.82	15	2.41	0.85
Reforço	15	3.99	0.68	15	3.22	0.83
Preocupação	15	4.35	0.68	15	3.67	0.70
Vinculação Evitante	15	3.92	0.46	15	3.33	0.52
Vinculação Ansiosa	15	3.82	0.60	15	3.53	0.67

No quadro 17 observa-se que o grupo dos sem abrigo apresenta valores mais elevados na totalidade das dimensões analisadas. A maior diferença situa-se ao nível da sub escala *relacionamento como factor secundário* (grupo alvo M= 3.73; DP=0.82; grupo de referência M=2.41; DP=0.85).

Quadro n.º18

Teste de Levene e t - student nas sub escalas da ASQ em função do grupo.

ASQ	Levene		T- student	
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Desconforto	,002	,967	3,108	,004
Relacionamento	,048	,827	4,279	,000
Reforço	,598	,446	2,732	,011
Preocupação	,280	,601	2,675	,012
Vinculação evitante	,011	,919	1,567	,128
Vinculação ansiosa	,465	,501	1,203	,239

Como podemos verificar no quadro 18, utilizando o teste t-student constatamos que o grupo dos sem abrigo apresenta médias significativamente superiores no *desconforto relativamente à proximidade* ($t(28)=3.108$; $p=.004$); no *relacionamento enquanto factor secundário* ($t(28)=4.279$; $p=.000$); na *necessidade de reforço/aprovação* ($t(28)= 2.732$ $p=$, 011) e na *preocupação com os relacionamentos* ($t(28)= 2.675$; $p=.012$).

Os grupos não se distinguem nas sub escalas *vinculação evitante* ($t(28)=1.567$; $p=.128$) e *vinculação ansiosa* ($t(28)=1.203$; $p=.239$), pelo que se assume a igualdade de variâncias da amostra nestas sub escalas (Quadro 18).

Posteriormente, tentamos responder a outra hipótese do nosso estudo: verificar se existem diferenças estatisticamente significativas, entre o primeiro e o segundo momento de avaliação no grupo dos sem abrigo.

Quadro n.º19

Médias, desvios - padrão, valores máximos e mínimos e teste de Wilcoxon entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, em todas as sub escalas da ASQ.

ASQ	Primeiro momento de avaliação					Segundo momento de avaliação					Wilcoxon Signed Ranks Test	
	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Sub escalas												
Confiança	15	2.49	0.40	1.88	3.13	15	4.77	0.50	2.30	4.20	-2.897	.001
Desconforto	15	3.93	0.58	2.90	5.00	15	3.20	0.54	3.25	5.38	-3.409	.001
Relacionamento	15	3.73	0.82	2.29	5.43	15	2.16	0.35	1.71	2.71	-3.352	.001
Reforço	15	3.99	0.68	2.71	5.29	15	3.51	0.50	2.71	4.71	-1.934	.053
Preocupação	15	4.35	0.68	3.00	5.25	15	3.48	0.41	2.63	4.13	-3.018	.003
Vinculação evitante	15	3.62	0.46	2.75	4.38	15	3.41	0.31	2.94	3.88	-1.319	.187
Vinculação ansiosa	15	3.82	0.60	2.62	4.62	15	3.69	0.35	3.15	4.38	-1.108	.268

Tal como podemos verificar, na sub escala *confiança* constatamos um aumento dos valores médios no segundo momento de avaliação (M=4.77; DP= 0.50), relativamente aos resultados do primeiro momento de avaliação (M=2.49; DP= 0.40). Esta diferença é estatisticamente significativa (Quadro 19).

Constatamos igualmente uma diminuição estatisticamente significativa na sub escala *desconforto com a proximidade*, tendo obtido no primeiro momento de avaliação uma média de 3.93 (DP=0.58) e no segundo momento de avaliação uma média de 3.20 (DP=0.54).

Verificamos que nas sub escalas *relacionamento como factor secundário* e *preocupação com os relacionamentos*, surgem médias mais elevadas no primeiro momento de avaliação. As diferenças são estatisticamente significativas na dimensão do *relacionamento como factor secundário* (primeiro momento de avaliação, M=3.73; DP= 0.82 e no segundo momento de avaliação, M=2.16; DP= 0.35), obtendo o teste de Wilcoxon valores de (Z= -3.352; p=.001) e na dimensão *preocupação com relacionamentos* (primeiro momento de avaliação, M=4.35; DP=.068 e segundo momento de avaliação M=3.48; DP=.041), obtendo o teste de Wilcoxon valores de (z=-3.018; p=.003).

Nas dimensões *necessidade de reforço*, *vinculação ansiosa* e *vinculação evitante*, verificam-se descidas das médias, no entanto as variações entre primeiro e o segundo momento de avaliação não são estatisticamente significativas.

Em resumo, podemos considerar que após doze meses de integração na CINO os indivíduos aumentam de forma significativa os níveis de *confiança* e apresentam uma redução

estatisticamente significativa nos valores das seguintes dimensões gerais associadas à vinculação adulta: *preocupação com as relações*, *desconforto com a proximidade* e *relacionamento como factor secundário*. Não obstante, as mudanças não são estatisticamente significativas na sub escala *necessidade de reforço*, *vinculação ansiosa* e *vinculação evitante* (Quadro 19).

Pretendemos de seguida avaliar se o grupo alvo, no segundo momento de avaliação, aproximou as suas pontuações às do grupo de referência, no primeiro momento de avaliação.

Quadro n.º20

Teste da normalidade das sub escalas da ASQ na amostra total.

ASQ	<i>n</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>	<i>p</i>
Confiança	30	.885	.004
Desconforto	30	.989	.985
Relacionamento	30	.931	.052
Reforço	30	.971	.553
Preocupação	30	.964	.388
Vinculação Evitante	30	.964	.385
Vinculação Ansiosa	30	.974	.663

A normalidade da amostra foi testada através da prova do teste Shapiro-Wilk, usado para verificar a proximidade da distribuição das variáveis com a curva normal. Neste caso considerando as pontuações do grupo de referência e as pontuações do grupo alvo no segundo momento de avaliação. Tal como podemos verificar no quadro 20, mais uma vez, apenas a sub-escala *confiança* obteve diferenças estatisticamente significativas ($p=.004$), logo a sua distribuição não pode ser considerada normal. Nas restantes sub-escalas foi assumida a normalidade.

Assim, relativamente à sub escala *confiança*, voltamos a recorrer à prova não paramétrica U de Mann-Whitney para avaliar os resultados.

Quadro n.º21

Média, desvios –padrão e U de Mann-Whitney na sub escala confiança da ASQ, no grupo alvo, no segundo momento de avaliação, e no grupo de referência, no primeiro momento de avaliação.

Grupo	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Grupo alvo	15	4.77	0.50		
Grupo de referência	15	4.25	0.53	35.000	.001
Total	30	4.51	0.58		

Tal como podemos constatar no quadro 21, na sub escala *confiança* o grupo alvo obteve médias significativamente superiores às do grupo de referência. Desta feita, os sem abrigo, no segundo momento de avaliação, demonstram ter aumentado os índices de *confiança* (M= 4.77; DP=0.50) relativamente ao grupo de referência (M= 4. 25; DP=0.53).

Quadro n.º22

Médias e desvios-padrão do grupo alvo, no segundo momento de avaliação e do grupo de referência.

ASQ	Segundo momento de avaliação Grupo alvo			Primeiro momento de avaliação Grupo de referência		
	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Sub escalas						
Desconforto	15	3.20	0.54	15	3.24	0.62
Relacionamento	15	2.16	0.35	15	2.41	0.85
Reforço	15	3.51	0.50	15	3.22	0.83
Preocupação	15	3.48	0.41	15	3.67	0.70
Vinculação Evitante	15	3.41	0.31	15	3.33	0.52
Vinculação Ansiosa	15	3.69	0.35	15	3.53	0.67

Relativamente às dimensões gerais apresentadas no quadro 22, recorreremos a uma prova paramétrica (t-test), podendo constatar que o grupo alvo se aproxima das médias do grupo de referência.

Assim, relativamente ao *desconforto com a proximidade* o grupo alvo apresenta uma média de 3.20 (DP=0.54) e o grupo de referência apresenta uma média de 3.24 (DP=0.35). No *relacionamento como factor secundário* o grupo alvo apresenta uma média de 2.16 (DP=0.35) e o grupo de referência de 2.41 (DP=0.85). Em relação à *necessidade de reforço/aprovação* o grupo alvo tem os seguintes valores (M=3.51; DP=0.50) face às médias do grupo de referência

($M=3.22$; $DP=0.83$); Em relação à *vinculação evitante*, o grupo alvo apresenta a média de 3.41 ($DP=0.31$), relativamente ao grupo de referência, cuja média foi de 3.33 ($DP=0.52$). Relativamente à *vinculação ansiosa*, o grupo alvo apresenta média de 3.69; ($DP=0.35$) em relação ao grupo de referência cujas médias foram de 3.55 ($DP=0.67$).

Os resultados são igualmente semelhantes no que concerne às médias de *preocupação com os relacionamentos* (grupo alvo $M=3.48$; $DP=0.41$, grupo de referência $M=3.67$; $DP=0.70$).

Quadro n.º23

Teste de Levene e t- student nas sub escalas da ASQ, em função do grupo alvo, no segundo momento de avaliação.

Sub escalas	Levene		t- student	
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Desconforto	.149	.703	-.218	.829
Relacionamento	3.94	.057	-1.07	.292
Reforço	3.12	.088	1.13	.264
Preocupação	2.49	.126	-.909	.371
Vinculação evitante	2.03	.165	.501	.620
Vinculação ansiosa	4.61	.040	.,776	.444

Como podemos verificar no quadro 23, o teste de Levene não obteve diferenças estatisticamente significativas, pelo que se assume a homocedasticidade entre os grupos.

Os grupos não se distinguem em nenhuma das sub escalas avaliadas, sendo que apresentam os seguintes resultados: na sub escalas *desconforto relativamente à proximidade* ($t(28)=-.218$; $p=.829$); no *relacionamento enquanto factor secundário* ($t(28)=-1.07$; $p=.292$); na *necessidade de reforço/aprovação* ($t(28)=1.13$; $p=.264$) e na *preocupação com os relacionamentos* ($t(28)=-.909$; $p=.371$); *vinculação evitante* ($t(28)=.501$; $p=.620$) e *ansiosa* ($t(28)=.776$; $p=.444$).

Passamos agora a avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros, no grupo alvo, nas diversas sub escalas. Apesar do número reduzido de sujeitos, 10 do género masculino e 5 do género feminino, pareceu-nos relevante, com base na revisão da literatura realizar esta análise. Testamos se homens e mulheres tinham obtido médias diferentes no primeiro e no segundo momento de avaliação dos estilos de vinculação. Esta análise tem um carácter complementar no nosso estudo e não foram por isso redigidas hipóteses.

Quadro n.º 24

Comparação entre médias e desvios - padrão no primeiro e no segundo momento de avaliação, por género, no grupo dos sem abrigo, na ASQ.

ASQ	Género	Primeiro momento de avaliação			Segundo momento de avaliação		
		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Sub escalas							
Confiança	Masculino	10	2.66	0.35	5	3.17	0.55
	Feminino	5	2.15	0.25	10	3.26	0.59
Desconforto	Masculino	10	3.89	0.63	5	4.68	0.56
	Feminino	5	4.02	0.54	10	4.95	0.36
Relacionamento	Masculino	10	3.74	0.67	5	2.14	0.39
	Feminino	5	3.71	1.17	10	2.20	0.31
Reforço	Masculino	10	4.07	0.80	5	3.50	0.55
	Feminino	5	3.82	0.40	10	3.54	0.42
Preocupação	Masculino	5	4.18	0.67	5	3.43	0.45
	Feminino	10	4.67	0.62	10	3.57	0.36
Vinculação Evitante	Masculino	5	3.64	0.34	5	3.40	0.32
	Feminino	10	3.57	0.69	10	3.43	0.32
Vinculação Ansiosa	Masculino	5	3.83	0.70	5	3.63	0.36
	Feminino	10	3.78	0.38	10	3.80	0.34

Assim, relativamente à sub escala *confiança*, no primeiro momento de avaliação as mulheres obtiveram média de 2.15 (DP=0.25) enquanto os homens obtiveram média de 2.66 (DP=0.35), demonstrando as mulheres menores índices de *confiança*. No entanto, segundo momento de avaliação, os homens elevam a sua média para 3.17 (DP=0.55) enquanto as mulheres elevam para 3.26 (DP=0.59). No entanto, as diferenças não foram estatisticamente significativas.

Relativamente à sub escala *desconforto com a proximidade*, no primeiro momento de avaliação, as mulheres obtiveram média de 4.02 (DP=0.54) enquanto os homens obtiveram média de 3.89 (DP=0.63) demonstrando os homens menores níveis de *desconforto com a proximidade*. No entanto, no segundo momento de avaliação, os homens elevam sua média para 4.68 (DP=0.56) e as mulheres para 4.95 (DP=0.36).

No que concerne à percepção dos *relacionamentos enquanto factor secundário*, os homens descem a média inicial de 3.74 (DP=0.67) para 2.14 (DP=0.39) e as mulheres descem a média inicial de 3.71 (DP=1.17) para 2.20 (DP=0.31).

Relativamente à *preocupação com os relacionamentos*, houve igualmente descidas em ambos os sexos: mulheres, $M=4.67$ ($DP=0.62$) no primeiro momento de avaliação e $M=3.57$ ($DP=0.36$) no segundo momento de avaliação; homens, $M=4.18$ ($DP=0.67$) no primeiro momento de avaliação, para $M=3.43$ ($DP=0.45$) no segundo momento de avaliação (Quadro 24).

Quadro n.º 25

U de Mann Whitney para as sub escalas, por género, no primeiro e o segundo momento de avaliação.

ASQ	Primeiro momento de avaliação		Segundo momento da avaliação	
	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Sub escalas				
Confiança	11.000	.099	19.000	.513
Desconforto	21.500	.679	24.000	.953
Relacionamento	22.500	.768	19.000	.513
Reforço	15.000	.254	21.000	.679
Preocupação	15.500	.254	20.500	.594
Vinculação evitante	22.500	.768	20.500	.594
Vinculação ansiosa	20.500	.594	22.500	.768

Como podemos verificar, não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros nas diversas sub escalas, em nenhum dos momentos de avaliação (Quadro 25).

Capítulo VI

Discussão dos resultados do estudo empírico

“Visto de perto ninguém é normal”

Leon Tolstoi

Neste capítulo examinaremos os resultados obtidos no estudo empírico. Para o efeito iremos seguir a mesma estrutura de apresentação utilizada no capítulo anterior, cuidando, contudo, de articular a apresentação com a contextualização teórica. Hierarquizando os elementos em observação, começaremos por sintetizar os dados sócio demográficos, efectuando, de seguida, uma leitura crítica sobre as variáveis e a forma como os seus resultados se foram alterando ao longo do estudo.

Procuraremos discutir as hipóteses de investigação inicialmente formuladas, dando lugar também aos resultados não contemplados, mas que julgamos serem merecedores da nossa atenção.

Variáveis sócio demográficas

Tal como anteriormente referido, neste estudo participaram 30 sujeitos com idades compreendidas entre os 26 e os 55 anos, apresentando uma média aproximada de 39 anos. Vamos, no entanto, centrar a análise das variáveis sóciodemográficas do grupo alvo (n=15). Quanto ao estado civil, 60% destes são solteiros e os restantes 40%, divorciados, o que vai de encontro aos dados encontrados na bibliografia: “...tomada de opção por não constituírem família, permanecendo solteiros”, Barreto e Bento (2002, p. 99). Relativamente ao género, 75% da amostra pertence ao sexo masculino. Este perfil é coincidente com o encontrado em vários estudos (Borges, 1995; Bento et al, 1996; Pereira & Silva, 1997; Instituto de Segurança Social, 2005), sobre os indivíduos sem abrigo: Cidadão de nacionalidade portuguesa, sexo masculino, solteiro, em idade activa (entre 30 e 59 anos), com baixo nível de escolaridade, em

situação de desemprego e/ou com percursos laborais marcados pela instabilidade, registando frequentemente problemas de saúde (física ou mental), associados a condutas aditivas.

Relativamente aos factores que conduziram à situação de sem abrigo os dados apontam para uma predominância clara das problemáticas aditivas, nomeadamente a toxicod dependência (33%) e alcoolismo (33%), somando um total de 66%. Surge ainda como factor expressivo o conflito familiar (20%), dado concordante com as dificuldades relacionais inerentes à condição de sem abrigo abordadas na contextualização teórica desta investigação. Surgem ainda como factores conducentes à situação de sem abrigo, a doença (6.7%) e problemas judiciais (6.7%). Estes dados são concordantes com a análise efectuada por Batista, (2004), afirmando que, actualmente, toxicod dependência e sem abrigo são problemáticas indissociáveis. Refere ainda, que as necessidades de consumo e a progressiva degradação das capacidades dos indivíduos conduzem frequentemente à destruição dos laços familiares e redes de suporte, bem como, à rápida aquisição de comportamentos auto destrutivos.

No estudo efectuada pelo Instituto de Segurança Social em 2005, a ruptura familiar (conflitos, separações, divórcios e falecimentos) encabeça a lista de problemáticas associadas à situação de sem tecto (25 %), logo seguida pelos problemas de saúde (23 %) relacionados com a toxicod dependência, o alcoolismo, a doença física ou mental. O desemprego representava 22 %, a habitação sem condições e a dívida da casa, outros 17% (Instituto da Segurança Social, 2005). Bento e Barreto (2002), numa amostra de sem abrigo apuraram 32% de indivíduos com dependência de álcool e 17% com consumos de outras substâncias. Na consulta bibliográfica foi surpreendente a territorialização da problemática, sendo que a maior parte dos sem abrigo do Porto têm menos de 39 anos e são toxicod dependentes. Já em Lisboa predominam os indivíduos com mais de 50 anos e com consumos problemáticos de álcool, (AMI, 2006). No que concerne ao presente estudo, as médias de idades são próximas das encontradas no norte do país, sendo que, em termos de padrões consumos, a distribuição é equitativa relativamente ao álcool e outras drogas (33%).

Pesquisas internacionais identificam igualmente que cerca de 50% da população sem abrigo tem problemas de toxicod dependência ou alcoolismo (Goering, Tomiczenko, Sheldon, Boydell, & Wasylenki, 2002; Wright & Weber, 1987).

Relativamente ao tempo de vivência de sem abrigo, 46.7% da amostra refere ter vivido na rua mais de um mês, 40.0 % mais de meio ano e outros 6.7% referem uma vivência prolongada de rua, ou seja, mais de dez anos.

Na contextualização teórica percebemos que os indivíduos sem abrigo podem ser descritos em termos da duração da sua condição ou do grau de vulnerabilidade, variando

desde indivíduos crônicos sem abrigo, indivíduos periodicamente sem abrigo ou de forma episódica (trabalhadores emigrantes, jovens ou mulheres vítimas de violência doméstica, entre outros); indivíduos temporariamente sem abrigo devido a “acontecimentos de vida stressantes” (desemprego súbito, problemas graves de saúde, morte do cabeça de casal ou perda de casa), Munoz e Vasquez, (2001), até a indivíduos considerados vulneráveis ou “em situação de risco” (mães solteiras com filhos menores, pessoas de idade, logo mais fragilizadas, refugiados, vagabundos, e emigrantes ilegais desprotegidos pela lei, entre outros), (Daly, 1996, Carter, 1990; Crane, 1990, Timmer, 1994, Watson, 1986).

Na amostra do presente estudo constatamos que a maioria dos indivíduos apresentam-se como temporariamente sem abrigo ou periodicamente sem abrigo. É apenas referenciada uma situação crônica de sem abrigo – mais de 10 anos, o que em nosso entender poderá ter contribuído para os resultados do estudo. Nomeadamente, na aproximação verificada entre o grupo alvo e o grupo de referência, nos valores das dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta, bem como, na positiva integração profissional dos sem abrigo, patente no segundo momento de avaliação deste estudo. Esta leitura é concordante com a investigação de Kitzman (2008), que afirma que quanto mais duradoura for a vivência de sem abrigo, mais moroso será o processo de ressocialização.

No que concerne aos factores determinantes para sair da rua, a maioria dos participantes identificam o apoio técnico como o grande factor para ultrapassar a situação de sem tecto (80%), o apoio de amigos (13.3%) e o apoio da família (6.7%). Estes valores deixam transparecer a precariedade das redes primárias e a importância das redes secundárias, enquanto agentes mobilizadores da mudança. O facto da população sem abrigo participante deste estudo reconhecer a utilidade das respostas sociais de apoio, valida a estratégia desenvolvida pelas várias instituições locais no sentido de realizar um trabalho conjunto e integrado, facilitando uma relação de proximidade com esta população. No que concerne ao apoio de amigos e da família, o facto da resposta social alvo deste estudo, bem como a proveniência da esmagadora maioria dos indivíduos se situar em meio rural, onde os laços de solidariedade típicos das regiões mais pequenas ainda estão preservados, terá de certo a sua influência. Hipoteticamente, as percentagens relativas ao apoio de amigos e família, enquanto agentes de mudança do ciclo de exclusão, podem ter ainda menos expressão em investigações realizadas em zonas urbanas.

Relativamente à existência de pessoas próximas durante o tempo em que viveram na rua, 40% do grupo alvo afirma não ter tido ninguém próximo, 33,3% ter tido a proximidade de

colegas de consumos, 13.3% de pessoas amigas, 6.7% de outros sem abrigo e 6.7% de companheiro amoroso.

Estes dados confirmam, uma vez mais, o isolamento social com que os sem abrigo se deparam, apenas descontinuado pela proximidade de colegas de consumo e indivíduos em semelhante situação, o que reforça as relações meramente funcionais, a manutenção de comportamentos desviantes e, por sua vez, o afastamento do contacto com a “normalidade” (Batista, 2004).

No que concerne à relação com a família durante a vivência na rua, a maioria afirma não ter tido qualquer relação, e os restantes dividem-se entre uma relação distante e conflituosa. Estes dados são consonantes com os encontrados na bibliografia consultada, confirmando que a população sem abrigo parece raramente sustentar relações sólidas e de proximidade: “As relações tendem a ser inconstantes, superficiais e passageiras, numa combinação paradoxal entre uma sociabilidade fácil, isolamento e desconfiança” (Snow & Anderson, 1992 cit. in Bento & Barreto, 2002, p.99).

Relativamente à institucionalização ser reconhecida como factor de aproximação à família, a maioria dos participantes consideram que este factor contribuiu muito para a aproximação ou consideravelmente. Segundo os dados da AMI (2006), 92% da população sem abrigo tem familiares vivos, mas apenas 37% se relaciona com eles. O facto da intervenção familiar ser uma das áreas privilegiadas da estrutura alvo desta investigação, poderá contribuir, não só para a reestruturação dos laços familiares, como para a percepção do próprio em relação à disponibilidade que gradualmente a família vai manifestando.

Relativamente à importância da institucionalização no acesso a novos amigos, a maioria considera que contribuiu muito ou consideravelmente.

Quanto à situação face ao emprego, a totalidade da amostra encontrava-se desempregada durante o tempo em que viveu na rua, sendo que também a totalidade da amostra passou a exercer actividade profissional após os doze meses de integração comunitária. A maioria a frequentar formação profissional (53.3%) e os restantes com contrato de trabalho (46.7%). Dada a ausência de qualificação profissional e os baixos índices de escolaridade desta população, a integração em cursos de dupla certificação que permitem, em simultâneo, garantir uma remuneração acima do ordenado mínimo nacional e aumentar as competências (académicas e profissionais), torna-se uma necessidade. Só através da qualificação profissional será possível facilitar o acesso ao mercado de trabalho, quer em termos presentes quer em termos futuros. Por outro lado, a longa duração destes cursos (cerca de 18 meses) permite que a fase inicial de autonomização da estrutura ocorra num contexto de

grupo de formação, muitas vezes gerador de redes de suporte laborais e sociais. Recordamos, mais uma vez, que diversos estudos apontam para a frágil sociabilidade dos sem abrigo e para o facto de apenas acederem a contactos com outros indivíduos em semelhante condição.

A possibilidade de integrarem uma medida de inserção que podemos considerar como “emprego protegido”, permite a aquisição de competências relacionais e profissionais (cumprimento de horários, relação interpessoal, entre outros) há muito esquecidas, dados os longos períodos de desemprego que caracterizam a sua história de vida. Justifica-se assim, face ao exposto anteriormente, o reconhecimento da integração na CINO como factor facilitador do acesso ao mercado de trabalho e de uma rede de suporte efectiva. No entanto, destacamos que é fundamental para o sucesso desta intervenção a continuidade deste processo, nomeadamente através da colocação em mercado de trabalho, sendo para isso imperativo a criação de políticas sociais mais eficazes.

Poderíamos, ainda assim, considerar que dado o carácter temporário dos cursos de formação profissional, estes não se constituíam como resposta efectiva de emprego, no entanto, também na esfera profissional da população em geral os vínculos são cada vez mais frágeis e os empregos para “toda a vida” do passado já não fazem parte da constelação actual do país e quiçá do mundo. Desta forma, a precariedade dos vínculos laborais não é só uma realidade dos indivíduos com baixa escolaridade e pouca formação profissional. Exemplo disto são as medidas de inserção para recém licenciados e a alta percentagem de integração destes através das mais precárias condições. Poderíamos, inclusivamente, pensar o sentido de todo o investimento em formação profissional, dada a descrença na real integração dos indivíduos em postos de trabalho. No entanto, poderíamos igualmente equacionar o sentido da continuidade de cursos superiores para engrossar as fileiras do desemprego qualificado em Portugal.

Num estudo de Hazen e Shaver (1990), estes autores consideram que nos adultos o trabalho tem características funcionais similares às do constructo de exploração do meio de Bowlby (1969, 1973). Esta proposta sugere que os estilos de vinculação adultos poderiam estar associados a padrões concretos de actividade laboral, do mesmo modo que os estilos de vinculação precoce estão relacionados com padrões de conduta exploratórios.

Mais concretamente, tal como as crianças evitantes parecem utilizar a conduta exploratória como um meio para evitar o contacto com as suas mães, os adultos evitantes poderiam utilizar o trabalho compulsivo como forma de evitar as relações de intimidade. Pelo contrário, os adultos ansiosos ambivalentes poderiam ver no trabalho uma oportunidade para satisfazer as suas necessidades de vinculação insatisfeitas, podendo esta tendência interferir

com o seu rendimento laboral. De acordo com o esperado, os sujeitos que apresentam uma vinculação segura demonstram bons índices de satisfação laboral, considerando que são bons trabalhadores e detêm o reconhecimento dos outros. Raramente têm receio de falhar e não permitem que as questões de trabalho interfiram na sua saúde ou relações pessoais.

Hardy e Barkham, (1994) investigaram a influência do estilo de vinculação no desempenho profissional e concluíram que os indivíduos mais ansiosos e evitantes referiam níveis inferiores de satisfação profissional. Outros estudos concluíram que altos níveis de ansiedade e evitamento estavam relacionados com o stress e burnout profissional (Pines, 2004). No geral estes estudos indicam que a vinculação insegura contribui para um frágil ajustamento ao local de trabalho.

Segundo estes dados, podemos considerar que a adaptação saudável ao posto de trabalho poderá ser mais um factor que contribua para a reparação de padrões de vinculação inseguros.

A manutenção do emprego será igualmente importante na estabilidade dos vínculos positivos construídos, sendo fundamental articular esforços para que numa fase inicial de reinserção estas redes sejam preservadas. Tal como defende Branco (2004), a intervenção primordial passa por estratégias de afiliação e restabelecimento de laços sociais para garantir o sucesso da inserção e inclusão social.

Sumariamente, podemos caracterizar os sem abrigo participantes neste estudo, em termos das necessidades apresentadas, em duas grandes áreas, tal como referido em algumas investigações (Diblasio, 1995; Greve, 1990, Keyes, 1988): a) indivíduos que vivenciaram situações de rua mais ou menos prolongadas, no entanto, após estadia em estrutura adequada, por um espaço de tempo considerável, estarão aptos a viver de forma autónoma; b) indivíduos que necessitem de cuidados de forma continuada, com aconselhamento e serviços de apoio adequados.

De destacar ainda, no que concerne às redes relacionais, Costello (2008) defende que a maioria das pessoas em condição de sem abrigo gostariam permanecer nas suas casas, pois essa possibilidade representa a manutenção de redes de vizinhança e de redes relacionais vitais ao seu bem-estar bio-psico-social. Auxiliar as pessoas a manter as suas habitações deveria ser uma estratégia prioritária ao nível da prevenção, evitando desta forma o sofrimento pessoal dos indivíduos e a interrupção dos processos de socialização, nomeadamente das crianças.

Em nosso entender, torna-se fundamental, após a autonomização das estruturas residenciais, a manutenção dos vínculos estabelecidos e o acompanhamento técnico, em regime de follow-up. Embora os sem abrigo preservem a capacidade de formular desejos e

projectos, ainda que de forma frágil, permanece o medo de reincidir nas circunstâncias que os levaram à exclusão. Medo de não serem capazes e que a sociedade não tenha paciência e não lhes conceda o tempo que necessitam para reconstruir as suas trajectórias no sentido inclusivo (Branco, 2004).

Resultados do ASQ

A vinculação desempenha um papel de grande importância na compreensão do processo de adaptação do indivíduo ao seu meio social. A investigação postula que a vinculação desenvolvida durante a primeira infância poderá influenciar a personalidade do indivíduo a longo prazo, mais precisamente a confiança em si mesmo e nos outros, e consequentemente a profundidade das suas relações sociais. De facto, parece existir uma continuidade do modelo de vinculação desde a infância até à idade adulta (Rothbard e Shaver, 1994; Stein, Jacobs, Ferguson; Allen e Fonagy, 1998). No entanto, Bowlby (1969), tinha já sugerido que as relações de vinculação podem transformar-se ao longo da vida adulta em função de novas experiências emocionais, como também por via da reinterpretação das experiências passadas e presentes.

O ASQ, tal como anteriormente exposto, é um questionário de auto resposta, composto por quarenta perguntas, que através de um processo de cotação se converte em cinco itens referentes às dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta e dois itens referentes à vinculação evitante e ansiosa. Na presente investigação é feita uma análise destes sete itens, em dois momentos de avaliação. Passamos de seguida a apresentar o entendimento que os autores da escala atribuem aos itens: *vinculação ansiosa e evitante*.

De acordo com as dimensões que constituem a *vinculação evitante*, uma pontuação elevada nesta sub escala corresponde a indivíduos que se sentem pouco à vontade na presença dos outros. Afirmam a falta de confiança nos outros e revelam estar insatisfeitos com as suas relações interpessoais. Não conseguem perceber porque as outras pessoas haveriam de gostar deles ou desejar estabelecer relações. Têm tendência a não investir nas suas relações sociais, a não criar laços de proximidade com os outros, em suma, a evitar qualquer situação que pressuponha níveis altos de compromisso e intimidade. Dizem ser independentes, exprimindo frequentemente sentimentos de rejeição e de isolamento.

De acordo com as dimensões que constituem a *vinculação ansiosa*, pontuações elevadas nesta sub escala corresponde a indivíduos que apresentam grande preocupação com

os relacionamentos, que sentem não ter grande valor e, por tanto, não merecer o amor dos outros. Desejariam estar mais próximos dos outros, inquietam-se quando lhes são indiferentes e sentem que não são amados. Atribuem muita importância ao que os outros pensam e preocupam-se em agradar.

Por fim, os indivíduos ambivalentes são aqueles que manifestam traços das duas tendências. São de certa forma desorganizados e oscilam entre os dois modos de adaptação. Embora Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978) utilizem o termo para se referirem às crianças resilientes (tipo C), iremos utilizá-lo aqui para descrever o adulto que apresente duas motivações contrárias: evitamento das relações sociais e a busca compulsiva do amor dos outros.

Segundo os dados recolhidos na bibliografia consultada as dimensões sociais gerais: *desconforto com a proximidade* e a *percepção da relação como algo secundário* estão, de forma clara, conceptualmente ligadas à *vinculação evitante*. No estudo de Brennan e colaboradores (1998), a correlação destas duas escalas com o factor evitante foram de .90 e .61 respectivamente. Resultados baixos na sub escala da *confiança* (combinando o julgamento dos outros em relação a si, mas enfatizando a falta de confiança nos outros) também obtiveram resultados largamente relacionados com a vinculação evitante, .70.

Assim, a melhoria nestas dimensões sociais (*desconforto com a proximidade, percepção da relação como algo secundário e confiança*) poderá influenciar a reparação de padrões de vinculação evitante.

As dimensões sociais gerais: *preocupação com as relações e necessidade de aprovação/reforço*, estão conceptualmente relacionadas à *vinculação ansiosa*, e obtiveram valores de .86 e de .62 respectivamente. Logo, a melhoria destas dimensões sociais poderá influenciar a reparação de padrões de vinculação ansiosa.

Sroufe e colaboradores (2005) concluíram que, a vinculação ansiosa está sobretudo associada a quadros de depressão e ansiedade; a vinculação evitante mostrou-se relacionada com problemas comportamentais e de conduta.

Na presente investigação começámos por responder a algumas das hipóteses levantadas, nomeadamente verificar se existem diferenças significativas nas dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta e nos níveis de vinculação ansiosa e evitante, entre o grupo alvo e o grupo de referência.

Relativamente à **hipótese 1** (“O grupo alvo no primeiro momento de avaliação apresenta médias superiores, nas dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta - *desconforto relativamente à proximidade; necessidade de reforço/aprovação;*

relacionamentos enquanto factor secundário e preocupação com os relacionamentos, em relação ao grupo de referência”), verificamos que esta é confirmada pelo nosso estudo (cf. Quadro 17, capítulo V).

Quanto à **hipótese 2** (“O grupo alvo, no primeiro momento de avaliação, apresenta médias inferiores na dimensão social geral ligada à vinculação adulta - *confiança*, em relação ao grupo de referência”), constatamos que esta hipótese é igualmente confirmada. De facto, o grupo alvo demonstrou, no primeiro momento de avaliação, índices de *confiança* inferiores aos do grupo de referência (cf. Quadro 16, capítulo V). De destacar que as médias de *confiança* do grupo de referência (M=4.25) sugerem a existência de padrões de vinculação seguros.

Também a **hipótese 3** (“O grupo alvo, no primeiro momento de avaliação, apresenta valores de vinculação ansiosa e evitante mais elevados do que o grupo de referência”), se confirma nesta investigação. O grupo alvo apresenta valores mais elevados nas sub escalas *vinculação evitante* e *vinculação ansiosa*, no primeiro momento de avaliação.

Como anteriormente exposto no capítulo I, a vivência de rua é o culminar de um longo processo de perdas e rupturas com a sociedade e consigo próprio. Dada a proximidade temporal e emocional de um contexto de vivência de rua, as fragilidades relacionais do grupo alvo, no primeiro momento de avaliação, tornam-se aqui evidentes. Tal como refere o estudo realizado por Bento e Barreto (2002), com uma amostra de dezoito indivíduos sem abrigo, estes apresentam baixos níveis de confiança e metade da amostra revelou um modelo misto em termos de vinculação, tanto evitante como ansiosa, acentuando a ausência de recursos internos e a existência de modelos negativos de si e do outro.

Paquette (2009) num estudo de validação da ASQ em Montreal, com população em geral, (com idades compreendidas entre os 14 e os 44 anos) verificou que 35% da amostra demonstra um padrão seguro nas suas relações sociais. Aproximadamente 37% da amostra é constituída por indivíduos com padrão de vinculação ansioso e cerca 20% dos indivíduos são evitantes nas suas relações sociais. O último grupo é constituído por 8% de indivíduos ditos ambivalentes, isto é, indivíduos que se caracterizam por resultados elevados nas duas escalas, evitamento e ansiedade.

Tal como dito por Mikulincer e Florian (1997), os modelos de vinculação funcionam como estruturas internas a partir das quais organizamos as nossas experiências e lidamos com a angústia. No padrão de vinculação seguro o indivíduo criou uma confiança básica em si e nos outros que lhe permite tolerar o sofrimento e iniciar acções instrumentais construtivas de procura de apoio. Assim, o modelo de vinculação segura pode ser visto como um factor de

resiliência em face a acontecimentos de vida geradores de stress (Mikulincer & Florian, 1995). Os modelos de vinculação inseguros podem ser entendidos como factores de risco que diminuem a resiliência dos sujeitos em momentos de angústia. As experiências de vinculação precoce destes indivíduos tendem a ser instáveis, existindo frágeis representações de si e do outro.

No nosso estudo, no primeiro momento de avaliação, embora não seja efectuada a análise dos indivíduos por grupos de padrão de vinculação, dado o reduzido número de participantes, constatamos que os valores médios da *vinculação evitante e ansiosa* são elevados e os valores da sub escala *confiança* são baixos. Podemos assim deduzir que a maioria dos indivíduos do grupo alvo se distribui pelos padrões de vinculação evitante e ansiosa. Não sendo claro se a co-existência de valores altos de evitamento e ansiedade podem ser indicadores do padrão de vinculação ambivalente. Constatamos igualmente, na presente investigação, a existência de valores médios elevados nas dimensões sociais: *desconforto com a proximidade, preocupação com as relações e necessidade de reforço/aprovação*.

Segundo alguns autores, as dimensões *desconforto com a proximidade* e a *preocupação com as relações* estão intimamente ligadas ao modelo de quatro grupos de Bartolomew (1990). Quando se comparam as respostas dos sujeitos entre as medidas de resposta forçada e as medidas abertas, o desconforto com a proximidade só diferencia os grupos evitantes dos grupos seguros, obtendo os grupos evitantes maiores pontuações médias; a preocupação com as relações só diferencia os grupos ansiosos dos grupos seguros, obtendo os últimos menores pontuações médias, (Feeney, 1995; Feeney, Noller & Hanrahan, 1994).

Estes resultados sugerem que o *desconforto com a proximidade* está ligado aos modelos mentais que se têm dos outros e portanto à intensidade do evitamento social. Tendem a enfatizar a natureza ameaçadora e não confiável dos outros, a necessidade de depender exclusivamente de si próprios e de manter a distância das relações vivenciadas como angustiantes (Mikulincer & Florian, 1995).

A *preocupação com as relações* parece estar intimamente ligada aos modelos mentais de si mesmo e portanto à intensidade da dependência que se estabelece com os outros, (Feeney & Noller, 2001). Tendem a exagerar a avaliação das dificuldades como ameaçadoras e incontrolláveis. Podem reagir com intensa angustia que persiste após o término da ameaça, mantendo a hipervigilância, ruminando mentalmente sobre pensamentos, memórias e afectos negativos, com dificuldade em ultrapassar experiências negativas, que facilmente alastram para outras áreas da vida (Mikulincer & Florian, 1995).

Assim, os altos níveis de *preocupação com as relações* e de *desconforto com a proximidade* encontrados no nosso estudo poderão ser indicadores de um conflito permanente com o qual o grupo alvo se depara: demonstram não ter segurança nas suas capacidades para serem independentes, evidenciando, igualmente, não confiar nos outros. Assim, quer o afastamento, quer a proximidade do outro é fonte de angústia.

Investigação proveniente do campo de pesquisa da vinculação em adultos sugere que a vinculação insegura se associa positivamente à depressão (Murphy & Bates, 1997), à ansiedade (Canavarro, 1999, Hazen & Shaver, 1990, Shaver & Brennan, 1992) e, negativamente à auto estima (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Relativamente à **hipótese 4** (“Existem diferenças nos valores médios das dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta, entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, no grupo alvo”), concluímos que após doze meses de integração na CINO os indivíduos aumentam de forma significativa os níveis de *confiança* e apresentam uma redução estatisticamente significativa nos valores das seguintes dimensões gerais associadas à vinculação adulta: *preocupação com as relações*, *relacionamento como factor secundário* e *desconforto com a proximidade*. Relativamente à *necessidade de reforço*, verifica-se uma diminuição dos valores médios, no entanto, a variação não é estatisticamente significativa. Assim verificamos que a hipótese é confirmada.

No que concerne à **hipótese 5** (Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, no grupo alvo, nas médias relativas à vinculação evitante e ansiosa), verificamos que esta é confirmada. Constatamos descidas das médias, no entanto as variações entre o primeiro e o segundo momento de avaliação não são estatisticamente significativa.

Tal como referimos no capítulo II a análise dos estudos revelou que intervir ao nível dos padrões de vinculação não é uma tarefa simples e que as intervenções apenas provocam mudanças relativamente moderadas (Bakermans-Kranenburg et al., 2003). Estes dados são consonantes com os resultados obtidos, pois embora exista uma melhoria significativa nas dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta não houve alteração dos padrões de vinculação evitante e ansiosa.

Feeney e Noller (2001) defendem que a melhoria nas dimensões sociais gerais associadas à vinculação adulta pode reflectir uma mudança real nos padrões de vinculação ao longo do tempo, reconhecendo que as experiências relacionais significativas e outros acontecimentos de vida importantes, podem alterar os padrões de vinculação e os modelos mentais de si e do outro, associados.

Tendo em conta as correlações encontradas por Brennan e colaboradores, (1998), entre vinculação evitante e as dimensões sociais ligadas à vinculação adulta – *confiança; desconforto em relação à proximidade e relacionamento como factor secundário*, importa agora analisar as alterações ocorridas nestas sub escalas. Neste sentido (cf. Quadro 19, capítulo V), no segundo momento de avaliação, o *desconforto com a proximidade* apresenta valores médios mais baixos do que no primeiro momento de avaliação. *O relacionamento como factor secundário*, apresenta igualmente uma descida significativa nos valores médios do segundo momento de avaliação.

Assim, ao diminuir os valores relativos ao *desconforto com a proximidade*, os modelos mentais que se têm dos outros serão mais positivos e logo a intensidade do evitamento social menor. O que poderá contribuir para que a necessidade de depender exclusivamente de si próprios (Mikulincer & Florian, 1995) e de manter a distância das relações vivenciadas como angustiantes seja menor.

Os valores médios da *preocupação com as relações* também apresentou uma diminuição logo, estando esta sub escala intimamente ligada aos modelos mentais de si mesmo (Feeney & Noller, 2001), poderá implicar que a intensidade da dependência que se estabelece com os outros também tenha diminuído.

Logo, se a confiança em si mesmo e no outro aumentou, se diminuiu a necessidade de dependência do outro e os níveis de evitamento social, podemos deduzir que no segundo momento de avaliação os sem abrigo obtenham melhores visões do mundo social e por tal razão reajam de formas menos hostis, ansiosas e evitantes. Ou seja, a diminuição dos valores médios destas dimensões sociais gerais associadas à vinculação adulta, poderá influenciar a reparação de padrões de vinculação inseguros.

Por último, analisando as alterações ocorridas no grupo alvo constatamos que no primeiro momento de avaliação os valores médios de *confiança* (cf. Quadro 21, capítulo V), são de 2,49 (DP=0,40) e no segundo momento de avaliação encontramos valores médios na sub escala confiança de 4,77 (DP=0,50) o que se poderá relacionar com a aquisição de padrões de vinculação segura. Waal & Rönnlund (2007) defendem que altos valores na sub escala confiança se relacionam de forma significativa com a vinculação segura.

Relativamente às alterações ocorridas ao nível da vinculação ansiosa, no grupo alvo, entre os dois momentos de avaliação, constatamos que se verifica uma descida, ainda que não significativa, nos valores médios da vinculação ansiosa, (cf. Quadro 19, capítulo V).

Assim, nas dimensões sociais gerais correlacionadas com este padrão, apenas a *preocupação com os relacionamentos* verificou uma descida significativa, não se tendo registado alterações ao nível da *necessidade de reforço/aprovação*.

Concluimos que, embora não se verifiquem diferenças significativas, entre os dois momentos de avaliação, no padrão de vinculação ansiosa, uma das dimensões sociais gerais correlacionadas com este padrão demonstrou alterações significativas, o que poderá ser indicador da possível reparação de padrões de vinculação inseguros.

No que concerne à mudança de padrões de vinculação a bibliografia suporta a ideia que os modelos internos têm mais probabilidade de mudar em fases de transição do ciclo de vida, tais como a adolescência, o casamento, o nascimento de filhos, o divórcio ou a morte de um ente querido. Estes acontecimentos representam mudanças significativas nas relações sociais dos indivíduos (Collins & Read, 1994). Os modelos podem igualmente mudar à medida que os indivíduos interpretam as suas experiências passadas de outra forma, especialmente as relacionadas com a vinculação. A intervenção terapêutica ao ajudar a construir novas narrativas acerca de acontecimentos passados pode constituir-se como um factor de mudança dos modelos internos e por consequência dos padrões de vinculação (Fenney & Noller, 2001). Assim, com o tempo e com algumas experiências relacionais positivas os indivíduos podem voltar a confiar nos outros e em si mesmos, sendo mais provável a mudança com a congregação de dois factores: novos *insights* sobre os acontecimentos e novas experiências relacionais positivas.

Fenney e Noller (2001) defendem que estabilidade dos modelos pode ser influenciada pela tendência a activar mais rapidamente os modelos mais antigos, especialmente em momentos de stress. Para que os novos modelos possam activar-se em momentos de crise é necessário apreende-los e praticá-los frequentemente, sendo que a relação terapêutica pode e deve estimular este exercício.

Concluimos ainda que, relativamente à **hipótese 6** (“Existem diferenças entre géneros, relativamente à *vinculação evitante e vinculação ansiosa*, no grupo alvo”) esta é infirmada. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros, nas diversas sub escalas, no grupo alvo, em nenhum dos momentos de avaliação.

De uma maneira geral, seja por entrevista ou questionário, os diferentes instrumentos da vinculação adulta (entre eles o AAI) não encontram, diferenças sexuais (Crowell et Treboux, 1995). Pelo contrário, os estudos que utilizaram os instrumentos de Bartholomew (excepção feita ao recente estudo de Diehl et al. 1998), colocaram em evidência as diferenças sexuais. Utilizando a *Peer Attachment Interview*, Bartholomew et Horowitz (1991),

demonstraram que as mulheres têm maior tendência a ser preocupadas e os homens a ser evitantes. Estes resultados contraditórios são surpreendentes, uma vez que a ideia das diferenças sexuais quanto à procura de intimidade é muito popular.

Ainda que não existam provas de que as mulheres sejam mais sociáveis do que os homens, parece que estas se empenham mais nos contactos sociais íntimos (Reis, 1998). Têm ainda maior tendência para verbalizarem as suas emoções enquanto os homens parecem evitar tais situações (Canary, Emmers-Sommer, e Faulkner, 1997). As pesquisas indicam que esta tendência das mulheres para a intimidade emerge durante a adolescência (Reis, 1998).

Partindo da conceptualização teórica das dimensões de evitamento e de ansiedade, e tendo conta que homens e mulheres são alvo de pressões de socialização diferentes, a explicação para as diferenças de género será facilmente perceptível. Níveis de ansiedade elevados no sexo masculino poderiam ser interpretados como um sinal de fragilidade e, dessa forma, seriam menos favoráveis; do mesmo modo, níveis de evitamento elevados no sexo feminino não corresponderiam ao padrão social desejável de uma mulher carinhosa e prestadora de cuidados, pelo que seriam igualmente menos favoráveis (Bartholomew, 1994).

Os resultados encontrados por Paquette, (2009) num estudo de validação da ASQ junto de uma amostra de estudantes, em Montreal, apoiam a ideia das diferenças sexuais na distribuição dos estilos de vinculação adulta: os homens têm mais tendência para evitar relações sociais, enquanto que as mulheres se preocupam mais em serem amadas. No entanto, é interessante observar que o mesmo autor não obteve diferenças entre géneros, na distribuição dos estilos de vinculação, nos adolescentes e durante a infância. A ausência destas diferenças em crianças e adolescentes poderá traduzir-se, na óptica de Paquette, num indicador da busca de identidade não concluída.

Embora o reduzido número de participantes, no grupo alvo, da presente investigação não permita avaliar a distribuição destes dados, podemos colocar a hipótese da diferença de géneros, na população sem abrigo não ser expressiva, dada a deficiente construção da identidade e, como tal, o desempenho dos usuais papéis sociais associados a homens e mulheres estar hipotecado.

No que se refere à avaliação das hipóteses relativas à aproximação das pontuações entre o grupo alvo, no segundo momento de avaliação e o grupo de referência, no primeiro momento de avaliação, concluímos que os resultados infirmam a **hipótese 7** (“O grupo alvo no segundo momento de avaliação mantém médias inferiores, na dimensão social geral ligada à vinculação adulta - *confiança*, em relação ao grupo de referência”). O grupo alvo, no segundo momento de avaliação, demonstrou ter aumentado os índices de *confiança*

relativamente ao grupo de referência, tendo inclusivamente superado os seus resultados. Esta alteração, em nosso entender, poderá fundamentar-se pela intensidade da intervenção, existência de relações de proximidade positivas e alterações estruturais relevantes no decurso dos últimos doze meses. A aquisição de competências, a conquista de objectivos progressivamente delineados, tais como o acesso ao mercado de trabalho, a reaproximação familiar e alargamento da rede social em geral, são factores que influenciaram, certamente, os índices de confiança em si mesmos, nos outros e na possibilidade de uma reinserção efectiva.

Relativamente às restantes dimensões gerais associadas à vinculação adulta constatamos que o grupo alvo se aproximou das médias do grupo de referência, (cf. Quadro 22, capítulo V), assim a **hipótese 8** (“O grupo alvo, no segundo momento de avaliação, mantém médias superiores, nas dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta - *desconforto relativamente à proximidade; necessidade de reforço/aprovação; relacionamentos enquanto factor secundário e preocupação com os relacionamentos*, em relação ao grupo de referência”) é também infirmada. Apenas a sub escala - *necessidade de reforço/aprovação*, mantém médias superiores às do grupo de referência.

Egeland e Sroufe (1981), defendem que a capacidade de reinterpretar a história pessoal pode contribuir para a identificação e reparação de padrões de vinculação disfuncionais pelo que o acompanhamento psicoterapêutico, a terapia familiar e toda a intervenção efectuada em torno da relação familiar do sem abrigo têm um papel importante na possibilidade de alteração das dimensões sociais gerais associadas à vinculação adulta. Tal como já afirmámos anteriormente, trabalhar aspectos como as representações disfuncionais de si próprios e dos outros, pode intervir no sentido da reelaboração dos modelos internos dinâmicos e da reestruturação dos esquemas interpessoais, contribuindo para a ruptura de ciclos transgeracionais negativos (Safran & Segal, 1990, Guidano, 1991).

Waal e Rönnlund (2007) num estudo realizado com uma amostra de 132 estudantes universitários, utilizaram a ASQ e obtiveram os seguintes resultados nas diferentes sub escalas associadas à vinculação adulta que constituem o teste: *confiança* M=4.43 (DP=0.92); *desconforto com a proximidade* M=3.05, (DP=0.88); *relacionamento enquanto factor secundário* M=2.10; (DP=0.64); *necessidade de reforço* M=3.24, (DP=0.96); *preocupação com os relacionamentos* M=3.26, (DP=0.90). Comparando estas médias com as encontradas na presente investigação percebemos que, no segundo momento de avaliação, o grupo alvo se aproxima dos valores recolhidos por Waal & Rönnlund (2007).

Relativamente à **hipótese 9** (“O grupo alvo, no segundo momento de avaliação, mantém médias de vinculação ansiosa e evitante superiores às do grupo de referência”), esta é

confirmada (cf. Quadro 22, capítulo V). Tal como já referido anteriormente e de acordo com Bakermans-Kranenburg e colaboradores (2003), a análise dos estudos revelou que intervir ao nível dos padrões de vinculação é complexo e que as intervenções somente fomentam mudanças relativamente moderadas.

Assim, embora constatando que a intervenção realizada e a existência de relações significativas poderão ter facilitado a alteração dos valores registados nas dimensões sociais gerais associadas à vinculação, os padrões de vinculação não sofreram alterações estatisticamente significativas.

No entanto, em nosso entender, a mudança verificada nas dimensões sociais gerais associadas à vinculação adulta, poderá, só por si, indicar que “ao logo do tempo”, a manutenção de relações positivas e a revitalização da rede de suporte, é possível reparar padrões de vinculação inseguros. Bowlby (1969, 1973) enfatiza que os modelos são construções activas que podem modificar-se em função das experiências. Segundo a sua teoria é provável que os esquemas mais predominantes se mantenham praticamente intactos. Collins e Read, (1994), defendem que os indivíduos podem desenvolver mudanças emocionais e cognitivas complexas para elaborar novos modelos.

Tal como já referimos anteriormente, os modelos podem sofrer alterações através da reinterpretção de acontecimentos passados. Defendendo que a integração comunitária pode desempenhar a função de intervenção terapêutica e simultaneamente, de experiência relacional positiva. Acreditamos que estão reunidos os factores necessários para que o grupo alvo possa readquirir a confiança em si e nos outros, permitindo-lhes sentir-se mais do que abrigados numa casa, abrigados num grupo de pertença.

O início do processo de mudança é, a nosso entender, visível. Resta-nos assim, continuar o trajecto e manter os laços invisíveis que nos unem e protegem da desagregação que a exclusão social provoca, para que passo a passo se solidifiquem relações e vínculos efectivamente seguros.

Conclusões

Ao longo desta investigação foram abordados diversos aspectos que demonstram a profunda ligação existente entre a problemática dos sem abrigo e as lacunas de um processo de vinculação, construído de forma frágil. Na sua história de vida, os sem abrigo transportam um rol de afectos, medos, angústias de abandono, isolamento, ruptura emocional, ausência de um sentimento de pertença familiar, empobrecimento da rede primária de suporte, enfim, uma sucessiva e abrangente constelação de vinculações inseguras em todas as dimensões: pessoal, familiar, social, laboral, institucional.

Pretendemos assim, através da análise das dimensões sociais gerais ligadas a vinculação adulta, contribuir para a compreensão da possível relação existente entre a problemática dos sem abrigo e teoria da vinculação.

Para além de viver fora da protecção de quatro paredes a população sem abrigo parece sobreviver fora da protecção das relações afectivas. A “doença dos laços” ou a “patologia do vínculo”, mais do que terminologias utilizadas por diversos autores na abordagem desta problemática, são amplos conceitos que põem em evidência o impacto da esfera afectiva e das dinâmicas relacionais estabelecidas ao longo do ciclo de vida, nos processos de exclusão social.

Relativamente ao instrumento utilizado neste estudo, podemos afirmar que o ASQ fornece uma avaliação da sociabilidade do indivíduo (isto é, a sua capacidade de interagir positivamente com os outros), mais precisamente a capacidade de estabelecer e manter com os outros contactos sociais íntimos e satisfatórios. Tendo em conta os objectivos do estudo, este instrumento demonstrou-se adequado, revelando ser facilmente compreendido.

Os resultados obtidos num primeiro momento de avaliação sugerem que a população sem abrigo parece corresponder a indivíduos que se sentem pouco à vontade na presença dos outros. Afirmam uma falta de confiança generalizada e revelam-se insatisfeitos com as suas relações interpessoais. Dificilmente percebem porque as pessoas não-de gostar deles ou desejar estabelecer relações. Têm tendência a não investir nas relações sociais, a não criar laços de proximidade, em suma, a evitar qualquer situação que pressuponha níveis altos de compromisso e intimidade. Reiteram a sua independência, exprimindo frequentemente sentimentos de rejeição e de isolamento. Por outro lado, apresentam grande preocupação com

os relacionamentos, sentem que os outros não lhe reconhecem o devido valor e, por tanto, não os estimam o suficiente. Desejariam estar mais próximos dos outros, inquietam-se quando lhes são indiferentes e sentem que não são amados.

Os dados encontrados neste estudo são consonantes com o estudo de Bento e Barreto (2002), que analisaram o padrão de vinculação de 18 sem abrigo, constatando que nenhum apresentou um padrão de vinculação seguro, não tendo por isso construído um grau de confiança básica nos outros e em si próprios, que advém do estabelecimento de uma boa relação precoce. Os sem abrigo "... não se distinguem por uma atitude auto-suficiente, nem revelam apenas uma atitude evitante em relação aos outros, mas também uma elevada preocupação com as relações, nomeadamente em termos de expectativas antecipatórias de rejeição." (Bento & Barreto, 2002, p. 198).

Assim, quer na bibliografia recolhida, quer no presente estudo, os dados sugerem que esta população pode oscilar entre estes dois modos de adaptação (evitante e ansioso), manifestando, muitas vezes, um comportamento afectivo ambivalente.

Do ponto de vista das dimensões sociais gerais da vinculação no adulto, no grupo alvo, após os doze meses de institucionalização, os resultados confirmam o aumento dos valores médios da *confiança* e diminuição dos valores médios das dimensões sociais: *desconforto com a proximidade, relacionamento como factor secundário e preocupação com as relações*. Relativamente às médias da *necessidade de reforço/aprovação*, mantêm-se sem alterações significativas.

Consideramos que os factores facilitadores da inserção descritos no capítulo III poderão ter contribuído para provocar esta reparação. Nomeadamente, através do exercício da capacidade de exploração do meio, recorrendo à base de segurança sempre que ocorra uma situação potenciadora de stress (regime semi aberto e existência de follow up) e da reconstrução da imagem de si enquanto merecedor da atenção e do carinho dos outros, bem como, da imagem do outro enquanto disponível e responsivo face às suas necessidades (Feeney & Noller, 2001). A capacidade de reinterpretar a história familiar relacional pode igualmente contribuir para a identificação e reparação de padrões de vinculação disfuncionais (Egeland & Sroufê, 1981), pelo que o acompanhamento psicoterapêutico, a terapia familiar e toda a intervenção efectuada em torno das relações familiares do sem abrigo, têm igualmente um papel importante. Tal como já afirmámos anteriormente, trabalhando aspectos como a análise e avaliação das representações disfuncionais de si próprio e dos outros, perspectiva-se que a relação terapêutica actue como uma experiência desconfirmatória, podendo intervir no sentido da reelaboração dos modelos internos dinâmicos e da reestruturação dos esquemas

interpessoais, contribuindo para a ruptura de ciclos transgeracionais negativos (Safran & Segal, 1990, Guidano, 1991).

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

Em suma, suportamo-nos na bibliografia para fundamentar a conclusão geral de que a integração numa estrutura de apoio, que vá para além da relação dual técnico-indivíduo, capaz de gerar sentimentos de segurança e estabilidade, pode provocar alterações nas dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta. Reiteramos a ideia de que, "em qualquer fase (...) mudanças nos cuidados prestados e acontecimentos da vida como rejeições, separações e perdas, mas também experiências positivas (...), ou a própria adesão terapêutica, podem provocar alterações no decurso do desenvolvimento da vinculação" (Van IJzendoorn, 1995, p. 412). Ao longo da vida as relações significantes podem ser factores de risco ou de protecção consoante promovem o bem-estar global do indivíduo, ou pelo contrário, gerem condições adversas que impliquem sofrimento (Machado, 2004).

No entanto, destacamos ainda que a análise dos estudos revelou que intervir ao nível dos padrões de vinculação é uma tarefa difícil e que as intervenções apenas provocam mudanças relativamente moderadas (Bakermans-Kranenburg et al., 2003), o que é consonante com os resultados obtidos, pois embora se verifique uma melhoria significativa nas dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta, não houve alteração dos padrões de vinculação evitante e ansiosa.

Relativamente ao facto da sub escala *necessidade reforço/aprovação* se manter elevada, os dados do nosso estudo poderão, em nosso entender, ser indicadores da necessidade de manutenção/continuidade do apoio, nomeadamente no momento de autonomização. Sveri (2008) postula que na fase de adaptação à nova residência, deve ser proporcionado um acompanhamento técnico em regime de apoio domiciliário. Identifica como necessidades mais prementes o treino de actividades quotidianas e o acompanhamento ao nível da prevenção de recaída em consumos de álcool e/ou drogas.

A presente investigação revelou ainda que o grupo alvo, no segundo momento de avaliação, aproximou as médias das dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta, às do grupo de referência. No que concerne à dimensão *confiança*, o grupo alvo apresentou,

inclusivamente, valores mais elevados do que o grupo de referência. Em nosso entender, este indicador poderá encontrar explicação nas profundas alterações ocorridas nos últimos doze meses. A saída da rua, o alargamento da rede social de apoio, o acompanhamento terapêutico, em alguns casos a reaproximação familiar, o readquirir de hábitos e rotinas saudáveis e a integração em mercado de trabalho são acontecimentos de vida suficientemente significativos para que os valores médios da *confiança* sejam mais elevados. Relembramos, que Waal & Rönnlund (2007) defendem que altos valores na sub escala confiança se relacionam de forma significativa com a vinculação segura.

Abordar temas como a vinculação na população sem abrigo é uma tarefa complexa, quer pela amplitude que a exclusão social comporta nesta população, quer pela própria exclusão poder funcionar como forma de defesa de uma relação de proximidade. Torna-se evidente que a condição de sem abrigo é precedida de um longo processo de desenraizamento familiar e social, com rupturas sucessivas. Tanto os excluídos como a sociedade parecem comungar da convicção de que existe um «divórcio por mútuo consentimento» que só reforça a clivagem entre as partes (Emmanuelli, 1998).

Após a vivência de relações traumáticas, só a emergência de relações seguras, vivenciadas em ambientes sociais protegidos que resistam aos ataques relacionais que esta população, por instinto de sobrevivência emocional, utiliza, poderá reparar os danos de uma frágil confiança em si e uma imagem negativa do outro. A dimensão relacional nesta população reveste-se de um mundo de paradoxalidades entre o desejo de proximidade e a fuga para um isolamento que protege da desilusão. Adquirem, assim, algum sentido os movimentos de auto-exclusão que perpetuam o viver na fronteira entre o “dentro e o fora”, no qual o “fora” se torna demasiado perigoso por todo o isolamento e abandono que implica, e o “dentro” demasiado ameaçador pelo nível de compromisso que exige e do qual estes indivíduos tão arduamente se defendem. Estes desafios traduzem-se frequentemente em situações emocionais densas que nos fazem oscilar, também a nós, do ponto de vista pessoal e técnico, entre o desejo de “abrigar” e de “desabrigar” quem persistentemente nos diz que não precisa de ninguém. A dependência e a autonomia mesclam assim a relação entre técnicos e utentes, que nem sempre é pacífica. Questionamo-nos se existirá alguma relação cuidadora emocionalmente pacífica, ou se as relações humanas se compadecem com tal neutralidade.

Por tudo isto, torna-se fundamental privilegiar o trabalho em equipa, no sentido de ultrapassar as dificuldades inerentes às relações duais.

Cumpramos destacar que algumas leituras resultantes da presente investigação devem ser apresentadas com prudência na interpretação e generalização dos resultados, e nas conclusões enunciadas.

A primeira limitação do estudo advém do facto do instrumento utilizado ser de auto registo, sendo que a utilização destas medidas implica considerar aspectos como a desejabilidade social, a falsificação ou o estilo de resposta na análise das respostas (Pais Ribeiro, 2007). Como fonte de informação, o auto relato, tem numerosas vantagens, das quais destacamos o acesso à informação de forma relativamente fácil, com baixos custos em termos de tempo e de esforço dispendido pelos investigadores. Contudo, o auto relato está sujeito a enviesamentos e a imprecisões. Por exemplo, alguns indivíduos podem querer auto apresentar-se de um modo positivo subvalorizando aspectos que consideram ser inconvenientes e sobrevalorizando outros que imaginam ser desejáveis.

Outro limite que apontamos à investigação prende-se com o facto do instrumento de avaliação não estar aferido à população portuguesa. Ainda a propósito deste instrumento, não podemos deixar de considerar as críticas apontadas ao recurso a medidas de auto registo na avaliação da vinculação (Belsky, 2002; Bernier & Dozier, 2002; Waters et al, 2002). No entanto, as associações significativas encontradas entre as medidas de auto resposta e as entrevistas que avaliam os padrões de vinculação (Feeney & Noller, 1991; Bartolomew & Horowitz, 1991; Bartolomew & Shaver, 1998; Griffin & Bartolomew, 1994b; Shaver et al, 2000), bem como a economia de tempo necessária na administração dos instrumentos de avaliação justificam a sua utilização.

O tamanho da amostra é, indubitavelmente, outra das limitações do presente estudo. Ainda a este propósito, tal como já o referimos anteriormente, consideramos pertinente chamar a atenção para um aspecto procedimental que influenciou o reduzido número de participantes. Como mais detalhadamente explicámos no capítulo III, a lotação da estrutura alvo da investigação (15 vagas), a metodologia utilizada e a própria duração do programa (12 meses) justificam, entre outros motivos, o reduzido número de sem abrigo envolvidos no estudo.

Outro constrangimento inerente à investigação é o facto da amostra ser seleccionada unicamente na Comunidade de Inserção Novo Olhar, no entanto, fundamentamos esta opção, pela heterogeneidade de metodologias adoptadas nas diferentes estruturas de apoio residencial aos sem abrigo, o que podia conduzir a enviesamento dos dados recolhidos.

Finalmente, apesar da natureza longitudinal da investigação, estamos perante um estudo pré-experimental, pelo que não é possível delinear inferências causais inequívocas

acerca do impacto da institucionalização nas dimensões sociais gerais na vinculação adulta, nem nos padrões da vinculação ansiosa e evitante.

O facto de o autor da investigação manter uma relação profissional com os participantes do estudo, pode constituir-se como um factor de enviesamento nas respostas, no entanto, poderá também ter contribuído para uma maior adesão ao estudo.

As limitações identificadas não impedem, no entanto, em nosso entender, que alguns dos resultados a que chegámos neste trabalho sejam considerados. A convergência de alguns destes resultados com os descritos na literatura, sugere que os sem abrigo podem melhorar as dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta e desta forma provocar mudanças nos seus padrões de vinculação, usufruindo de um suporte social de proximidade, reinterpretando histórias prévias de vinculação insegura e vivenciando acontecimentos de vida positivos.

Em termos de contribuição prática da presente investigação, para além dos dados já abordados anteriormente, os resultados são claros quanto ao aumento das médias de *confiança*, *à melhoria das dimensões sociais gerais associadas à vinculação adulta* e *à manutenção da necessidade de reforço/aprovação* que o grupo alvo demonstra. Tais resultados confirmam que a intervenção apresentada pode provocar mudanças nas dimensões sociais gerais e consecutivamente nos níveis de evitamento e ansiedade desta população à data da sua autonomização da estrutura de apoio. O aumento verificado nas médias de confiança sugere a emergência de padrões de vinculação seguros. Retiramos ainda dos resultados a importância de manter o acompanhamento destes indivíduos, em regime de follow up, no sentido de responder à sua necessidade de reforço/aprovação que, a nosso ver irá progressivamente diminuindo. Seria, no entanto, útil repetir o processo de avaliação no sentido de perceber quais as alterações verificadas com o decurso do tempo, após os indivíduos readquirirem um quotidiano autónomo.

Assim, tendo em conta os resultados, eticamente impõe-se questionar que tipo de inserção estamos a promover, quando por um lado atribuímos subsídios mensais sem acompanhamento efectivo dos beneficiários, e por outro não investimos suficientemente na criação e manutenção de respostas sociais com equipas multidisciplinares capazes de efectuar um trabalho de proximidade, sustentado no tempo. Para além do reforço de investimento parece-nos fundamental uma estreita articulação entre os vários ministérios envolvidos, nomeadamente no que concerne à área da saúde, emprego, habitação, justiça e segurança social. Realçamos ainda a necessidade de construção de habitação a baixos custos para população carenciada e a garantia do acesso e manutenção de uma habitação e condições de vida condignas. Urge a criação de medidas de formação e emprego protegido específicas para

esta população e que respondam às suas particularidades. Eventualmente, tendo em atenção as dificuldades de gestão económica, parte do ordenado poderia ser directamente direccionado para o pagamento da renda da casa e o restante recebido com uma periodicidade semanal, tal como acontece em Inglaterra. Poderíamos ainda garantir o acesso a bens essenciais através de talões de compra em superfícies comerciais. Talvez estas medidas possam parecer demasiado paternalistas, no entanto, a realidade vai-nos consciencializando da existência de uma franja da população que carece destes cuidados e da qual não nos podemos continuar a alhear, sendo fundamental a criação de políticas sociais adequadas, sob pena da seriedade profissional e cívica ser hipotecada. A perda da habitação dificilmente é o ponto de partida de um percurso de exclusão social, tal como a atribuição da mesma não resolve todos os problemas que a problemática dos sem abrigo comporta, Pezzana (2008).

Tendo em conta o âmbito deste estudo ficaram alguns dados por explorar, que podem vir a constituir-se como pontos de partida para futuras investigações.

Seria fundamental validar o ASQ à população portuguesa, uma vez que este é um instrumento de fácil uso e que se tem demonstrado válido para a caracterização das dimensões sociais gerais na vinculação adulta, nomeadamente em populações nas quais manifestações de evitamento e ansiedade são expectáveis.

Tal como referido anteriormente, seria importante em futuras investigações avaliar as diferentes metodologias de intervenção utilizadas nas estruturas residenciais para sem abrigo, avaliando resultados e impacto de cada uma, permitindo a criação de *guide lines* e uniformizando procedimentos.

Uma vez que o presente estudo utilizou uma amostra reduzida, constituída apenas por residentes da comunidade de inserção novo olhar, seria interessante para investigações futuras a replicação deste trabalho em amostras de sem abrigo mais alargadas e provenientes de outras estruturas de apoio residencial, com vista à confirmação ou infirmação dos resultados obtidos.

Seria ainda útil, cruzar os dados obtidos neste estudo com informações recolhidas junto de sem abrigo considerados casos extremos ou marginais, no sentido de melhor perceber os limites dentro dos quais as variáveis podem oscilar e a forma como estes processos, tal como tudo o que é humano, são invariavelmente únicos.

Podemos afirmar que mais do que um ponto de chegada esta investigação pretende ser um ponto de partida para futuras investigações neste domínio.

Em suma, ninguém a viver sem casa, pode estabelecer uma relação de confiança com alguém, ou com a própria vida.

Trabalhar nesta esfera obriga ao desenvolvimento da capacidade inter-relacional e estimula-nos a viver com uma consciência social mais aguda. Poderemos assim dizer que quem não tem casa nos pode ensinar, de alguma forma, a valorizar tudo o que as quatro paredes comportam, quem elas abrigam e o quanto esta moldura nos define.

Se pudermos reforçar as estruturas de apoio aos sem abrigo e dotá-las de condições e equipas que promovam a vinculação de quem não está vinculado a quase nada, talvez possamos contribuir para que os rostos de quem (sobre)vive à experiência de viver na rua deixem de retratar o silêncio, o abandono e a solidão que os caracteriza.

O fundamental parece ser, mais do que garantir a satisfação das necessidades básicas, dotar os indivíduos de competências facilitadoras do desempenho dos diversos papéis que a vivência em sociedade comporta. Proporcionar a mudança de comportamentos e expectativas de si e do meio que o rodeia. Permitir a partilha e a reconstrução de laços, a capacidade de expressar e tolerar os sentimentos e emoções e a aquisição de um sentimento de bem-estar.

Assume igual importância facilitar o acesso a relações sólidas que lhes permitam reorganizar as representações mentais de si e do outro. Mas para que tudo isto seja possível, a estrutura e o seu corpo técnico têm de “permitir” que o indivíduo possa fracassar em segurança. Isto é, ao contrário do que muito provavelmente aconteceu nas suas histórias prévias de vinculação, e do que sucede numa sociedade elitista, marcada pela incapacidade de abrandar o ritmo frenético de produção/consumo, onde não resta espaço para dificuldades de adaptação, os sem abrigo necessitam da possibilidade de explorar o meio e regressar à “base segura” sempre que se depararem com uma situação para qual ainda não estão preparados. É necessário que aprendam a lidar com a frustração do fracasso e, ainda assim, encontrar motivos para continuar a acreditar que vale a pena... que é possível.

Bibliografia

- Achenbach, T.M. (1978). *Research in Developmental Psychology- concepts, strategies, methods*. London: Free Press.
- Adbul-Hamid, W.(1997). The elderly homeless men in Bloomsbury hostels: Their needs for services. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 724-727.
- Ainsworth, M. (1982). Attachment: Retrospect and Prospect. In C. M. Parkes e Stevenson Hinde, I. (Eds). *The place of attachment in human behavior*. London: Tavistock Institute of Medical Psychology, 3-30.
- Ainsworth, M. (1994). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hindle & p. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 3-51). London: Tavistock/Routledge.
- Ainsworth, M. D. S. e Bowlby, J. (1954) *Research Strategy in the Study of Mother-Child Separation*. *Courrier de la Centre Internationale de l'Enface* 4: 105-131. 105-131.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, Z., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Ainsworth, M.D.S. (1972). Attachment and dependency : a comparison. In J. L. Gewirt (Ed), *Attachment and dependency*. Washington D. C.: Winston.
- Ainsworth, M.D.S. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61 (9), 792- 811.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Alarcão, M. (1996). Re-criando vínculos: redes de suporte e relações inter geracionais. *Interacções*, 4, Julho-Dezembro, 41-49.
- Allen, J. P. Moore, C. Kuperminc, G. (1997). Developmental approaches to understanding adolescent deviance. In S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti, & J. R. Weisz (Eds.), *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder* (pp. 548-567) New York: Cambridge University Press.
- Alves, P.V. (2008) Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho- O caso de um serviço hospitalar. Lisboa. *Sísifo – Revista de ciências da educação* n.º 5,19-32.

-
- Amarante, Paulo (org.) (1995). Loucos pela vida- A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: *Panorama-ENSP*.
- AMI (2006), *Relatório Anual*, Lisboa.
- Anthony W.A., Blanch, A. (1989). Research on community support services: What have we learned? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(3), 55-81.
- Antonucci, T (1976). Attachment: a life-span concept. *Human Development*, 19, 135-142.
- Antunes, T. (1998), “Os Sem Abrigo: Níveis de Intervenção”, comunicação nas Jornadas Técnicas da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 11 a 13 de Novembro de 1998, Lisboa.
- Antunes, T. (2003) *Um centro modelar para os sem abrigo*. Centro de Apoio Social dos Anjos - a casa. Lisboa: Cidade solidária.
- Antunes, T., & Pires, T. (1999), “Programa Integrado de Apoio aos Sem Abrigo”, Comunicação na 6ª Reunião Nacional da Acção Social, 15 a 18 de Maio de 1999, Ponta Delgada, Açores.
- Arnett, J. J. (1997). Young people's conceptions of the transition to adulthood. *Youth & Society*, 29, 1-23.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
- Arnett, J. J. (2006). Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age. In J.J. Arnett & J.L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21 century* (pp. 3-19). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias, tempo, caos e processo*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Avia, M., & Vásquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Avramov, D. (1995), *Homelessness in the European Union: Social and legal context of housing exclusion in the 1990s*, Brussels: Federation Europeenne D' Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Aabri.
- Avramov, D.(1999), *The State-of-the-art Research of Homelessness and provision of Services in Europe* in “Coping with Homelessness: issues to be tackled and best practices in Europe” FEANTSA, Brussels.
- Bachelard, Gaston (2000). *A Poética do Espaço*. Martins Fontes, São Paulo.
- Bachrach, L. (ed) (1984) The homeless mentally ill and mental health services: An analytical review of the literature, In H.R. Lamb (ed), *The homeless mentally ill*, p 11-54, Washington, Psychiatric Association.

- Bahr, Howard M. (1973). *Skid Row: an introduction to disaffiliation*, Oxford University Press, New York.
- Bailly, D. (1997). *Angustia de separación*. Barcelona: Masson.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Bakermans-Kranenburg, M.J. & van Ijzendoorn, M.H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29(5), 870-879.
- Bandeira, M.; Gelinas, D.; Lesaga, A. (1998). Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47 (12): 627-640
- Bandeira, M.; Lesage, A.; Morissette, R. (1994). Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43 (12): 659-666.
- Baptista, I. (1995), *A Pobreza no Porto: Representações Sociais e Práticas Institucionais*, Cadernos REAPN, Porto.
- Baptista, I. (2005), *Sem-Abrigo em Portugal – elementos de uma reflexão, contributos para um diagnóstico* in Estudo dos Sem Abrigo, ISS, I.P. Lisboa.
- Barreto, E. (2006). *Comunicação na Mesa da XIII Semana Sociológica da ACSEL* presidida por José Martinho (Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Barrón, A. (1996) *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*, Siglo Veintiuno, España editores, Madrid.
- Bartolomew, K. & Horowitz L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartolomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartolomew, K. & Shaver, P.S. (1998). Methods of assessing adult attachment. Do they converge? In J. A. Simpson & W. S. Rholes (eds.) *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). New York: Guildford Press.
- Bassuk, E.L., Rosenberg L. (1988) Why does family homelessness occur?, *American Journal of Public Health* 78, p. 783-788.
- Bastos, S. P. (1997), *Estado Novo e os seus Vadios*, Contribuição para o estudo das identidades marginais e da sua repressão, Publicações Dom Quixote, Lisboa.

-
- Bateson, G., *et al*, (1981), *La nouvelle communication*, Seuil, Paris
- Bateson, P. (1997), *The behavioural and physiological effects of culling red deer*. London: The National Trust.
- Batista, I. (2004) *Sem abrigo e imigração: Olhares sobre a realidade em Portugal*, Padrões Culturais editora, Lisboa.
- Beckett C, Castle J, Groothues C, O'Connor TG, Rutter M and the ERA Study Team (2003) Health problems in children adopted from Romania: association with duration of deprivation and behavioural problems. *Adoption and Fostering* 27 (4) 19-29.
- Belsky, J. (1988). Infant day care and socioemotional development: The United States *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 29, 397-406.
- Belsky, J., & Fearon, R. M. P. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: a moderational analysis. *Development and Psychopathology*, 14, 293-310.
- Bender, M. P. (1978). *Psicologia da Comunidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Bento, A. (2004), *Sem abrigo e instituições, Sem abrigo e Imigração, Olhares sobre a Realidade em Portugal*, Storia Lda., Lisboa.
- Bento, A. *et al* (1996) *Os sem abrigo na cidade de Lisboa*, Lisboa SCML.
- Bento, A.; Barreto, E. (2002). *Sem-Amor, Sem-Abrigo*. Climepsi Editores.
- Bento, A.; Pimentel, C.; Barreto, E.; Pires, T. (1999). Quatro anos de uma equipa de rua da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. *Psiquiatria na Prática Médica*, vol. 12, nº5, Set. Out., Lisboa.
- Berkman, L. F. & Syme, S. L., 1979. Social networks, host resistance, and mortality: A nine year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109:186-204.
- Berkman, L.F. (1984) Assessing the physical health effects of social networks and social support, *Annual Review of Public Health*, 5 p. 413-432.
- Berman W.H. & Sperling M.B. (1991). Parental attachment and emotional distress in the transition to college. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 47-440.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C. & Bernazzani, O. (2002a). Adult attachment style:I. Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.

- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C. & Lillie, A. (2002b). Adult attachment style:II. Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 60-67.
- Blumberg, L., Shipley, T., & Shandler, I. (1973), *Skid row and its alternatives*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Bogue, D. (1963), *Skid row in American cities*. Chicago: University of Chicago.
- Bohman, M. (1996). Predispositions to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. In G. R. Bock, & J. A. Goode (Eds.), *Genetics of criminal and antisocial behaviour*. Chichester, UK: Wiley.
- Borges, G. G. (1995) *Caracterização socio-económica dos utilizadores do Refeitório dos Anjos*, Lisboa, SCML.
- Bowlby, J. (1969). *Apego* (23 Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. II: Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Separação: Angústia e Raiva* (23 Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1980). *Perda: Tristeza e Depressão* (23 Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J., & Parkes, C. M. (1970). Separation and loss within the family. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: International Yearbook of Child Psychiatry and Allied Professions* (pp. 197-216), New York: Wiley.
- Bowlby, J., (1958). A natureza da ligação da criança com a mãe, in L. Soczka, *As Ligações Infantis Amadora*, Bertrand Ed., 105-153, 1976
- Bowlby, J., (1979). *Formação e rompimento de laços afectivos*, 2ª ed., São Paulo, Martins Fontes Ed., 1990
- Bowling, A., 1997. Measuring social networks and social support. In: *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurements Scales* (A. Bowling, ed.), pp. 91-109, 2nd Ed., Buckingham: Open University Press.
- Branco, F. (2004) Políticas sociais e direitos humanos, *Sem abrigo e imigração: Olhares sobre a realidade em Portugal*, Padrões Culturais editora, Lisboa.
- Brandt, P. (2008), Housing for homeless people in Denmark - Trying new ways, in Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe, *The Magazine of FEANTSA*.
- Bratter, B. I., & Radda, H.T. (1986) The Jonh Dewey Academy: A residential therapeutic high school. *Journal of Substance Abuse*, 3, 23-31.

- Braun, P. Kochansky, G., Shapiro, R., Greenberg, S., Gudeman, J., Johnson, S., Shore, M.F. (1981). Overview: Dinstitutionalization of psychiatric patients – a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 138, 736-749.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce*, Lisboa, Terramar Ed.
- Brazelton, T., (1992). *Tornar-se Família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*, Lisboa, Terramar Ed.
- Brennan, K. A., Clark, C.L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment. An integrative view. In J. A. Simpson & W.S. Rholes (Eds), *Attachmenttheory and close relationship* (pp. 46-76). New York, Guildford Press.
- Bretherton, I., Walsh, R., & Lependorf, M. (1996). Social support in postdivorce families: An attachment perspective. In G. Pierce, B. Sarason, & I. Sarason (Eds.), *Handbook ofsocial support and families* (pp. 345-373). New York: Plenum
- Brickner, P.W., Scharar, L.K., Conana, B. Elvy, A. & Savarese, M. (Eds). (1985). *Health care of homeless people*, New York: Springer.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (1998). The Ecology of Developmental Process. In IW. Danon & R. Lerner (Ed), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (pp. 993-1028). New York: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments*
- Bronfenbrenner, U. (1996) *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Trad. M. A. V. Veronesi. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brooker C., Falloon I. & Butterworth A., Goldberg D., Graham-Hole V. & Hillier V. (1994) The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry* 165, 222-230.
- Buhrich, N. Hodder, R., & Teesson, M. (2000) Lifetime prevalence of trauma among homeless people in Sidney. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 963-966.
- Burge, D., Hammen, C., Davila, J. Daley, S.E., Paley, B., Herzberg D., Et al (1997). Attachment cognitions and college and work functioning two years later in late adolescent women. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 285-301.
- Burt, M. (1992) Practical methods for counting homeless people, Washington DC: Interagency Council on the Homeless, HUD *by Nature and Design*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

- Cabrera, J. J. V. (2003). Los recursos básicos de atención a las personas sin hogar en Madrid desde la perspectiva de los usuarios, *Consejo económico y social, Comunidad de Madrid*.
- Cabrito, B. (1999). *Formações em alternância: conceitos e práticas*. Lisboa: Educa.
- Canário R. (1994). Centros de Formação das Associações de Escolas: Que Futuro? In A. Amiguiño & R. Canário (Orgs.), *Escolas e Mudança: O Papel dos Centros de Formação* (pp. 13-58) Lisboa: Educa.
- Canary, D.J., Emmers-Sommer, T.M., & Faulkner, S. (1997). *Sex and gender differences in personal relationships*. New York: The Guilford Press.
- Canavarro, M. C. S. (1999). *Relações Afectivas ao longo do Ciclo de Vida e Saúde Mental*, Coimbra, Quarteto Editora.
- Capaldi, D. M., & Clark, S. (1998). Prospective family predictors of aggression toward female partners for at-risk young men. *Developmental Psychology*, 34, 1175-1188.
- Carling, P. J. (1990). Major Mental Illness, housing, and supports. *American Psychologist*, vol. 45, n.º 8 August, 969- 975.
- Carling, P. J., & Ridgway, P. (1987). Overview of a psychiatric rehabilitation approach to housing. In W. A. Anthony & M. Farkas, *Psychiatric rehabilitation: Turning theory in to practice* (pp. 28-80). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Carling; P.(1995). *Return to Community: Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York: The Guilford Press.
- Carlson, E. A. (1998). *A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation*. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Carter B. & McGoldrick , M. (1988). *The changing family life-cycle: A framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
- Carter T., McAfee, A. (1990). The municipal role in housing the homeless and poor, in Fallis, G. and Murray, A. (eds) *Housing the homeless and poor: new partnerships among the private, public and third sectors*, Toronto: University of Toronto Press, p. 227-262.
- Cassel J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol.*;104:107–123.
- Cassidy, J. & Berlin, L.J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory and research. *Child Development*, 65, 971-981.

- Cassidy, J. & Kobak, R.R. (1988). Avoidance and its relationship with other defensive processes. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* pp. 300- 323). Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Castel, R. (1997), *A Dinâmica dos Processos de Marginalização: Da Vulnerabilidade À Desafiliação*, Open Journal Systems, Brasília.
- Castel, R. (2000). A precaridade: transformações históricas e tratamento social. In M. H. Soulet (Org.) *da não integração. Tentativas de definição teórica de um problema social contemporâneo*. Coimbra, Quarteto Editora, pp. 21-38.
- Cauce, A. Paradise, M. Ginzler, J.A., & Embry, L. (2000). The characteristics and mental health of homeless adolescents: age and gender differences. *Journal of emotional and behavioural disorders*, 8 (4), 230-239.
- Charue, F. (1992). L'organisation fait-elle apprendre? *Éducation Permanente*, 112, 78 - 86.
- Chase, K. & Hendry, M. (1989). A continuum of care from hospital to community. *Administration and Policy in Mental Health*, 16(4): 227-238.
- Cicchetti, D., Toth, S.L., & Lynch, M. (1995). Bowlby's dream comes full circle-the application of attachment theory to risk and psychopathology. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 174-179). New York: Plenum Press.
- Claes M. (2004). Les relations entre parents et adolescents : Un bref bilan des travaux actuels. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, vol. 33, n° 2, pp. 205-226.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cohen, S. & Wills, T. A., 1985. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98:310-357.
- Colectânea de Ensaio Cais, (2004), *sem abrigo e Imigração, Olhares sobre a Realidade em Portugal*, Stória Lda., Lisboa.
- Collins N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644 663.
- Comunidade de inserção: guião técnico / Direcção-Geral da Solidariedade e Segurança Social. Lisboa: DGSSS, 2004. - 8 p.
- Cook, T.D., & Campbel, D. (1979). *Quasi experimentation: design & analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally.
- Costa, A. Baptista, I.; Cardoso, A.; Rasgado, S. (1999) *"Pobreza e Exclusão Social em Portugal. A Região de Lisboa e Vale do Tejo"*, Prospectiva e Planeamento, Lisboa.

- Costa, A. Baptista, I.; Cardoso, A.; Rasgado, S. (1999) *"Pobreza e Exclusão Social em Portugal. A área metropolitana do Porto"*, Prospectiva e Planeamento, Lisboa.
- Costa, B. (1998), *Exclusões sociais*, Gradiva, Lisboa.
- Costa, B. (2004) *Sem-Abrigo e imigração, Olhares sobre a realidade em Portugal*, CAIS, Lisboa.
- Costello, J. (2008), Enforcing the right to housing: housing advice in Wales, in Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe, *The Magazine of FEANTSA*.
- Craig, T. Hodson, S. (1998) Homeless youth in London: I childhood antecedents and psychiatry disorder. *Psychological Medicine*, 38, p. 1379-1388.
- Crane, H. (1990) *Speaking from experience: Working with homeless families*, London: Shelter.
- Crowell, J.A., & Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development*, 4(3), 294-327.
- Cruz, M. ; Bento, A. ; Barreto, E. (2002). Sem-Amor, Sem-Abrigo: a propósito de 1000 casos. *Cidade Solidária - Revista da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*; Nº 9, ano V.
- Cummings, E.M., & Cicchetti, D. (1990). Toward a transactional model of relations between attachment and depression. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and interventions* (pp. 339-372). Chicago: University of Chicago Press.
- Cupa, D. (2007). *Amenity Bonuser Bridging Cultural: production and consumption in Vancouver's City Centre*, Simon Fraser University.
- Dalgard , O. S. & Haheim, L. L., 1998. Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 476 481.
- Daly, G. (1996), *Homeless, policies, strategies, and lives on the street*, Routledge, London.
- Dean, K.; Holst, E.; Kreiner, S.; Schoenborn, C. & Wilson, R., 1994. Measurement issues in research on social support and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48:201-206.
- Declerck, P. (2001). *Les naufragés – avec les clochards de Paris*. Éditions Plon.
- Deklyen, M. & Speltz, M.L. (2001). Attachment and conduct disorder. In J. Hill & B. Maughan (Eds.) *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp.320–345). Cambridge: Cambridge University Press.
- Denzin, N. (1978), *The research act*, MacGraw-Hill, New York.

- DiBlasio, F.A., Belcher J.R. (1995) Gender differences among homeless persons: special services for women, *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 1, p. 131-137.
- Diehl, M., Elnick, A.B., Bourbeau, L.S., & Labouvie-Vief, G. (1998). Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1656-1669.
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57.
- Dockett, K. H. (1989). *Street homeless people in the District of Columbia: Characteristics and stride needs*. Washington D,C: Agriculture Experimental Station.
- Dorvil, H. (1987). Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l' hospital Louis L. Lanfontaine. *Santé Mentale au Québec*, XII (1) 79-89.
- Dozier, M. & Kobak, R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63, 1473 1480.
- Dozier, M. Bates, C. (2004) Attachment State of Mind and the Treatment Relationship. *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention*. London: Lawrence Erlbaum Associates, 7, 167-180.
- Dozier, M. Stovall, K. Albus, K. E., & Bates, B. (2001) Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72, 1467 1477.
- Dozier, M.; Cue, K.L.; Barnett, L. (1994), Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment, *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793 800.
- Dressler, W. W.; Balieiro, M. C. & Santos, J. E., 1997. The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21:303-335.
- Egeland, B. & Sroufe, L.A. (1981). Attachment and early maltreatment. *Child Development*, 52, 44-52.
- Ehrensaft, M. K. & Cohen, P. (2003). Intergenerational transmission of partner Violence : A 20- year prospective Study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, n.º 4, 741-753.
- Emmanuelli, X. (1998), *L'homme n'est pas la mesure de l' homme*, presses de la Renaissance, Paris.
- Erickson, E. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York: Norton.
- Erikson, E. (1972), *Identidade, juventude e crise*, Zahar, Rio de Janeiro

-
- Esteves, M.(2000), “Exclusão social à entrada do século XXI”, in José Madureira Pinto e António Dornelas (orgs.), *Pobreza, Exclusão: Horizontes de Intervenção*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, ·85 – 89.
- Fakhoury, W.K.H., Murray, A.; Sheperd, G. Priebe, S. (2002) Research in supported housing, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37: 301 315.
- Farr, R.; Koegel, Burriam, A. (1986). A Study of homelessness and mental illness in the skid row of Los Angeles. Los Angeles; *County Department of Mental health*.
- Feeney A. (1999). Adult attachment, emotional control and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 6, 169-185.
- Feeney, A. Nooler, P. (1996). *Adult attachment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Feeney, A. Nooler, P. (2001). *Apego adulto*. Editorial desclée de Brouwer, S.A., Bilbao
- Feeney, J. A., Noller,P, & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Theory, assessment, and treatment* (pp. 128-152). New York: Guilford Press.
- Fernandes, R. G. P. V. (1993). *Os sem abrigo da cidade de Lisboa: Avaliação do estado de saúde dos sem abrigo utentes do refeitório dos Anjos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa* (Disponível na Direcção Geral de Saúde, Alameda D. Afonso Henriques, 45, 3.º, 1056 Lisboa CODEX).
- Fleming, M. (1993), *Adolescência e autonomia, o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto, Edições Afrontamento.
- Fleming, M. (1995), *Família e toxicodependência*, Edições Afrontamento, Porto.
- Flick, U. (1998), *An introduction to qualitative research*, Sage Publications, London.
- Fossati, A., Donati, D., Donini M., Novella L., Bagnato M., Acquarini E., Maffei, C. (2003). On the Dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian Clinical and Nonclinical Participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 20, No. 1, 55-79.
- Fratiglione , L.; Wang, H.-X.; Ericsson, K.; Maytan, M. & Winblad, B., 2000. Influence of social network on occurrence of dementia: A community based longitudinal study. *Lancet*, 355:1315-1319.
- Freeman, H. & Brown, B.B. (2001). Primary attachment to parents and peers during adolescence: Differences by attachment style. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 653-674.

- George, C. & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. *Attachment and Human Development*, 3, 30-61.
- Goering, P., Tomiczenko, G., Sheldon, T., Boydell, K., & Wasylenki, D. (2002) characteristics of persons who are homeless for the first time. *Psychiatric Services*, 53, 1472-1474.
- Golder, S., Rogers, Gillmore, M.R., Spieker, S., & Morrison, D. (2005) Substance Use, Related Problem Behaviours and Adult Attachment in a Sample of High Risk Older Adolescent Women. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 181.
- Góngora, J.N. (1991) Intervencion en grupos sociales, *Revista de Psicoterapia*, II,6 e 7: p. 139-158.
- Goodman, L. Saxe, I. Harvey, M. (1991). «Homelessness as Psychological Trauma», *American Psychologist*, Vol. 46, Novembro, pp 1219-1225.
- Greenblatt, M., Robertson, MJ. (1993) life-style, adaptative strategies and sexual behaviours on homeless adolescents, *Hospital Community Psychiatry*, 44-12: 1177-1180.
- Grella, C. (1994), Contrasting a shelter and day center for homeless mentally ill Women: Four patterns of service use. *Community Mental Health Journal*, 30, 3-16.
- Greve, J., Currie, E. (1990) Homelessness in Britain, York: Joseph Rowntree Trust.
- Griffin, D. & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445.
- Grossman, K. E., Grossman, K., & Waters, E. (Eds.), (2005). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal Studies*. New York, Guilford Press.
- Grunger, J. & Eagle (1990). Shelterization: how the homeless adapt to shelter living. *Hospital and community psychiatry*, 41(5), 521-525.
- Guará, I.M.F.R. et al. (1998) *Trabalhando abrigos*. São Paulo/Brasília: IEE PUC SP/MPAS.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1994) Competing paradigms in qualitative research. Chapter 6 in N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds) *Handbook of Qualitative Research*. Sage.
- Guedeney, N., Guedeney, A. (2004) *Vinculação conceitos e aplicações*, Climepsi Editores, Lisboa.
- Guédon, M.C. (1984) Les réseaux sociaux, in Brodeur, C. e Rosseua R. (dir.), *L'intervention de réseaux, Une pratique nouvelle*, Montreal Éditions, France Amérique.

- Guidano, V.F. (1991). Affective change events in a cognitive therapy system approach. In J.D. Safran & L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change*. New York: Guildford Press.
- Guirado, (1986). *Instituição e Relações Afetivas: o Vínculo com o Abandono*. São Paulo: Summus.
- Hanson, B. S. & Ostergren, P.O., (1987). Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: Theoretical and methodological aspects on some results from population study "Men born in 1914", Malmo, Sweden. *Social Science and Medicine*, 25:849-859.
- Hardy G.E. & Barkham, M.(1994). The Relationship Between Interpersonal Attachment Styles and Work Difficulties. *Human Relations*, Vol. 47, No. 3, 263-281.
- Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, XIII, 673-685.
- Harnois G, Gabriel P. (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Genebra, Organização Mundial da Saúde e Organização Mundial do Trabalho (WHO/MSD/MPS/00.2).
- Harris,T.O., Brown, G.W. & Bifulco, A. (1986). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the Walthamstow study:1. The role of lack of adequate parental care. *Psychological Medicine*, 16, 641-659.
- Harris,T.O., Brown, G.W. & Bifulco, A. (1990). Depression and situational helplessness/mastery in a sample selected to study childhood parental loss. *Journal of Affective Disorders*, 20, 27-41.
- Harter, S. (1990). Identity and self development. In S. Feldman and G. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Harvey, B. (1994, August). *Homelessness in Europe*. Paper presented at the meeting of the European Network for Housing Research, Glasgow, Scotland.
- Hauser, S. T., & Greene, W. (1992). Passages from late adolescence to early adulthood. In G. Pollock & S. Greenspan (Eds.), *The Course of life* (Vol. IV). New York: Int. Univ. Press.
- Hazan C., & Shaver, P. R. (1990). Love and Work: an attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270- 280.

- Hazan, C., & Shaver, P. R. & Bragshaw, D. (1988). Love as attachment: The integration of three behavioural systems. In R.J. Sternberg & M.L. Barnes (Eds.), *The Psychology of Love* (pp. 68-99). New Haven, C.T.: Yale University Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1994). Sex and the Psychological tether. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships: Attachment processes in Adulthood* (Vol. 5, pp 151-177). London: Jessica Kingsley.
- Herman, D. B., Susser, E.S., Struening, E.L. & Link, B. (1997) Adverse childhood experiences: Are they risk factors for adult homelessness? *American Journal of Public Health*, 87(2), 249-255.
- Hervie, C.O. (1999) *Homeless: In international perspective*, United states In C.O. Helvie & Kunstmann (eds), Westport, CT: Greenwood Press, p. 531
- Hope, M. and J. Young (1986). The politics of displacement: Sinking into homelessness. Pp 106-112 in *Housing Homeless* in J. Erickson and Wilhelm, eds. New Brunswick, N. J.: *Center for Urban Policy Research*, Rutgers, the State of University of New Jersey.
- Hopper, K. Mauch, D. y Morse, C. (1989). CSP Demonstration Projects to Serve homeless *Mentally III Persons: A preliminary pssessment*. Rockville, MD: National Institut of Mental health.
- Hoult J, Rosen A, Reynolds I. (1984) Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Soc Sci Med*.18(11):1005–1010.
- Instituto da Segurança Social (2005) *Caracterização das respostas sociais e serviços dirigidos aos sem-abrigo*. Lisboa: ISS.
- Instituto da Segurança Social (2005) *Os Sem-Tecto: realidades (in)visíveis*. Lisboa: ISS.
- Instituto da Segurança Social (2006), *Estudo dos sem abrigo*, União Europeia, Fundo Social, Lisboa
- Johnson, T. P., Freels, S. A., Parsons, J. A., & Vangeest, J. B. (1997). Substance abuse and homelessness: Social selection or social adaptation? *Addiction*, V.92, 437-445.
- Johnson, T.P., Aschkenasy, J. R., Herbes, M.R., & Gillenwater, S.A. (1996) Self reported risk factors for AIDS among homeless youth. *AIDS Education and Prevention*, 8, 308-322.
- Jones, M. (1952) *Social psychiatry*. Londres: Tavistock publications.

-
- Kamieniecki, G.W. (2001) Prevalence of psychological distress and psychiatric disorders among homeless youth in Australia: A comparative review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 352-358.
- Kaufman, J. & Zigler, E. (1987). "Do abused children become abusive parents?" *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (2), 186-192.
- Keating, D. P. (1990). Adolescent thinking. In S. Feldman & G. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 54-89). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kennard, D. (2004). The Therapeutic Community as an Adaptable Treatment Modality Across Different Settings. *Psychiatric Quarterly* 75(3): 295-307.
- Kenny, M.E., (1987a). The extent and function of parental attachment among first-year college students. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 17- 29.
- Keyes, L. (1988) Housing and homeless, *MIT Housing Policy Project Working Papers*, MIT Center for Real Estate Development.
- Kiesler, C.A. (1982) Mental hospitals and alternative care: deinstitutionalization as potential public policy for mental patients. *American Psychologist*, 37, 349-360.
- Kiess, H. O., & Bloomquist, D.W. (1985). *Psychological research methods: A conceptual approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kizman, U. (2008), Having a home or being homeless? How to switch from one system to the other, in Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe, *The Magazine of FEANTSA*.
- Klaus, M.H., and J.H. Kennell. (1976). Maternal-infant Bonding. Saint Louis: Mosby.
- Klein, J. (2007) Vinculação, emoção e regulação autonómica em sujeitos não clínicos", *Tese de doutoramento*, não publicada apresentada à Universidade do Minho Portugal.
- Knapp, M. (1994). Service use and costs of home base x hospital based care for people with serious mental illness. *B. Journal Psychology*, 165: 195-203.
- Kobak, R., & Cole, C. (1994). Attachment and metamonitoring: Implications for adolescents autonomy and psychopathology. In D. Cicchetti (ed.), *Roshester Symposium on Development and Psychopathology: Vol. 5. Disorders of the Self* (pp. 267-297). Roshester, NY: University of Roshester Press.
- Kochanska, G. (1997). Multiple pathways to conscience for children with different temperaments: From toddlerhood to age 5. *Developmental Psychology*, 33, 332-240.

-
- Koegel, P., Burnam, M.A., & Morton, S.C. (1996) Enumerating homeless people, Alternative strategies and their consequences. *Evaluation review*, 20, 378
- Koegel, P., Melamid, E., & Burnam, M. A. (1995). Childhood risk factors for homelessness among homeless adults. *American Journal of Public Health*, 85 (12), 1642-1649.
- Konchanska, G. (1995). Children's temperament, mothers' discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerge internalization. *Child Development*, 66, 597-615.
- Kooyman, M. (1993) *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome*. Amsterdã, Holand, Swets and Zeitlinger
- Krausz, M., Bizman, A. & Braslavsky, D. (2001). Effects of attachment style on preferences for and satisfaction with different employment contracts: An exploratory study. *Journal of Business and Psychology*, 16, 299- 316.
- Kretchmar, M. D., & Jacobvitz, D. (2002). Mother-child observations across three generations: Attachment, boundary patterns, and the intergenerational transmission of caregiving. *Family Process*, 41, 351-374.
- Lamb, Richard H. (1993). Lessons Learned from Deinstitutionalization in the US. *British Journal of Psychiatry*, 162, p.: 587-592.
- Lancetti, A. (1989). *Prevenção, preservação e progresso em saúde mental*. São Paulo, Ed. Hutitec.
- Larose, S., Bernier, A., Soucy, N. & Duchesne S. (1999). Attachment style dimensions, network orientation, and the process of seeking help from college teachers. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, 225-247.
- Left J. & Vaughan, C.E. (1981) Expressed emotion. The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow up. *Br. Journal of Psychiatry*, 139: 102-104.
- Lenoir, René (1974) cit in Paugam (1996) *L'exclusion états de savoirs*, Editions La découverte, Paris.
- Leon, G. (2003), *A Comunidade Terapêutica. Teoria, Modelo e Método*, S. Paulo. Edições Loyola.
- Lévinas, Emmanuel (2000). *Totalidade e Infinito*. Edições 70.
- Levine, Irene S.; Rog, Debra J. (1990) Mental health services for homeless mentally ill persons, *American Psychologist*, vol. 45, n.º 8 August, 963- 968.

-
- Link, B.G., Susser, E., Stueve, A., Phelan, J., Moore, R., Sturenberg, E. (1995) Lifetime and five-year prevalence of homelessness in the United States, *American Journal of Public Health*, 84, 1907.
- Lopez, F.G. (2001). Adult attachment orientations, self-other boundary regulation, and splitting tendencies in a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 440-446.
- Lorenz, K. Z. (1952). *King Solomon's ring*. New York: Crowell.
- Machado, T. S. (2004). Vinculação e comportamentos anti-sociais. In A. C. Fonseca (Ed). *Comportamento anti-social e crime. Da infância à idade adulta*. (pp. 291-321). Coimbra: Almedina.
- Machado, T. S. (2007) Padrões de vinculação aos pais em adolescentes e jovens adultos e adaptação à Universidade, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, ano 41-2, pp. 5-28.
- Madanes, C., Dukes, J. Harbin, H. (1982), Liens familiaux des heroinomanes, *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 6, p. 87-100.
- Mahler, M. (1993). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*: Porto Alegre, Artes Médicas.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Main, M. (1991), Metacognitive Knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. Multiple (incoherent) models of attachment: findings and directions for future research. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (eds.), *attachment across the life cycle* (pp. 127-159), London: Tavistock/Routledge.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 37-43.
- Main, M. Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of Society for Research in Child Development*, 50 (1-, Serial N° 09), 66-104.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response with the parent at age six: Predicted from infant attachment classification. *Developmental Psychology*, 24, 415- 426.
- Main, M., Hesse, E., & Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behaviour and representational processes at 1, 6 and 19 years of age: The Berkeley longitudinal study. In K. E. Grossman, K. Grossman, & E. Waters (Eds.), *Attachment from*

- infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York/London: The Guilford Press.
- Main, T. (1998), How to think about homelessness: balancing structural and individual causes, *Journal of social distress and the homeless*, vol 7, n. 1.
- Manual de normas e regras da Residência Alcântara* (Projecto Orientar)
- Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. (Eds.) (2005) *Relapse prevention Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. 2nd Edition. New York: Guilford Press.
- Martijn, C., Sharpe, L. (2006) Pathways to youth homelessness, *Social Science & Medicine* 62, 1-12.
- Martín B., C.; Alba, E; Diaz, j. & Sastri, V. J. (1985). Transeúntes y albergues. *Documentación social*, 60-61.
- Martins, E. & Szymansky, H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos pesquisa psicologia*, 4 (1), 2004.
- Matos, P.M. (2002). *Vinculação e relações românticas*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Porto.
- Mc Carty, D., Argeriou, M., Huebner, R. B., & Lubran, B. (1991). Alcoholism, drug abuse, and the homeless. *American Psychologist*, 46, 1139-1148.
- Mello, J.H.R. (1997). Esquizofrenia; sobrecarga do cuidador. In: O que é ser familiar de doente mental. *Informação Psiquiátrica*, 16 (3): 117-119.
- Mikulincer M. & Shaver, P. R. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotions*, 27, 77-102.
- Mikulincer M. & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood, structure, dynamics, and change*, The Guilford Press, New York, London.
- Mikulincer, M., Florian, V., (1995). Appraisal of and coping with real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 406-414.
- Mikulincer, M., Florian, V., (1997). Are emotional and instrumental supportive interactions beneficial in times of stress? The impact of attachment style. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 10, 109-127.
- Milburn N. G., Watts, R. J. (1986) Methodological issues in research on the homeless and the homeless mentally ill, *International Journal of Mental Health*.
- Minuchin, S. (1979). *Families en therapie*. Paris, J.P. Delarge. Edição original, 1974.

- Modelo da Casa de Transição. *Da concepção à Implementação, Projecto Oportunidades*, Lisboa, Santa Casa da Misericórdia
- Moita, G. M., (2004) *Sem abrigo e imigração: Olhares sobre a realidade em Portugal*, Padrões Culturais editora, Lisboa.
- Montagner, H., Gauffier, G., Epoulet, B., Goulevitch, R., Wiaux, B., Restoin, A., Taule, M. (1993). Emergence et développement des compétences du jeune enfant, *Arch. fr. Pédiatr.*, 50, 645-651.
- Monteiro, M. S. & Pereira, A.S. (2008). *Optimismo e vinculação na transição para o ensino superior: relação com sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico*, Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro.
- Morgado, A. & Lima, L. A. (1994). Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43 (1): 19-28.
- Morgan, D. C. (1988), *Focus groups as qualitative research*, C. A. Sage, NewburyPark
- Morin, E. (1995), *Introdução ao pensamento complexo*, Instituto Piaget, Lisboa
- Morris, P. (1982). Attachment and society. In C. M. Parkes & J. Stevenson Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 185-201). New York: Basic Books.
- Mulkein, V. & Bradley V. (1986). Service utilization and service preferences at homeless persons. *Psychosocial rehabilitation journal*, 10, 23-29.
- Munoz M., Vásquez, C. (1998) Las personas sin hogar: aspectos psicosociales de la situación española, *Intervención Psicosocial*, vol. 7, n.º 1, p. 7-26.
- Munoz M., Vásquez, C. (2001) Homelessness, Mental Health, and Stressful Life Events, *International Journal of Mental Health*, Vol. 30, n.º 3, p. 6-25.
- Murphy, B., Bates, G. (197). Adult Attachment style and vulnerability to depressive symptoms. *Personality and Individual differences*, 22, 835-844.
- Narciso, I. (2001), *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas – À procura do “padrão que liga”*, Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa
- Newcomb-Rekart, K., Mineka, S., Zinbarg, R.E. & Griffith, J.W. (2007). Perceived Family Environment and Symptoms of Emotional Disorders: The Role of Perceived Control, Attributional Style, and Attachment. *Cognitive Therapy and Research*.
- Nickerson, A. & Nagle, R. (2005). Parent and Peer Attachment in Late Childhood and Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 25, 223-249.
- Niemiec, C. P., Lynch M. F., Vansteenkiste M., Bernstein J., Deci. E. L, Ryan, R. M. (2006). The antecedents and consequences of autonomous self regulation for college: A self

- determination theory perspective on socialization, *Journal of Adolescence* 29, 761–775.
- Noell, J., Rodhe, P., Seeley, J., & Ochs, L. (2001) childhood sexual abuse, adolescent sexual coercion and sexually transmitted infection acquisition among homeless female adolescent. *Child abuse & neglect*, 25, p. 137–148.
- Normas de funcionamento interno da Casa Jubileu (Centro Comunitário de Carcavelos).
- North, C.S., Pollio, D.E., Smith, E.M. & Spitznagel, E.L. (1998) Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186(7), p. 393–400.
- Ó Broin, E., (2008), Can we end long term homelessness by 2010, in Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe, *The Magazine of FEANTSA*.
- Önnevall, M., (2008), Housing and Homelessness in Sweden, in Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe, *The Magazine of FEANTSA*.
- O'Reilly, P., (1988). Methodological issues in social support and social network research. *Social Science and Medicine*, 26:863–873.
- Ottenberg, D.J. (1978) *Responsabile concern. the addiction therapist*, 3(1), 67–68
- Pain, A. (1990). *Éducation informelle. Les effets formateurs dans le quotidien*. Paris: Éditions L'Harmattan.
- Pais Ribeiro, J.L. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. Porto: Legis editora
- Palazzoli, M. et al. (1978), *Paradoxe et contre-paradoxe*, ESF, Paris.
- Paquette, D. (2009) "La validation du QSA et la prevalence des styles d'attachement adulte dans un échantillon francophone de Montreal". *Canadian Journal of Behavioural Science*.
- Paquette, D., M. Bigras et S. Parent. (2001). « La validation du QSA et la prevalence des styles d'attachement adulte dans un échantillon francophone de Montréal », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 33, no 2, 88–96.
- Pedhazur, E.J. & Scmelkin, L.P. (1991). *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Peón, J. A. S. (1997). Fenomenologia de la casa (a partir de Lévinas) in «Pensar la vida cotidiana» - Actas III Encuentros Internacionales de Filosofia en el Camino de Santiago, 1997. Universidade de Santiago de Compostela - Consórcio de Santiago.

- Pereira, A. P., & Silva, D. S. (1998). *Os Sem Abrigo da cidade de Lisboa: Riscos de viver n(a) cidade*. (Relatório N.º 247/98). Lisboa: Laboratório Nacional de Engenharia Civil (Grupo de Ecologia Social).
- Pereira, A., Barreto, p., Fernandes, G. (2000), *Análise longitudinal dos sem abrigo em Lisboa: A situação em 2000*. Relatório final, Grupo de Ecologia Social, Laboratório Nacional de Engenharia Civil e Departamento de Acção Social da Câmara Municipal de Lisboa.
- Pereirinha, J. (2007) – *Género e Pobreza: Impacto e determinantes da Pobreza no Feminino*, - CIG- Lisboa.
- Perris, C. & Andersson, P. (2000). Experiences of parental rearing and patterns of attachment in adulthood. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 279-288.
- Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, W. A. Arrindell, & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology*. Chichester: Wiley.
- Pezzana, P. (2008), Housing is simple a toll, in Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe, *The Magazine of FEANTSA*.
- Piaget, J. (1947), *La représentation du monde chez l' enfant*, Paris, PUF.
- Piaget, J. (1948), *La naissance de l' intelligence chez l' enfant*, Lausana, Delachaux & Niestlé.
- Pilisuk, M. & Minkler, M., 1985. Supportive ties: A political economy perspective. *Health Education Quarterly*, 12:93-106.
- Pimenta, M. (1992), *Os sem abrigo da cidade de Lisboa*, Lisboa, Caritas, n.º 14
- Pina Prata, F. X. (1996), Significações, mãos e olhar do terapeuta sistémico, *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12: 13-24
- Pines, A.M.(2004).Adult attachment styles and their relationship to burnout: a preliminary, cross-cultural investigation. *Work & Stress*, 1464-5335, Volume 18, Issue 1, 66 – 80.
- Priebe, S. e Turner, T. (2003). Reinstitutionalisation - a new era in mentalhealth care. *BMJ*, 326, 175 -176.
- Raskin, A., Boothe, H. H., Reatig, N. A., Schulterbrandt, J. G., & Odel, D. (1971). Factor analyses of normal and depressed patients' memories of parental behavior. *Psychological Reports*, 29, 871-879.
- Regulamento da Casa de Saída do EP de Caldas da Rainha.

- Regulamento do Centro de Acolhimento dos Anjos (CASA-SCML).
- Reis, H.T. (1998). Gender differences in intimacy and related behaviors: Context and process. In D.J. Canary & K. Dindia (Eds.), *Sex differences and similarities in communication*. LEA.
- Rivlin, L. G. (1986), *The Nature of Homeless: Some Views on The Homeless Existence*, University of New York, New York.
- Robertson, M. & Cousineau, M.R. (1986). Health status and access to health services among the urban homeless. *American Journal of Public Health*, 76, 561-563.
- Rodin, J., 1986. Aging and health: Effects of the sense of control. *Science*, 233:1271-1276.
- Roisman, G.I., Tsai, J.L., Chiang, K.H.S. (2004). The emotional integration of childhood experience: Physiological, facial expressions, and self-reported emotional response during the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology*, 40, 776-789.
- Room, G. (1995), Poverty and social exclusion: The new European Agenda for Policy and research, In Room, Graham (Edit), *Beyond the Threshold: The measurement and analysis of social exclusion*, The Polity Press, Bristol, UK, p. 56
- Ropers, R.H. (1988). The invisible homeless: A new urban ecology, New York, *Human Sciences Press*.
- Rosa, E. (1998), *Santé précarité et exclusion*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Rosanvallon, P. (1984), *A Crise do Estado Providência*, Ed. Inquérito, Lisboa.
- Rosenstein, D.S., & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Rossi, P.H. (1990), The old homeless and the new homelessness in historical perspective, *American Psychologist*, vol. 45, n.º 8 August, 954-959.
- Rothbard, J.C. & Shaver, P.R. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M.B. Sperling, & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults*, (pp. 128-152). New York: The Guilford Press.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Rotter, J.B. (1990). Internal vs. external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489 - 493.
- Ruiter, C. (1995). Anxious attachment in agoraphobia and obsessive-compulsive disorder: a literature review and treatment implications. In C. Perris, W.A. Arrindell & M. Eiseman (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 281-308). New York: John Wiley and Sons.

- Safran, J.D. & Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: basic Books.
- Sagi, A., vaIjzendoorn, M.H., Scharf, M. Joels, T., Koren-Karie, N., Mayseless, O., et al. (1997). Ecological constrains for intergenerational transmission of attachment. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 287-299.
- Salinas, F. (1993) Informe final del observatorio español de los “sin techo” Brussels, *Magazine of FEANTSA*.
- Salinsky J. & Sackin, P. (2007) *Médicos com Emoções*, Edições Fundação Grunenthal.
- Sameroff, A.J. (1993). Models of development and developmental risk. In C:H: Zeanah(ED.), *Handbook of infant mental health* (pp. 3-13). New York: Guildford Press.
- Santiago, J.M., Bachrach, L., Berren, M.R.,& Hannah, M.T. (1988) Defining the homeless mentally ill: A Methodological note, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1100
- Selltiz, C. (1967). *Métodos de pesquisa nas Relações sociais*. S.Paulo, Ed. Herder.
- Shadish, W. R. (1984). Lessons from the implementation of deinstitutionalization. *American Psycology*, 39 (7): 725-738.
- Shaver, P.R.. & Brennan, K.A., (1992). Attachment styles and the “Big Five” personality traits: their connections with each other and with romantic relationship outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(5), 536-545.
- Shaver, P.R. & Clark, C.L. (1994). The psychodynamics of adult romantic attachment. In J.M. Masling & R.F. Bornstein (Eds.), *Empirical perspectives on object relations theories* (pp. 105-156). Washington, DC. America Psychological Association.
- Shaver, P.R., Belsky, J. & Brennan, K.A. (2000). The Adult Attachment Interview and self reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7, 25-43.
- Shepper-Hugues, N. (1988). Hás Deinstitutionalization Failed? Caveats and Lessons from U.S. and Italy. In: *Regards Antropologiques en Psychiatrie*, p.: 161-177. Montreal: Girame.
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A L., 1991. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32:705-714.
- Silva, S. P. (2007). Identidades e narrativas sem-abrigo. *Cadernos Sisifo* 3, Lisboa, Imprensa de Coimbra.
- Simpson, J.A. (1990). Influence of attachmenty styles on romantic relations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.

- Simpsons, J.A., & Rholes, W.S.(2002). Fearful-avoidance, disorganization, and multiple working models: Some directions for future theory and research. *Attachment and Human Development*, 4, 223- 229.
- Skolnick A. (1987). Early attachment and personal relationships across the life course. In P.B. Baltes, D.L. Featherman & R.M. Lerner (Eds.), *Life span development and behaviour* (Vol. 7, pp. 173- 204). Hillsdale, N.J.: Lawrence Earlbaum Associates.
- Snow, D., L.; Anderson, A. (1993), *Down on Their Luck, A Study of Homeless Street people*, Berkeley, University of California Press.
- Soares, I. (1992). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência: Estudo intergeracional: mãe-filho(a)*. Tese de dissertação de doutoramento na área de psicologia, apresentada à FPCE da Universidade do Porto.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: teoria e investigação das relações de vinculação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 381-434). Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. (2004 Dezembro). *Vinculação e adolescência patológica*. Comunicação apresentada no congresso de Adolescência: Identidade e Modernidade, Lisboa, Portugal.
- Soares, I. (Coord.). (2007). *Relações de Vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Soares, I. e Machado, G. (1993). Avaliação da vinculação em Jovens e adultos. In L.S. Almeida e I. S. Ribeiro (Eds.). *Avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Apport, 58-75.
- Soeiro, L.N. (1959) A vagabundagem e mendicidade: problema bio.pscio-social (investigação no albergue da Mitra 1947-1948) *Anais Portugueses de Psiquiatria*, Ano XII, Dezembro.
- Solarz, A., & Bogat, G. A. (1990). When social support fails: The homeless. *Journal of Community Psychology*, 18, 79-95.
- Soucy, N., Bernier, A., Larose, S., & Duchesne, S. (1996). *Validation transculturelle du ASQ*. Affiche presentee au XIX congres de la SQRP, Trois-Rivieres, Quebec, Octobre 1996.

- Soulet H. M. (2000), Pensar a exclusão nos dias de hoje: não-integração o desintegração. In M. H. Soulet (Org.) *da não integração. Tentativas de definição teórica de um problema social contemporâneo*. Coimbra, Quarteto Editora, pp. 9-19.
- Sousa F. M.V., Almeida, S. M. (2001) E se perguntássemos aos sem-abrigo?! Satisfação percebida face aos serviços, num abrigo de Lisboa, *Análise psicológica*, 2 (XIX) 299-312.
- Sousa, A. (2000), “A pobreza urbana em Coimbra”, in José Madureira Pinto e António Dornelas (orgs.), *Pobreza, Exclusão: Horizontes de Intervenção*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 161 –171.
- Sousa, G. (2004) Políticas de Saúde, Colectânea de Ensaio Cais, (2004), *sem abrigo e Imigração, Olhares sobre a Realidade em Portugal*, Stória Lda., Lisboa.
- Sousa, S. M. S. (2000). Educação, formação e Enfermagem. *Revista de Enfermagem Oncológica*, 4, 15 (Julho), pp. 25-38.
- Speck, R. Attneave, C. (1990). *Redes familiares*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Sperling, M. B., & Berman, W.H. (Eds.). (1994). *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. New York: Guildford Press.
- Spinnewijn, F. (2005) *Sem Abrigo: apelo à acção Europeia* in Rede Europeia.
- Spitz, R. (1979). *A Formação do Ego: Uma teoria genética e de campo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sroufe, L.A. & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In W.W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development* (pp. 53-72). Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates.
- Sroufe, L.A. (1978). Attachment and the roots of competence. *Human Nature*, 1, 50-57.
- Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E. & Collings, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classification of mothers, fathers, and their infants. *Child Development*, 67, 541-555.
- Stein, H., Jacobs, N.J., Ferguson, K.S., Allen, J.G. & Fonagy, P. (1998). What do adult attachment scales measure? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62(1), 33-82.
- Stewart, A.J., Steinman, M. Cauce, A.M., Watanabe, H. & Hoyt, D.R. (2000) Victimization and posttraumatic stress disorder among homeless adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, p. 325-331.

- Stierlin, H., Levi, L. B., Savard, R. Y. (1971), Parental perception of separation children, *Family Process*, 10: 411-427.
- Strogatz, D. S. & James, S. A., 1986. Social support and hypertension among blacks and whites in a rural southern community. *American Journal of Epidemiology*, 124:949-956.
- Sund, A. M., & Wichstrom, L. (2002). Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1478-1485.
- Sveri, G. (2008), Norway: Permanent housing – as soon as possible, in Homeless in Europe, Housing and Homelessness: models and practices from across Europe, *The Magazine of FEANTSA*.
- Taylor.(1989). *Positive illusions*. Nueva York: Random.
- Teixeira, J.M. (2006) Reestruturação dos serviços de saúde mental, *Revista Saúde Mental*, volume VIII, n.6 Novembro/ Dezembro de 2006
- Test, M.A.; Stein, L.I. (1980) Alternative to mental hospital treatment, III: social cost. *Archives of General Psychiatric*, 37: 409- 412.
- Thelen, L. (2006), *L'exil de soi, sans-abri d'ici et d'ailleurs*, Publications des Facultés universitaires saint-Louis Bruxelles
- Tienary, P., Wynne, L.C., Moring, J., Lahti, I., Naarala, M., et al. (1994). The Finnish adoptive family study of schizophrenia: implications for familie research. *British Journal of Psychiatry*, 23(164), 20-26.
- Timmer, D.A., Eitzen, D.S., Talley, K.D. (1994) *Paths to homelessness: Extreme poverty and the urban housing crisis*, Boulder, Colo: Westview Press.
- Toro, P.A. (1998) Research on Homelessness: Recent findings and the new frontiers, In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*, Vol.9, p. 119-135, New York, Pergamon.
- Trickett, P K & Susman, E. (1989) Percieved similarities and disagreements about childrearing practices in abusive and non abusive families. In D Cicchetti & V Carlson (eds), *Child maltreatment Theory an research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, p 280-301,Cambridge University Press.
- Valles, M. S. (1997), *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*, Editorial síntesis, Madrid.
- Van Ijzendoorn, M. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in non-clinical populations. *Developmental Review*, 12, 76-99.

- Van Ijzendoorn, M. (1995). Of the way we are: On temperament, attachment, and the transmission gap: A rejoinder to Fox (1995). *Psychological Bulletin*, Vol. 117, N° 3, 411-415.
- Van Ijzendoorn, M. e Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, N° 1, 8-21.
- Vieira, C. (2007), A Comunidade Terapêutica: da integração à reinserção. Lisboa. *Toxicodependências*, volume 13, número 3 15-22.
- Vitali, I. (2004). *Como nossos pais? A transmissão intergeracional dos estilos parentais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Vogt, T. M.; Mullooly, J. P.; Ernst, D.; Pope, C. R. & Hollis, J. F., 1992. Social Networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: Incidence, survival and mortality. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45:659-666.
- Wall, P. & Rönnlund, M. (2007). *Adult attachment and psychopathological symptoms as assessed by the Attachment Style Questionnaire and Symptom Checklist -90 a correlational study*. Umea University
- Wallot, H. (1988). L'ideologie de la désinstitutionalization en psychiatrie. *Information Psychiatrique*, 64 (10): 1281-1286.
- Wandersman, A., & Florin, P. (2000). Citizen participation and community organizations. In J. Rappaport, & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 247-272). New York: Kluwer Academy/Plenum.
- Watson, S. Austerberry, H. (1986) *Housing and homelessness: A feminist perspective*, London: Roudlegde and Kegan Paul.
- Watters, E. Posada, G. Crowell, J.A. & Ling Lay, K. (1993). Is attachment theory ready to contribute to our understanding of disruptive behaviours problems? *Development and Psychopathology*, 5, 215-224.
- Watters, E. Posada, G. Crowell, J.A. & Ling Lay, K. (1994). The development of attachment: from control system to working models. *Psychiatric*, 57, 32-42.
- Weininger, O. (1996) *Melanie Klein: da teoria à realidade*, Artes Médicas, Porto Alegre.
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in Adult Life. In C. M. Parkes e Stevenson Hinde, J.(Eds). *The place of attachment in human behaviour* (pp. 171-184). New York: Basics Books.
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional e social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

-
- Weiss, R.S. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. In C. M. Parkes e Stevenson Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 66-76). London: Tavistock/Routledge.
- Weiss, R.S. (1998). A taxonomy of relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 671-683.
- West, M., & Sheldon-Keller, A.E. (1994) *Patterns of relating: An adult attachment perspective*. New York: Guilford Press.
- Wiersma, D., Kluiter, H., Nienhuis, J.F., Ruphan, M. (1995). Cost and benefits of hospital and they treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *Br. J. Psyc.*, 166 (27): 52-59.
- Wilson, S.F. (in press). Community support and integration: new directions for outcome research. In S. Rose (Ed), *case management: an overview and assessment*. White Plains, NY: Longman.
- Winnicott, D. D. (1987) *Privação e delinquência*. Trad. de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- Wright, J.D., & Weber, E. (1987). *Homelessness and health*. New York: McGraw Hill.
- Xavier, E. (2000)- « Alexandre Vexliard le Visionnaire ». « Champ Psychosomatique », nº 20, 107-111..Winnicott, D.W. (1975) Objectos transicionais e Fenómenos Transicionais. In *O Brincar & a Realidade*. Imago Editora, Rio de Janeiro.
- Xiberras, M. (1996). *As teorias da exclusão. Para uma construção do imaginário do desvio*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Zamberlan, M. A. T. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos de psicologia. (Natal)* 2002, v. 7, n. 2, pp. 399-406. ISSN 1413-294X.

Anexos

Anexo 1

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIENCIAS DA EDUCAÇÃO

Protocolo de Recolha de Dados

Protocolo _____

Instituição _____

Participante _____

Data da aplicação do questionário ____ / ____ / ____

Os questionários que se seguem destinam-se a um estudo sobre vinculação em pessoas sem abrigo.

Pedimos-lhe que responda com a máxima sinceridade e precisão para que os resultados tenham interesse efectivo.

As respostas serão estritamente confidenciais e anónimas. Para que o anonimato possa ser garantido, por favor, não escreva o seu nome em nenhuma das folhas do questionário.

Não hesite em perguntar sempre que haja alguma palavra cujo significado não compreenda.

Muito agradecemos a sua disponibilidade

Anexo 2

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Informação ao Participante

O presente documento pretende, antes de mais, ser um convite para participar num estudo de investigação. Contudo, antes que possa decidir se quer colaborar ou não, é importante que compreenda a razão pela qual o estudo vai ser feito e o que envolve.

Por favor, leve o tempo que necessitar para ler cuidadosamente a seguinte informação. Se necessitar de algum esclarecimento adicional, não hesite em pedir.

Agradecemos a sua disponibilidade.

1. Quem promove o estudo?

Esta pesquisa decorre no contexto da realização, por parte do investigador, do curso de mestrado em Psicologia do Desenvolvimento criado sob a proposta da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

2. Qual é o objectivo do estudo?

Este estudo pretende avaliar o impacto da vivência em comunidade de inserção no padrão de vinculação da população sem abrigo, bem como caracterizar os seus padrões de vinculação prévios.

3. Porque sou convidado a participar?

Uma vez que é/foi residente numa comunidade de inserção e nos parece ser fundamental a sua participação activa no seu processo de reinserção. A sua participação é fundamental porque sabendo a sua opinião poderemos adequar o nosso modo de agir enquanto técnicos.

Gostaríamos que participassem cerca de 30 pessoas neste estudo.

4. Tenho que participar?

A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido, podendo para tal colocar quaisquer questões que lhe pareçam pertinentes.

No caso de não querer participar do estudo ou de querer abandonar esta investigação em qualquer momento do seu curso isso não trará qualquer consequência para si, continuando a receber todo o apoio e a ser acompanhado como foi até aqui. Caso assim decida não terá de apresentar qualquer motivo ou explicação.

5. O que terei que fazer se decidir participar?

Depois de ler este folheto, pedir-lhe-emos que forneça alguns dados sobre si e sobre a sua situação. Seguidamente solicitamos que preencha alguns questionários que dizem respeito à forma como se relaciona com os outros.

6. A minha participação neste estudo será mantida confidencial?

Os dados obtidos com a sua participação neste estudo serão sempre mantidos totalmente confidenciais, sendo a sua identidade protegida por um número.

7. O que acontece aos resultados do estudo?

Não será divulgada a sua identidade em qualquer relatório ou publicação que resulte deste estudo. Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública do relatório ou contactando directamente o investigador.

8. Contacto para informação adicional

Se tiver qualquer questão ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre este estudo, poderá entrar em contacto com o investigador.

Nome do investigador: Dr. Luís Ferreira

Contacto: 233 425504

Anexo 3

1. Dados Biográficos

Idade Sexo Habilitações literárias
Tempo de Institucionalização (Meses / Anos)

2. Durante quanto tempo permaneceu na rua?

Alguns dias > 1 mês > 1 ano Mais de 5 anos

3. Quais os motivos que o conduziram à situação de sem-abrigo?

Desemprego Alcoolismo Uso de S.P.A
Doença Conflito Familiar Imigração Ilegal
Prob. Judiciais Outro

4. Considera que houve algum factor determinante para sair dessa condição?

Sim Não

Se sim, indique quais:

Emprego Apoio Técnico Apoio da Família
Apoio de amigos Outro

5. Relação com a família durante o tempo que viveu na rua?

Próxima Distante Conflituosa
Ausência de relação Outro

6. Teve alguém próximo nesta fase da sua vida?

Sim Não

7. Esta institucionalização contribuiu para uma aproximação à sua família?

Muito Consideravelmente
Pouco Nada

8. Esta institucionalização contribui para o acesso a novos amigos?

Muito Consideravelmente
Pouco Nada

9. Esta institucionalização contribui para o acesso ao mercado de trabalho?

Muito Consideravelmente
Pouco Nada

Questionário do Estilo de Vinculação

Tradução do Attachment Style Questionnaire (ASQ)

Diga até que ponto concorda ou discorda com cada uma das seguintes questões cotando-as segundo a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo pouco	Concordo pouco	Concordo muito	Concordo totalmente

		1	2	3	4	5	6
1	De um modo geral, sou uma pessoa que vale a pena conhecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sou mais fácil de conhecer do que a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Sinto-me confiante de que as outras pessoas estarão lá para me ajudar quando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Prefiro depender de mim do que das outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Prefiro guardar as coisas para mim próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pedir ajuda é admitir que se é um falhado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	O valor das pessoas devia ser medido pelo que conseguem alcançar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Conseguir coisas é mais importante do que construir relações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Fazer o nosso melhor é mais importante do que darmos-nos bem com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Se há um trabalho para fazer, deve ser feito independentemente das pessoas que	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	É importante para mim que os outros gostem de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	É importante para mim evitar fazer coisas que não agradem os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Tenho dificuldades em tomar uma decisão a menos que saiba o que os outros pensam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	As minhas relações com os outros são, geralmente, superficiais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Às vezes penso que não valho nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Tenho dificuldade em confiar noutras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Tenho dificuldade em depender dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Penso que os outros são relutantes em aproximar-se de mim tanto quanto eu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Penso que é relativamente fácil tornar-me próximo/a de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

— — — — —

20	Tenho facilidade em confiar nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Sinto-me confortável em depender de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Receio que os outros não se preocupem comigo tanto como eu me preocupo com	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Preocupa-me que as pessoas se aproximem demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Preocupa-me não estar à altura dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Sinto-me confuso com o estar próximo das outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Embora me queira aproximar dos outros sinto-me desconfortável em fazê-lo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Questiono-me porque é que os outros poderiam querer envolver-se comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	É para mim muito importante ter uma relação próxima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Preocupo-me muito com os meus relacionamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Questiono-me como iria encarar a vida sem ter alguém que me amasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Sinto-me confiante no relacionamento com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Muitas vezes sinto que sou deixado/a de parte ou sozinho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Muitas vezes preocupo-me que não encaixe realmente com as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Os outros têm os seus problemas portanto não os incomodo com os meus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Quando falo dos meus problemas a outras pessoas geralmente sinto-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Estou demasiado ocupado com outras actividades para despender muito tempo em	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Se alguma coisa me incomoda, normalmente os outros têm consciência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Tenho confiança de que os outros gostem de mim e me respeitem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Sinto-me frustrado/a se os outros não estão disponíveis quando eu preciso deles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	As outras pessoas desapontam-me frequentemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela colaboração