01

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE UMA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE SEM-ABRIGO E UMA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE DOMICILIADA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E PSICOPATOLÓGICOS

RITA GODINHO

RESUMO: O objectivo do presente estudo foi caracterizar uma população toxicodependente sem-abrigo, do ponto de vista psicossocial e psicopatológico, e verificar a possível existência de diferenças em relação a uma população toxicodependente domiciliada.

Assim, avaliaram-se duas amostras, de trinta indivíduos cada, do sexo masculino, em programa de manutenção com metadona há pelo menos um mês. A amostra dos indivíduos sem-abrigo encontrava-se a residir provisoriamente, num Centro de Acolhimento (CA), e a amostra dos indivíduos domiciliados encontrava-se em tratamento num Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT).

Colocou-se como hipótese que a população toxicodependente sem-abrigo teria comportamentos delinquentes e níveis de psicopatologia mais marcados que a população toxicodependente domiciliada.

A população toxicodependente sem-abrigo era composta por mais indivíduos solteiros, desempregados, provenientes de meios sociais mais desfavorecidos, de famílias aparentemente mais desestruturadas, e com comportamentos delinquentes mais frequentes.

Os níveis de psicopatologia em ambos os grupos, avaliados pelo SCL-90 R e pelo Inventário Depressivo de Beck, são superiores aos encontrados na população geral, mas não diferem entre si.

O presente estudo sugere que as duas amostras diferem pouco, pelo que, se justifica um maior investimento psicossocial nesta população.

Palavras-chave: Toxicodependência; Sem-abrigo; Psicopatologia; Comportamentos desviantes.

RÉSUMÉ: L'objectif de cette étude est de caractériser une population toxicomane sans-logis, aux niveaux psychosocial et psychopathologique, et de vérifier des possibles différences en comparaison avec une population toxicomane domicilié.

Ainsi, on a évalué deux échantillons, chacun de trente individus du sexe masculin, dans un programme de maintenance à la méthadone il y avait au moins un mois. L'échantillon d'individus sans-logis habitait temporairement dans un Centre d' Accueil (CA), et l'échantillon d'individus domiciliés recevait traitement dans un Centre de Soins pour les Toxicomanes.

L'hypothèse à vérifier était si la population sans-logis aurait des comportements délinquants et des niveaux de psychopathologie plus évidents que la population domiciliée.

Quoique sans signification statistique, la population toxicomane sans-logis était constituée par plus de célibataires, d'individus au chômage, de familles à bas revenues, apparemment moins bien structurées, et avec des comportements délinquants plus fréquents.

Les niveaux de psychopathologie des deux groupes, évalués avec le SCL-90R et l'Inventaire de Dépression de Beck, sont supérieures à la norme de la population générale, mais ne différent pas entre eux.

Cette étude suggère que les deux échantillons diffèrent très peu, justifiant, un plus grand investissement psychosocial dans la population sans-logis.

Mots-Clé: Toxicomanie; Sans-logis; Psychopathologie; Comportements déviants.

ABSTRACT: The objective of this study was to characterize a population of homeless drug addicts, taking into account psychosocial and psychopathological aspects, and to verify possible differences in relation to a population of domiciled drug addicts.

Thus, we considered two samples, each of thirty male individuals, who were following (for at least one month) a methadone maintenance program. The sample of homeless individuals was provisionally living in a Shelter for Drug Addicts; the sample of domiciled individuals was receiving treatment in a Drug Addiction Treatment Center.

The hypothesis was that the population of homeless drug addicts would have delinquent behaviour and higher levels of psychopathology than the population of domiciled drug addicts.

Though not statistically relevant, the population of homeless drug addicts included single individuals, unemployed, who came from lower social backgrounds, and from apparently more problematic families, with more frequent delinquent behaviour.

The psychopathology levels in both groups, evaluated by SCL-90 and by Beck's Depression Inventory, are higher than the population norms, but they do not differ amongst themselves.

This study suggests that both samples differ little. Thus, there should be a bigger investment psychosocial in the homeless population.

Key Words: Drug addiction; Homeless; Psychopathology; Deviant behaviours.

1. INTRODUÇÃO

A literatura sugere que a população toxicodependente apresenta níveis de psicopatologia associada superiores ao que seria de esperar, com particular incidência nas perturbações do humor, (Rounsaville, B. J.; Weissman, M. M.; Crits-Christoph, K.; Wilber, C. & Kleber, H. 1982), (Rounsaville, B. J.; Anton, S. F.; Carrol, K.; Budde, D.; Brigitte, A. P. & Gawin, F. 1991), (Halikas, J. A. *et al.*, 1994), (Kadden, R. M. *et al.*, 1994), (Brooner, R. K. *et al.*, 1997), (Kelly, J. *et al.*, 2003), (Degenhardt, L. *et al.*, 2003), da ansiedade (Rounsaville, B. J.; Anton, S. F. *et al.*, 1991), (Halikas, J. A. *et al.*, 1994), (Marlowe, D. B. *et al.*, 1995), (Milby, J. B. *et al.*, 1996), e da personalidade, (Rounsaville, B. J.; Weissman, M. M. *et al.*, 1982), (Brooner, R. K. *et al.*, 1993), (Marlowe, D. B. *et al.*, 1995), (Calsyn, D. A. *et al.*, 1996), (Brooner, R. K. *et al.*, 1997). Vários estudos, também apontam para que a população com patologia psiquiátrica que recorre a instituições para tratamento apresente uma taxa de abuso de substâncias muito superior ao esperado, (Brady, K. *et al.*, 1991), (Alexander M. J. *et al.*, 1994). No entanto, a generalidade das investigações tem recaído sobre amostras clínicas, frequentemente heterogéneas, e em momentos diferentes da evolução de vida dos toxicodependentes, (indivíduos com consumos activos, em programa de manutenção com metadona, em fases iniciais do tratamento, em situações de desintoxicação, em comunidades terapêuticas, etc.), tornando assim os resultados dificilmente comparáveis.

Em Portugal, os estudos que pretendem avaliar a psicopatologia entre toxicodependentes são escassos, (Marques Teixeira, J., 2003), (Moniz Pereira, F., 2003), (Almeida, D. *et al.*, 2005).

A associação entre toxicodependência e delinquência é clara, no entanto, a sua relação é complexa, (Segui Montesinos, J. & Pablo Rabasso, J., 1992). A psicopatologia, a estrutura familiar e social podem ser alguns dos factores causais com importância significativa. Entre nós, embora os trabalhos efectuados sejam limitados, tem sido colocada essa hipótese, (Negreiros, J., 1997), (Rodrigues, L. M. *et al.*, 1997), (Da Agra, C. & Matos, A. P., 1997).

Uma população particular que, devido às suas características, dificilmente adere a intervenções sociais e terapêuticas estruturadas, tornando complexa qualquer intervenção, é a população sem-abrigo. No entanto, alguns estudos revelam uma elevada taxa de toxicodependência e psicopatologia nesta população, (Lehman, A.F.; Corday, D.S.S., 1992, cit por Joseph, H. & Paone, D., 1997), (National Mental Health Information Center of Mental Health, 2003), (North, C. S. *et al.*, 2004), (Folsom, D. P. *et al.*, 2005) (Bento, A. *et al.*, 1999) (cit por Bento A. & Barreto E., 2002), bem como actividade delinquente, (Hewit, 1994 cit por Homelessness: causes & effects, 2001), (Wright, N. M. J. & Tompkins, C. N. E., 2005), (Michaels, D. *et al.*, 1992, cit por Zapf P. *et al.*, 1996). A relação entre estas variáveis é complexa. Em Portugal Marques Teixeira, J. (2003), avaliou a comorbilidade psiquiátrica numa população toxicodependente sem-abrigo do Projecto Porto Feliz, mas, que seja do nosso conhecimento, não existem outros estudos que avaliem as características particulares da população toxicodependente sem-abrigo, quer ao nível das alterações psicopatológicas, quer ao nível da actividade delinquente, ou da estrutura familiar e social.

A intervenção na população toxicodependente sem-abrigo, devido às suas características, tem sido difícil e muitas vezes pouco eficaz. Pensamos que uma melhor compreensão destes indivíduos, nomeadamente da psicopatologia associada, da actividade delinquente e das suas relações sociais e familiares, permitirá melhorar estratégias de intervenção que permitam quebrar o círculo vicioso em que estes indivíduos habitualmente se encontram.

2. OBJECTIVO DO ESTUDO

A literatura, em geral, refere uma elevada prevalência de psicopatologia nos indivíduos toxicodependentes, bem como na população sem-abrigo. Também sugere que esta população tem um marcado consumo e abuso de substâncias.

Ambas as populações apresentam actividade delinquente frequente, principalmente pequenos delitos. A população toxicodependente sem-abrigo, tratando-se de indivíduos marginalizados, que frequentemente perderam os laços familiares e sociais, é de admitir que apresente características diferentes da população toxicodependente domiciliada que, eventualmente, tenham um papel causal na condição de sem-abrigo e também na persistência da situação. A sintomatologia depressiva, em particular, seria uma consequência lógica, e poderá ser um factor impeditivo de

mudança, ao criar sentimentos de desânimo, levando o indivíduo a uma incapacidade de construir objectivos e projectos que permitam alterar a sua condição. Admitimos, também, que a população sem-abrigo, que na generalidade tem frequentemente comportamentos desviantes, ao estar marginalizada da sociedade, quando consumidora de drogas, nomeadamente heroína, tenha, na maioria dos casos, de recorrer à actividade delinquente para sobreviver e manter os consumos.

Assim consideramos como hipótese:

A população toxicodependente sem-abrigo apresenta níveis de psicopatologia, nomeadamente sintomatologia depressiva, mais elevados e mais comportamentos desviantes que a população toxicodependente domiciliada.

Foram ainda consideradas, as variáveis sociodemográficas, as relacionadas com consumo de substâncias, e com a estrutura familiar e social que, embora não estando contempladas na hipótese formulada, podem ter um papel importante na condição de sem-abrigo toxicodependente.

3.METODOLOGIA

3.1. Amostra

Avaliaram-se duas amostras de indivíduos toxicodependentes de heroína, podendo também ser consumidores de outras substâncias, com características residenciais diferentes. A amostra 1 (CA) foi constituída por 30 indivíduos, sem-abrigo, toxicodependentes de heroína da cidade de Lisboa, a viverem provisoriamente no Centro de Acolhimento aos Sem-abrigo de Lisboa. Estes indivíduos encontravam-se a residir no Centro, e também integrados em programa de manutenção com metadona de baixo limiar, há pelo menos um mês. A amostra 2 (CAT) foi constituída por 30 indivíduos toxicodependentes de heroína, em tratamento no Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Xabregas, do Instituto da Droga e da Toxicodependência, integrados em programa de manutenção com metadona há pelo menos um mês. Todos os indivíduos tinham residência permanente. Ambas as amostras foram constituídas por indivíduos do sexo masculino, raça caucasiana, nacionalidade portuguesa, com idade compreendida entre os 20 e os 45 anos, com o mínimo de quatro anos de escolaridade. O facto de poder haver consumo/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas não foi valorizado.

Considerou-se, em ambas as amostras, indivíduos minimamente estabilizados em Programas de Manutenção com Metadona (embora com níveis de exigência diferentes), no sentido de serem ambas populações problemáticas, e eliminarmos quadros resultantes da privação por opiáceos, e comportamentos compulsivos resultantes deste facto.

3.2 Variáveis em estudo

3.2.1. Sociodemográficas – idade, a escolaridade, o estado civil e a situação profissional.

3.2.2. Consumo de substâncias – idade de início do consumo regular da primeira droga ilícita; idade de início do consumo regular de heroína; número de anos de consumos de heroína; a via de consumo (endovenosa/fumada); e a existência de consumos regulares de cocaína.

3.2.3. Estrutura familiar e social – razões do abandono escolar; situação familiar até à adolescência; existência de comportamentos desviantes do pai (alcoolismo, e comportamentos delinquentes); e no caso da amostra 1 a duração da condição de sem-abrigo.

3.2.4. Comportamentos desviantes – existência de comportamentos desviantes; as suas características; existência de cumprimento de pena de prisão; tempo efectivo da pena de prisão.

3.2.5. SCL 90 R (*Symptom Distress Checklist*).

3.2.6. BDI (Inventário Depressivo de Beck).

3.3. Instrumentos

As variáveis foram recolhidas através de uma entrevista clínica semiestruturada e de duas escalas de auto-avaliação (SCL 90 R e BDI).

3.3.1. Entrevista clínica semiestruturada

Na entrevista clínica, procurou recolher-se informação, de acordo com parâmetros pré estabelecidos, que permitisse dar resposta às questões colocadas nas variáveis 1 a 4.

3.3.2. SCL 90 (Symptom Distress Checklist)

O SCL 90 R é um questionário de auto-avaliação de psicopatologia, criado por Derogatis em 1973. A cotação do SCL 90 R (Derogatis, 1992) é feita através de três índices globais de perturbação, o Índice Geral de Sintomas (GSI), o Número de Sintomas Positivos (PST) e o Nível de Perturbação dos Sintomas Positivos (PSDI). O GSI corresponde à média dos 90 itens, o PST é o somatório do número de itens positivos, e o PSDI é a média de cotação dos itens positivos. É também calculado um valor para cada uma das dimensões da psicopatologia, através da média dos itens que participam nessa dimensão. Assim, o GSI é uma medida generalizada e indiscriminada da intensidade do sofrimento psíquico e psicossomático global, o PST avalia a amplitude e diversidade da psicopatologia, e o PSDI é um indicador da intensidade sintomática média.

3.3.3. Inventário Depressivo de Beck

O Inventário Depressivo de Beck (Beck, A. T. *et al.,* 1961) é uma escala de auto-avaliação da depressão, composta por 21 itens, destinada a avaliar a severidade da depressão. Kendall, P. C. *et al.* (1987) recomendam os seguintes valores de corte: 0 a 9: Sem Depressão; 10 a 20: Depressões Leves; (10 a 17: Estados Disfóricos; superior a 17: Quadros depressivos Leves); 20 a 30: Depressão Moderada; valores superiores a 30: Depressão Grave.

Em Portugal, O BDI foi aferido por Vaz Serra e Pio de Abreu (1973a; 1973b) que propõem um ponto de corte de 12, acima do qual se situa a população deprimida.

3.4. Análise de dados

Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente utilizando o *Statistical Package for Social Sciences* versão 13.0 (SPSS 13.0).

A amostra foi constituída por dois grupos (CA e CAT), tendo sido efectuada uma comparação entre eles, em relação às diversas variáveis.

Foi feita uma análise descritiva e efectuados os testes de *Qui Quadrado, Fisher, T-Student e Mann-Whitney*. Tomaram-se como diferenças significativas aquelas cuja probabilidade de erro associado era igual ou inferior a 5%.

4. RESULTADOS

4.1. Aspectos sociodemográficos

4.1.1. Idade

A média de idades da amostra 1 (CA) foi de 35,9 anos, com um desvio padrão de 5,49. A média de idades da amostra 2 (CAT) foi de 37,7 anos, com um desvio padrão de 5,65. A diferença encontrada não foi estatisticamente significativa, t (58) = -1.250, p = 0.216.

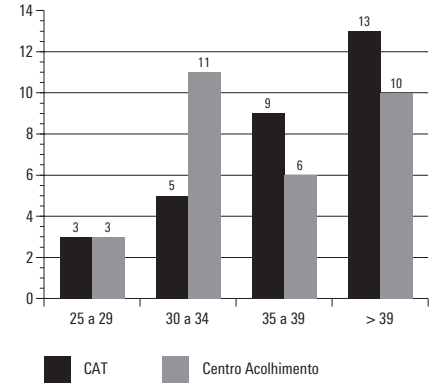

Gráfico 1 – Idade (amostras 1 CA e 2 CAT)

4.1.2. Escolaridade

A escolaridade é baixa, tanto na amostra 1 (CA) como na amostra 2 (CAT), predominando os indivíduos com o 4 e 6º ano.

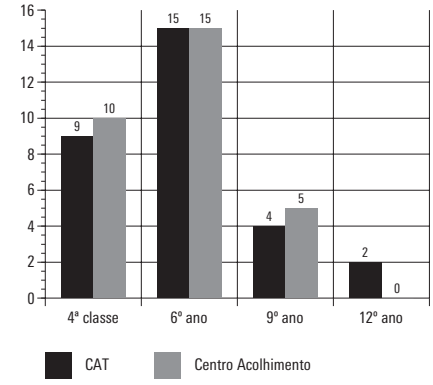

Gráfico 2 – Ano de Escolaridade (amostras 1 CA e 2 CAT)

4.1.3. Estado civil

Na amostra 1, correspondente aos utentes do Centro de Acolhimento, predominavam os indivíduos solteiros, enquanto que na amostra 2, correspondente aos utentes do CAT, predominavam os indivíduos casados/juntos.

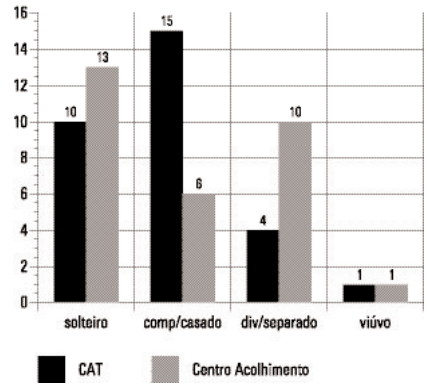

Gráfico 3 – Estado civil (amostras 1 CA e 2 CAT)

4.1.4. Situação profissional

Na amostra 1 (CA) encontrou-se um marcado predomínio de indivíduos desempregados 86%, enquanto que na amostra 2 (CAT) existe um predomínio de indivíduos empregados 46% (emprego estável e emprego precário, correspondendo o segundo caso a empregos ocasionais sem qualquer vínculo contratual).

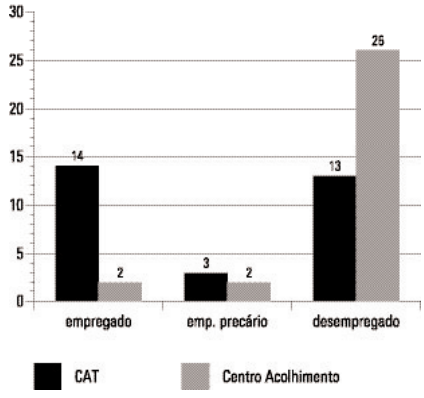

Gráfico 4 – Situação profissional (amostras 1 CA e 2 CAT)

4.2. Consumos de substâncias

4.2.1. Início de consumo regular da primeira droga ilícita

Neste item, considerou-se a idade de início dos consumos regulares de drogas ilícitas, de acordo com o que foi referido pelos sujeitos. Não foram considerados os consumos irregulares/experimentais prévios, e não se valorizou o tipo de droga. De algum modo, pretendeu-se definir a idade do início da situação de toxicodependência, possível momento de mudança no estilo de vida.

A idade média do início dos consumos da amostra 1 (CA) foi de 16,10, com um desvio padrão de 5,03. A amostra 2 (CAT) apresentou uma idade média de 14,9 anos e um desvio padrão de 2,23. A diferença encontrada foi significativa, $U=317.5$, $p = 0.049$.

A idade de início dos consumos, nas duas amostras, apresentou uma dispersão diferente, havendo na população do Centro de Acolhimento mais indivíduos com início de consumos precoces e tardios. Esta dispersão sugere que os consumos muito precoces podem levar a uma maior desorganização e facilitar a condição de sem-abrigo, e que consumos tardios podem ser consequência da desorganização do indivíduo que poderá ter conduzido a esta condição.

4.2.2. Início do consumo regular de heroína

Avaliou-se a idade do início de consumo regular de heroína, substância de que todos os indivíduos em estudo são dependentes. Pretendeu-se analisar, não o início de consumos esporádicos/irregulares, mas sim a idade em que os sujeitos se tornaram dependentes. A amostra 1 apresentou uma média de idades de 20,37 anos e um desvio padrão de 5,43. A amostra 2 teve uma média de 18,10 anos e um desvio padrão de 3,82. A diferença encontrada não foi estatisticamente significativa, $t (58) = 1.867$, $p = 0.067$.

4.2.3. Número de anos de consumo de heroína

A amostra do Centro de Acolhimento apresentou uma média de anos de consumo de 15,53 e um desvio padrão de 6,65. A amostra 2 (CAT) apresentou uma média de anos de consumo mais elevada, 19,60, com um desvio padrão de 6,015. A diferença encontrada foi significativa, $t (58) = -2,484$, $p = 0,016$.

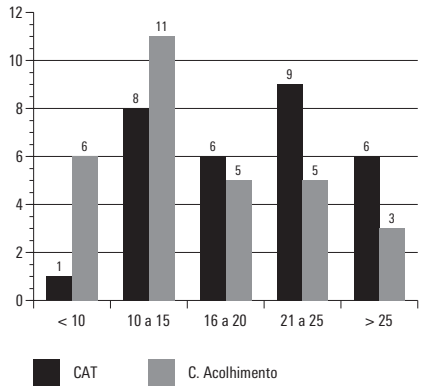

Gráfico 5 – Anos de consumo de heroína (amostras 1 CA e 2 CAT)

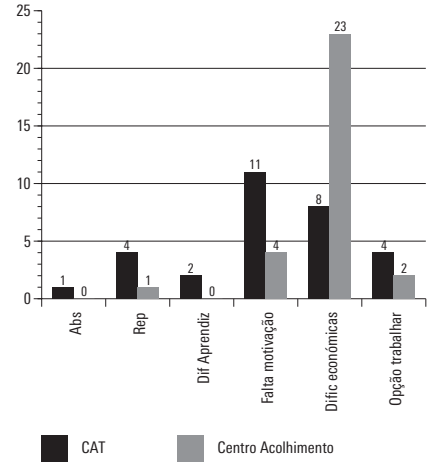

Gráfico 6 – Motivo de abandono escolar (amostras 1 CA e 2 CAT)

4.2.4. Via de consumo

Avaliou-se a existência de consumos endovenosos ao longo da vida, em ambas as amostras. Verificou-se que 73% dos sujeitos do centro de acolhimento utilizaram a via endovenosa, enquanto que na amostra do CAT, esta foi utilizada por 57% dos indivíduos. A diferença, de acordo com o teste de χ^2 (1) = 1.832, p = 0.176, não foi significativa.

4.3. Estrutura familiar e social

4.3.1. Motivo de abandono escolar

Com esta variável pretendeu-se compreender os motivos que levaram ao abandono da escola. Consideraram-se como principais motivos, o absentismo, a reprovação sucessiva, as dificuldades de aprendizagem, a falta de motivação, as dificuldades económicas e a opção do próprio para trabalhar. Os indivíduos do Centro de Acolhimento, maioritariamente, referiram as dificuldades económicas (77%) como a principal razão, enquanto que os utentes do CAT apontaram como principal razão a falta de motivação (37%).

4.3.2. Situação familiar até à adolescência

Tentou caracterizar-se a situação familiar dos indivíduos, em relação às principais figuras com quem tinham vivido, a maior parte do tempo, até à adolescência. Consideraram-se duas dimensões: 1) Terem vivido com os progenitores (pais, pai ou mãe); 2) Não terem vivido com os progenitores.

Verificou-se que na amostra 1 (Centro de Acolhimento), 66% dos indivíduos tinham vivido com os pais, enquanto que na amostra 2 (CAT) esta percentagem foi de 97%. A diferença encontrada é significativa, segundo o teste de χ^2 (1) = 9.017, p=0,003.

4.3.3. Existência de comportamentos desviantes do pai (alcoolismo e comportamentos delinquentes)

Considerou-se neste parâmetro a existência de comportamentos delinquentes (independentemente do tipo) e de alcoolismo no pai, correspondendo esta situação aos casos em que o consumo de álcool conduzia a uma alteração marcada no seu comportamento. Analisaram-se as duas situações em conjunto, e o alcoolismo isoladamente. Encontraram-se comportamentos desviantes em 15 (50%) dos pais referentes aos utentes do Centro de Acolhimento (amostra **1)**, e em 7 (23%) dos pais dos indivíduos do CAT (amostra **2)**. As diferenças encontradas foram significativas, χ^2 (1) = 4.593, p = 0.032. Em relação à avaliação do alcoolismo, verificou-se a existência em 11 (37%) dos pais dos indivíduos do Centro de Acolhimento, e em 7 (23%) dos pais dos utentes do CAT. As diferenças encontradas não foram significativas, χ^2 (1) = 1.270, p = 0.260.

4.3.4. Duração da condição de sem-abrigo (amostra 1)

Avaliou-se o tempo da condição de sem-abrigo, na

população do Centro de Acolhimento. A maioria dos utentes 22 (73%) vive nesta condição há mais de um ano.

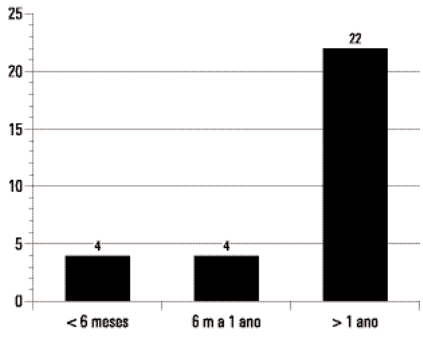

Gráfico 7 – Duração da condição de sem-abrigo

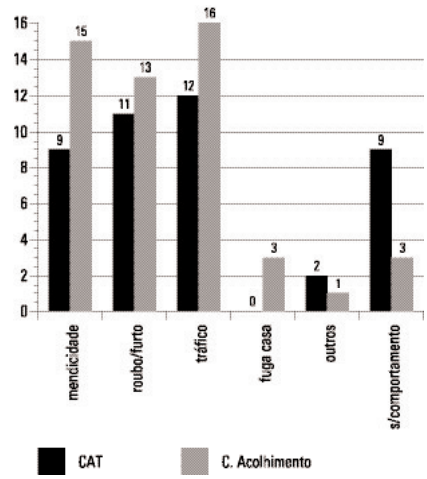

Gráfico 8 – Comportamentos desviantes (amostras 1 CA e 2 CAT)

4.4. Comportamentos desviantes

Estudou-se a existência de comportamentos desviantes na população do Centro de Acolhimento e na população do CAT, tendo-se verificado serem mais comuns na primeira, estando presentes em 27 (90%) dos indivíduos do Centro de Acolhimento e em 21 (70%) dos indivíduos do CAT. A diferença encontrada não é significativa, segundo o teste de χ^2 (1) =3.750,p= 0.053. Os comportamentos desviantes mais comuns em ambas as amostras foram a mendicidade, o roubo/furto e o tráfico de substâncias. De salientar que 3 indivíduos do Centro de Acolhimento referiram ter fugido de casa antes da adolescência.

4.5. Cumprimento de pena de prisão

Estudou-se em ambas as amostras o número de indivíduos que cumpriram prisão efectiva. Verificou-se que na amostra 1 (CA), 12 (40%) estiveram presos, e na amostra 2 o número de indivíduos que estiveram presos corresponde a 8 (27%). A diferença não é significativa, segundo o teste de χ^2 (1) =1.2, p =0.273.

4.6. Tempo efectivo de prisão

A maioria dos indivíduos presos, em ambas as amostras, cumpriu pena superior a um ano, o que corresponde a 9 (75%) dos indivíduos do Centro de Acolhimento e a 7 (88%) dos indivíduos do CAT, que cumpriram pena de prisão. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, segundo o teste de *Mann Whitney*, U = 403.0 p = 0.407.

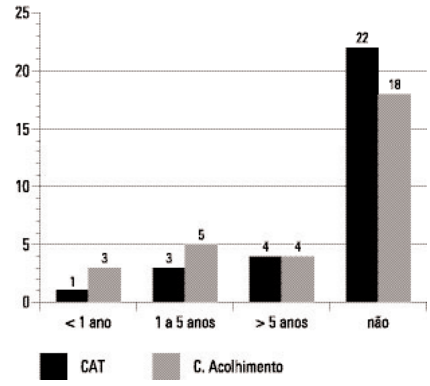

Gráfico 9 – Tempo de prisão (amostras 1 CA e 2 CAT)

4.7. SCL 90 R

A ambas as amostras aplicou-se o SCL 90 R, no sentido de se avaliar as dimensões clínicas mais comuns da psicopatologia. O GSI do Centro de Acolhimento apresentou uma média de 1,02 e um desvio padrão de 0,59, e o GSI do CAT teve uma média de 1 e um desvio padrão de 0,75.A diferença entre as duas amostras no que respeita ao índice geral de sintomas não é significativa, t (58) = 0,112,p=0,911.

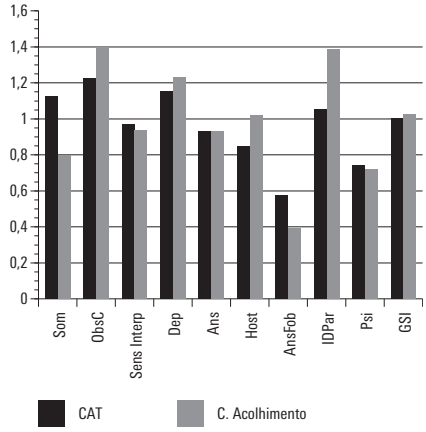

Gráfico 10 – Escalas avaliadas pelo SCL-90 R (amostras 1 CA e 2 CAT)

No PST verificou-se uma média de 46,97 e um desvio padrão de 17,78 para a amostra 1 (Centro de Acolhimento) e uma média de 52,27 e um desvio padrão de 25,18 para a amostra 2 (CAT), não havendo diferenças significativas entre as duas amostras, U = 390.0, p = 0,375.

No PSDI após a análise dos dados verificou-se que a média do nos indivíduos do Centro de Acolhimento (1,88,dp 0,55) é superior à média do PSDI dos utentes do CAT (1,57,dp 0,52). A diferença encontrada é significativa, $t_{(58)} = 2,256$, p=0,028.

Na amostra 1 (Centro de Acolhimento) os 9 factores sintomáticos do SCL 90 R têm médias entre 0,39 e 1,39. Apresentam valores superiores a 1 os factores obsessivos compulsivos (1,39), ideação paranóide (1,38), depressão (1,23), e hostilidade (1,01). Na amostra 2 (CAT) os 9 factores sintomáticos do SCL 90 R apresentam médias entre 0,74 e 1,22. Os valores superiores a 1 correspondem aos seguintes factores: obsessivo compulsivo (1,22); depressão (1,15); somatização (1,12); ideação paranóide (1,055).

No SCL 90 R existem alguns sintomas, pertencentes às escalas de depressão e psicoticismo, considerados tão raros que a sua presença deve alertar para possível patologia, independentemente dos outros resultados (Derogatis, 1992). Destes sintomas, dois surgiram com marcada frequência em ambas as amostras. O item 15 (pensamentos de acabar com a vida), pertencente à dimensão sintomática da depressão, apresentou 13 (43%) de respostas positivas na amostra 1 (CA)e 8 (27%) na amostra 2 (CAT). O item 85 (ter a ideia que deverá ser castigado pelos seus pecados) pertencente à dimensão sintomática do psicoticismo, foi respondido positivamente por 8 (27%) indivíduos do Centro de Acolhimento e por 13 (43%) utentes do CAT.

4.8. Inventário Depressivo de Beck

A média das pontuações gerais do BDI no Centro de Acolhimento foi de 14,17, com um desvio padrão de 8,39, e no CAT a média foi de 14,90, com um desvio padrão de 10,06. Não foram encontradas diferenças significativas, $t_{(58)} = -0,306$, p=0,760. Estes valores indicam que ambas as populações, de acordo com o valor de corte proposto por Vaz Serra e Pio de Abreu, apresentam depressões leves (estados disfóricos), clinicamente pouco significativas.

Segundo as interpretações clínicas propostas por Kendall *et al.* (1987), encontraram-se os seguintes resultados: na amostra 1 (CA) 11 (36,6%) indivíduos não deprimidos; 8 (26,6%) com disforia; 5 (16,6%) com estado depressivo leve; 5 (16,6%) com depressão moderada e 1 (3,3%) com depressão grave.

Na amostra 2 (CAT), 11 (36,6%) utentes não deprimidos; 9 (30%) com disforia; 2 (6,6%) com estado de depressão leve; 6 (20%) com depressão moderada e 2 (6,6%) com depressão severa.

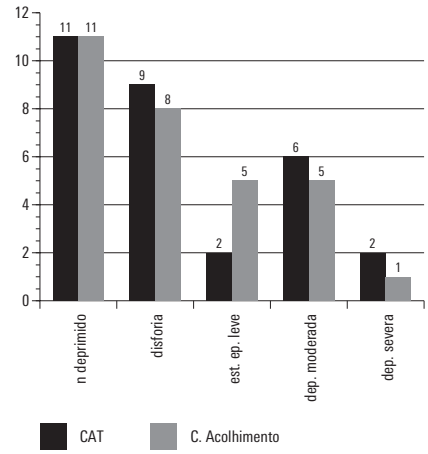

Gráfico 11 – interpretação clínica do BDI (amostras 1 CA e 2 CAT)

5. DISCUSSÃO

Ambas as amostras são constituídas por indivíduos

toxicodependentes problemáticos, diferindo na sua situação de habitação.

A amostra do Centro de Acolhimento, embora cumprindo os critérios de sem-abrigo (Joseph, H. & Paone, D., 1997; Bento, A. & Barreto, E., 2002), tem características particulares pois refere-se a indivíduos que aderiram às regras do centro e aceitaram integrar um programa de manutenção com metadona, não abrangendo toxicodependentes sem-abrigo que, ou não tiveram oportunidade, ou não aceitaram este tipo de intervenção. É provável que estes indivíduos tenham características diferentes.

Uma das hipóteses colocadas foi que a população toxicodependente sem-abrigo apresentaria maior número de comportamentos desviantes que a população domiciliada.

Verificou-se, o que está de acordo com a literatura, que tanto a população toxicodependente em tratamento no CAT, como a população toxicodependente sem-abrigo, têm marcados comportamentos desviantes. Embora sem significado estatístico, mas com uma marcada tendência ($p = 0.053$), de acordo com a hipótese colocada, o número de indivíduos do Centro de Acolhimento que apresentaram comportamentos desviantes (90%) é superior ao número de indivíduos do CAT (70%). O tipo de comportamentos desviantes está de acordo com o descrito na literatura, tendo sido os mais frequentes a mendicidade, o roubo/furto e o tráfico de drogas.

A ausência de comportamentos desviantes foi referida por apenas três indivíduos do Centro de Acolhimento, o que vai de encontro ao habitualmente descrito em diversos estudos efectuados, que referem ser a actividade delinquente muito frequente na população sem-abrigo, principalmente se houver doença mental associada.

É de salientar, que metade da amostra do Centro de Acolhimento se dedica à mendicidade (habitualmente arrumar carros) o que só acontece em menos de 1/3 da população toxicodependente domiciliada, sugerindo a grande dificuldade destes indivíduos sem-abrigo em trabalhar, o que está de acordo com o número elevado de desempregados encontrados na amostra, sendo portanto esta, uma das formas mais comuns destes indivíduos obterem dinheiro.

Comportamentos desviantes muito precoces (fuga de casa antes da adolescência) também foram referidos pelos indivíduos do Centro de Acolhimento, sendo isto um provável indicador de uma marcada desorganização familiar na infância, o que também está de acordo com as características familiares encontradas nesta amostra.

De acordo com a hipótese formulada, encontrou-se uma maior percentagem de indivíduos que estiveram presos na amostra do Centro de Acolhimento (40%), em relação aos indivíduos que estiveram presos do CAT (27%), tendo a maioria destes indivíduos quer do centro de acolhimento, quer do CAT, cumprido penas superiores a um ano. Estas diferenças não são, no entanto, estatisticamente significativas.

O número elevado dos indivíduos do Centro de Acolhimento (40%) que cumpriram pena de prisão, aponta para a necessidade de uma maior ligação entre os estabelecimentos prisionais e os serviços da comunidade, de forma a garantir estruturas de apoio a esta população, habitualmente desintegrada familiar e socialmente, quando termina o período de detenção, o que está de acordo com o proposto por Zapf *et al.*, 1996. Isto evitaria situações comuns e que comprovámos durante as entrevistas, em que a total ausência de estruturas de apoio psicossociais conduziram alguns sujeitos à situação de sem-abrigo, quando acabaram o período de pena de prisão.

Colocou-se como hipótese que a população toxicodependente sem-abrigo apresentaria níveis de psicopatologia mais elevados, nomeadamente sintomatologia depressiva, do que a população toxicodependente domiciliada. Utilizou-se o SCL 90 R no sentido de avaliar as dimensões clínicas mais comuns da psicopatologia. Não se encontraram diferenças significativas, excepto no PSDI, que é um indicador da intensidade sintomática média, que foi superior nos indivíduos do Centro de Acolhimento ($p=0,028$). A diferença encontrada neste índice é difícil de interpretar, podendo no entanto significar uma tendência dos indivíduos do Centro de Acolhimento em "aumentar" a intensidade dos seus sintomas. É provável que a fragilidade em que estes indivíduos se encontram, frequentemente fisicamente debilitados, com dificuldades em recorrer a serviços de saúde mais diferenciados, numa situação de isolamento social, e portanto com uma maior necessidade de apoio, os leve a valorizar mais a intensidade dos sintomas.

A resposta positiva a alguns sintomas da escala é considerada rara, pelo que a sua presença deve alertar para possível patologia, independentemente dos outros resultados. O item 15, (pensamentos de acabar com a vida), pertencente à escala de depressão, esteve presente em 13 (43%) dos indivíduos do Centro de Acolhimento, e em 8 (27%) dos indivíduos do CAT.

Esta resposta sugere que a população da amostra 1 (CA) apresenta um grau de desânimo e desesperança, eventualmente indicadores de depressão, superior à população do CAT. Esta situação de desânimo, e baixa auto-estima, pode em parte ser explicada pela ausência de expectativas de mudança, já que a maioria dos indivíduos do Centro de Acolhimento (73%) se encontra numa situação de sem-abrigo há mais de um ano, e 86% estão desempregados. Por sua vez, o item 85, (ter a ideia que deverá ser castigado pelos seus pecados), pertencente à escala do psicoticismo, foi respondido positivamente por 8 indivíduos (27%) do Centro de Acolhimento, e 13 (43%) do CAT. Atendendo a que os valores médios da escala de psicoticismo tanto na amostra do Centro de Acolhimento como na do CAT, são relativamente baixos (inferiores a 0.8), admite-se que este item, neste caso, não deva ser lido na linha da psicose mas sim na linha da culpabilidade. Caso esta hipótese seja verdadeira, os utentes do CAT, provavelmente devido a uma maior consciencia-lização pelos seus actos, teriam mais sentimentos de culpa do que os utentes do Centro de Acolhimento. Verificou-se que em ambas as amostras todos os itens do SCL 90 R apresentaram, em termos de média, valores superiores aos encontrados numa amostra normativa portuguesa do sexo masculino (n=107) (Baptista, 1993), o que está de acordo com a generalidade da literatura que refere um aumento de psicopatologia na população toxicodependente. De acordo com o atrás referido, apesar da amostra do Centro de Acolhimento, provavelmente, valorizar mais a intensidade dos sintomas, não existem outras diferenças significativas entre as duas amostras, em relação às dimensões do SCL 90 R, pelo que a hipótese colocada não foi confirmada.

Aplicou-se o Inventário Depressivo de Beck para avaliar a severidade da depressão e testar a hipótese. A média geral do BDI, no Centro de Acolhimento foi de 14,17 e no CAT de 14,90. Estes valores indicam que, ambas as populações, apresentam em média depressões leves, pouco significativas. Não se encontraram diferenças significativas entre as amostras. Os valores obtidos são semelhantes aos encontrados, recentemente, por Almeida, D. *et al.* (2005), que numa população toxicodependente em comunidade terapêutica (n=60) encontraram um valor médio do BDI de 14,88. Estes dois estudos apontam para que as populações toxicodependentes apresentem sintomatologia depressiva semelhante, superior à população normal, mas de baixa intensidade, independentemente da sua situação. De acordo com o BDI, a hipótese inicialmente colocada, não se confirmou.

6. CONCLUSÃO

A intenção principal deste trabalho foi estudar a população toxicodependente sem-abrigo, e verificar se ela diferia da população toxicodependente domiciliada, nomeadamente em relação aos comportamentos delinquentes e psicopatologia.

Ambas as amostras corresponderam a indivíduos toxico-dependentes problemáticos, integrados em programa de manutenção com metadona, sendo a amostra da população sem-abrigo recolhida num Centro de Acolhimento e a mostra da população domiciliada numa unidade especializada do Instituto da Droga e da Toxicodependência. A amostra do Centro de Acolhimento não abrange os toxicodependentes que se encontram na rua e não aderiram, ou não tiveram oportunidade de aceder a este tipo de intervenção e que, por isso, podem ter características diferentes.

No estudo efectuado, a população toxicodependente sem-abrigo apresentou algumas características diferentes da população domiciliada. Assim, na amostra do Centro de Acolhimento, encontrou-se um predomínio de indivíduos solteiros, desempregados e provenientes de meios sociais mais desfavorecidos, bem como de famílias aparentemente mais destruturadas. O início de consumo muito precoce que, provavelmente, dificultou a sua estruturação, e o início de consumos tardios, que podem ser consequência de uma situação de desorganização, parecem ser, também, facilitadores da condição de sem-abrigo. Julgamos que estudos mais aprofundados serão desejáveis para testar esta hipótese.

Foi colocada como hipótese que a população toxicodepen-dente sem-abrigo, por uma eventual maior desorganização e como forma de sobrevivência, tivesse comportamentos delinquentes mais frequentes. Verificou-se que o número de indivíduos sem-abrigo que apresentaram comportamentos delinquentes e cumpriram anos de prisão efectiva foi superior ao encontrado na população domiciliada. Este facto pode dever-se a uma situação de círculo vicioso, em que estes indivíduos frequentemente se encontram. A carência económica, a ausência de apoios familiares e a psicopatologia, facilitam os comportamentos delinquentes e

a prisão. Por sua vez, em liberdade, a falta de estruturas sociais de apoio "empurram-nos" novamente para uma vida marginal. Torna-se assim necessária uma ligação entre os estabelecimentos prisionais e os serviços da comunidade. O investimento na formação profissional, facilitando a sua integração no mundo laboral, e a criação de residências protegidas, são algumas intervenções que julgamos poderem evitar este tipo de situações.

A hipótese de que a população sem-abrigo apresentaria níveis mais elevados de psicopatologia, nomeadamente sintomatologia depressiva, que a população domiciliada não se confirmou. Este facto pode dever-se às características particulares da população sem-abrigo estudada, que se encontra em tratamento e beneficia de uma estrutura de apoio. É provável que a população sem-abrigo que não consegue aderir ao apoio de um Centro de Acolhimento apresente níveis de psicopatologia mais elevados, e necessite de outro tipo de intervenção.

Ambas as amostras apresentaram níveis de psicopatologia, avaliados pelo SCL 90 R, superiores aos encontrados na população normal portuguesa, o que está de acordo com a literatura.

O nível de severidade da depressão, avaliado pelo Inventário Depressivo de Beck, foi semelhante na população sem-abrigo e na população do CAT, e idêntico ao encontrado num estudo recente, efectuado em indivíduos numa comunidade terapêutica. Estes estudos sugerem que a população toxicodependente, na generalidade, apresenta, em média, níveis de depressão superiores aos encontrados na população geral, embora clinicamente pouco significativos. Julgamos que esta hipótese deve ser explorada em estudos futuros.

O presente estudo sugere que a população toxicodependente sem-abrigo, que se encontra num Centro de Acolhimento e aderiu a um programa de manutenção com metadona, difere pouco nas suas características gerais, da população toxicodependente problemática em acompanhamento num CAT, apresentando traços psicopatológicos semelhantes.

Um estudo recente da população toxicodependente do Centro de Acolhimento (Godinho, J. *et al.*, 2007) confirmou uma boa adesão ao programa de metadona, com taxas de abstinência de drogas ilícitas muito elevadas. Assim, pensamos que, o prognóstico destes indivíduos pode não ser muito diferente do da população do CAT, desde que, apesar das dificuldades, se faça um adequado investimento psicossocial.

Contacto
Rita Santana Godinho, *Psicóloga Clínica*
santana_godinho@hotmail.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexander M. J.; Craig, T. J.; Macdonald, J. & Haugland, G. (1994). "Dual diagnosis in a state psychiatric facility". *American Journal on Addictions,* 3: 314-324.

Almeida, D.; Vieira, C.; Almeida, M.C.; Rijo, D. M. & Felisberto, A. J. (2005). "Toxicodependência e comorbilidade psiquiátrica – Sintomatologia do Eixo I e perturbações da personalidade". *Psiquiatria Clínica,* 26 (1): 55-70

Baptista, A. (1993). *A Génese da perturbação de pânico*. (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Portugal.

Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J. & Erbaugh J. (1961). "An inventory for measuring depression". *Archives of General Psychiatry,* 4: 561-571.

Bento, A. & Barreto, E. (2002). *Sem-amor Sem-abrigo* (1ªed). Lisboa: Climepsi Editores.

Brady, K.; Casto, S.; Lydiard, R. B.; Malcolm, R. & Arana, G. (1991). "Substance abuse in an inpatient psychiatric sample". *American Journal of Drug and Alcohol abuse,* 17: 389-397.

Brooner, R. K.; Greenfield, L.; Schmidt, C. W. & Bigelow, G. E. (1993). "Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug abusers". *American Journal of Psychiatry,* 150: 53-58.

Brooner, R. K.; King, V. L.; Kidorf, M.; Schmidt, C. W. & Bigelow, G. E. (1997). "Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid users". *Archives of General Psychiatry,* 54: 71-78.

Calsyn, D. A.; Fleming, C.; Wells, E. A. & Saxon, A. J. (1996). "Personality disorder subtypes among opiate addicts in methadone maintenance". *Journal of Addictive Diseases,* 10: 3-8.

Da Agra, C. & Matos, A. P. (1997). "Trajectórias desviantes", in C. da Agra (Ed.), *Projecto Droga e Crime: Estudos Interdisciplinares, II.* Lisboa, G.P.C.C.D.-Ministério da Justiça.

Degenhardt, L.; Wayne, H. & Michael, L. (2003). "Exploring the association between cannabis use and depression". *Addiction,* 98 (11): 1493-1504.

Derogatis, L. (1992). *SCL-90 R. Administration, Scoring & Procedures Manual II*. (2ªed). USA: Clinical Psycometric Research.

Derogatis, L. R.; Lipman, R. S. & Covi, L. (1973). SCL-90. "An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report". *Psychopharmacology Bulletin,* 9: 13-27.

Folsom, D. P.; Hawthorne,W.; Lindamer, L.; Gilmer, T.; Bailey, M. S.; Golshan, S.; Garcia, P.; Unutzer, J.; Hough, R. & Jeste, D. V. (2005). "Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10.340 patients with serious mental ilness in a large public mental health system". *The American Journal of Psychiatry,* 162: 370-376.

Godinho, J.; Marques, R.; Gonçalves, N. & Vultos, J. (2007). "Avaliação numa população sem-abrigo a residir num centro de acolhimento, e integrada em programa de manutenção com metadona". *Toxicodependências,* 13 (1): 3-10.

Halikas, J. A.; Crosby, R. D.; Pearson, V. L.; Nugent, S. M. & Carlson, G. A. (1994). "Psychiatric comorbidity in treatment-seeking cocaine abusers". *American Journal on Addictions,* 3: 25-35.

Homelessness: causes & effects. The relationship between homelessness and the health, social sevices and criminal justice systems: a review of the literature, (2001). Vol. 1. British Columbia Ministry of Social Development and Economic Security, and BC Housing Management Commission. Vancouver.

Joseph, H. & Paone, D. (1997). "The homeless". In J. Lowinson, P. Ruiz, R. Millman & J. Langrod (Eds.), *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook* (Third edition) (pp.733-743). USA: Williams & Wilkins.

Kadden, R. M.; Kkranzler, H. R. & Rounsaville, B. J. (1994). "Validity of the distiction between "substance-induced" and "independent" depression ans anxiety disorders". *American Journal of Addictions,* 4: 107-117.

Kendall, P. C.; Hollon, S. D.; Beck, A. T.; Hammen, C. L. & Ingram, R. E. (1987). "Issues and recommendations regarding use of the Beck Depreesion Inventory". *Cognitive Therapy and Research,* 11 (3): 289-299.

Kelly, J.; McKellar, J. & Moos, R. (2003). "Major depression in patients with substance use disorders: Relationship to 12-step self-help involvement and substance use outcomes". *Addiction,* 98 (4): 499-508.

Marlowe, D. B.; Husband, S. D.; Lamb, R. J.; Kirby, K. C.; Iguchi, M. Y. & Platt, J. J. (1995). "Psychiatric comorbidity in cocaine dependence. Diverging trends, Axis II spectrum, and gender differentials". *American Journal on Addictions,* 4: 70-81.

Marques Teixeira, J. (2003). "Comorbilidade infecciosa e psiquiátrica em toxicodependentes de carreira: Um estudo empírico a partir do programa Porto Feliz". *Saúde Mental,* 5 (4): 9-21.

Milby, J. B.; Sims, M. K.; Khuder, S.; Schumacher, J. E.; Huggins, N.; McLellan, A. T.; Woody, G. & Hass, N. (1996). "Psychiatric comorbidity: Prevalence in methadone maintenance treatment". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 22: 95-107.

Moniz Pereira, F. (2003). *Comorbilidade psiquiátrica em indivíduos que procuram tratamento em centros de atendimento de toxicodependentes*. (Tese de Mestrado em Psiquiatria não publicada). Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa. Portugal

National Mental Health Information Center of Mental Health (2003). *Homelessness-Provision of mental health and substance abuse services*.

Negreiros, J. (1997). "Consumo de drogas nas prisões portuguesas", in C. da Agra (Ed.), *Projecto Droga e Crime: Estudos Interdisciplinares, IV.* Lisboa: G.P.C.C.D.- Ministério da Justiça.

North, C. S.; Eyrich, K. M.; Pollio, D. E.; Spitznagel, E. L. (2004). "Are rates of psychiatric disorders in the homeless population changing?". *American Journal of Public Health,* 94 (1): 103-108.

Relatório anual 2004. *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Vol. 1. (2006). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Rodrigues, L. M.; Antunes, C. & Mendes, Z. (1997). "Padrões de consumo e desviância em menores sob tutela". In C. da Agra (Ed.), *Projecto Droga e Crime: Estudos Interdisciplinares, V.* Lisboa: G.P.C.C.D. – Ministério da Justiça.

Rounsaville, B. J.; Weissman, M. M.; Crits-Christoph, K.; Wilber, C. & Kleber, H. (1982). "Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. Course and relationship to treatment outcome". *Archives of General Psychiatry,* 39: 151-156.

Rounsaville, B. J.; Weissman, M. M.; Kleber, H. & Wilber, C. (1982). "Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts". *Archives of General Psychiatry,* 39: 161-166.

Rounsaville, B. J.; Anton, S. F.; Carrol, K.; Budde, D.; Brigitte, A. P. & Gawin, F. (1991). "Psychiatric diagnoses of treatment seeking cocaine abusers". *Archives of General Psychiatry,* 48: 43-51.

Segui Montesinos, J. & Pablo Rabasso, J. (1992). "Delincuencia y toxicomanías". In Casas Brugé,M. (Ed.), *Transtornos psiquicos en las toxicomanías (I)* (1ªed.) (pp.221-234). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Vaz Serra, A. S. & Pio Abreu, J. L. (1973a). "Aferição dos quadros clínicos depressivos. I. Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra de doentes deprimidos". *Coimbra Médica,* XX, (VI): 623-644.

Vaz Serra, A. S. & Pio Abreu, J. L. (1973b). "Aferição dos quadros clínicos depressivos. II. – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do Inventário Depressivo de Beck". *Coimbra Médica,* XX, (VII): 713-736.

Wright, N. M. J. & Tompkins, C. N. E. (2005). *How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people?* Copenhagen: Who Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).

Zapf, P.; Roesch, R. & Hart, S. (1996). "An examination of the relationship of homelessness to mental disorder, criminal behaviour, and health care in a petrial jail population". *Can J Psychiatry,* 41 (7): 435-440.