

**AVALIAÇÃO DE DISTÚRBIOS MENTAIS EM MORADORES
DE
ALBERGUES PÚBLICOS DAS CIDADES DO RIO DE
JANEIRO E DE NITERÓI**

GIOVANNI MARCOS LOVISI

**Tese apresentada na Escola Nacional
de Saúde Pública/Fiocruz como
requisito parcial para obtenção do
grau de Doutor em Saúde Pública.**

Orientador: Anastácio Ferreira Morgado

**Rio de Janeiro
Junho - 2000**

ÍNDICE DOS ASSUNTOS

INTRODUÇÃO	1
1. O PROBLEMA NA DEFINIÇÃO E CONTAGEM DOS MORADORES DE RUA	
1.1- A dificuldade de conceituar os sem-teto e de acesso aos mesmos	2
1.2- Classificação dos sem-teto	4
1.3- Estimativa dos moradores de rua em algumas grandes cidades/países	6
1.4- O problema metodológico na contagem dos moradores de rua	7
1.5- As variáveis envolvidas na condição de morador de rua	11
1.6- As características demográficas dos moradores de rua dos EUA e da Inglaterra	12
1.6.1- Características demográficas distribuídas por gênero	16
1.6.2- Características demográficas das famílias moradoras de rua	17
1.7- As características sociodemográficas dos moradores de rua no Brasil e no Rio de Janeiro	18
2. A RELAÇÃO ENTRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA E MORADORES DE RUA NOS EUA, NA INGLATERRA E NO BRASIL	21
2.1- A influência da desinstitucionalização psiquiátrica no aumento do número dos moradores de rua nos EUA	21
2.2- A questão da desinstitucionalização psiquiátrica no Reino Unido	23
2.3- A desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil	24
3. A RELAÇÃO ENTRE PSQUIATRIA E A CONDIÇÃO DE MORADOR DE RUA	26
3.1- Distúrbios mentais e a pobreza	26
3.2- O fato de se morar nas ruas e o desencadeamento de distúrbios mentais	30
3.3- Prevalência de distúrbios mentais maiores e abuso/dependência de álcool/drogas nos moradores de rua	35

3.4- Distúrbios mentais maiores e o abuso de drogas/álcool distribuídos por idade	36
3.5- Distúrbios mentais maiores e abuso de drogas distribuídos por gênero	37
3.6- Alterações cognitivas dos moradores de rua	38
3.7- Distúrbios mentais distribuídos por locais de albergamento	38
3.8- Limitações dos estudos realizados até meados da década de 80 para a avaliação dos distúrbios mentais em moradores de rua	40
3.9- O conceito de limitação do comportamento social	42
3.10- A avaliação da limitação do comportamento social nos moradores de rua	45
3.11- O uso do Composite International Diagnostic Interview (CIDI) para a avaliação de distúrbios mentais nos moradores de rua	47
4. ESTUDOS QUE AVALIARAM DISTÚRBIOS MENTAIS NOS MORADORES DE RUA	50
4.1- Distúrbios mentais maiores em moradores de rua dos EUA	50
4.2- Distúrbios mentais maiores em moradores de rua do Reino Unido	54
4.3- Distúrbios mentais maiores em moradores de rua de outros países	56
4.4- Comparações de distúrbios mentais maiores nos moradores de rua entre países	58
4.5- Morbidade psiquiátrica no Brasil e na cidade do Rio de Janeiro	60
4.6- Censo dos pacientes psiquiátricos internados na cidade do Rio de Janeiro	62
4.7- Um estudo de deficiência cognitiva realizado em uma amostra de idosos na cidade do Rio de Janeiro	63
4.8- Distúrbios mentais maiores e a condição de morador de rua no Brasil/Rio de Janeiro	64
5. OBJETIVOS E HIPÓTESE	66
5.1- Objetivo geral	
5.2- Objetivos específicos do estudo	66
5.3- Hipótese	67

6. METODOLOGIA	69
6.1- Albergues selecionados para a pesquisa	69
6.2- Tipo de estudo	72
6.3- Amostra	73
6.4- Instrumentos e avaliações	74
6.4.1- Características sociodemográficas	74
6.4.2- Instrumento usado na avaliação dos distúrbios mentais	75
6.4.3- Instrumento usado na avaliação das limitações do comportamento social	75
6.4.4- Coleta de dados	76
6.5- Análise de dados	76
7. RESULTADOS	78
7.1- Características sociodemográficas de toda a amostra	78
7.1.2- Distribuição das características sociodemográficas de acordo com o gênero	83
7.1.3- Distribuição das características sociodemográficas na Fundação Leão XIII e na Fazenda Modelo	86
7.2- A prevalência dos distúrbios mentais em toda a amostra	89
7.2.1- As taxas de prevalência por toda a vida	90
7.2.2- As taxas de prevalência dos últimos 12 meses	90
7.2.3- Associação entre os distúrbios mentais (co-morbidade)	93
7.2.4- Associação entre os distúrbios mentais e as características sociodemográficas	94
7.2.5- Comparações das prevalências dos distúrbios mentais entre as duas instituições	95
7.3- Perfil das limitações do comportamento social de toda a amostra	96
7.3.1- Avaliação da associação significativa entre os distúrbios mentais e o número de limitações do comportamento social	99
7.3.2- Comparações das prevalências das limitações do comportamento social entre os sexos	99
7.3.3- Comparações das prevalências das limitações do comportamento social entre as Instituições	102

7.3.4- Comparação da limitação do comportamento social entre os indivíduos com distúrbios maiores e aqueles sem esses distúrbios	104
8. DISCUSSÃO	107
8.1- Prevalência de distúrbios mentais entre os moradores de albergues	112
	116
8.1.1- Abuso/dependência de álcool	119
8.1.2- Abuso/dependência de drogas	121
8.1.3- Esquizofrenia	121
8.1.4- Distúrbios do humor	122
8.1.5- Déficit cognitivo	123
8.1.6- O instrumento utilizado (CIDI)	125
8.1.7- Comparação entre as taxas por toda a vida e dos últimos 12 meses	128
8.1.8- A relação dos problemas psiquiátricos com a condição de ser morador de rua/albergues	128
8.2- Características sociodemográficas dos moradores dos albergues	
8.3- Limitações do comportamento social	130
8.3.1- Associação entre distúrbio mental e limitações comportamentais	131
8.3.2- Comparação dos itens avaliados pela Social Behaviour Scale (SBS) entre as duas instituições	132
8.3.3- Comparação com um estudo internacional realizado em um albergue de Londres	133
8.3.4- Comparação com um estudo internacional realizado em um hospital psiquiátrico de Londres	135
8.3.5- O instrumento para avaliar as limitações do comportamento social	137
8.4- Diferenças dos problemas psiquiátricos dos albergados quanto ao sexo	137
8.5- A necessidade de cuidados psiquiátricos nas pessoas da amostra	138
8.6- Exemplo de um programa de intervenção implementado na Inglaterra	140
8.7- Considerações para os albergues	147

8.8- Limitações do presente estudo	150
8.9- Propostas para futuras pesquisas	151
CONCLUSÕES	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Tabela 1 – Estimativa do número de moradores de rua em dois países e em algumas grandes cidades do mundo	7
Tabela 2 – Matrizes explicativas do surgimento dos sem-teto e seu controle	12
Figura 1 – Modelo de comprometimentos e danos sociais da OMS	39
Tabela 3 – Distribuição dos distúrbios mentais avaliados pelo CIDI nos moradores de rua de Madri e Paris e na população geral dos EUA	43
Tabela 4 – Estimativa da prevalência por toda a vida de distúrbios mentais classificados de acordo com o DSM-III e distribuídos por gênero em três regiões metropolitanas do Brasil	58
Tabela 5 – Pacientes psiquiátricos dos hospitais do Rio de Janeiro distribuídos por diagnóstico e gênero	61
Tabela 6 – Número de moradores na Fundação Leão XIII e na Fazenda Modelo, com o tamanho amostral em parênteses	63
Tabela 7 – Distribuição das características sociodemográficas de uma amostra de 322 moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói	74
Tabela 8 – Tempo de permanência nos albergues e hospitalização psiquiátrica prévia dos 322 moradores de albergues públicos do Rio de Janeiro e de Niterói	81
Tabela 9 – Distribuição das características sociodemográficas de 322 moradores de albergues públicos de acordo com o gênero	84

Tabela 10 – Distribuição das duas populações de albergados segundo as características sociodemográficas	88
Tabela 11 – Distúrbios mentais entre 319 moradores (243 homens e 76 mulheres) em albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói, avaliados de acordo com a DSM-III-R, com intervalo de confiança (95%) entre parênteses	92
Tabela 12 – Associação entre os distúrbios mentais (co-morbidade) avaliados através do <i>Odds Ratio</i> (IC=95%)	94
Gráfico 1 – As proporções de distúrbios mentais nas duas instituições estudadas	96
Tabela 13 – Frequência de limitações comportamentais de 330 residentes de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói baseada na Social Behaviour Scale (SBS), com intervalo de confiança (95%) entre parênteses	98
Tabela 14 – Números de problemas da SBS em 330 residentes de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e Niterói	99
Tabela 15 – Distribuição das limitações do comportamento social (Social Behaviour Scale) de acordo com o sexo	101
Tabela 16 – Distribuição do número de problemas de comportamento social avaliado pela Social Behaviour Scale (SBS) de acordo com os sexos	102
Tabela 17 – Distribuição das duas populações de acordo com as alterações dos comportamentos sociais (Social Behaviour Scale)	103
Tabela 18 – Distribuição das duas populações de acordo com os números de problemas avaliados pela Social Behaviour Scale (SBS)	104
Tabela 19 – Distribuição da frequência da limitação do comportamento social de acordo com a presença ou ausência dos distúrbios mentais maiores	105
Tabela 20 – Distribuição do número de problemas avaliados pela Social Behaviour Scale (SBS) de acordo com a presença ou ausência de distúrbios mentais maiores	106
Tabela 21 – Prevalência por toda a vida de distúrbios mentais de moradores em albergues públicos comparada com a população em geral e pacientes psiquiátricos internados	110

Tabela 22 – Comparação da proporção de limitações comportamentais entre o estudo realizado por Hamid et al. (1995), Wykes & Sturt (1986) e o presente estudo	134
Tabela 23 – Comparação das proporções dos números de problemas da SBS entre o estudo realizado por Hamid et al. (1995), o de Wykes & Sturt (1986) e o presente estudo	135
	136
Figura 2 – Processo de encaminhamento dos moradores de rua para as acomodações permanentes	145

RESUMO

O principal objetivo desse estudo foi o de avaliar os distúrbios mentais e limitações no comportamento social em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e Niterói. A literatura da área, principalmente a dos meados da década de 80 dos EUA, sugeria que a alta proporção de doentes mentais graves entre a moradores de rua era consequência do processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Entretanto, esse processo não levou aos mesmos resultados nos vários países que o instaurou, e a alta frequência de distúrbios mentais nos moradores de rua poderia ser explicada por falhas metodológicas dos estudos realizados naquela época. No Brasil, essa relação não pode ser identificada principalmente por 2 motivos: 1- O processo de desinstitucionalização psiquiátrica ainda não está numa fase avançada como em outros países; 2- Há uma escassez de pesquisas sobre os moradores de rua em geral.

O presente estudo utilizou o CIDI (*Composite International Development Interview*) para a avaliação dos distúrbios mentais e a SBS (*Social Behaviour Scale*) para a avaliação de comportamento social. A amostra foi selecionada aleatoriamente, constituída de 330 moradores. A grande maioria era de homens (75,8%), solteiros (78,9%), baixo nível educacional (94,7%), desempregados (72,9%) e com média de idade de 48,2 anos(desvio-padrão=14,4 anos).

Cerca de 22,6% preencheram os requisitos para distúrbios mentais maiores por toda a vida; e 19,1% nos últimos 12 meses. Outros resultados incluem: esquizofrenia (10,7%), depressão maior (12,9%), déficit cognitivo grave (15%) e 44,2% de abuso/dependência de álcool. 23,9% tinha história de internação psiquiátrica prévia. Com relação a limitações do comportamento social, elas foram muito menos freqüentes em comparação aos relatados em pacientes internados em hospitais psiquiátricos.

Os resultados encontrados foram muito menores do que aqueles alegados por alguns políticos e profissionais da área de Saúde Mental, que acreditam que a grande maioria dos moradores de rua seja composta por doentes mentais graves. Tal opinião baseava-se nos resultados dos estudos realizados até meados da década de 80 nos EUA. Apesar da freqüência dos distúrbios não ser tão alta quanto se acreditava, ela é maior do que na população em geral. Isso chama a atenção de que há uma parcela de moradores necessitando de cuidados psiquiátricos.

SUMMARY

High rates of major mental illness among homeless people have been related to the deinstitutionalization process mainly in the USA. In contrast to the USA, some surveys carried out in the UK have shown that the proportion of the mentally ill among homeless people has significantly increased over the years. There is a lack of data on prevalence of mental illness among homeless people in Brazil. Then the present study was carried out in Rio de Janeiro and Niteroi cities in order to address this question. The study design used was a cross-sectional one, with face-to-face interview, and with key-informants. The data were mainly collected using the CIDI (Composite International Development Interview) and the SBS (Social Behaviour Scale), interviewing a random sample of 319 residents in public hostels.

The sample consisted of males (74.5%), single (95.3%), unemployed (79.2%), and a mean age of 48.22 years (sd:14.39 years). The main finding was a 22.6% lifetime prevalence of major mental illness, and 19.1% in the last 12 months. Moreover, 23.9% of the sample had histories of previous psychiatric hospitalisation. Other findings related to psychiatric disorders were as follow: 44.2% of alcohol abuse/dependence, 7.5% of drug abuse/dependence and 15.0% of severe cognitive

impairment. Regarding to SBS results, the social behaviour problems were significantly less frequent in this sample than in patients with chronic mental illness.

The main finding of this study is different from the point of view of some Brazilian politicians and even some psychiatrists, who believed that the majority of homeless people had major mental disorder. In fact, homeless people living in public hostels in the RJ and Niteroi cities are not so strongly associated with major mental illness, and discharge from state psychiatric hospitals.

INTRODUÇÃO

O número de moradores de rua tem aumentado rapidamente nas duas últimas décadas em todo o mundo. Alguns políticos e trabalhadores da área da saúde mental têm atribuído esse aumento, especialmente, ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica, que teve início nos países desenvolvidos na década de 60.

Essa concepção está calcada, sobretudo, nos estudos conduzidos nos Estados Unidos da América (EUA) até meados da década de 80, quando taxas muito altas de prevalência de distúrbios mentais maiores foram encontradas entre os moradores de rua, chegando até a 90% em certos estudos (Bassuk et al., 1984; Fisher et al., 1986; Lamb, 1984). Esses achados influenciaram alguns setores da opinião pública, geralmente, em todo o mundo, inclusive no Brasil. Para essas pessoas com tal opinião, a grande maioria dos moradores de rua é constituída por doentes mentais graves. Quais são as conseqüências de adotar-se a visão anterior? A mais importante delas é incorrer em um dos abusos da psiquiatria, por considerar indistintamente essas pessoas como doentes mentais. Por sua vez, tal psiquiatrização serve para obscurecer a dramática questão dos moradores de rua, remetendo-os à condição de doentes mentais.

Utilizando-se uma metodologia mais elaborada, os estudos, na década de 90, encontraram prevalências não tão altas quanto as relatadas anteriormente, e pode-se também verificar que os resultados do processo de desinstitucionalização psiquiátrica não eram idênticos em todos os países (North & Smith, 1993; Susser et al., 1989; Vásquez et al., 1997).

Essas novas metodologias aprimoraram três aspectos considerados relevantes para o achado das altas taxas dos estudos anteriores. O primeiro aspecto dizia respeito a uma inespecificidade do conceito de moradores de rua. O segundo estava relacionado ao tamanho pequeno e à forma não aleatória da obtenção da amostra. E o último estava relacionado ao uso de instrumentos não padronizados para a avaliação dos distúrbios mentais naquela população.

1. O PROBLEMA NA DEFINIÇÃO E CONTAGEM DOS MORADORES DE RUA

1.1- A dificuldade de conceituar os sem-teto e de acesso aos mesmos

Embora o conhecimento dos sem-teto* no Rio de Janeiro/Brasil seja de fundamental importância para a saúde pública, ainda não se conhece nem o seu número aproximado ou estimado, e menos ainda os seus problemas de saúde. Toda essa população é atingida por graves problemas de sobrevivência, marginalidade, violências, em geral, e, enfim, por várias doenças físicas e mentais graves. Apesar de a pesquisa acerca dos sem-teto ser de grande importância, existem poucos estudos com dados acurados no País, tendo-se apenas alguns descritivos (Chnaiderman, 1995; Martins, 1993; Neves, 1983; Rodrigues & Silva Filho, 1999; Stofells, 1977).

Várias limitações metodológicas têm sido apontadas ao se estudar essa população. A mais importante delas é a dificuldade de uma conceituação padronizada e operacional do grupo dos sem-teto, que seja compartilhada pela maioria dos pesquisadores da área (Cohen, 1994; Hamid et al., 1993; Rossi, 1989). A definição dos sem-teto varia desde a condição daqueles indivíduos que vivem nas ruas/albergues até aqueles que vivem em habitações precárias ou moram de favor em domicílios de parentes/amigos.

A conceituação desse grupo populacional e o seu número pode variar de acordo com os objetivos dos órgãos responsáveis pelo seu cuidado. Enquanto grupos de voluntários que trabalham com essa população tendem a usar uma conceituação mais ampla dos sem-teto, agências governamentais inclinam-se a empregar uma definição mais restritiva, resultando em um número muito menor dessa população.

O tamanho e as características demográficas dessa população variarão de acordo com o conceito que vier a ser utilizado. Por exemplo, se na cidade do Rio de Janeiro for considerado sem-teto somente os indivíduos que vivem nas ruas ou em logradouros públicos, o seu número será muito menor comparado com o dos

indivíduos que vivem em condições inadequadas como debaixo dos viadutos, favelas, conjuntos sem água e rede de esgoto, loteamentos clandestinos etc.

Os sem-teto, geralmente, são conceituados como um grupo de indivíduos que não tem um acesso regular a uma habitação adequada e convencional. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1991), o Brasil teria 145.535 residências não convencionais com 528.221 moradores, e a cidade do Rio de Janeiro teria 4.631 residências não convencionais com 13.012 moradores, em 1990.

*Tradução de *homeless people*.

O uso dessa conceituação, entretanto, acarretaria vários problemas no seu entendimento e operacionalização, como, por exemplo: o que significaria um acesso regular ou uma habitação adequada? Como seria possível separar esse grupo de outros, como aqueles indivíduos que vivem em precárias condições de habitação? Há de se mencionar, também, que o conceito de habitação adequada é influenciado pelos valores culturais locais, dificultando, assim, uma definição que seja aceita mundialmente (Buckner, 1991).

O que se enfatiza é que os sem-teto não são um grupo homogêneo. Há vários subgrupos inseridos na sua conceituação e esses compartilham as mesmas características e necessidades. O estereótipo do indivíduo que vive imundo debaixo das pontes é apenas uma parcela dessa população. Conforme o relato de Roth & Bean (1986), “a condição de sem-teto é um fenômeno complexo e complicado, sendo que as experiências e características dessas pessoas podem variar”.

Há, todavia, pelo menos três características que são comuns a todos os casos: a extrema pobreza, a falta de moradia e o isolamento social. A falta de moradia e a extrema pobreza não são suficientes para caracterizar um indivíduo como sem-teto, sendo essencial a presença de desafiliação para defini-lo como tal (Bachrach, 1984).

Alguns autores tentaram sobrepor essa dificuldade de conceituação dos sem-teto, subdividindo-os de acordo com as características comuns que são compartilhadas pelos grupos que os compõem. É lógico pensar que essas classificações são artificiais, podendo alguns indivíduos apresentarem características pertencentes a mais de um grupo. Esses subgrupos podem ter uma

causa em comum; contudo, cada um deles poderá apresentar determinantes específicos que não se aplicariam a outros.

1.2- Classificação dos sem-teto

Os sem-teto foram subdivididos em três grupos de acordo com o período em que esses indivíduos vivem nas ruas (Arce & Vergare, 1984):

- crônicos: são indivíduos que vivem um longo período de suas vidas nas ruas ou em albergues públicos;
- episódicos: aqueles que alternam as suas estadias nas ruas ou em residências;
- transitórios: aqueles que vivem temporariamente nas ruas em razão de uma crise situacional aguda, como, por exemplo, os desabrigados por uma catástrofe natural.

Uma outra classificação sugeria cinco categorias de sem-teto, de acordo com o local em que essa população estivesse alojada (Roth & Bean, 1986):

- pessoas que moram nas ruas;
- residentes em albergues os quais abrigam a população que mora nas ruas;
- residentes temporários de pensões ou hotéis de baixo custo;
- moradores em casas ou prédios abandonados e em condições precárias – vulgarmente chamados de cabeça-de-porco;
- outras situações, como pessoas vivendo temporariamente nas casas de amigos ou familiares.

Outra forma de classificação foi realizada, levando-se em conta as características psicopatológicas dessas pessoas (Fisher & Breakey, 1991). De acordo com os autores, os sem-teto seriam divididos em três grupos:

- alcoólatras crônicos;
- doentes mentais crônicos;
- indivíduos vítimas de fatores estressantes intensos e situacionais, como, por exemplo, desabamentos de casas.

Rossi et al. (1987) subdividiram a população dos sem-teto de acordo com a falta ou precariedade de suas moradias. Eles propuseram dois grupos de indivíduos:

- o primeiro grupo seria constituído de indivíduos que dormem em espaços/logradouros ou albergues públicos;
- o segundo seria composto por vários subgrupos, como, por exemplo, indivíduos que vivem em precárias condições de habitações etc.

Para se obter uma uniformidade na conceituação, era necessário especificar um subgrupo dos sem-teto que fosse compartilhado pela maioria dos pesquisadores da área, não deixando margens para interpretações errôneas. Para isso, utilizaram-se três fatores das classificações anteriores (Rossi, 1989):

- a falta de moradias;
- residentes em albergues;
- o período crônico em que o indivíduo vive nas ruas ou em albergues.

De acordo com esse autor, aqueles indivíduos que vivem cronicamente nas ruas ou em albergues, desenvolvendo nesses ambientes todos os aspectos de sua vida cotidiana, e estando sempre em estado de extrema pobreza, são definidos como *literal homeless*.

Mesmo assim, essa conceituação pode levar a algumas incertezas, como, por exemplo: qual seria o período de tempo em que o indivíduo que morasse nas ruas seria considerado crônico? Apesar de isso, ela deu maior clareza para o reconhecimento e a operacionalização desse subgrupo, o qual será estudado neste presente trabalho. Esse subgrupo é o que apresenta a maior proporção de distúrbios mentais maiores entre os sem-teto, como consequência do processo de desinstitucionalização psiquiátrica (Scott, 1993).

Na falta de uma melhor tradução em português para *literal homeless* optou-se pela denominação de moradores de rua. Mesmo assim, esse termo ainda não é adequado graças ao seu significado abrangente, podendo, por exemplo, englobar, vários subtipos de moradores de rua, além da numerosa população que transita pelas ruas e que não tem absolutamente nada a ver com os sem-teto. Mas como ele é utilizado por todos aqueles que trabalham com essa população no Brasil, optou-se por mantê-lo. É importante, também, não confundir morador de rua com mendigo, sendo *beggar* o termo utilizado para mendigo em inglês. O termo mendigo está relacionado com a atividade de pedir esmolas nas ruas. Além de ser um termo pejorativo, há mendigos que têm teto, não dormem pelas ruas nem em albergues. A relação entre trabalho e mendicância é muito fluida, nesse tipo de população, impossibilitando que se estabeleçam fronteiras nítidas, pois o morador de rua pode, ao mesmo tempo, trabalhar informalmente e pedir esmolas, o que não é raro nesse tipo de população.

1.3- Estimativas dos moradores de rua em algumas grandes cidades/países

Usando-se uma definição mais restrita e uma metodologia mais acurada, pode-se estimar com maior precisão o tamanho populacional dos moradores de rua em várias localidades. A Tabela 1 foi construída com os dados dos principais trabalhos que estimaram a população de moradores de rua em diversas localidades, os quais utilizaram uma definição restrita e uma metodologia acurada.

Na cidade do Rio de Janeiro, alguns estudos apresentaram estimativas do número dos moradores de rua. A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da cidade do Rio de Janeiro realizou um estudo no qual estimou 3.500 moradores de rua no Rio, em 1990 (Rosa, 1995). A Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado do Rio de Janeiro encontrou 2.094 moradores de rua no Rio, incluindo 244 crianças (Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado do Rio de Janeiro, 1991). Em 1993, realizou-se um estudo que estimou uma população de 7.000 pessoas, vivendo nas ruas do centro do Rio, em um local denominado de Cidade Nova (Martins, 1993). Recentemente, Rodrigues & Silva Filho (1999) apresentaram um estudo que estimou uma população de 3.500 pessoas, morando nas ruas do Rio.

Verifica-se que os dados apresentados nessa cidade estão muito aquém daqueles dos países desenvolvidos. Isso pode ser a consequência de uma definição inapropriada do objeto em estudo e de uma metodologia inadequada na coleta de dados, que serão discutidos adiante no item 1.7.

Tabela 1- Estimativa do número de moradores de rua em dois países e em algumas grandes cidades do mundo

País e cidade	População Total	População de rua		
		Total (n) (%)	Nas ruas (n) (%)	Em Albergues (n) (%)
Holanda (Schabel, 1992)	15.010.000	10.000 (0,06)	600 (6,00)	9.400 (94,00)
EUA (Rossi, 1989)	263.437.000	300.000 (0,11)	200.000 (66,65)	100.000 (34,44)
Chicago (Rossi et al., 1987)	2.783.726	2.344 (0,08)	1.383 (59,00)	961 (41,00)
Nova Iorque (Cohen, 1994)	17.783.455	80.000 (0,44)	40.000 (50,00)	40.000 (50,00)

Londres (Cohen,1994)	6.803.100	20.140 (0,29)	2.140 (10,00)	18.000 (90,00)
Rio de Janeiro	5.480.768	6.500 (0,001)	3.500* (53,85)	3.000** (46,14)

* Fonte: Rodrigues & Silva Filho (1999).

** De acordo com dados da Secretaria Estadual de Bem-Estar Social e Lazer e da Secretaria Municipal de Habitação, existiam cerca de 3.000 residentes em albergues públicos na cidade do Rio de Janeiro, em 1998.

1.4- O problema metodológico na contagem dos moradores de rua

Mesmo com a padronização do conceito dos sem-teto, vários estudos têm ainda produzido números divergentes em decorrência da metodologia empregada na coleta dos dados. Embora várias metodologias sejam usadas na contagem dos moradores de rua, as duas mais importantes citadas na literatura são apresentadas em seguida:

Um importante estudo foi desenvolvido na cidade de Chicago nos EUA com o objetivo de conhecer o número de moradores de rua daquela localidade (Rossi et al., 1987). Selecionaram-se rigorosamente duas amostras numa única noite na cidade, em 1985:

- uma consistia em indivíduos moradores de albergues. Esse número foi obtido pela contagem dos indivíduos que residiam naquelas instituições na época da realização do estudo;
- outra consistia naqueles que estavam morando nas ruas. Realizou-se um levantamento prévio com autoridades municipais para enumerar os quarteirões da cidade em que haveria uma maior probabilidade de se encontrar moradores de rua.

Segundo esses autores, a questão do acesso aos sem-teto, para que não se incorra em sub ou superestimativa, precisa, se possível, empregar os seguintes procedimentos:

- fazer a busca dos mesmos à noite, a fim de excluir pessoas que estão pelas ruas por inúmeras razões, que nada têm a ver com esse grupo populacional;
- o ideal é que seja em uma e somente uma noite, porque essa população muda muito de lugar, e se contar em mais de uma noite pode haver importante duplicidade. Claro que se requer um grande número de entrevistadores em tal etapa

da pesquisa;

- dividir a região da pesquisa em quarteirões previamente bem-definidos, com uma dupla de entrevistadores responsável por apenas dois ou três quarteirões;
- ter uma retaguarda de vigilância policial em toda a região na noite de coleta de dados.

A operacionalização desse estudo foi possível com o auxílio de uma grande equipe de entrevistadores e da polícia local. As entrevistas nas ruas foram efetivadas no período entre meia-noite e seis horas da manhã, para aumentar a probabilidade do indivíduo encontrado ser morador de rua. A soma das duas amostras deu uma estimativa do número dos moradores de rua da cidade de Chicago, que foi apresentado na Tabela 1. Executaram-se entrevistas em dois períodos do ano, no inverno e no verão, para averiguar se haveria diferenças no tamanho e na composição da amostra. Não foram encontradas diferenças significativas entre as amostras nesses dois períodos.

Para a estimativa da população de rua dos EUA, como um todo, deduziu-se da seguinte maneira: tinha-se como dado seguro e oficial que 100 mil indivíduos tinham morado nos albergues dos EUA, em 1984. Segundo estimativa dos autores, baseada no estudo realizado em Chicago, o número dos moradores de rua é no mínimo igual e no máximo o dobro daqueles que moram nos albergues. Portanto, eram esperados 300 mil moradores de rua em cada noite nos EUA (Rossi, 1989).

Várias falhas metodológicas conseqüentes à utilização do método de prevalência pontual para estimar o número da população de rua foram identificadas por um outro estudo (Link et al. , 1994):

- pessoas sabidamente sem-teto, ao serem entrevistadas, negam essa condição;
- há uma grande proporção de moradores de rua que fica oculta: os pesquisadores não entram em contato com eles, pois se escondem ou dormem em locais inacessíveis aos pesquisadores (em garagens de carro, galerias de metrô e até em túneis);
- o sem-teto transitório ou intermitente: se fica na rua só um mês, ele não é contado no estudo de ponto-prevalência, sendo a intermitência freqüente nos moradores de rua;
- a população de rua tem uma tendência de grande mobilidade, indo de um lugar para outro com muita freqüência.

Esses pesquisadores tiveram o mérito de mostrar que era indispensável evitar as quatro falhas metodológicas mencionadas anteriormente, a fim de se chegar a um dimensionamento realista dos moradores de rua. Utilizando-se a taxa de prevalência por toda a vida como parâmetro, eles estimaram que cerca de 13,5 milhões de americanos já estiveram na situação de moradores de rua em alguma ocasião de suas vidas.

A população em que foi coletada a amostra, nesse estudo, era composta por pessoas que estavam morando em casa e que tinham telefone. A amostra foi selecionada por estratificação em 20 grandes áreas metropolitanas dos EUA. As entrevistas foram efetuadas por telefone, com as ligações sendo feitas à tardinha e, também, nos horários de trabalho, incluindo os fins de semana. Uma vez que uma residência tenha sido amostrada na pesquisa, seguia-se uma amostra aleatória dos moradores daquela habitação para saber quem seria entrevistado. Todo esforço era despendido para entrevistar esse sujeito. A taxa de não-resposta foi de 35%, e esse percentual foi resultado mais da recusa dos indivíduos em participar do que não terem sido localizados para as entrevistas.

A amostra total foi de 1.507 indivíduos. Como a taxa de resposta era baixa, os autores coletaram outra amostra daqueles que se recusaram a participar da entrevista na primeira vez (n=143), e compararam essa amostra com aquela dos que responderam. Não encontraram diferenças significativas entre elas. As entrevistas duravam em torno de 40 minutos e as perguntas eram realizadas ao entrevistado para saber se morou algum período de sua vida nas ruas.

Os principais resultados encontrados foram os seguintes: a taxa de prevalência por toda a vida como sem-teto (*homeless*) foi de 14%, e a taxa de prevalência por toda a vida como morador de rua (*literal homeless*) foi de 7,4%. Segundo os autores, com esse método, não foi possível entrevistar os indivíduos sem telefone em casa (cerca de 7% da população americana), aqueles em instituições como prisões e hospitais, em geral, assim como aqueles que eram moradores de rua no momento da pesquisa. Levando-se em conta esses indivíduos, isso aumentaria ainda mais a taxa de prevalência por toda a vida de moradores de rua nos EUA.

O número de moradores de rua encontrado por esse estudo foi muito maior do que o encontrado por Rossi (1989), o que pode ser explicado pelas diferenças metodológicas entre os estudos. Enquanto o de Rossi et al. (1987) usou o método

de prevalência pontual, o estudo de Link et al. (1994) utilizou o método de prevalência por toda a vida. No conceito estático, só são contabilizados os indivíduos que estejam perambulando pelas ruas ou abrigados em albergues. O seu problema é reduzir a população de rua àquela que pode ser vista, dificultando o entendimento das questões graves que a determinam e subestimando o seu número. Portanto, mesmo que os dados sejam coletados em albergues, para discuti-los é muito importante resgatar a idéia básica de que o albergue seria um ponto final de um longo processo, como bem colocaram LINK et al. (1994). Se não se entende esse processo, é evidente que não se tem o conhecimento dos fatores que geram a condição de um morador de rua.

Em contrapartida, o estudo de prevalência por toda a vida forneceu uma base empírica para um conceito dinâmico ou processual dos moradores de rua, pois analisa os dados de indivíduos que hoje vivem em casas, mas que moraram nas ruas/albergues no passado. A experiência que um indivíduo tenha tido por um longo período é mais informativa que aquela relacionada a um único ponto no tempo. A população de rua, freqüentemente, muda o seu *status* habitacional ao longo de vários anos. Isso é fundamental no entendimento do processo que leva os indivíduos a se tornarem sem-teto. Essa concepção dinâmica amplia o conceito de moradores de rua, possibilitando reconhecer fatores que poderão desencadear essa condição.

Há de se supor que um indivíduo com distúrbio mental grave, na ausência de um apoio social adequado, tenha uma grande predisposição a tornar-se um morador de rua. As alterações já evidenciadas nas funções sociais desses pacientes fazem com que tenham dificuldade em se manterem por conta própria, necessitando, quase sempre, de apoio externo. Esses pacientes apresentam um alto risco para tornar-se moradores de rua.

1.5- As variáveis envolvidas na condição de morador de rua

Vários fatores podem estar associados à condição de morador de rua, podendo-se dividi-los em três níveis (Susser et al., 1993):

- o primeiro seria o de variáveis estruturais ou macro que compreenderia a extrema pobreza, o desemprego, a falta de moradia, o aumento das tendências migratórias, os desastres naturais e a desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos (Torrey, 1988);
- o segundo nível incluiria a família e o suporte social;

• o terceiro nível, denominado de variáveis individuais ou micro, seria representado pela faixa etária de 30 a 40 anos, sexo masculino, solteiro ou separado, nível baixo de escolaridade, situações de violências na infância e doenças debilitantes físicas e mentais.

Alguns estudos enfatizam os fatores micro como sendo os principais responsáveis por conduzir um indivíduo a vir morar nas ruas, relegando para segundo plano a óbvia origem socioeconômica dessa situação. É como se a doença ou qualquer incapacidade do indivíduo fosse uma condição *sine qua non* para predispor-lo a viver em condições subumanas. Esse fato é exemplificado pelo discurso do Presidente dos EUA, em 1984, que considerava a condição de morador de rua uma opção de vida: “os sem-teto o são por escolha própria” (Bassuk, 1984).

Essa concepção de culpar o próprio morador de rua pelo seu infortúnio não é uma elaboração moderna. Apresentou-se uma tabela na qual identificavam-se as várias explicações utilizadas pela sociedade como causas do surgimento dos moradores de rua (Hamid et al., 1993). * Segundo esses autores, a causa atual predominante atribuída pela sociedade é psiquiátrica, e o tratamento eficaz seria abrigar os moradores de rua em asilos ou hospitais psiquiátricos (Tabela 2).

Tabela 2 - Matrizes explicativas do surgimento dos sem-teto e seu controle

Base Ideológica dominante	Definição Do Problema	Principal estratégia De controle	Instituições de tratamento
Moral/religiosa	Fraqueza espiritual	Salvação	Missões
Penal	Transgressão	Correção	Prisões
Médico-social	Álcool e desajuste social	Tratamento/ reabilitação	Programa para alcoolismo e frentes de trabalhos
Psiquiátrica	Doença mental	Trat. institucional	Albergues e hosp. psiquiátricos

Fonte: Hamid et al. (1993).

Há um risco evidente em se negar a óbvia importância dos fatores macro na gênese dos moradores de rua. As variáveis micro têm relevância como marcadoras

de vulnerabilidade numa situação em que os fatores macro estão em escassez, como em épocas de grande desemprego e falta de moradia para a população. Os fatores de riscos individuais para a condição de moradores de rua só podem ser entendidos dentro de um processo social maior, ou seja, os fatores macro. É lógico pensar que os indivíduos com distúrbios mentais maiores têm uma maior dificuldade de sobrevivência em situações de crise. A situação pioraria ainda mais se esses indivíduos não tivessem uma rede adequada de apoio.

Apesar de a dificuldade de se entender todo o processo e as variáveis envolvidas na condição de morador de rua, esse problema deveria ser uma das prioridades em saúde pública, pois a própria situação já é terrível por si mesma (Breakey, 1997).

1.6- As características demográficas dos moradores de rua dos EUA e da Inglaterra

Nas décadas de 50 e 60, o número de moradores de rua estava declinando tão acentuadamente nos EUA, que alguns pesquisadores previam um número muito pequeno dessa população na década de 70. Entretanto, na década de 80, essa população aumentou rápida e drasticamente. A população de rua da década de 50 era constituída, em particular, por homens idosos que viviam nas ruas ou em abrigos públicos, e a maioria deles apresentava problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas (Rossi, 1990).

Segundo o autor, a atual população de rua dos EUA é diferente em vários aspectos sociais em relação à anterior. Ele diferenciou cinco importantes características:

- há um maior número de pessoas vivendo nas ruas ou em albergues atualmente em comparação com o passado;
- a segunda maior diferença é relacionada ao maior número de mulheres na atual população de rua;
- a média de idade dos moradores de rua anteriormente era em torno de 50 anos, enquanto a da população atual é de 30 a 40 anos;
- a população de rua atual está mais relacionada a problemas econômicos que a

anterior;

- a grande maioria dos moradores de rua atual é composta por minorias étnicas, ao passo que a população antiga era representada, predominantemente, por brancos.

Um importante estudo foi realizado com o objetivo de estimar a composição e o tamanho da população de rua de Chicago, em 1985. Duas amostras foram coletadas numa mesma noite; uma constituída por moradores de rua e outra por residentes em albergues. Rossi et al. (1987) relataram que a população de rua de Chicago era, predominantemente, composta por homens (76%), com a idade média de 40 anos. A grande maioria era de negros e americanos nativos, enquanto a população mais velha tendia a ser de brancos com um longo período de vida nas ruas.

Dois outros importantes trabalhos relataram as origens dos moradores de rua: CAVALCANTI (1997) e HAMID et al. (1995). Quanto às origens dos albergues, pode ser pesquisada no trabalho de TOCCI (1999).

Mais da metade nunca foi casada e vivia isolada de seus familiares. A maioria deles não tinha o segundo grau completo, dos quais 40% tiveram um emprego de dedicação parcial e salários baixos no mês anterior à pesquisa. Esses achados foram consistentes com outros estudos, como um conduzido em Nova Iorque (Susser et al., 1989) e outro em Los Angeles (Koegel et al., 1988).

No Reino Unido, os estudos realizados em moradores de rua coletaram dados, especialmente, de residentes em albergues. Em 1971, um estudo foi realizado em dois grandes albergues de Londres (Lodge Patch, 1971). A grande maioria era de homens, com idade entre 40 a 60 anos (55%), solteiros (69%), desempregados (58%), dos quais 45% vieram do próprio Reino Unido. Esses achados foram consistentes com outros conduzidos em Londres por outros pesquisadores (Hamid et al., 1995; Marshall, 1989). O número de moradores de rua tem aumentado muito no Reino Unido na década atual, tendo um aumento significativo de jovens nessa população, em particular, mulheres oriundas de minorias étnicas (Craig & Timms, 1992).

1.6.1- Características demográficas distribuídas por gênero

A condição de morador de rua é mais comum entre os homens do que entre as mulheres. Isto é particularmente verdadeiro se for considerado apenas os

indivíduos solteiros. Mas esse não é o caso se considerarmos as famílias moradoras de rua, as quais são constituídas, sobretudo, de mulheres com seus filhos. A proporção de mulheres moradoras de rua aumentou muito no Reino Unido durante a década de 80, representando, atualmente, cerca de 10% a 25% dos moradores de rua (Marshall, 1996).

A média de idade das mulheres, em geral, é menor do que a dos homens. Elas têm uma probabilidade maior de estarem empregadas, estudando, mantendo contatos com a família, de serem casadas e de terem filhos (Arce et al., 1983; Bassuk et al., 1984; Breakey et al., 1989).

Um estudo foi conduzido com o objetivo de comparar as diferenças demográficas entre homens e mulheres moradores de rua. Os achados evidenciaram que os homens tendiam a permanecer um período maior na condição de morador de rua, eram mais propícios a dormirem nesses locais, a terem problemas por uso de bebidas alcoólicas e de terem sido presos por algum crime. As mulheres, no entanto, teriam uma maior probabilidade de serem casadas, de cuidarem de seus filhos e de receberem ajuda de serviços sociais (Calsyn & Morse, 1990).

1.6.2- Características demográficas das famílias moradoras de rua

As mulheres com crianças são o segmento populacional que cresce mais rapidamente entre a população de rua nos EUA. Naquele país, as famílias constituem mais de 20% dessa população (Bassuk et al., 1986). Algumas características das mães moradoras de rua foram identificadas como (Smith & North, 1994):

- a média de idade era em torno de 30 anos;
- cerca de 60% tinham, no mínimo, o segundo grau;
- não relataram empregos fixos.

Um estudo foi conduzido com o objetivo de comparar as características sociodemográficas entre famílias de moradores de rua e aquelas de baixa renda em Boston nos EUA (Bassuk & Rosenberg, 1988). Considerou-se família de moradores de rua se houvesse um pai e/ou uma mãe com, no mínimo, um filho residindo nos albergues entre abril a julho de 1985. Amostraram-se 49 famílias chefiadas por mulheres com 86 crianças. Para a identificação de famílias de baixa renda chefiadas

por mulheres, usou-se um censo de 1980 de Boston, que fornecia informações para identificar quarteirões com uma alta prevalência dessa população. Efetuou-se uma amostra aleatória desses quarteirões, conseguindo 81 famílias para as entrevistas.

À parte as limitações do estudo anterior, como, por exemplo, o tamanho pequeno da amostra, os principais resultados encontrados foram: ambos os grupos eram similares em relação à idade (média de 28 anos), à etnicidade e ao número de filhos. As mulheres moradoras de rua tinham sofrido um número maior de violências paternas na infância, tinham uma rede de suporte social mais fragmentada no momento das entrevistas e apresentavam uma maior proporção de abuso/dependência de álcool e drogas e distúrbios mentais maiores.

Dentro dessa mesma preocupação, Wood et al. (1990) conduziram um estudo com o objetivo de comparar características sociodemográficas entre famílias de moradores de rua (n=196) e famílias de classe social baixa de Los Angeles. Coletaram-se dados de uma amostra representativa de um universo de 23 albergues. Ambas as mães, tanto as moradoras de rua quanto as de classe social baixa, tinham uma média de idade em torno de 29 anos, salários abaixo da linha da pobreza e em torno de dois ou três filhos. Os autores mostraram que as mães de famílias de moradores de rua relatavam uma maior frequência dos seguintes fatores:

- agressão pelo marido ou companheiro;
- uso de drogas e álcool;
- problemas de doença mental;
- ausência de suporte social;
- uso de drogas e álcool também pelos pais.

Realizou-se um importante estudo caso-controle com o objetivo de identificar variáveis que estariam associadas à condição de famílias virem a morar nas ruas (Bassuk et al., 1988). Utilizaram-se duas amostras:

- famílias moradoras chefiadas por mulheres de rua que estavam vivendo em albergues (n=220);
- uma amostra de famílias de baixa renda chefiadas por mulheres.

Empregaram-se instrumentos para avaliação de dados demográficos, suporte social e distúrbios mentais. Segundo esse estudo, os fatores de risco que ocorreram na infância, como, por exemplo, os maus-tratos, não prediziam uma condição de morador de rua na idade adulta; os fatores que ocorrem nesta teriam uma maior

importância no entendimento da vulnerabilidade para se tornar um morador de rua. Esses fatores seriam: minoria racial, migração recente, separação conjugal recente, conflitos interpessoais, uso freqüente de álcool e heroína, e recente hospitalização por um problema mental. Os fatores protetores seriam: recebimento de assistência por parte do Governo, segundo grau de escolaridade e uma rede de suporte social.

Uma pesquisa foi realizada com o objetivo de verificar de que forma as famílias de moradores de rua diferiam em suas características sociais dos moradores de rua sem família (Winkleby & Boyce, 1994). Esses autores realizaram um estudo seccional, coletando dados de três albergues que acolhem famílias e de três albergues para adultos solteiros na cidade de Santa Clara, Califórnia. A amostra era composta por: mulheres e homens com filhos (n=141) e mulheres e homens sem filhos (n=147). Os achados revelaram que os moradores de rua com crianças eram, significativamente, mais jovens, tinham menos tempo de estudo, e mais propensos a receberem auxílios de órgãos públicos. No entanto, os moradores de rua solteiros apresentaram um maior número de histórias de uso abusivo de álcool e hospitalizações psiquiátricas quando comparados com os que tinham famílias.

A condição de uma família morar nas ruas é, sobretudo, temporária, não sendo tão crônica como aquela que atinge, especialmente, os indivíduos solteiros. Esse fato foi demonstrado num estudo longitudinal de 564 famílias moradoras de rua da cidade de Nova Iorque (Shinn, 1997). Essas famílias poderiam apresentar causas diferenciadas que as levariam àquela condição quando comparadas aos indivíduos solteiros.

As famílias de moradores de rua têm características sociais, psiquiátricas e necessidades de cuidados diferentes dos moradores de rua solteiros, necessitando, por isso, serem estudadas separadamente (Scott, 1993). O aumento do número de família moradora de rua nos EUA não está relacionado ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica (Bassuk et al., 1986).

1.7- As características sociodemográficas dos moradores de rua no Brasil e no Rio de Janeiro

Embora esse assunto seja um problema importante tanto no Brasil como no Rio de Janeiro, ele é ainda muito pouco estudado em todas as áreas científicas em nosso meio. É de se espantar, pois é um tema em que várias áreas estão imbricadas como a antropologia, a sociologia, a ciência política, o serviço social, a

psicologia, a economia etc. É constatada, sobretudo, a escassez de estudos que relatam dados demográficos acurados dessa população.

No livro intitulado *População de Rua* estão descritos os trabalhos apresentados no Primeiro Seminário Nacional sobre moradores de rua realizado em São Paulo (Rosa, 1995). Resumiu-se posteriormente o perfil populacional de moradores de rua de três grandes capitais brasileiras:

- em Belo Horizonte, executaram-se 92 entrevistas com catadores de papel em 1989. Os principais resultados foram: a faixa etária predominante foi de 21 a 44 anos; a maioria vivia de 12 a mais de 30 anos como mendigos; 48% veio do interior do próprio estado e 17% de outros estados;
- em maio de 1991, fez-se um levantamento em 60% dos locais em que haveria a possibilidade de se encontrar os moradores de rua da cidade de São Paulo. Na área pesquisada, encontraram-se aproximadamente 4.000 pessoas. Porém, os dados do perfil da população de rua basearam-se num levantamento realizado no segundo semestre de 1991 nas Casas de Convivência e nos abrigos de inverno. Entrevistaram-se 532 moradores de rua. A grande porcentagem era de homens (mais de 50%), 70% com menos de 40 anos, 30% tinham vindo do interior do próprio estado e 14% da capital;
- numa pesquisa conduzida pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da cidade do Rio de Janeiro, acharam-se os seguintes resultados: a população de rua foi estimada em 3.500 pessoas; a maioria era composta de homens, na faixa etária de 26 a 40 anos, com origem predominante do interior do estado do Rio de Janeiro e da própria capital; a maioria era analfabeta, vivendo mais de quatro anos nas ruas; acima de 80% apresentaram alcoolismo e distúrbios mentais.

Realizou-se um estudo etnográfico por meio de entrevistas gravadas e/ou anotadas em moradores de rua localizados em diferentes bairros da cidade do Rio de Janeiro (n=27) (Martins, 1993). Entrevistaram-se três tipos de moradores de rua:

- aqueles que viviam em habitações muito precárias sob os viadutos. Esse tipo de morador encontrava-se, freqüentemente, na zona norte e Central da cidade;
- aqueles que viviam nas ruas sob marquises. Segundo a autora, esse tipo de morador encontrava-se por toda a cidade;
- aqueles que viviam nas ruas, conduzindo carroças-de-mão. Encontravam-se, em especial, no centro da cidade.

Aqueles que viviam sob viadutos constituíam-se, sobretudo, de famílias que tinham várias formas de inserção no mercado de trabalho, como, por exemplo, catadores de lixo, domésticas, atendentes de bares, camelôs etc. As instalações precárias nas ruas abrigavam um ou mais indivíduos. Segundo a autora, a faixa etária “parecia” estar entre 20 a 40 anos, “parecendo” ser a quase totalidade composta pela raça negra. A condição de carroceiro “parecia” ser, exclusivamente, masculina. Na sua maioria, foram empregados da construção civil, e trabalhavam na época da pesquisa, particularmente, na remoção de lixo.

A Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado do Rio de Janeiro desenvolveu um estudo, em outubro de 1991, na cidade do Rio, com o objetivo de traçar o perfil da população de rua. Entrevistaram-se 1.016 moradores de rua nos locais previamente estabelecidos, sendo identificadas 11 zonas em toda a cidade. A equipe era composta por cinco entrevistadores, um motorista, um coordenador e um funcionário de apoio. Os resultados do trabalho foram os seguintes: 76% homens e 24% mulheres; a faixa etária era de 26 a 40 anos; 20,7% eram analfabetos; 52% eram do próprio estado; 44% declararam que moravam nas ruas há mais de quatro anos; 19,2% declararam-se pedintes; 91% não tinham qualquer vínculo com benefícios sociais.

Um estudo recente foi efetuado com o objetivo de avaliar as características sociodemográficas de toda a população que vive nas ruas da cidade do Rio de Janeiro (Rodrigues & Silva Filho, 1999). Segundo os autores, foram pesquisados todos os bairros da cidade, resultando num total de 3.535 pessoas, e desse total foram amostrados 535 participantes. A pesquisa utilizou 30 pesquisadores selecionados entre profissionais com prática de abordagem direta a populações de rua. Em casos que não foi possível entrevistar, os pesquisadores utilizaram questionários e fichas de observação direta. A primeira fase da coleta de dados foi realizada entre os dias 26 a 28 de maio de 1999, sendo a segunda fase realizada entre os dias 9 a 12 de junho. Os horários para a coleta de dados incluíam manhã, tarde e noite. A grande maioria da amostra era constituída por homens (78,5%), na faixa etária de 20 a 40 anos (51%), com baixo nível de escolaridade (média de 4,66 anos), vivendo há mais de seis meses nas ruas (85,8%) e desempregados (84%). A maior concentração foi apresentada no centro da cidade (33,50%), seguida pela zona norte (27,31%). A grande maioria das pessoas que estão nas ruas nasceu no estado ou na cidade do Rio de Janeiro.

Um achado sistemático desses dois estudos relativos à cidade do Rio de Janeiro foi de que a maioria da amostra era composta por homens, na faixa etária de 20 a 40 anos, com baixo nível de escolaridade, desempregados, oriundos, sobretudo, da cidade e estado do Rio e com um período de longa vivência nas ruas.

Apesar de a importância desses estudos, algumas observações foram realizadas, pelo presente estudo, relacionadas à metodologia utilizada por eles na coleta de dados. As seguintes falhas metodológicas podem ter influenciado no número obtido da população de rua por esses estudos:

- nesses estudos não há uma definição clara e operacional do que seja o morador de rua. Como abordado anteriormente, essa população é composta por vários subgrupos. Conforme estudo realizado por Rossi et al. (1987), há a necessidade de se especificar o subgrupo que se está estudando para não dar margem a erros na interpretação do dados. No estudo de Martins (1993) foi feita a divisão dos grupos de acordo com o tipo de habitação e local de moradia. Mas existem outras variáveis, como o tempo de moradia nas ruas, que podem influenciar na composição dos grupos;
- o tamanho da amostra do estudo de Martins (1993) é muito pequeno, não dando condições de fornecer estimativas demográficas acuradas da população. Isso, provavelmente, influenciou a autora a usar termos, como, por exemplo, a faixa etária “parece” estar entre 26 a 40 anos.
- no trabalho da Secretaria Estadual do Bem-Estar Social e Lazer do Estado do Rio de Janeiro não houve a enumeração das pessoas que estavam alojadas nos abrigos no período da pesquisa, procedimento esse utilizado por Rossi et al. (1987). Com relação a esse estudo, não houve o relato de quais locais foram coletados os dados, se foi utilizado uma amostra probabilística desses locais e se os dados referiam-se a todos os indivíduos encontrados ou uma amostra desses;
- no estudo de Rodrigues & Silva Filho (1999), os autores não relataram como foi feito o mapeamento das áreas anteriormente à coleta de dados. Esse é um aspecto importante na metodologia para a contagem de moradores de rua, conforme foi referido no estudo de Rossi et al. (1987).

2. A RELAÇÃO ENTRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA E MORADORES DE RUA NOS EUA, NA INGLATERRA E NO BRASIL

Vários países realizaram o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Entretanto, a grande maioria dos estudos que relacionam esse processo com o número de moradores de rua vem, sobretudo, dos EUA e da Inglaterra. Por isso, o presente estudo apresenta uma maior quantidade de trabalhos oriundos desses dois países.

Ao se tentar entender a associação entre os moradores de rua com os distúrbios mentais maiores, divulga-se a equivocada noção de que a desinstitucionalização psiquiátrica seja o principal fator envolvido. Essa associação não é homogênea em todos os países. Ela é influenciada, em particular, pela forma em que a política de reforma de saúde mental foi implementada no país.

2.1- A influência da desinstitucionalização psiquiátrica no aumento do número dos moradores de rua nos EUA

O aumento da prevalência dos distúrbios mentais maiores entre os moradores de rua nos EUA tem sido atribuído, especialmente, ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica, que teve início a partir da década de 50 naquele

país (Arnhof, 1975; Bandeira, 1991; Bassuk & Gerson, 1978; Drake et al., 1989; Hafner & Heiden, 1989; Lamb & Lamb, 1990; Morgado & Lima, 1994).

A desinstitucionalização psiquiátrica pode ser definida “como a contração dos setores institucionais tradicionais, com a concorrente expansão dos serviços comunitários de tratamento” (Bachrach, 1976). Esse processo apresentava quatro fatores importantes que o impulsionaram (Lamb, 1984):

- pressão social por direitos civis e humanos a partir da Segunda Grande Guerra;
- preocupação em reduzir os custos no tratamento de doentes mentais, transferindo o financiamento do setor do órgão federal para o local;
- a possibilidade do tratamento na comunidade com o surgimento dos psicofármacos;
- existia uma convicção de que os pacientes receberiam um tratamento mais humanitário na comunidade do que em hospitais psiquiátricos.

Esse movimento prioriza o atendimento psiquiátrico extra-hospitalar, procurando evitar a internação dos pacientes. No início da década de 60, a desinstitucionalização psiquiátrica começa a se tornar realidade e o tratamento de doentes mentais naquele país se desloca do hospital para os serviços alternativos de atendimento na comunidade. Essa reorientação do atendimento em saúde mental apresentava três pontos-chave:

- reduzir o número de pacientes internados em hospitais psiquiátricos;
- diminuir o tempo de internação;
- tanto quanto possível, tentar o tratamento na comunidade.

Esse processo está num estágio avançado nos EUA, tanto no que se refere à duração de todo o processo, como na redução dos leitos psiquiátricos públicos. Em 1955, existiam 559 mil pacientes psiquiátricos internados para uma população de 165 milhões de habitantes, e atualmente esse número é de 71 mil para uma população de mais de 248 milhões de habitantes (Torrey, 1996).

Inúmeras críticas têm sido dirigidas a esse processo. Estas relacionam-se ao pobre planejamento, à falta de esclarecimento da população quanto ao processo, e à não-valorização dos aspectos culturais locais na implementação dos programas (Pepper, 1986; Raftery, 1992), entre outras.

A principal crítica refere-se à desarticulação tanto financeira quanto administrativa entre os hospitais psiquiátricos e os centros de atendimento na

comunidade. Esses centros passaram a dar prioridades ao atendimento de pacientes neuróticos e em crises vitais, negligenciando os mais graves e cronicados, aumentando, assim, o número de doentes mentais maiores entre a população de rua. Identificou-se que os profissionais de saúde mental dos centros comunitários não tinham uma formação clínica adequada para tratar os pacientes desospitalizados (Torrey, 1988). Além disso, a construção dos centros comunitários foi bem inferior à previsão inicial e as unidades psiquiátricas em hospitais gerais não conseguiram suprir toda a demanda.

Todos esses acontecimentos levaram ao aumento dos moradores de rua com distúrbios mentais maiores nos EUA, nas últimas duas décadas, isto sem levar em conta a grande parcela de pacientes desospitalizados que nunca foi encontrada, e um grande número deles que foi parar nas prisões. A nova geração de doentes mentais crônicos constitui o grande desafio para o processo de desinstitucionalização, pois eles apresentam os problemas psiquiátricos difíceis de serem tratados na comunidade, podendo aumentar ainda mais o contingente desses moradores nos EUA (Lamb, 1984).

Embora a questão da desinstitucionalização psiquiátrica tenha sido uma variável importante para o aumento do número dos moradores de rua nos EUA, tudo indica que ela não seja tão relevante em outros países.

2.2- A questão da desinstitucionalização psiquiátrica no Reino Unido

A desarticulação entre os centros comunitários e os hospitais psiquiátricos observada nos EUA não aconteceu no Reino Unido, tendo uma grande importância neste fato as diferenças das políticas de saúde entre os dois países. Nos EUA, o financiamento do sistema é baseado no seguro-saúde e, portanto, o atendimento e as internações dependem qualitativa e quantitativamente da seguradora à qual o paciente pertence. Já no Reino Unido, o financiamento se dá através de um sistema público de saúde, sendo a cobertura universal para todos os cidadãos. São ilustrativas as palavras de Cohen (1994): *“Unlike the USA, all British citizens have a legal right to health care, and a substantial proportion of the population has a right to permanent housing.”*

No Reino Unido, a desinstitucionalização psiquiátrica ocorreu de forma mais racionalizada, havendo uma diminuição gradual dos leitos psiquiátricos. O número de pacientes internados em 1954 era de 148 mil, e em 1985 esse número caiu para

64.800, havendo uma perda em torno de 50% de leitos psiquiátricos em 30 anos. Houve uma maior integração entre os hospitais psiquiátricos e os centros comunitários, e os pacientes eram transferidos para uma rede alternativa já implantada e disponível. Eles tiveram o cuidado de não apenas tratar os pacientes nas comunidades, mas também de devolvê-los e reintegrá-los em suas famílias (Raftery, 1992).

Apesar de as diferenças na implementação de todo o processo de desinstitucionalização psiquiátrica entre os EUA e o Reino Unido, alguns estudos têm atribuído o aumento da população de rua na Inglaterra ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica (Marshall, 1989; Weller, 1986).

Não obstante o decréscimo contínuo dos leitos psiquiátricos, desde 1950, no Reino Unido, a proporção de doentes mentais maiores entre os moradores de rua não se alterou na Inglaterra (Leff, 1993). Esse autor relatou, também, que a maioria dos atuais doentes mentais maiores entre os moradores de rua nunca foi internada anteriormente, em hospitais psiquiátricos. A mesma relação foi encontrada nos indivíduos albergados (Hamid et al., 1995).

Portanto, o achado de distúrbios mentais maiores entre os moradores de rua na Inglaterra pode estar relacionado a vários fatores como: o alto nível de desemprego, falhas na política habitacional para população de baixa renda e a relutância dos profissionais de saúde mental em internar os pacientes em crise (Leff, 1993).

Um importante projeto denominado de Team for Assessment of Psychiatric Services (TAPS) vem sendo desenvolvido na Inglaterra, desde 1985, com o objetivo de avaliar os cuidados recebidos pelos pacientes que foram transferidos dos hospitais psiquiátricos para o tratamento na comunidade. Realizou-se um estudo de acompanhamento de 770 pacientes de longa internação que foram transferidos de dois grandes hospitais psiquiátricos de Londres, em 1983, para o tratamento na comunidade e verificou-se que, após vários anos de acompanhamento, um número muito pequeno desses pacientes tornara-se moradores de rua (O'Driscoll & Leff, 1993).

Efetou-se um outro importante estudo prospectivo de pacientes crônicos (n=278) que tiveram alta hospitalar entre 1985 e 1988 de dois hospitais psiquiátricos que foram fechados em Londres, com o objetivo de compará-los a pacientes que permaneceram internados (n=683) nos hospitais psiquiátricos (Dayson, 1993).

Utilizaram-se os seguintes instrumentos na avaliação: o Present State Examination (PSE) para a avaliação do estado mental; a Social Behaviour Scale (SBS) para a análise das limitações do comportamento social; a Social Network Scale (SNS) para a apreciação dos relacionamentos sociais.

Os que tiveram alta eram, em média, seis anos mais novos, tendo em média nove anos de internação a menos do que aqueles que permaneceram internados. Eles também apresentavam um percentual menor de esquizofrenia, e maior de depressão e outras neuroses. Tinham menos alterações nos comportamentos sociais e um maior contato com amigos e confidentes do que aqueles que permaneceram hospitalizados. Daqueles que tiveram alta, somente um paciente foi preso, um cometeu suicídio e um tornou-se morador de rua.

2.3- A desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil

A discussão da desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil começou a partir da década de 70, propondo-se a mudança do tratamento psiquiátrico, baseado na internação hospitalar para alternativas de atendimento na comunidade (Dalgalarrodo & Gattaz, 1992; Menezes & Mann, 1996). Porém, essa política não foi implementada. De fato, o que aconteceu foi uma diminuição mais acelerada dos leitos psiquiátricos públicos em comparação com os privados, não havendo uma correspondente implantação de serviços alternativos na comunidade e nem um aumento significativo de unidades psiquiátricas em hospitais gerais para suprir a demanda (Botega & Schetchman, 1997; Lima & Teixeira, 1995). Os pacientes dos hospitais públicos não passaram a ser atendidos nos centros comunitários e sim transferidos para clínicas conveniadas, num processo de transinstitucionalização.

Houve, na década de 70, um aumento de internações por neuroses, sobretudo na rede contratada, através de um incremento no financiamento de convênios firmados pelo INPS com clínicas privadas (Andrade, 1992). Atualmente, a grande maioria dos leitos psiquiátricos, tanto do Brasil como do estado do Rio de Janeiro, são privados e filantrópicos, correspondendo a 77,8% e 72%, respectivamente (Ministério da Saúde, 1997).

Estabeleceu-se, então, uma hierarquização perversa dos serviços: o ambulatório atende aos problemas sociais; o hospital contratado interna pacientes que deveriam ser atendidos nos ambulatórios; o hospital público assume um papel custodial (Morgado & Coutinho, 1986).

O Brasil tinha, em 1941, 21.079 leitos psiquiátricos públicos e 3.034 privados. A partir da década de 70, o número dos leitos privados passou a ter um crescimento acelerado, enquanto acontecia uma redução dos leitos públicos. Em 1998, o quadro se inverte em relação ao de 1941, havendo um número muito maior de leitos privados em comparação com os leitos públicos.

Outro dado de extrema importância para a avaliação da assistência psiquiátrica no País é a taxa de leitos psiquiátricos por/1.000 habitantes. Em 1941, essa era de 0,58, atingindo o pico de 0,88, em 1984. Atualmente, a taxa é de 0,44, havendo algumas regiões do Brasil, como na Região Norte, onde essa taxa tem um valor muito pequeno, sendo em torno de 0,05. Nos últimos dez anos, houve uma diminuição de 32% dos leitos psiquiátricos, em geral, no Brasil.

Essa diminuição dos leitos psiquiátricos não foi acompanhada pela construção suficiente de centros alternativos para o tratamento de indivíduos com problemas mentais. Nos países desenvolvidos, o principal serviço criado para tratar os pacientes na comunidade foi a instalação de Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). O Brasil tinha 60 dessas unidades, em 1994, sendo 36 delas em hospitais públicos e 24 em hospitais contratados. Nos últimos cinco anos, o percentual de UPHGs em relação ao total de leitos psiquiátricos se manteve constante em torno de 2,9%, enquanto nesse mesmo período houve uma diminuição de 10% dos leitos psiquiátricos.

Uma outra alternativa que vem sendo desenvolvida no Brasil, a partir de 1987 para o tratamento na comunidade, são o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Eles eram 234 unidades em todo o País, em 1998, tendo um aumento de 35% em quatro anos, sendo o seu número ainda muito insignificante para suprir toda a demanda dos pacientes crônicos e daqueles novos que necessitam de tratamento (Lima, 1999).

3. A RELAÇÃO ENTRE PSIQUIATRIA E A CONDIÇÃO DE MORADOR DE RUA

3.1- Distúrbios mentais e a pobreza

A pobreza é associada a uma alta morbidade física e mental. As condições inadequadas de habitações dos indivíduos pobres são importantes fatores na produção de doenças. A alta morbidade psiquiátrica nesses indivíduos poderia, também, ser explicada pela sua condição de pobreza. Os indivíduos que vivem na pobreza são vulneráveis a diferentes problemas de saúde em razão do pobre padrão de higiene pessoal e ambiental. O estado sanitário precário de suas habitações, a falta de espaço, as construções precárias etc., são fatores que influenciam negativamente tanto na saúde física como mental (Freeman, 1983). Curtis (1990) realizou um estudo com o objetivo de comparar se a morbidade individual estaria associada ao fato de se morar em áreas carentes de Londres. O autor encontrou que as pessoas que viviam em áreas carentes tinham um número maior de problemas de saúde e consultavam muito mais vezes seus médicos do que aquelas que viviam em áreas mais favorecidas.

A maior frequência de distúrbios mentais em populações pobres já é bem conhecida. Vários estudos realizados em diversos países já encontraram essa

associação. Um estudo clássico conduzido por Faris & Dunham (1939) tinha como objetivo analisar a distribuição de admissões hospitalares por esquizofrenia e depressão na cidade de Chicago. Os autores verificaram que existia uma taxa dez vezes maior de admissões por esses distúrbios por pessoas oriundas de áreas carentes.

Um importante estudo longitudinal foi conduzido com o objetivo de responder, sobretudo, à seguinte pergunta: se as pessoas que não apresentam um episódio psiquiátrico atual teriam um maior risco de apresentá-lo no futuro se vivessem na pobreza? Os dados para a análise desse estudo faziam parte do famoso trabalho New Haven ECA Program dos EUA. O tamanho da amostra foi de 3.455 pessoas, das quais 7,9% destas viviam na pobreza. Os indivíduos que não apresentassem distúrbios mentais na primeira entrevista, eram re-entrevistados, aproximadamente, seis meses depois. O instrumento utilizado para a avaliação psiquiátrica foi o Diagnostic Interview Schedule (DIS). O principal achado encontrado foi o de que a taxa de distúrbios mentais foi maior na população pobre em comparação ao outro grupo populacional. A frequência de todos os distúrbios mentais foi maior na classe social mais pobre (15% *versus* 9%), e quando os distúrbios foram analisados separadamente as diferenças de depressão maior (17,4% *versus* 9,0%) e esquizofrenia (1,5% *versus* 0,5%) foram significativas. Observou-se, também, que os efeitos da pobreza na saúde mental eram intensos, independente da idade, sexo e raça (Bruce et al., 1991).

Uma outra pesquisa foi realizada com o objetivo de avaliar a prevalência anual de psicoses em diferentes grupos étnicos, que viviam em um distrito regional no norte de Londres (King et al., 1994). Todos os indivíduos de 16 a 64 anos que tiveram contato com serviços comunitários ou hospitalares entre 1/7/91 a 1/8/92 foram rastreados por informantes-chave para a verificação da presença de psicoses, resultando num total de 103 participantes. Após esse rastreamento, a avaliação psiquiátrica era realizada baseada no DSM-III-R e no CID-9. Encontraram-se 38 pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. A razão de prevalência de esquizofrenia para todas as minorias raciais, quando comparada à raça branca, foi de 3,6 (1,9–7,2). O principal achado encontrado foi o de que os membros de grupos raciais minoritários eram mais propícios a desenvolverem psicoses, não necessariamente esquizofrenia. A pressão social que os indivíduos sofrem por pertencerem a grupos minoritários na Inglaterra, foi um fator importante no excesso

de psicoses encontrado nesses grupos.

A distribuição geográfica de indivíduos com esquizofrenia e a sua relação com os fatores sociodemográficos foi estudada por Harvey et al. (1996). Os informantes-chave localizavam indivíduos com esquizofrenia através dos serviços de saúde mental localizados numa área central de Londres. Após esse rastreamento, esses indivíduos eram avaliados por psiquiatras, que baseavam o diagnóstico de esquizofrenia no DSM-III-R (1989). Uma alta prevalência de esquizofrenia foi encontrada nessa área central de Londres (5,3/1000) em comparação a um outro estudo conduzido numa área rural, que encontrou uma prevalência de 2,4/1000. Apesar de algumas limitações metodológicas, como o uso de informantes-chave, esse estudo veio mostrar que a taxa de esquizofrenia é maior nos meios urbanos. Um outro achado importante foi a associação significativa entre esquizofrenia e desemprego.

A maior frequência de distúrbios mentais em populações pobres já foi confirmada em vários estudos. Entretanto, não está claro se esta também existe para todos os distúrbios mentais encontrados em diversos níveis de cuidado em saúde mental. Glover et al. (1999) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar as variações de prevalência de distúrbios mentais nos diferentes níveis de cuidados em saúde mental: primário, secundário e forense. O método utilizado foi o de avaliação de dados de 20 distritos sanitários distribuídos por toda a Inglaterra, observando os indicadores da necessidade e da prevalência de tratamentos. O principal resultado encontrado foi o de que quanto mais severo o distúrbio mental, maior a probabilidade de ele ser encontrado em áreas carentes, independente do nível de cuidados. Ou seja, independente do setor de cuidado pesquisado, o distúrbio mental com maior gravidade é encontrado com maior frequência nas populações mais carentes.

Recentemente, um estudo foi realizado com o objetivo de avaliar se os indivíduos idosos que viviam na pobreza teriam uma maior prevalência de depressão (Wilson et al., 1999). Esse estudo foi realizado em uma amostra de 5.222 indivíduos com mais de 65 anos, selecionados aleatoriamente de uma lista de pacientes em cuidados médicos em Liverpool. O principal achado foi o de que aqueles indivíduos que viviam na pobreza apresentaram uma maior prevalência de depressão.

Embora haja poucos estudos acerca desse tema no País, uma maior

freqüência de distúrbios mentais na população pobre também foi encontrado em estudos realizados no Brasil. Um importante estudo foi realizado no bairro de Ó em Salvador (Santana, 1982). Primeiramente, foi realizada a identificação dos suspeitos com mais de 15 anos através da aplicação do Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA), seguindo-se a entrevista psiquiátrica. A taxa de prevalência global de distúrbios mentais encontrada foi de 20,2%, com um predomínio estatisticamente significativo de mulheres. Quanto ao nível socioeconômico, verificou-se que quanto mais baixa a classe social, maior a prevalência de distúrbios mentais, como o alcoolismo, psicoses e oligofrenias, e essa tendência não foi observada para as neuroses.

Na cidade do Rio de Janeiro foi realizado um estudo com o objetivo de avaliar os problemas mentais de mães solteiras que moravam na comunidade da Rocinha (Reichenheim & Harphan, 1991). Selecionaram-se aleatoriamente 480 mães solteiras dessa comunidade. O instrumento utilizado para avaliar o estado da saúde mental foi o Self Response Questionnaire (SRQ-20). Esse questionário é composto por 20 questões não/sim, sendo 4 de problemas físicos e 16 de problemas psíquico-emocionais. Os autores encontraram que 36% das mulheres apresentaram problemas mentais.

Uma outra explicação para a alta morbidade psiquiátrica entre os indivíduos mais pobres foi proposta por um estudo realizado por Hollingshead & Redlich (1958), quando estudaram indivíduos em contato com serviços psiquiátricos na cidade de New Haven, USA. Eles encontraram que a classe social mais baixa tinha uma maior prevalência de distúrbios mentais, especialmente as psicoses. Os autores sugeriram que essa diferença poderia ser explicada pelas diferentes abordagens diagnósticas e terapêuticas utilizadas pelos psiquiatras nas diferentes classes sociais.

Ainda não está estabelecido se a maior prevalência de distúrbios mentais na classe social mais baixa é conseqüência da seleção social, ou seja, a competição natural distribuiria os indivíduos com distúrbios mentais para a classe social mais baixa, ou, então, se as condições estressantes da pobreza levariam ao aumento da morbidade psiquiátrica nessa população (Mechanic, 1978). Essa questão ainda não está resolvida, sendo necessários outros estudos para elucidá-la.

3.2- O fato de se morar nas ruas e o desencadeamento de distúrbios mentais

Os fatores sociodemográficos nas famílias de moradores de rua em Londres foram avaliados em 1984 (Austerberry et al., 1984). Esses autores verificaram que as famílias de áreas mais carentes da cidade apresentavam um número muito maior de indivíduos de minorias étnicas, desempregados ou com salários muito inferiores em comparação a outras áreas de Londres. Esses dados sugeriam uma forte associação entre pobreza e algumas características sociodemográficas dessa população.

A população de rua é um aspecto grave da extrema pobreza, representando a linha final de um processo crônico de empobrecimento. Essa população é altamente vulnerável a múltiplos fatores de riscos para a saúde, os quais estão associados à sua condição extrema de pobreza. Seus problemas físicos e mentais podem, em parte, serem explicados pela sua condição desfavorável de vida.

Existem poucos estudos que examinam a diferença de distúrbios mentais entre os moradores de rua e a população pobre. Um desses estudos foi conduzido em Los Angeles com o objetivo de responder a essa indagação (Linn et al., 1990). Entrevistaram-se 464 pacientes que freqüentaram durante o período de um ano o serviço médico de uma comunidade carente de Los Angeles: 214 eram moradores de rua e 250 eram moradores de áreas carentes. Embora os dois grupos apresentassem uma grande prevalência de problemas mentais, o grupo de moradores de rua era significativamente mais propício a apresentar interações psiquiátricas anteriores por problemas mentais e alcoolismo, e uma maior freqüência de sintomas psicóticos. Ou seja, as condições precárias que essas pessoas encontram, morando nas ruas ou em albergues, precipitam ou exacerbam sintomas anteriores.

Os distúrbios mentais menores e as reações psicológicas anormais têm uma grande prevalência nos grupos transitórios e situacionais de moradores de rua (Scott, 1993). Esses indivíduos desenvolveriam esses sintomas como resposta a um acontecimento extremamente doloroso, que é a perda de um lar e ter que ir morar nas ruas. Esses distúrbios acontecem, com grande freqüência, nas famílias moradoras de rua. São pessoas que perderam as casas por vários motivos: enchentes, foram expulsas das favelas por conflitos com o tráfico e mesmo brigas entre bandidos e policiais, por não conseguirem pagar o aluguel etc.

A princípio, a própria perda de seus lares pode atuar como um evento estressante, desencadeando, nesses indivíduos, as doenças físicas e mentais. Foi

realizada uma ampla revisão do relacionamento entre evento estressante e adoecimento (Lovisi et al., 1996).^{*} Inicialmente, as pesquisas eram interessadas no relacionamento entre situações estressantes e doenças cardiocirculatórias. Após a Segunda Guerra Mundial, vários estudos passaram a pesquisar a relação entre esses eventos e o aparecimento de distúrbios mentais. Essa relação entre distúrbios mentais e eventos estressantes não é direta, sendo mediada por vários fatores, como, por exemplo, o suporte social. Portanto, a perda de um lar pode desencadear distúrbios mentais, levando-se em consideração vários outros fatores.

Os indivíduos que moram tanto nas ruas quanto nos albergues estão vulneráveis a vários fatores que poderão desencadear doenças, tais como: a falta de alimentação adequada; as exposições a condições precárias de higiene; a falta de privacidade; a exposição ao frio e ao calor etc.

^{*}Segundo o referido artigo, LOVISI et al. (1996), suporte social pode ser definido como a ajuda oferecida pela comunidade aos indivíduos para apoiá-los em situações estressantes. E mecanismos *coping* seriam os repertórios de funções (fisiológicas, emocionais, cognitiva e comportamentais) que o organismo utiliza para lidar com os eventos estressantes.

Esses fatores aumentam a vulnerabilidade dessa população a doenças, fazendo com que a sua taxa de mortalidade seja quatro vezes superior à da população em geral. As principais causas de morte são os acidentes provocados pelo uso de bebidas alcoólicas, tuberculose e outras doenças respiratórias, AIDS etc.

Uma vez que o indivíduo está só e vivendo num ambiente totalmente insalubre, onde o consumo, especialmente, de álcool é freqüente nesse meio, pode-se esperar que essas situações todas contribuam para o consumo excessivo de álcool. No entanto, pode existir um grupo de pessoas em que o seu alcoolismo antecederam à condição delas morarem nas ruas, e as suas sintomatologias agravaram em consequência desse evento. A grande prevalência de alcoolismo na população de moradores de rua, em comparação à população em geral, torna-os mais vulneráveis a acidentes, a problemas físicos e mentais relacionados ao abuso/dependência de álcool. Esses fatores podem levar esses indivíduos a negligenciarem com a sua saúde e não procurarem ajuda a tempo (Shanks, 1983).

As condições adversas de sobrevivência dos moradores de rua podem, também, desencadear problemas mentais orgânicos. Esses indivíduos podem manifestar distúrbios psicóticos agudos e também outros sintomas como a apatia, retardo psicomotor e déficit de memória, decorrentes de toda a adversidade que

estão submetidos (Arce & Vergare, 1984).

Com relação ao aumento da taxa dos distúrbios mentais maiores entre os moradores de rua, nas décadas de 70 e 80, o principal fator referido como contribuidor pela maioria dos estudos nos EUA é o processo de desinstitucionalização psiquiátrica que teve início naquele país na década de 60. É importante assinalar que esse fato não foi unânime em todos os países onde houve o processo de desinstitucionalização psiquiátrica, podendo-se citar, por exemplo, a Inglaterra.

O próprio distúrbio mental maior é um importante fator predisponente, que pode levar os indivíduos a se tornarem moradores de rua. Já é clássica a hipótese de que as pessoas com esquizofrenia iriam para as áreas mais carentes como conseqüência ou pródromo de seus distúrbios (*drift hypothesis*). Outros fatores como severidade dos sintomas, co-morbidade com dependência de álcool/drogas, não cooperação com o tratamento e falta de apoio social podem contribuir para tal condição (Lamb & Lamb, 1990).

A própria condição financeira da família pode cair em conseqüência do cuidado constante que se deve ter com uma pessoa portadora de distúrbio mental crônico. Essas pessoas necessitam de uma atenção redobrada de seus familiares, limitando as possibilidades de ganho desses. A situação se agrava quando não há familiares com condições de trabalho e ganhos externos (Fadden et al., 1987).

Os distúrbios mentais maiores aparecem com maior prevalência no grupo de moradores de rua solteiros. Em comparação a outros subgrupos, ele tem um maior período de vivência nas ruas, aumentando o risco de agravamento de doença física e mental. Na maioria dos estudos, é apresentado que nesses indivíduos os distúrbios mentais maiores antecedem à condição de se morar nas ruas. A condição precária de existência nas ruas pode exacerbar os seus sintomas anteriores, assim como favorecer o aparecimento de outros distúrbios, levando a uma alta prevalência de co-morbidade nesses indivíduos, tornando os casos ainda mais graves (Brown et al., 1977).

Além do próprio risco que um indivíduo com distúrbio mental maior tem em se tornar um morador de rua em caso de ausência de suporte social, alguns autores têm apontado, recentemente nos EUA, vários outros fatores de risco para que esse indivíduo venha a morar na rua. Uma pesquisa comparou os padrões de tratamentos anteriores recebidos por 100 moradores de rua com esquizofrenia e 100

esquizofrênicos, os quais nunca moraram nas ruas. Os entrevistados foram recrutados de albergues, clínicas e programas de tratamento para pacientes psiquiátricos da cidade de Nova Iorque (Caton, 1995). Entrevistadores previamente treinados usaram instrumentos padronizados a fim de coletarem dados acerca dos seguintes fatores:

- história de tratamento psiquiátrico;
- uso do serviço de saúde mental nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa;
- avaliação do planejamento da alta hospitalar dos pacientes internados;
- análise dos níveis dos sintomas positivos e negativos;
- apreciação da presença do abuso/dependência de drogas/álcool;
- avaliação da presença de distúrbio de personalidade anti-social.

Os achados mais importantes desse estudo incluíam: inadequacidade no planejamento da alta hospitalar nos pacientes que se tornaram moradores de rua, como, por exemplo, os profissionais que cuidaram desses pacientes não procuraram saber se esses teriam um lugar para morar após a alta, assim como meios financeiros para se manter. Um outro achado importante nessa população foi a alta taxa de abuso/dependência de álcool/drogas, e também a de distúrbio de personalidade anti-social. Achados similares foram encontrados por um estudo que comparou os fatores de risco para se tornar um morador de rua entre 100 mulheres indigentes com esquizofrenia, com outras 100 mulheres com esquizofrenia sem nenhuma história de morar nas ruas (Caton et al., 1995).

Uma pesquisa foi conduzida a fim de comparar a severidade dos sintomas positivos e negativos entre 100 pacientes com esquizofrenia sem nenhuma história de morar nas ruas e outros 100 pacientes esquizofrênicos moradores de rua, utilizando, para isso, a escala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) (Opler et al., 1994). Os resultados sugeriram que:

- os moradores de rua tinham uma maior severidade de sintomas positivos;
- os moradores de rua cooperaram menos ao tratamento neuroléptico do que o outro grupo;
- tinham uma maior taxa de abuso por drogas/álcool.

Um achado sistemático desses estudos foi a co-morbidade, sobretudo de esquizofrenia e abuso/dependência de drogas e álcool. Essa co-morbidade, se não avaliada e tratada, é um fator de risco, que pode conduzir um paciente com distúrbio

mental maior para a condição de morador de rua.

Os moradores de rua solteiros com distúrbios mentais maiores têm as suas sintomatologias exacerbadas, e um acúmulo de outros distúrbios como conseqüência da condição extremamente precária que vêm vivendo há longa data. No entanto, em outros grupos, como as famílias moradoras de rua que perderam as suas casas e foram para as ruas num curto intervalo de tempo, a sintomatologia psicopatológica que vieram a apresentar foi desencadeada, em particular, pelo evento estressante de grande amplitude a que foram submetidas, resultando, sobretudo, em distúrbios mentais menores e em reações de ajustamento. É claro que essa divisão é didática, pois inúmeras situações podem ocorrer. Entretanto, as duas citadas são aquelas que ocorrem com maior freqüência.

Muitos são os distúrbios mentais que acometem os moradores de rua. Existe, entretanto, a dificuldade na delimitação do fator temporal de causalidade, ou seja, se os distúrbios antecedem ou sucedem o fato de se morar nas ruas. Para essa pergunta, os estudos de coorte seriam mais adequados para respondê-la. Todavia, esses estudos são extremamente difíceis de serem desenvolvidos nessa população.

3.3- Prevalência de distúrbios mentais maiores e abuso/dependência de álcool/drogas nos moradores de rua

Vários estudos realizados nos EUA mostraram que o aumento das pessoas com distúrbios mentais maiores, a partir da década de 70, foi o principal fator que levou ao aumento do número da população de rua daquele país. Tem-se observado que 20% a 50% dessa população apresenta distúrbios mentais maiores, e um quinto a um terço desses pacientes já foram internos crônicos de hospitais psiquiátricos. Nos estudos, o abuso/dependência de drogas e álcool é o distúrbio mental que aparece com maior freqüência (50% a 70%). A esquizofrenia aparece numa proporção de 10% a 20%, os distúrbios de humor numa proporção de 20% a 40% e os distúrbios de personalidade numa proporção de 10% a 15%.

A co-morbidade apresenta-se em cerca de um quinto desses pacientes, especialmente o aparecimento conjunto de dependência/abuso de álcool e esquizofrenia. Os achados acima são encontrados nos estudos dos seguintes autores: Arce et al. (1983); Bassuk (1984); Davies et al. (1987); Grumberg & Eagle (1990); Hopper et al. (1997); Kroll et al. (1986); Lamb (1984); Torrey (1988).

Uma extensa revisão foi realizada acerca das características dos moradores

de rua que apresentam distúrbios mentais maiores associados aos distúrbios por uso de substâncias (Drake et al., 1991). De acordo com o artigo, os indivíduos duplamente diagnosticados constituem de 10% a 20% dos moradores de rua, e quando comparados com aqueles de um único diagnóstico, eles apresentaram as seguintes diferenças:

- uma maior proporção de homens;
- são mais idosos;
- têm um maior período de vivência nas ruas;
- têm uma menor probabilidade de estarem trabalhando.

Vários pesquisadores têm encontrado, consistentemente, maiores taxas de abuso/dependência de álcool e drogas do que distúrbios mentais maiores nos moradores de rua. Os problemas com álcool e drogas têm afetado mais da metade dessa população.

Foi estimada a prevalência, o curso e a gravidade do alcoolismo numa amostra aleatória de uma população de rua adulta de Los Angeles. Comparou-se os dados obtidos com os de uma amostra populacional (Koegel & Burnam, 1998). Encontraram que tanto a prevalência atual como por toda a vida de alcoolismo era substancialmente maior na amostra da população de rua. Quando comparado os resultados com uma amostra de alcoólatras, que viviam em casas, estes que moravam nas ruas apresentavam as seguintes diferenças:

- uma prevalência maior de distúrbios mentais maiores;
- um maior tempo de ingestão de bebida alcoólica de forma severa;
- uma maior alteração no funcionamento social e vocacional.

O abuso de drogas é, também, um problema comum, particularmente entre os moradores de rua jovens. É estimado que as taxas de usuários de drogas são menores do que a de álcool, e a maioria das drogas usadas são: maconha, cocaína, heroína, metadona e crack. É relatado que as drogas são usadas intra-venosamente pela metade dos usuários.

3.4- Distúrbios mentais maiores e o abuso de drogas/álcool distribuídos por idade

As maiores taxas de abuso por álcool foram relatadas na população idosa, enquanto as maiores taxas de abuso/dependência de drogas foram mencionadas na

população jovem (Fisher & Breakey, 1991). Com o objetivo de avaliar os distúrbios mentais e a hospitalização psiquiátrica na população idosa, Cohen et al. (1992) conduziram um estudo em uma amostra de 200 moradores de rua com idade superior a 60 anos. Os autores encontraram os seguintes resultados:

- depressão foi encontrada em 33% da amostra;
- sintomas psicóticos foram relatados em 23% da amostra;
- 23% da amostra teve hospitalização psiquiátrica anterior.

Segundo esse estudo, não há diferenças significativas entre a população jovem e idosa de rua com relação aos distúrbios mentais maiores.

3.5- Distúrbios mentais maiores e abuso de drogas distribuídos por gênero

A condição de morador de rua é menos comum nas mulheres. Os estudos indicam que as mulheres, em geral, são mais jovens do que os homens. Elas têm, proporcionalmente, uma maior taxa de distúrbios mentais, sobretudo as solteiras, porém têm uma menor taxa de abuso de álcool/drogas. Entre as mulheres, as mais idosas têm uma maior taxa de esquizofrenia, enquanto as mais jovens têm uma maior taxa de distúrbios de personalidade e abuso de drogas (Marshall, 1996).

Realizou-se um estudo em um albergue na cidade de Massachussets. Entrevistaram-se 65 homens e 13 mulheres, a fim de avaliar os distúrbios mentais maiores, baseando-se nos critérios do Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III). Aproximadamente 85% das mulheres foram classificadas como apresentando distúrbios maiores, em comparação com 40% dos homens (Bassuk et al., 1984).

A avaliação da presença de distúrbios mentais maiores em 70 moradoras de dois albergues localizados no centro de Londres, foi o objetivo do estudo conduzido por Marshall & Reed (1992); 45% delas foram classificadas como esquizofrênicas, e poucas tiveram contatos com serviços psiquiátricos ou receberam qualquer espécie de tratamento.

Na cidade de St. Louis, nos EUA, coletou-se uma amostra randômica de 300 moradoras de albergues, utilizando o Diagnostic Interview Schedule (DIS) para a avaliação de distúrbios mentais (Smith & North, 1994). As mulheres foram subdivididas em três grupos:

- sem filhos;
- com filhos;

- filhos ausentes.

Aquelas do primeiro grupo apresentaram uma maior taxa de distúrbios mentais maiores e abuso de álcool.

3.6- Alterações cognitivas dos moradores de rua

Muito pouco se sabe, ainda, acerca das alterações cognitivas dos moradores de rua. Um estudo do funcionamento neuropsicológico dos indivíduos que apresentavam distúrbios mentais maiores foi realizado por Seidman et al. (1997). Administraram-se testes neuropsicológicos a 116 pessoas. O diagnóstico de distúrbios mentais foi baseado no DSM-III-R (1989), sendo: esquizofrenia (44,8%); abuso/dependência de álcool (27,6%); abuso/dependência de outras substâncias (19,8%); distúrbio esquizoafetivo (17,2%); distúrbio bipolar (13,8%); depressão unipolar (12,1%); outros distúrbios psicóticos (10,3%). A bateria de testes evidenciou que o escore neuropsicológico dessa amostra era muito deficitário em várias áreas, como inteligência, leitura, fala, atenção e memória se comparado com o escore de indivíduos sem distúrbios mentais e não-moradores de rua.

3.7- Distúrbios mentais distribuídos por locais de albergamento

Em 1978, dois importantes pesquisadores ingleses descreveram a distribuição da severidade dos problemas mentais dos moradores de rua de acordo com o local em que estes estivessem alojados. Eles observaram que os indivíduos que viviam nas ruas apresentavam uma maior severidade em comparação àqueles que viviam em albergues (Leach & Wing, 1978).

Apresentou-se a distribuição dos distúrbios mentais de acordo com o período de vivência nas ruas, local de moradia e o tipo dos moradores (Scott, 1993). Mostrou-se que os moradores de rua solteiros têm uma maior prevalência de distúrbios mentais maiores em comparação aos outros grupos. Os indivíduos que ficaram nas ruas por uma crise transitória, como, por exemplo, a perda da casa por inundação, assim como as famílias de moradores de rua, teriam uma maior prevalência de distúrbios mentais menores.

De acordo com Marshall (1996), o uso impreciso dos termos *shelters* e *hostels* tem obscurecido importantes diferenças entre esses dois tipos distintos de acomodações, as quais têm tradicionalmente abrigado a população de rua no Reino Unido. Existem várias críticas a respeito da grande variação nos resultados dos

estudos realizados no Reino Unido acerca da proporção de distúrbios mentais nos moradores de rua. Mas quando os estudos são comparados à luz da distinção entre *shelters* e *hostels*, um quadro de dados mais coerente aparece. De acordo com o mesmo autor: “*shelter will be defined as buildings offering emergency overnight accomodation to single homeless people. Hostels will be defined as buildings (other than bed sits) offering board and lodgings to single homeless people*”.

Por causa de suas diferentes funções, *shelters* e *hostels* tendem a abrigar diferentes populações. Em geral, os *shelters* acomodam uma população transitória que pernoita alguns dias, enquanto os *hostels* acomodam um grupo populacional que mora um longo período em suas dependências. Os *hostels* no Reino Unido contêm uma alta proporção de indivíduos com doença mental em comparação aos *shelters*, em razão de uma grande tolerabilidade dos seus funcionários e moradores em relação àqueles indivíduos (Marshall, 1989). Isto é, os *hostels* podem aproximar-se aos albergues do Rio de Janeiro.

3.8- Limitações dos estudos realizados até meados da década de 80 para a avaliação dos distúrbios mentais em moradores de rua

As estimativas de distúrbios mentais nos moradores de rua variaram enormemente nos estudos realizados até meados de 80. A maioria dos trabalhos dessa época apresentava uma freqüência de mais 50% de distúrbio mental maior nessa população, e essa proporção aumentava para 70%–80% se fosse considerada toda a vida dos indivíduos. Considerando os distúrbios psicológicos (*distress*), esses estudos apresentaram taxas de até 90%.

A não-uniformidade dos achados era conseqüente a vários problemas metodológicos, os quais estavam relacionados à definição do objeto de estudo, à amostragem e ao não-uso de instrumentos padronizados. Essas dificuldades serão apresentadas abaixo:

1- Definição

O primeiro problema que aparece nesse tipo de estudo é a definição operacional do que seja um morador de rua. O presente estudo irá utilizar a definição de *literal homeless*, como foi utilizado por vários outros autores (Rossi et al., 1987; Roth & Bean, 1986; Susser et al., 1993). Segundo essa definição, a população de rua é composta por indivíduos que vivem cronicamente nas ruas ou em albergues. É esse grupo de moradores de rua que apresenta a maior prevalência

de distúrbios mentais maiores.

2- Amostragem

Em uma ampla revisão da literatura internacional acerca dos métodos de amostragem empregados em estudos de moradores de rua, Susser et al. (1989) mostraram certas restrições na generalização e comparabilidade desses estudos. De acordo com eles, o primeiro problema é relacionado com a definição da população de interesse do estudo e a falta de um denominador populacional. Outro aspecto mencionado dizia respeito ao tamanho das amostras, geralmente com menos de 100 indivíduos, dando resultados muito instáveis e indeterminados. Além de que a maioria dos estudos não utilizou a seleção aleatória dos participantes, limitando a acurácia de seus resultados.

Um outro problema importante mencionado pelos autores é a identificação dos casos. A maioria dos trabalhos tem-se restringido às amostras muito seletivas, como a avaliação de distúrbios mentais nos moradores de albergues. Pode-se questionar que estes sejam diferentes, particularmente quanto à severidade, daqueles indivíduos que moram nas ruas. É de se esperar que esses últimos tenham uma maior gravidade nos seus sintomas. Deve-se, portanto, levar esse fato em conta para a generalização dos resultados.

3- Avaliação do distúrbio mental

Os estudos anteriores foram realizados, sobretudo, por clínicos que tratavam esses indivíduos. Os resultados desses estudos não poderiam ser interpretados e comparados por outros. Ultimamente, vários estudos têm usado instrumentos diagnósticos padronizados para avaliar os distúrbios mentais nos moradores de rua. O uso desses instrumentos tem possibilitado a comparação dos resultados de vários estudos conduzidos em várias partes do mundo.

Entretanto, alguns estudiosos têm criticado o uso desses instrumentos nos moradores de rua, pontuando que algumas características dessa população interferem na qualidade dos dados obtidos. Tais características podem ser, assim, resumidas: desconfiança no entrevistador, interpretações errôneas das perguntas e negação do distúrbio mental. Entretanto, se o entrevistador explicar adequadamente para que é o estudo e tiver um bom relacionamento com o entrevistado, esses obstáculos podem ser ultrapassados (Shanks, 1981).

Várias dificuldades são relatadas para a avaliação da presença dos distúrbios mentais nos moradores de rua (Bachrach, 1992). A primeira dificuldade abordada

por ela refere-se à própria depauperação física inerente a esta população, a qual dificultaria de sobremaneira a abordagem psicopatológica desses indivíduos. Uma outra dificuldade mencionada seria a de se estabelecer um grupo específico de doentes mentais entre os moradores de rua, pois essa população entrelaça muitas características de outros grupos populacionais. De uma forma geral, os grupos parecem homogêneos à primeira vista, sendo difícil a separação desses em subgrupos. Um determinado comportamento bizarro dessa população pode ser uma forma de se viver nas ruas, e não necessariamente um sintoma psiquiátrico.

Embora as desvantagens em se usar as entrevistas estruturadas nesse tipo de população sejam evidentes, elas têm sido preferidas, especialmente, por possibilitarem a comparação de resultados entre vários estudos. A maioria dos estudos tem utilizado instrumentos padronizados, sobretudo o Diagnostic Interview Schedule (DIS), para avaliação dos distúrbios mentais dos moradores de rua.

Com o objetivo de avaliar a confiabilidade no uso desse instrumento nos moradores de rua, North et al. (1997) conduziram um estudo para comparar os diagnósticos psiquiátricos avaliados independentemente por clínicos e leigos, e esses últimos utilizaram o DIS. Embora o DIS subdiagnosticasse o distúrbio de personalidade anti-social e sobrediagnosticasse a depressão maior, esse instrumento mostrou ter uma boa confiabilidade para esquizofrenia e abuso/dependência de álcool, quando usado nos moradores de rua.

Os mesmos autores realizaram um estudo, em 1993, para responder à seguinte questão: O distúrbio anti-social é um diagnóstico válido entre a população de rua? Eles entrevistaram 600 homens moradores de rua e 300 mulheres também moradoras de rua, que foram selecionados, aleatoriamente, das ruas e albergues de St. Louis, usando o National Health Diagnostic Interview Schedule para a avaliação dos distúrbios mentais. Os seus achados mostraram a possibilidade de se diagnosticar o distúrbio anti-social entre os moradores de rua, o que não significa, entretanto, que a condição de se morar nas ruas leva a comportamentos anti-sociais. O mesmo se pode dizer com relação a outros distúrbios mentais (North et al., 1993).

3.9- O conceito de limitação do comportamento social

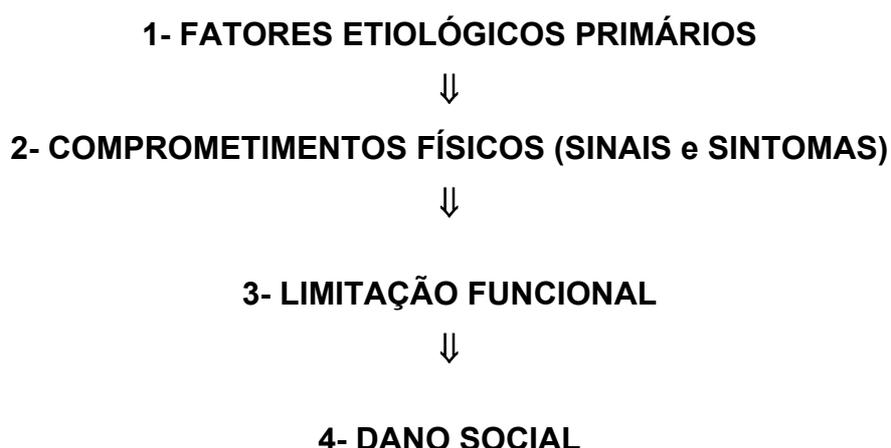
A grande transformação proposta pela reforma psiquiátrica é a transferência da assistência a pacientes internados, por longos anos, em hospitais psiquiátricos

para alternativas de atendimento na comunidade. São pacientes afastados há longo tempo da sociedade, com o comportamento social, muitas vezes, prejudicado e que representam o grande desafio no processo da saída das instituições fechadas. Para esses pacientes, a reabilitação é fundamental para possibilitar o retorno à vida comunitária, a partir de um planejamento de intervenção de acordo com o nível de dependência, necessidade de tratamento e limitação do comportamento social.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1980) adotou um modelo internacional que abrange tanto a dimensão médica, quanto a dimensão social na classificação das doenças (Figura 1). Nesse modelo, os comprometimentos (*impairment*) incluem os sinais e os sintomas que os médicos elegem para caracterizar um diagnóstico, o qual reflete a presença de uma disfunção orgânica. Em saúde mental, essa alteração é descrita em termos fenomenológicos, sendo definida pelo diagnóstico psiquiátrico.

A limitação funcional (*disability*) * é definida como a limitação do desempenho social de uma pessoa em razão das alterações físicas primárias. O *handicap* é de natureza social, sendo definido como as desvantagens experimentadas pelo indivíduo como consequência das alterações físicas e do comprometimento social. Nessa figura, os dois primeiros itens correspondem ao modelo médico, enquanto que o terceiro e o quarto ao modelo social.

Figura 1- Modelo de comprometimentos e danos sociais da OMS



Esse modelo em psiquiatria está longe de ser perfeito, particularmente com relação aos distúrbios mentais maiores. O diagnóstico do câncer pulmonar, por exemplo, pode ser confirmado através de vários procedimentos complementares. Na

maioria dos distúrbios mentais não existe a possibilidade de confirmação diagnóstica através dos exames complementares, e nem da presença de uma disfunção orgânica demonstrável. O diagnóstico psiquiátrico é baseado no relato e nas experiências do paciente, que o psiquiatra tenta enquadrar em uma síndrome. Esse diagnóstico baseado em sintomas pressupõe a presença de uma psicopatologia subjacente.

O diagnóstico psiquiátrico pode sofrer influências de vários fatores, os quais podem diminuir a sua confiabilidade. Alguns desses fatores, citados a seguir, foram apresentados em um grande número de estudos:

- características sociodemográficas diferentes, tanto do psiquiatra quanto do paciente;
- características socioculturais diferentes entre países e regiões;
- diferentes linhas de abordagens utilizadas pelos psiquiatras;
- o bias de memória do respondente, sobretudo quando se refere aos distúrbios por toda a vida.

* Traduzimos *disability* como limitação por falta de outra mais adequada, mas sabendo que essa tradução ainda não condiz precisamente com o termo. O mesmo pode-se dizer com relação à *handicap*, que foi traduzido por dano.

Esses fatores têm prejudicado a utilização do diagnóstico psiquiátrico para a avaliação, a reabilitação e o prognóstico dos distúrbios mentais, tornando esse procedimento de avaliação bastante questionável. Segundo autores como Wing (1989) e Sturt & Wykes (1987), pelo diagnóstico psiquiátrico excluir o elemento social na sua definição e classificação dos sintomas, ele não é uma boa medida da limitação funcional (*disabilities*) e nem da dependência ao tratamento do paciente. Na transferência do cuidado em saúde mental dos hospitais para a comunidade, a avaliação da limitação do comportamento social tornou-se imprescindível no acompanhamento da reabilitação do paciente.

Enquanto que o diagnóstico psiquiátrico não é um preditor do prognóstico de reabilitação de um paciente, o comportamento social tem-se mostrado altamente correlacionado com o grau de dependência dos pacientes aos diferentes serviços psiquiátricos, sendo mais preditivo do que os sintomas psiquiátricos para a avaliação da reabilitação de pacientes (Wykes & Sturt, 1986).

O próprio conceito de limitação social não é de fácil operacionalização (Wing, 1989). A primeira crítica levantada pelo autor dizia respeito a própria definição desse conceito, sendo difícil, em alguns casos, a separação entre as manifestações dos distúrbios mentais daquelas da limitação social. O segundo problema é com relação à expectativa pessoal ou social do desempenho social de cada indivíduo. Este pode variar enormemente, não existindo um padrão em que ele possa ser julgado. O pesquisador deve considerar todas as situações, como, por exemplo, aquela em que um indivíduo não deseja ter um desempenho social adequado por vontade própria. Esse problema, segundo o autor, pode ser resolvido empiricamente.

Das muitas escalas que têm sido utilizadas para medir as limitações do comportamento social dos pacientes psiquiátricos na Inglaterra, a Social Behaviour Scale (SBS) (Wykes & Sturt, 1986) é uma das mais conhecidas e amplamente utilizada.

3.10- A avaliação da limitação do comportamento social nos moradores de rua

As entrevistas psiquiátricas têm sido usadas como instrumentos para detectar a presença de distúrbios mentais nos moradores de rua. Alguns estudos têm criticado esses instrumentos para tal finalidade, alegando que esses mediriam muito mais a adaptação daqueles indivíduos às suas circunstâncias, do que os distúrbios mentais propriamente ditos (Snow et al., 1986).

A validade do relato da população de rua para os entrevistadores tem sido questionada, sobretudo, quando eles se encontram somente uma única vez. A confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico é questionável, quando ele é realizado num grupo que vive em condições ambientais e sociais tão diferentes, como os moradores de rua (Shanks, 1981). Além de que o diagnóstico psiquiátrico não cobre outros fatores importantes como a limitação funcional, a dependência e a necessidade de tratamento dessa população. O autor estudou a qualidade dos dados obtidos por um questionário aplicado aos residentes em um albergue, e comparou as respostas obtidas por eles em duas ou três entrevistas realizadas por diferentes entrevistadores. O autor concluiu que para melhorar a qualidade dos dados, seria necessário que os entrevistadores conhecessem bem os entrevistados.

Encontrou-se inconsistência entre a avaliação clínica e o uso de instrumentos padronizados na detecção da presença de distúrbios psicóticos nos moradores de rua (Priest, 1976). Esse autor concluiu que os instrumentos padronizados davam

resultados enviesados para a detecção de distúrbios psicóticos.

Várias dificuldades são apontadas por alguns autores na utilização de escalas padronizadas para a avaliação de distúrbios mentais nos moradores de rua (Hamid, 1991). Essas dificuldades estão resumidas em seguida:

- a validade de um morador de rua em reportar os seus problemas num primeiro encontro com o entrevistador é questionável, graças, por exemplo, às suspeitas com relação ao entrevistador;
- a interpretação errônea das perguntas pelo entrevistado causada, especialmente, pelo seu baixo nível de escolaridade;
- pode-se confundir um comportamento adaptativo às difíceis circunstâncias com um distúrbio mental propriamente dito.

Por essas razões, Hamid et al. (1995) utilizaram a Social Behaviour Scale (SBS), a qual avalia as alterações do comportamento social através dos informantes-chave. Os autores analisaram as limitações do comportamento social dos moradores de albergues (homens), e as comparou com as dos pacientes psiquiátricos crônicos; encontraram que somente uma pequena parcela dos moradores tinha comportamento psicótico, diferente da amostra dos pacientes crônicos. Esses moradores não apresentavam histórias de internação psiquiátrica crônica. Como essa escala não tinha sido usada, ainda, em moradores de rua, os autores realizaram o estudo de sua confiabilidade, encontrando um índice kappa de 0,70 ($dp=0,03$), mostrando que a SBS era um instrumento confiável para ser usado nesse tipo de população.

Alguns autores, como Bachrach (1987), questionam a avaliação da limitação do comportamento social em moradores de rua. Ela argumenta que além da dificuldade da definição da população de rua e dos distúrbios mentais, a dificuldade também está presente na diferenciação entre *impairment*, *disabilities* e *handicaps*, e seus relacionamentos com os distúrbios mentais nessa população. Segundo a autora: "*in these people many other social and environmental factors could confound its interpretation*".

Entretanto, conforme demonstrado no estudo de Hamid et al. (1995), a SBS mostrou-se confiável na avaliação de limitação social dos moradores de rua. No seu estudo, além de uma boa confiabilidade total encontrada, os itens da escala apresentaram um bom nível de concordância, variando de 81% a 100% (média de

92%). Portanto, segundo os autores, a escala apresentou-se também apropriada para a medição do comportamento social nos moradores de rua.

3.11- O uso do Composite International Diagnostic Interview (CIDI) para a avaliação de distúrbios mentais nos moradores de rua

Apesar de as dificuldades relatadas anteriormente, a psiquiatria vem tentando aumentar a confiabilidade diagnóstica da área. A Associação Americana de Psiquiatria introduziu definições padronizadas e um sistema multiaxial na terceira versão do *Manual de Distúrbios Mentais*. Um sistema similar foi também utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na décima versão do *Código Internacional das Doenças*. Existem, também, tentativas para padronizar os diagnósticos, utilizando programas de computador.

Um dos instrumentos desenvolvidos para aumentar a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, sob a orientação do Instituto Nacional de Saúde dos EUA e da OMS, foi o Composite International Development Interview (CIDI). Esse instrumento foi baseado em dois predecessores DIS (Robins et al., 1981) e no Present State Examination (Wing et al., 1974).

Os pesquisadores que desenvolveram o CIDI tentaram suplantar as críticas acerca da utilização de instrumentos padronizados utilizados por não-clínicos para a avaliação de distúrbios mentais. Realizou-se o estudo de validação e de confiabilidade desse instrumento em cerca de 17 países de diferentes culturas em todo o mundo, inclusive no Brasil. Duas metodologias foram introduzidas com o objetivo de atenuarem o bias de memória que pode acontecer na estimativa de prevalência de distúrbios mentais por toda a vida. Esse instrumento avalia tanto a taxa por toda a vida quanto à do último ano. O período de tempo avaliado por essa última taxa é bem menor, diminuindo a probabilidade do bias de memória. Outra estratégia é o uso de uma série de perguntas que estimulam as lembranças das pessoas com relação aos distúrbios mentais que possam ter apresentado no passado. Isso é realizado, por exemplo, apresentando ao entrevistado uma lista de situações que poderiam acontecer a ele caso tivesse algum distúrbio mental.

Mas é claro que esses ajustes ainda são limitados para a superação de todos os problemas concernentes ao uso de instrumentos padronizados. O ideal seria a utilização de entrevistadores com larga experiência clínica em várias seções, coletando dados de várias fontes. Entretanto, isso se torna impraticável em grandes

amostras populacionais. Conforme o relato de Kessler et al. (1994), a redução da precisão diagnóstica é o preço que se paga para a implementação dessas pesquisas.

A maioria dos estudos ultimamente tem utilizado instrumentos padronizados, como o CIDI, para avaliação de distúrbios mentais nos moradores de rua. Craig et al. (1996) realizaram um estudo para verificar a validade do CIDI para avaliação desses distúrbios nos moradores de rua. Para isso, foram selecionados 30 moradores de albergues com idade adulta que seriam primeiramente entrevistados com o CIDI e depois de um mês seriam re-entrevistados novamente por um psiquiatra altamente treinado no Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). Posteriormente, os resultados dessas entrevistas seriam comparados. Nesse estudo foi concluído que o CIDI apresentava alto grau de concordância com o SCAN, sendo um instrumento confiável para a avaliação de distúrbios mentais nos moradores de rua.

4. ESTUDOS QUE AVALIARAM DISTÚRBIOS MENTAIS NOS MORADORES DE RUA

A presença de estudos acerca dos moradores de rua, particularmente sobre seus distúrbios mentais e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica, tem sido marcante tanto nos EUA como na Inglaterra. Em outros países, entretanto, essa população não é, ainda, tão estudada. Por isso, o presente estudo apresenta uma maior proporção de estudos oriundos desses dois países.

4.1- Distúrbios mentais maiores em moradores de rua dos EUA

O número da população de rua tem crescido paralelamente com o processo de desinstitucionalização psiquiátrica nos EUA. Baxter & Hopper (1982) realizou um estudo antropológico da população de rua da cidade de Nova Iorque. Os autores encontraram um alto número de indivíduos com problemas mentais, vindo, sobretudo, dos hospitais estaduais, que tinham passado pelo processo de

desinstitucionalização psiquiátrica.

Entrevistaram-se 78 moradores de rua (homens, mulheres e crianças), que estavam abrigados num *emergency shelter* da cidade de Nova Iorque. A grande maioria (90%) apresentava distúrbios psicológicos graves: 50% apresentaram psicose; 29% apresentaram alcoolismo crônico; 21% distúrbios de personalidade. Cerca de um terço tinha sido hospitalizado para tratamento em hospitais psiquiátricos anteriormente à pesquisa (Bassuk et al., 1984).

Na cidade de Baltimore, efetuou-se um estudo que comparou uma amostra de 51 (94% homens) moradores de albergues com 1.338 moradores do sexo masculino da mesma região. A idade média era similar nas duas amostras (38 anos para os moradores de albergues e 34 anos para a população em geral). A amostra de 51 moradores de rua apresentou um maior escore de sofrimento mental avaliado pelo General Health Questionnaire (GHQ), e também uma maior taxa de distúrbios mentais. Os autores alegaram que, embora a amostra fosse pequena e o instrumento utilizado não fosse adequado para a avaliação de distúrbios mentais maiores, a população de rua apresentou uma proporção bem superior de distúrbios mentais quando comparada com a população em geral. Além disso, um terço da população de rua (33%) relatava hospitalização psiquiátrica prévia (Fisher et al., 1986).

Gelberg et al. (1988) fizeram entrevistas clínicas com 529 moradores de rua, adultos, provenientes de diferentes locais como albergues, ruas etc, na cidade de Los Angeles, em 1985. Os principais resultados foram os seguintes: a idade média era de 34 anos (faixa etária de 18 a 78 anos); 83% eram homens; 29% relataram hospitalização psiquiátrica prévia por problemas mentais, emocionais ou nervosos; 22% por problemas com álcool e 14% por problemas com drogas; 44% da amostra relatou que havia sido internada em hospital de psiquiatria; 15% tinham sido tratados em ambulatórios psiquiátricos e 41% nunca tinham utilizado serviços de atendimento psiquiátrico; 60% dos indivíduos que foram internos de hospitais de psiquiatria apresentavam sintomas psicóticos nas duas semanas anteriores às entrevistas.

Esses primeiros estudos realizados nos EUA, até meados da década de 80, apresentaram os seguintes problemas, que dificultaram a generalização de seus dados:

- amostras pequenas;
- problemas na seleção das amostras, ou seja, elas não eram probabilísticas;

- não utilizaram instrumentos padronizados para a avaliação dos distúrbios mentais.

No final da década de 80, esses problemas começaram a ser solucionados pelos estudos vindouros. Um importante estudo foi executado por Koegel et al. (1988) na cidade de Los Angeles, sendo entrevistados 379 moradores de rua (96% homens), que viviam no centro da cidade. Treinaram-se entrevistadores leigos com o DIS/DSM-III para avaliar os distúrbios mentais maiores dessa população. Os principais resultados encontrados foram: esquizofrenia (13,1%), distúrbio bipolar (10,6%), depressão (18,3%), distímia (9,3%), abuso/dependência de álcool (62,9%) e abuso/dependência de drogas (69,2%).

Avaliaram-se os distúrbios mentais de 223 moradores de rua (homens) selecionados aleatoriamente, que entraram pela primeira vez como morador de albergue na cidade de Nova Iorque (Susser et al., 1989). Esses autores empregaram os seguintes instrumentos:

- Structured Clinical Interview baseado no DSM-III-R para distúrbios psicóticos;
- The Short Michigan Alcoholism Screening Test;
- Centre for Epidemiological Studies of Depression Scale.

Os principais resultados encontrados foram: 17% da amostra tinha uma história provável de psicose, sendo que o diagnóstico confiável de esquizofrenia foi realizado em 8% da amostra, enquanto em 58% foi evidenciado abuso de álcool/drogas.

Uma amostra representativa de 900 moradores de rua (600 homens e 300 mulheres) da cidade de St. Louis foi estimada sistematicamente (North & Smith, 1993). Utilizou-se o DIS para avaliação de distúrbios mentais de acordo com o DSM-III-R. As mulheres eram significativamente mais jovens que os homens (média de 29 anos e desvio-padrão de 8,6 anos para as mulheres e 35 anos com desvio-padrão de 10,8 anos para os homens). Cerca de 47,7% das mulheres e 76,7% dos homens relataram pelo menos um diagnóstico psiquiátrico por toda a vida. As mulheres apresentaram uma menor taxa de abuso de substâncias em relação aos homens. Relatou-se uma história de abuso de drogas em 74,7% dos homens e 30,8% das mulheres. Aproximadamente 24,7% das mulheres e 18,4% dos homens relataram depressão maior.

Haugland et al. (1997) calcularam a prevalência de distúrbios mentais maiores e abuso de álcool/drogas de acordo com o DSM-III-R em 201 moradores de

albergues selecionados casualmente em um subúrbio de Nova Iorque (89% eram homens com média de idade de 37 anos). Para se avaliar se o indivíduo tinha ou não um distúrbio mental, foram utilizados dois critérios: o diagnóstico segundo o DSM-III-R (1989) e uma história de tratamento do distúrbio mental. Se o indivíduo não os preenchesse, ele seria classificado como não tendo distúrbio mental. Encontrou-se que 15% da amostra apresentava distúrbios mentais maiores (10% de esquizofrenia, 4% de distúrbios do humor e 1% de psicose atípica), 51% com história de abuso/dependência de álcool e 72% com diagnóstico de abuso/dependência de drogas.

É importante notar que os trabalhos mais recentes apresentaram taxas menores de distúrbios mentais maiores em comparação com os estudos anteriores. Isso pode ter acontecido em decorrência desses estudos serem mais rigorosos, utilizarem entrevistas padronizadas para avaliação de distúrbios mentais e os tamanhos de amostras (aleatórias) serem apropriados. A taxa de prevalência desses trabalhos, que iniciaram no fim da década de 80 nos EUA, é resumida a seguir:

- a taxa de prevalência de esquizofrenia variou de 8% a 17%;
- a taxa de prevalência de distúrbios do humor variou de 4% a 40%;
- a taxa de prevalência de abuso/dependência de álcool e drogas variou de 50% a 73%.

Nota-se que a maior variação de taxas ocorreu nos distúrbios do humor. Isso se deve ao estudo de Haugland et al. (1997) onde a prevalência encontrada foi muito menor que a dos outros estudos. Segundo a observação dos próprios autores, esse fato provavelmente se deve ao critério de inclusão, no qual era necessário a presença do distúrbio e a história de tratamento psiquiátrico.

Alguns estudos como os de Culhane et al. (1998) e de Salit et al. (1998) criticaram o uso de instrumentos padronizados, como o DIS, para a avaliação de distúrbios mentais nos moradores de rua, pois esses instrumentos foram desenvolvidos para população domiciliada e eles superestimariam a taxa de distúrbios mentais maiores nos moradores de rua, particularmente a taxa de distúrbios por toda a vida. Além de que, nesses instrumentos o entrevistado relata os seus sintomas, o que pode ser difícil nesse tipo de população, especialmente, numa única entrevista.

A pesquisa realizada por Culhane et al. (1998) calculou a taxa de tratamento

psiquiátrico para 27.638 moradores adultos de rua, que utilizaram os albergues públicos da cidade de Filadélfia nos EUA nos anos de 1990 a 1992. Eles puderam realizar esse estudo porque a cidade tem os registros automatizados de todos os usuários de albergues. Encontraram que 21% da população tinha recebido tratamento para distúrbios mentais; 10,8% para distúrbios mentais maiores; 25,3% para distúrbio por uso de substâncias.

O outro estudo foi realizado em Nova Iorque por Salit et al. (1998), que fez o levantamento de altas hospitalares de todos os hospitais gerais públicos e privados, entre 1992 e 1993. O paciente que recebia alta era considerado morador de rua se na sua ficha estivessem contidas as seguintes palavras: *homeless, undomiciled ou shelter*. Os autores compararam os pacientes moradores de rua com aqueles de baixa renda; encontraram 18.864 moradores de rua (81,7% de homens) e destes 51,5% tinham realizado tratamento para abuso de substâncias e distúrbios mentais. Para a população de moradores de rua, 80,6% das admissões hospitalares eram por diagnóstico principal e/ou secundário de abuso por substância ou distúrbio mental, sendo quase duas vezes maior que a taxa encontrada nos outros pacientes.

É fundamental acentuar que esses dois últimos estudos foram realizados em locais onde o sistema de informações acerca dos pacientes era muito bem organizado, o que infelizmente não acontece em todos os lugares.

4.2- Distúrbios mentais maiores em moradores de rua do Reino Unido

Um dos primeiros estudos na área foi realizado por Lodge Patch, em 1971, num grande albergue de Londres, onde o autor avaliou 123 moradores selecionados aleatoriamente, usando um questionário com 64 itens referentes a sintomas psiquiátricos. Lodge Patch (1971) encontrou 18% desses indivíduos com esquizofrenia, 10% com depressão e 5% com distúrbio de personalidade. Embora 23% tenham sido internados em hospital psiquiátrico anteriormente à pesquisa, somente 5% receberam qualquer tipo de tratamento psiquiátrico após a alta.

Realizou-se uma comparação acerca da frequência de distúrbios mentais entre uma amostra de 79 moradores de três albergues da cidade de Edimburgo com uma de 44 pacientes psiquiátricos. Enquanto na amostra de moradores tinha uma porcentagem maior de indivíduos com esquizofrenia, na amostra clínica havia maior porcentagem de alcoolismo e distúrbio de personalidade (Priest, 1976).

Em 1986, em Londres, entrevistaram-se 100 moradores de rua (homens), no dia de Natal. Encontraram-se os seguintes resultados: 54 eram psicóticos agudos, e

12 deles não tinham tido nenhum contato com serviços psiquiátricos (Weller et al., 1987). Marshall (1989) entrevistou 48 residentes em dois albergues em Londres, os quais foram selecionados pelos próprios funcionários dos serviços, obedecendo aos seguintes critérios:

- residência contínua por, no mínimo, dois meses;
- sinais persistentes de problemas mentais graves;
- dificuldade em se cuidar sozinho na comunidade.

O autor encontrou que 16 tinham sintomas de neurose, 29 de psicose aguda e 32 com déficit de memória. Dos 48 entrevistados, 43 tinham histórias de internações psiquiátricas anteriores. Marshall (1989) concluiu que os albergues estavam alojando pacientes psiquiátricos, que tinham sido desospitalizados pelo processo de desinstitucionalização.

Existem várias limitações metodológicas desses estudos realizadas no Reino Unido até metade da década de 80, que inviabilizaram a generalização de seus resultados:

- amostras não representativas;
- problemas na seleção das amostras;
- o não-uso de instrumentos padronizados para avaliação de distúrbios mentais.

Alguns estudos mais recentes realizados no Reino Unido têm mostrado que a frequência de indivíduos com distúrbios mentais maiores entre os moradores de rua não tem aumentado proporcionalmente nesse país, apesar de a continuidade do processo de desinstitucionalização psiquiátrica. A alta de pacientes internados cronicamente não é o principal fator que está contribuindo para o aparecimento de indivíduos com distúrbios mentais maiores entre os moradores de rua, e sim outros fatores como as dificuldades dos serviços mentais em admitir para tratamento os novos pacientes crônicos em fase aguda da doença (Leff, 1993). Esse fato também é apontado por Craig & Timms (1992), os quais relataram que os moradores de albergues que apresentam distúrbios mentais maiores não são aqueles que tiveram alta dos hospitais psiquiátricos como parte do processo de desinstitucionalização, e sim novos pacientes crônicos que não estão recebendo tratamento adequado.

Na cidade de Edinburgo, Geddes et al. (1994) realizaram um estudo com o objetivo de comparar a prevalência de esquizofrenia entre os moradores de albergues nos anos de 1966 e 1992. Efetuaram-se amostras aleatórias, tanto em

1966 como em 1992, dando um total de 98 moradores em ambos os anos. Utilizaram-se os seguintes instrumentos: a história psiquiátrica; o Symptom Sign Inventory (SSI) e toda a informação disponível. A proporção de homens era de 81% em 1966 e de 88% em 1992. Encontrou-se 25% de esquizofrenia em 1966 e 9% em 1992.

Um estudo seccional foi feito em 64 mulheres moradoras de um albergue em Londres, sendo empregados os seguintes instrumentos:

- Structured Clinical Interview (SCID-PD), versão para distúrbios psicóticos baseada no DSM-III-R;
- Social Behaviour Scale (SBS);
- Mini-Mental (MMSE).

A faixa etária encontrada foi de 18 a 82 anos com uma média de 44 anos. Acharam que 50% apresentaram distúrbios mentais maiores (42% de esquizofrenia e 8% de distúrbio afetivo maior), e todas as 64 mulheres apresentaram alterações no Mini-Mental. As alterações na SBS foram mais freqüentes naquelas que apresentaram distúrbios mentais maiores. Os autores concluíram que as mulheres moradoras de rua apresentam um alto nível de morbidade psiquiátrica e disfunções sociais (Adams et al., 1996).

4.3- Distúrbios mentais maiores em moradores de rua de outros países

Na cidade de Melbourne, Austrália, um total de 382 moradores de albergues do sexo masculino foram entrevistados por clínicos treinados no Structured Clinical Interview (SCI) (Herrman, 1990). Cerca de metade dos respondentes recebeu pelo menos um diagnóstico de distúrbio mental maior, e aproximadamente 20% receberam o diagnóstico atual ou por toda a vida de distúrbios psicóticos.

Em Vancouver, no Canadá, realizou-se um estudo com o objetivo de determinar a proporção de problemas mentais ou emocionais entre os moradores de rua (Acorn, 1993). Entrevistaram-se 124 (88 homens e 36 mulheres) moradores de sete albergues da cidade no período de maio a junho de 1991. Utilizou-se a Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) para avaliar o *status* de saúde mental. A média de idade encontrada foi de 32 anos com uma faixa etária de 16 a 75 anos. Os principais resultados encontrados foram: um total de 24 indivíduos apresentaram problemas mentais ou emocionais; 43% relataram tratamento psiquiátrico anterior (12 eram

esquizofrenia, 3 distúrbio bipolar e 3 depressão maior). Com relação à BPRS, os escores mais altos foram para depressão e ansiedade.

A comparação das taxas de distúrbios mentais (depressão maior, distímia, déficit cognitivo e esquizofrenia) entre os moradores de rua de Madri e de Los Angeles foi efetuada por Muños et al. (1998). Em Madri, entrevistaram-se 262 moradores de rua selecionados aleatoriamente de vários lugares como ruas, albergues e outros serviços que atendiam essa população. Utilizou-se o Composite International Diagnostic Interview (CIDI) para a avaliação dos distúrbios mentais. Em Los Angeles, entrevistaram-se 1.563 moradores de rua selecionados casualmente de vários lugares, sendo utilizado o DIS para a avaliação dos distúrbios mentais. Apesar de utilizarem instrumentos diferentes, os dados dos dois estudos foram submetidos a uma análise estatística única. Cerca de 89% e 93% eram homens com uma média de idade de 42 e 36,8 anos, nas amostras de Madri e Los Angeles, respectivamente. Os resultados não mostraram diferenças significativas na prevalência de distúrbios mentais maiores por toda a vida entre os dois países, Madri e Los Angeles, respectivamente (18,3% *versus* 23%). Entretanto, a amostra de Madri mostrou uma maior prevalência de distímia nos últimos 12 meses e déficit cognitivo em relação a Los Angeles.

Dois estudos internacionais utilizaram o CIDI para a avaliação de distúrbios mentais. O primeiro foi conduzido por Vasquez et al. (1997), em Madri, os quais realizaram um estudo para estimar a prevalência por toda a vida de distúrbios mentais maiores nos moradores de albergues. Usou-se o CIDI em 261 moradores de rua (205 homens e 56 mulheres). A amostra foi coletada aleatoriamente de instituições que atendiam os moradores de rua. No momento da pesquisa, os entrevistados moravam nas seguintes localidades: 57% nos albergues, 27% nas ruas e os 16% restantes em outros lugares como hotéis de baixo custo. A média de idade encontrada foi de 41,9 anos com desvio-padrão de 12,7 anos. A classificação dos distúrbios mentais baseou-se no DSM-III-R (1989). A prevalência total desse estudo foi de 67%; 19,8% de distúrbios de humor depressivo; 4,2% de esquizofrenia; 44,3% de abuso/dependência de álcool; 13,2% de abuso/dependência de drogas; 6,3% de déficit cognitivo severo.

O segundo foi realizado em Paris (Kovess & Lazarus, 1999). Uma amostra aleatória foi coletada de vários tipos de instituições, que atendiam essa população, como os albergues, os sopões etc. A classificação dos distúrbios mentais baseou-se

no CID-10. A distribuição dos entrevistados, segundo o local de moradia no momento da pesquisa, foi a seguinte: 73,3% nos albergues emergenciais; 13,3% nos albergues de longa permanência; 13,4% moravam nas ruas. O tamanho da amostra foi de 715 pessoas, sendo a grande maioria de homens (84,7%) situados, sobretudo, na faixa etária de 26 a 40 anos (41%). A prevalência total desse estudo foi de 57%.

Os resultados desses estudos foram comparados com os de Kessler et al. (1994), que estimou a prevalência por toda a vida de distúrbios mentais na população geral dos EUA, usando o CIDI (n=18.571). A prevalência total encontrada nesse estudo foi de 48%.

Conforme se observa na Tabela 3, as prevalências de depressão e esquizofrenia foram muito maiores em Paris, comparando-se com Madri e a população geral dos EUA. No entanto, a taxa de alcoolismo não foi diferente da população geral, sendo bastante inferior à de Madri. Não houve grandes diferenças entre as taxas de dependência de drogas entre as três localidades. A alta prevalência tanto de esquizofrenia como de depressão em Paris não foi explicada pelos autores. As taxas encontradas em Madri foram todas maiores que aquelas da população geral.

Tabela 3- Distribuição dos distúrbios mentais avaliados pelo CIDI nos moradores de rua de Madri e de Paris

Distúrbios Mentais	Madri	Paris	EUA
	%	%	%
Esquizofrenia	4,2	16,0	0,6
Depressão Maior	19,8	33,3	12,7
Distímia	16,8	-	4,8
Déficit cognitivo grave	6,3	10,1	-
Dependência/abuso de álcool	44,3	24,9	20,1
Dependência/abuso de drogas	13,2	15,6	9,2

4.4- Comparações de distúrbios mentais maiores nos moradores de rua entre países

As comparações dos dados acerca de distúrbios mentais nos moradores de rua entre diversos países têm sido problemáticas, em razão da falta de consistência dos estudos. Os problemas surgem, especialmente, com a definição do que seja moradores de rua e a identificação de distúrbios mentais nessa população. Muitos pesquisadores definem população de rua como moradora de *shelters ou hostels*, sem observar as diferenças entre essas duas instituições. Mesmo com o uso de definições mais específicas como *literal homeless*, várias perguntas ainda necessitam serem respondidas. O período em que uma pessoa esteja vivendo nas ruas é um dado importante que necessita ser informado, porque disso pode resultar diferentes populações. Qual é o período que poderá definir uma pessoa como moradora de rua? Essa é uma questão importante, pois a população de rua crônica é diferente da transitória e da episódica.

Com relação à avaliação de distúrbios mentais, Bachrach (1984) enumera alguns problemas operacionais para entrevistar essas pessoas:

- elas são, freqüentemente, isoladas e amedrontadas;
- têm, geralmente, suspeitas do entrevistador;
- usam, freqüentemente, álcool e drogas;
- têm uma subcultura diversa dos entrevistadores;
- a própria condição de abandono em que se encontram pode ser confundida com distúrbio mental.

Além dessas barreiras operacionais, os achados de distúrbios mentais têm sido diferentes entre os estudos. Aqueles estudos da década de 80 não usavam instrumentos padronizados, resultando em grande inconsistência dos achados entre eles. Nos dias atuais, os estudos passaram a utilizá-los na caracterização de distúrbios mentais, amostras aleatórias e maiores que 100 indivíduos, diminuindo a inconsistência de achados. Entretanto, algumas questões ainda necessitam ser respondidas; por exemplo, qual será o instrumento mais apropriado para entrevistar esse tipo de população?

Mesmo com todas essas dificuldades na operacionalização desses estudos, é evidente que os distúrbios mentais maiores estão presentes nos moradores de rua,

e as comparações de estudos internacionais são importantes para o entendimento do processo que leva à condição de morador de rua nos diversos países.

É importante acentuar que sem uma definição compartilhada pela maioria dos pesquisadores do que seja morador de rua e, também, sem a definição do instrumento adequado para avaliação do distúrbio mental nessa população, assim como um processo adequado de amostragem, fica muito difícil a comparação entre os vários estudos.

4.5- Morbidade psiquiátrica no Brasil e na cidade do Rio de Janeiro

Estudos de prevalência de distúrbios mentais foram realizados em pacientes em cuidados primários de saúde em algumas cidades brasileiras. Pode-se citar os trabalhos de Busnello et al. em Porto Alegre e Mari (1986) na cidade de São Paulo, os quais encontraram uma prevalência de distúrbio mental em torno de 50% nessa população.

Um importante estudo de prevalência de distúrbios mentais na comunidade, realizado no Brasil, foi conduzido em três áreas metropolitanas, em 1991 (Almeida Filho et al., 1997). Os autores realizaram um estudo seccional em dois estágios, resultando numa amostra de 6.476 pessoas com idade superior a 14 anos. O objetivo foi de estimar a prevalência de distúrbios mentais na comunidade, baseando-se na classificação do Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III). Na primeira fase do estudo, todos os indivíduos selecionados aleatoriamente foram avaliados a fim de se rastrear a presença de sintomas psicopatológicos. Nessa fase, utilizou-se um instrumento com 44 itens, desenvolvido por Santana (1982), denominado de Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adulto (QMPA). A partir daí, extraía-se uma subamostra de pessoas que foram identificadas como suspeitas, e essas foram re-entrevistadas por um instrumento psiquiátrico padronizado, o DSM-III Symptom Checklist, adaptado e traduzido por Miranda et al. (1987). A Tabela 4 apresenta a estimativa da prevalência por toda a vida dos distúrbios mentais, ajustados por idade, dessas três grandes áreas metropolitanas do Brasil (Brasília, São Paulo e Porto Alegre).

Tabela 4- Estimativa da prevalência por toda a vida de distúrbios mentais classificados de acordo com o DSM-III e distribuídos por gênero em três regiões metropolitanas do Brasil

Distúrbio	Brasília		São Paulo		Porto Alegre	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Ansiedade	13,6	21,6	7,3	13,9	5,2	14,0
Fobia	10,8	22,7	4,9	10,4	7,7	20,5
Somatoforme	3,3	13,0	1,3	4,3	1,7	8,0
Obsessão	0,9	0,5	-	-	1,7	2,5
Ajustamento	1,9	2,2	-	1,2	1,7	1,5
Depressão	1,9	3,8	-	3,8	5,9	14,5
Mania	0,9	-	-	0,6	1,7	0,5
Psicose	-	0,5	-	1,2	2,4	2,5
Alcoolismo	15,0	1,1	15,2	-	16,0	2,5
Aprendizagem	3,3	2,7	3,6	1,7	2,4	4,5
Todos casos	47,0	53,8	32,7	28,8	35,0	49,9

Fonte: Almeida Filho et al. (1997).

De acordo com esse estudo, a prevalência total por toda a vida dos distúrbios mentais padronizados pela idade, nessas três metrópoles, situava-se entre 30% a 50%. A ansiedade e os distúrbios fóbicos foram os mais prevalentes, entre 10% a 18%, atingindo, sobretudo, às mulheres. No entanto, os resultados parecem confirmar que o alcoolismo é um dos distúrbios mentais mais prevalentes nas áreas urbanas do País, com taxas de 8% por toda a vida, alcançando, especialmente, os homens (prevalência em torno de 10 vezes maior que a mulher), conforme tabela anterior. É importante notar que os distúrbios mentais maiores de São Paulo situavam-se em torno de 3,1%, de Brasília em torno de 3,5%, enquanto os de Porto Alegre situavam-se em torno de 13,7%. Em termos de constituir amostra representativa multicêntrica, é seguramente, até agora, o melhor estudo realizado no País. Apesar de isso, pode ter havido alguma falha quanto a avaliar o objeto, acarretando, com isso, um excesso de distúrbios mentais, particularmente na amostra de Porto Alegre.

Esses resultados foram comparados com aqueles obtidos no estudo de Robins & Regier (1991), pois ambos utilizaram a mesma metodologia e sistema classificatório de distúrbios mentais. Esse último foi realizado em cinco grandes áreas metropolitanas dos EUA, sendo entrevistadas 20.291 pessoas institucionalizadas ou não, através do DIS, baseando-se no DSM-III. A diferença

entre esses estudos com relação à prevalência total dos distúrbios mentais não foi significativa, pois nos EUA essa variava de 28% a 41%. Encontrou-se o mesmo padrão da distribuição dos distúrbios mentais com respeito ao sexo.

4.6- Censo dos pacientes psiquiátricos internados na cidade do Rio de Janeiro

O primeiro censo de pacientes psiquiátricos, internados na cidade do Rio de Janeiro, foi efetuado em 1997 (Silva et al., 1999). A população era formada por todos os pacientes internados através do Sistema Único de Saúde (SUS) nos 20 hospitais psiquiátricos do Rio. A exceção foi a Colônia Juliano Moreira (CJM), onde somente os internos do Hospital Jurandir Manfredini foram incluídos. Os autores alegaram que a CJM é um macro-hospital com características distintas dos outros.

Nesse estudo, eles apresentaram características sociodemográficas e diagnósticas de 3.223 pacientes internados no dia 24/10/94. As características demográficas podem ser resumidas da seguinte maneira: a grande maioria era constituída por homens (66,6%) com idade inferior a 40 anos. Os que não terminaram o primeiro grau eram 73%, e $\frac{1}{4}$ era analfabeto. A proporção de solteiros era de 71,6% para os homens, e 61,1% para as mulheres. Embora 43,1% dos pacientes tivessem um trabalho temporário, no momento da sua primeira internação, somente a metade deles era capaz de trabalhar no momento do censo.

Tabela 5- Pacientes psiquiátricos dos hospitais do Rio de Janeiro distribuídos por diagnóstico e gênero

Diagnóstico	Homens	Mulheres	Total
	%	%	%
Esquizofrenia	39,8	46,6	42,1
Retardo Mental	10,0	8,5	9,5

Psicose não orgânica		6,9	11,4	8,4
Psicose Alcoólica		7,8	1,1	5,4
Dependência de álcool		6,7	0,5	4,6
Distúrbios do Afeto		1,8	5,9	3,2
Epilepsia		1,7	2,1	1,8
Inespecífico		14,3	18,0	15,8
Número total		2.126	1.097	3.223

Fonte: Silva et al. (1999).

Verifica-se que o distúrbio mais prevalente foi a esquizofrenia (42,1%), seguida pelo alcoolismo (10%), retardo mental (9,5%) e distúrbios do afeto (3,2%). É importante mencionar que o diagnóstico foi inespecífico em 15,8% dos indivíduos. As mulheres tiveram uma maior prevalência de distúrbios afetivos, enquanto que os homens tiveram uma prevalência maior de dependência alcoólica. A prevalência total de distúrbios mentais maiores no censo foi de 53,7%, incluindo esquizofrenia, psicose não orgânica e distúrbios afetivos (Tabela 5).

4.7- Um estudo de deficiência cognitiva realizado em uma amostra de idosos na cidade do Rio de Janeiro

Uma pesquisa foi realizada com o objetivo de avaliar a deficiência cognitiva da população idosa de três bairros da cidade do Rio de Janeiro (Veras, 1991). Escolheram-se os bairros de Copacabana (n=252), Méier (n=244) e Santa Cruz (n=242) como representantes da população rica, média e pobre da cidade, respectivamente. O questionário utilizado foi o Brazil Old Age Schedule (BOAS), que é um instrumento de avaliação funcional, desenvolvido para estudos em população idosa, sendo seu estudo de validação e confiabilidade realizado na cidade do Rio de Janeiro.

Encontrou-se uma prevalência total de deficiência cognitiva de 15,04%, e 5,95% para Copacabana, 9,84% para o Méier e 29,75% para Santa Cruz. Chama a atenção a alta prevalência dos déficits em homens e mulheres com mais de 80 anos em Santa Cruz, que foram, respectivamente, 83,3% e 64%. Segundo o autor, um importante fator para a explicação dessa alta taxa no bairro de Santa Cruz foi o

maior número de moradores com baixo grau de instrução nessa localidade, que poderia ter influenciado nos resultados.

4.8- Distúrbios mentais maiores e a condição de morador de rua no Brasil/Rio de Janeiro

No Brasil/Rio de Janeiro, a relação entre os distúrbios mentais maiores e a condição de morador de rua não pode ser conhecida por dois motivos importantes: a desinstitucionalização é, ainda, um movimento que não vingou no País; e o mais importante deles, a ausência de pesquisas sistemáticas referentes a esse assunto. Existem alguns relatos descritivos como o de Chnaiderman (1995), que entrevistou alguns indivíduos com problemas mentais, os quais moravam nas ruas da cidade de São Paulo.

O primeiro estudo de avaliação psiquiátrica de moradores de rua com metodologia adequada foi publicado recentemente (Heckert et al., 1999). A amostra foi selecionada entre os dias 24/02/97 a 10/03/97 na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Os indivíduos elegíveis para o estudo foram aqueles que estiveram morando nas ruas por pelo menos 12 meses com idade superior a 18 anos. Após três meses de coleta de dados, foi possível avaliar 83 indivíduos. Para a avaliação psicopatológica foi usado o Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), apresentando o diagnóstico psiquiátrico de acordo com o CID-10.

Os principais resultados demográficos foram: idade média de 39,6 anos com desvio-padrão de 12,7 anos; 85,5% eram homens; 17% analfabetos; 77% solteiros; 100% não tinham trabalho regular. Toda a amostra morava nas ruas, em média, por um período de três anos. Com relação aos distúrbios mentais, os principais resultados foram: 99% das pessoas apresentaram pelo menos um diagnóstico; o diagnóstico mais freqüente foi o de abuso/dependência de álcool (82%); distúrbios do humor (32,5%); abuso/dependência de drogas (31,3%); esquizofrenia (9,6%); distúrbios neuróticos (8,4%); distúrbios de personalidade (8,4%) e uma alta taxa de co-morbidade (78,3%).

Apesar de ser um importante estudo e, também, o primeiro realizado no Brasil sobre esse tema, algumas críticas são pertinentes e resumidas abaixo:

- o tamanho da amostra é inferior a 100 indivíduos e essa não é aleatória, resultando em dados muito instáveis e indeterminados, conforme observação dos próprios autores: *“a sample of 83 persons may not be large enough to provide*

stable estimates”;

- a coleta de dados foi realizada em várias localidades. Conforme foi relatado anteriormente, de acordo com o local em que é feito a coleta de dados, haverá uma diferença na prevalência de distúrbio mental.

Os estudos nos EUA e na Inglaterra, até o início da década de 80, apresentavam altas taxas de distúrbios mentais em decorrência de falhas metodológicas, o que pode ter acontecido nesse estudo. Mas fica ressaltada a grande importância dele como um inaugurador de uma importante área de trabalho em psiquiatria no Brasil, assim como o grande esforço do autor na coleta de dados.

Em grande medida, na presente pesquisa, fez-se um esforço para responder às seguintes perguntas:

- a proporção de distúrbios mentais maiores e/ou abuso/dependência de álcool e drogas dos moradores de albergues é diferente daquela dos pacientes internados em hospitais de psiquiatria do Rio de Janeiro?

- a proporção de distúrbios mentais maiores dos moradores de albergues é diferente da população em geral?

- qual é a distribuição dos fatores sociodemográficos dessa população?

- quais são as principais limitações sociais dessa população?

- as duas instituições estudadas se diferem quanto aos dados demográficos, aos distúrbios mentais maiores, abuso/dependência de álcool e drogas, e às limitações sociais?

- as limitações sociais dos moradores com distúrbios mentais maiores são mais intensas do que as do restante da amostra?

- os moradores com distúrbios mentais maiores e abuso/dependência de álcool e drogas apresentam alterações cognitivas mais graves do que as do restante da amostra?

- qual é a proporção dos moradores de albergues que já foi internada em hospitais de psiquiatria? Quais são os fatores que a diferem do restante da amostra?

- existem diferenças entre os homens e as mulheres da amostra com relação à proporção de distúrbios mentais?

5. OBJETIVOS E HIPÓTESE

5.1- Objetivo geral

Estimar a prevalência e as limitações do comportamento social dos

moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói.

5.2- Objetivos específicos do estudo

- estimar a proporção de moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói, que preencham os critérios para distúrbios mentais maiores, alterações cognitivas e o abuso/dependência de álcool e drogas;
- estimar a proporção dos fatores sociodemográficos dessa população;
- avaliar as limitações sociais;
- comparar os dados demográficos, os distúrbios mentais maiores e as incapacidades sociais das instituições avaliadas;
- comparar as limitações sociais entre os moradores com distúrbios mentais;
- comparar as alterações cognitivas dos moradores com distúrbios mentais maiores e abuso/dependência de álcool e drogas com o restante da amostra;
- estimar a proporção dos moradores de albergues que já foram internados em hospitais de psiquiatria e conhecer alguns fatores que os diferem do restante da amostra como distúrbios mentais, fatores sociodemográficos e limitações sociais;
- comparar as diferenças entre homens e mulheres em relação à proporção de distúrbios mentais, aos fatores sociodemográficos e às limitações sociais.

5.3- Hipótese

O presente estudo espera encontrar uma freqüência de distúrbios mentais maiores dessa população em torno de 10% a 20%, ou seja, não tão alta quanto a de pacientes internados em hospitais de psiquiatria, mas também não tão próxima à da população geral. Portanto, a atual população de albergados em instituições das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói é, sobretudo, a continuação de um problema social anterior, como desemprego e falta de moradia para população de baixa renda, que vem aumentando há décadas, e não como uma consequência principal do processo de desinstitucionalização psiquiátrica, como aconteceu nos EUA.

É consenso que o Brasil já possui uma legião de desamparados que, diariamente, aparecem nas principais manchetes do País. O movimento dos sem-terra já alcançou, praticamente, toda a área rural do País e nas grandes cidades o movimento dos sem-teto demonstra a gravidade da situação social e habitacional. As ruas e os poucos albergues públicos já estão abarrotados de indivíduos e

famílias com graves problemas socioeconômicos, que não têm mais para onde ir. Dentro desse contexto, como sobreviverão os doentes mentais graves caso a experiência de desinstitucionalização psiquiátrica dos EUA se repita no Brasil?

É sabido que as limitações e os comprometimentos sociais desses pacientes os prejudicam nas suas tarefas do dia-a-dia. Diante de ambiente tão adverso socialmente e o descompromisso do governo com a assistência pública, é muito provável que eles aumentem a legião dos desassistidos do País. Mas com um agravante ainda maior, a de que eles próprios não poderão lutar pelos seus direitos. Tal qual aqueles que estão internados, os que estão fora dos hospitais não têm condições mínimas de se organizarem sozinhos em associações que os proteja em todos os aspectos de suas vidas.

A hipótese alternativa supõe que a frequência de distúrbio mental maior na amostra não será diferente daquela encontrada nos pacientes internados em hospitais de psiquiatria, ou seja, em torno de 50%. Portanto, o morador de albergue apresenta uma alta proporção de esquizofrenia e distúrbios do humor. Tem-se divulgado que o aumento do número dessa população é decorrência do grande aumento de indivíduos com distúrbios mentais maiores. Esse aumento seria conseqüente ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica, que teve início na década de 80, no Brasil/Rio de Janeiro, como foi publicado no *O Globo* (1998). Esse processo, como aconteceu nos EUA, não foi bem planejado, levando ao aumento de moradores de rua com distúrbios mentais maiores.

O Brasil vive, no momento, um alto índice de desemprego. O movimento dos sem-terra e dos sem-teto avança, denunciando a crise econômica e a falta de respostas do governo aos problemas sociais. É alto o risco, nesse momento, da psiquiatrização da miséria. Na perspectiva de uma reforma psiquiátrica no Brasil, tem que se levar em consideração a escassez de serviços psiquiátricos na comunidade e as péssimas condições de vida dos familiares. Além de tratar-se de uma clientela desprovida dos menores meios para competir ou ingressar no mercado com eficácia garantida.

Uma parcela de doentes mentais graves nos EUA não se beneficiou do processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Ao contrário, esta população ficou desassistida em todos os sentidos, aumentando o número dos moradores de rua desse país, sem levar em conta a alta porcentagem de pacientes desospitalizados que não foram encontrados e uma grande parcela desses que foram para as

prisões.

6. METODOLOGIA

O presente estudo tentou corrigir as falhas metodológicas dos estudos anteriores, utilizando para isso um conceito operacional de morador de rua, um

tamanho de amostra adequado, uma amostra aleatória simples, um instrumento padronizado para avaliar os distúrbios mentais maiores e limitações do comportamento social.

6.1- Albergues selecionados para a pesquisa

A cidade do Rio de Janeiro foi a capital do Brasil entre 1763 e 1960. Ela é localizada no Sudeste, na região mais industrializada e urbanizada do País. Sua população é de 5.480.768 habitantes. A sua periferia é muito pobre, apresentando um grande número de pessoas, vivendo em péssimas condições de habitação. A cidade de Niterói pertence à região metropolitana do Rio de Janeiro, tendo uma população de, aproximadamente, 450 mil habitantes (IBGE, 1991).

Não existem dados oficiais dos moradores de albergues privados ou filantrópicos de ambas cidades, sendo difícil conhecer o número e as características dessa população. Quanto aos serviços públicos, essas duas cidades têm duas instituições que são responsáveis pela oferta de abrigo à população de rua:

- a Fundação Leão XIII, que é administrada pela Secretaria do Bem-Estar Social do Estado do Rio de Janeiro, tem três grandes albergues (Fonseca, Campo Grande e Itaipu) e um albergue para triagem (Bonsucesso);
- a Fazenda Modelo, que é um grande albergue administrado pela Secretaria de Habitação da cidade do Rio de Janeiro.

A principal diferença entre essas instituições diz respeito à população que abriga em suas dependências. Enquanto que a Fazenda Modelo abriga tanto as famílias quanto os moradores de rua solteiros, a Fundação Leão XIII abriga somente indivíduos solteiros.

De acordo com as premissas do presente estudo, e também de vários autores relatados anteriormente como Scott (1993), Bassuk et al. (1986) e Shin (1997), este realizou entrevistas somente com os indivíduos solteiros moradores da Fundação Leão XIII e da Fazenda Modelo.

O estudo foi realizado em quatro albergues públicos (Fonseca, Campo Grande, Bonsucesso e Itaipu), que são administrados pela Fundação Estadual Leão XIII, e também na Fazenda Modelo. Na Fundação Leão XIII, reside cerca da metade dos moradores de rua solteiros que moram em albergues públicos. Os dados apresentados a seguir foram coletados pelo último levantamento de prontuários feito, em 1995, naquela instituição.

O Centro de Recuperação Social do Fonseca é situado no bairro Fonseca no município de Niterói, ocupando uma área antes pertencente à Fundação Lar Operário Fluminense, sendo que o local foi incorporado à Fundação Leão XIII, em 1975. Atende a mulheres, com idade superior a 18 anos, recolhidas nas ruas da cidade do Rio de Janeiro. Em Fonseca, os albergados eram todos do sexo feminino (n=141), faixa etária com maior proporção era entre 30 a 55 anos (54%), solteiras (74,1%) e com o tempo de internação maior de cinco anos (72,3%).

O Centro de Recuperação Social de Campo Grande é situado no bairro de Campo Grande no município do Rio de Janeiro. Ele foi vinculado à extinta Secretaria de Serviços Sociais, em 1968, e à Fundação Leão XIII, em 1975. Destina-se ao atendimento de homens e mulheres moradores de rua com idade superior a 60 anos. Sua estrutura física compreende: um bloco onde funciona toda a parte administrativa, cozinha, lavanderia, carpintaria, padaria, capela, refeitório dos internos, campo de futebol, salas de serviço social, ambulatório médico, três enfermarias e cinco alojamentos.

Em Campo Grande, eram abrigados 613 pessoas, sendo 452 homens e 161 mulheres no momento das entrevistas. Dos homens, a faixa etária com maior proporção era a de 40 a 70 anos (64,5%), solteiros (75,5%) e com tempo de internação até cinco anos (64,01%). Das mulheres, a faixa etária de maior proporção era a de 40 a 70 anos (69,78%), solteiras (61,93%) e com tempo de internação de até cinco anos (50,97%).

O Centro de Recuperação Social de Itaipu é situado no bairro de Itaipu, município de Niterói. Ele foi adquirido por uma desapropriação da Fazenda do Engenho do Mato pelo Estado do Rio de Janeiro, em 1961, sendo incorporado à Secretaria de Serviços Sociais do antigo estado do Rio de Janeiro. Com a extinção dessa secretaria, em 1968, ele foi incorporado à Fundação Leão XIII, em 1975. Sua estrutura física compreende: um bloco onde funciona toda a parte administrativa, cozinha, lavanderia, carpintaria, padaria, capela, refeitório dos internos, salas de serviço social, ambulatório médico, uma enfermaria e seis alojamentos.

Em Itaipu, todos os albergados eram homens (n=181), a faixa etária de maior proporção era 40 a 70 anos (61,63%), solteiros (79,89%) e o tempo de internação de até cinco anos (74,89%).

O Centro de Triagem à população de rua é localizado no bairro de Bonsucesso na cidade do Rio de Janeiro, e abrigava 82 pessoas (64 homens e 14

mulheres). Ele era um imóvel da extinta Secretaria de Serviços Sociais, sendo incorporado à Fundação Leão XIII, em 1976. Destina-se à triagem e ao recolhimento da população de rua.

Todos esses centros contam com equipes multiprofissionais que compreendem: assistentes sociais, psicólogos, médicos, dentistas, farmacêuticos, nutricionistas, atendentes de enfermagem e pessoal de apoio (administrativo, almoxarifado, cozinha, lavanderia etc). Os internos com capacidade laborativa trabalham no setor informal na própria instituição (carpintaria, caseiros, padaria, refeitório etc) por iniciativa da própria Fundação Leão XIII.

Em suma, a população total desses albergues era de 1.017 pessoas, e 69% eram homens. Esse número se mantém constante há vários anos em razão de vários fatores como:

- precariedade de recolhimento da população de rua pela Instituição há vários anos;
- os indivíduos moram por muitos anos no local;
- o não-aumento do número de leitos pela Instituição por vários.

A idade média dos homens era de 50 anos, e das mulheres era de 43. A maioria deles era solteira, baixo nível de escolaridade e viviam albergados há longa data. Há vários anos que não se constroem mais leitos nos albergues e o recolhimento dessa população já é precário há muito tempo. É importante salientar que a população destes quatro albergues corresponde à cerca da metade dos residentes solteiros dos albergues públicos.

A Fazenda Modelo é um órgão subordinado à Secretaria de Habitação da cidade do Rio de Janeiro, sendo fundada em 1984 com o objetivo de abrigar e ressocializar a população de rua, as famílias removidas de área de risco, desabrigados etc. Com a sua sede localizada na Ilha de Guaratiba, bairro situado na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, a Fazenda Modelo ocupa uma área de 46 hectares com oficinas profissionalizantes, hortas, carpintaria, serralharia, criação de gado e agricultura, onde são realizadas atividades que visam profissionalizar e estimular o retorno dos internos ao mercado de trabalho. A Fazenda Modelo tem 15 alojamentos para solteiros (cinco para mulheres e dez para homens), nove alojamentos coletivos familiares, além de um grande número de casas isoladas que abrigam famílias de moradores de rua.

A Fazenda Modelo tem um convênio com a Companhia Municipal de Limpeza

Urbana (COMLURB), tendo como objetivo a promoção e ressocialização de 118 internos que participam em atividades como a limpeza de ruas em diversos bairros da cidade. Além de oferecer abrigo e alimentação à população de rua, a Instituição dispõe de profissionais especializados que realizam acompanhamento médico, psicológico e social aos internos.

A Fazenda Modelo abrigava 2.236 internos em março de 1999, número esse que se mantém relativamente constante durante os últimos dois anos em virtude dos seguintes fatos:

- o recolhimento da população de rua pela Instituição tem sido muito limitado nos últimos dois anos;
- os indivíduos recolhidos das ruas passam a morar na Instituição;
- não houve aumento do número de leitos na Fazenda Modelo nos dois últimos anos.

Desse total de 2.236 internos, 960 eram solteiros, sendo 748 homens e 212 mulheres. A Fazenda abrigava 450 crianças com as suas respectivas famílias. Não foi possível obter dessa instituição outros dados sociodemográficos.

6.2- Tipo de estudo

Um estudo seccional comumente é usado quando não se sabe muito acerca da ocorrência, da história natural e os determinantes de uma doença. O objetivo principal do estudo seccional é estimar a frequência de uma doença ou a sua tendência temporal, em uma população particular, a fim de gerar hipóteses etiológicas mais específicas (Kleinbaum et al., 1982). Esses estudos apresentam algumas vantagens em relação aos de coorte e caso-controle ao se estudar a população de rua. Eles são menos trabalhosos na sua execução com um custo-benefício maior que os outros, sendo também realizados em um tempo muito menor (Susser et al., 1993).

Entretanto, conforme o próprio relato desses autores, os estudos seccionais não estabelecem a direção do fator causal, portanto não sendo próprios para identificarem variáveis especificamente relacionadas à condição de morar nas ruas e aos distúrbios mentais maiores, e esse não era o objetivo do presente estudo. O estudo seccional era, também, adequado aos objetivos do presente estudo, porque se sabia muito pouco a respeito da relação entre distúrbios mentais maiores e a condição de morador de albergues.

A melhor forma de testar a hipótese seria estudar uma amostra representativa de toda a população dos moradores de rua de ambas cidades, incluindo tanto aqueles indivíduos que viviam nas ruas como aqueles que viviam albergados. Por causa da extrema dificuldade de operacionalização de tal estudo, resolveu-se estudar somente o segundo grupo, ou seja, aqueles que vivem albergados. E por todas as razões apresentadas anteriormente, o estudo seccional era o apropriado.

6.3- Amostra

A amostra foi coletada, primeiramente na Fundação Leão XIII e, posteriormente, na Fazenda Modelo. Os participantes foram selecionados através de uma amostra aleatória simples. Incluíram-se todos os indivíduos acima de 18 anos e solteiros, que estavam vivendo nos albergues. Seus prontuários foram numerados e escolhidos aleatoriamente. A amostra foi selecionada entre agosto de 1998 a março de 1999, na Fundação Leão XIII, e entre março de 1999 a julho de 1999, na Fazenda Modelo.

O tamanho da amostra para a Fundação Leão XIII foi de 165 residentes (frequência esperada: 15%; erro amostral: 5%; nível de confiança: 95%). O tamanho de amostra para Fazenda Modelo foi, também, de 165 residentes, sendo 34 mulheres e 131 homens (frequência esperada: 15%; erro amostral: 5%; nível de confiança: 95%). O tamanho total da amostra foi de 330 moradores (Fazenda Modelo e Fundação Leão XIII), sendo 247 homens e 88 mulheres (frequência esperada: 15%; erro amostral: 5%; nível de confiança: 99%) (Tabela 7).

As entrevistas foram realizadas no período de agosto de 1998 a julho de 1999. Solicitou-se um consentimento do entrevistado, no qual ele assinou um documento, relatando que aceitava participar do estudo e que o resultado seria mantido em sigilo, para uso da pesquisa, assegurando-se o total anonimato e não identificando nem o seu nome.

Tabela 6 – Número de moradores na Fundação Leão XIII e na Fazenda Modelo, com o tamanho amostral em parênteses

Albergue	Homem		Mulher		Total	
Fazenda Modelo	748	(134)	212	(31)	960	(165)
Fundação Leão XIII	701	(112)	316	(53)	1.017	(165)
Bonsucesso	64	(10)	14	(3)	82	(13)
Fonseca	-		141	(24)	141	(24)
Itaipu	183	(30)	-		183	(30)
C. Grande	454	(72)	161	(26)	615	(98)
Total	1.449	(246)	528	(84)	1.977	(330)

6.4- Instrumentos e avaliações

6.4.1- Características sociodemográficas

As características sociodemográficas avaliadas no presente estudo foram: idade, gênero, estado civil, nível educacional, local de nascimento, tempo de moradia nos albergues, ocupação atual e anterior, cor da pele, relatos de internação em hospitais de psiquiatria, relatos de doenças físicas, presença de parentes de primeiro grau e os tipos de moradias desses.

O estado civil foi classificado em quatro grupos:

- solteiro;
- casado ou vivendo regularmente com um parceiro/a;
- divorciado ou separado;
- viúvo.

A ocupação foi dividida em três níveis:

- desemprego;
- emprego temporário;
- emprego regular.

A faixa etária foi dividida em quatro itens:

- 15-29 anos;
- 30-49 anos;
- 50-64 anos;
- mais de 65 anos.

A escolaridade foi dividida de acordo com o grau em que o residente tinha

parado os estudos: primário, secundário, terciário e analfabeto. A cor da pele foi dividida em brancos e não brancos (negros e pardos). Os tipos de moradias incluíram questões relacionadas a casas de familiares, como condições de habitações dos familiares, número de pessoas nas casas etc. e se essas moradias teriam condições de abrigá-los.

6.4.2- Instrumento usado na avaliação dos distúrbios mentais

Seguindo orientações dos estudos de North et al. (1997), Susser et al. (1989), Craig et al. (1996), Vasquez et al. (1997) e Kovess & Lazarus (1999), o presente estudo utilizou o CIDI para avaliar os seguintes distúrbios mentais: esquizofrenia, depressão maior, distímia, distúrbio bipolar, déficits cognitivos e abuso/dependência de álcool/drogas. Esses são os distúrbios avaliados na maioria dos estudos da área. Os déficits cognitivos foram avaliados através do Mini-Mental (MMSE), o qual faz parte do CIDI.

A entrevista para preencher o CIDI consiste de 276 perguntas acerca dos sintomas de distúrbios mentais, mas nem todas as perguntas são necessariamente feitas, graças ao fato de que o entrevistado pode não manifestar certos sintomas chave (filtros), que são específicos para um determinado distúrbio. Não os tendo, passa-se a perguntar acerca de outros sintomas. Isso é, os filtros permitem pular várias perguntas que são implicadas ao sintoma-chave. Isso faz abreviar a entrevista, porque essa técnica obriga a restringir ao que é provável. O código de respostas é categórico, ou seja, a presença ou não do sintoma.

O CIDI permite a avaliação de cerca de 75 categorias diagnósticas, de acordo tanto com a classificação do DSM-III-R, quanto do CID-10. Em razão do seu formato flexível, o CIDI permite que os pesquisadores utilizem apenas seções que são de seus interesse. Perguntas adicionais são feitas para avaliar a duração e, também, a primeira e última ocorrência dos sintomas. Os códigos para avaliação do tempo de ocorrência dos sintomas são os seguintes:

- se os sintomas estavam presentes nas duas últimas semanas;
- se os sintomas estavam presentes entre 15 dias e 1 mês;
- um mês a seis meses;
- seis meses a um ano;
- mais que um ano.

O CIDI apresenta várias vantagens em relação a outros instrumentos na avaliação dos distúrbios mentais. A mais importante delas é o de ser um instrumento totalmente estruturado e padronizado, permitindo o estabelecimento da confiabilidade e validade. Essas características asseguram que os resultados de diferentes estudos possam ser comparados, e que as entrevistas possam ser administradas de uma maneira uniforme, permitindo que não-clínicos o administrem. Esse último ponto é de particular interesse para os estudos que vão realizar um número muito grande de entrevistas.

A validade do CIDI foi realizada num estudo multicêntrico mundial (Wittchen et al., 1991). A sua tradução para o português foi feita pelo departamento de psiquiatria da Escola Paulista de Medicina (EPM), que participou do estudo multicêntrico relatado anteriormente. O autor participou do treinamento de uma semana do CIDI oferecido pela EPM em 1993.

De acordo com o DSM-III-R (1989), os distúrbios mentais maiores incluem: esquizofrenia, distúrbio depressivo maior, distúrbio bipolar, condição orgânica psicótica transitória, condição orgânica psicótica crônica e estado paranóide. No presente estudo, foram considerados distúrbios mentais maiores a esquizofrenia, a depressão maior e o distúrbio bipolar. O abuso/dependência de álcool/substância não é incluído entre os distúrbios mentais maiores pela maioria dos pesquisadores da área.

6.4.3- Instrumento usado na avaliação das limitações do comportamento social

Seguindo a orientação do estudo de Hamid et al. (1995), o presente trabalho utilizou a SBS para avaliar as limitações do comportamento social. Essa escala foi traduzida para o português por Caetano (1997).

A SBS foi desenvolvida para avaliar as limitações do comportamento social dos pacientes psiquiátricos. É um instrumento de alta confiabilidade, que foi validada para ser utilizada nos setores hospitalares e comunitários. A SBS cobre 21 áreas comportamentais, que descrevem as maiores dificuldades enfrentadas pelos pacientes psiquiátricos de longa internação, as quais resultam em dependência ou admissão a serviços psiquiátricos. Os itens variam desde atividades da vida diária como higiene e cuidados pessoais até sinais de distúrbios mentais como depressão e agitação psicomotora. Essas informações são fornecidas por um informante-chave que tenha um contato constante com o paciente durante todo o mês anterior da

entrevista. Os itens têm escore de 0 a 4, sendo que o escore 0 significa que o paciente não teve problemas com relação a esse item no mês anterior a pesquisa, e o escore 4 que ele teve um problema grave nesse item.

O autor participou do estudo de confiabilidade dessa escala para a sua aplicação em pacientes crônicos no Brasil. Realizou-se um estudo em 46 pacientes crônicos, selecionados aleatoriamente de uma população de 200 internos da Unidade Franco da Rocha, pertencente à Colônia Juliano Moreira do Rio de Janeiro. Analisou-se a confiabilidade interentrevistadores (dois entrevistadores obtêm informações de um mesmo informante-chave) e a confiabilidade interentrevistador (um entrevistador obtém informações de dois informantes sobre o mesmo paciente). Obteve-se um índice total Kappa de 0,80, e 0,75 para ambas análises, índices considerados bons para a aplicação da escala (Lima et al., 1999).

6.4.4- Coleta de dados

Dois entrevistadores foram treinados previamente nos instrumentos que realizaram o trabalho de campo, e um deles era o autor principal do trabalho. A coleta dos dados foi efetuada em salas de atendimento, localizadas no interior das instituições estudadas, o que facilitou o contato com o entrevistado, garantido privacidade às suas respostas. Em primeiro lugar, explicava-lhe em que consistia a entrevista e, a seguir, foi pedido para o entrevistado assinar um documento em que ele consentia a sua participação na pesquisa. Após isso, era administrado o CIDI, e a entrevista com esse instrumento durava em torno de 30 a 45 minutos. Seguindo a orientação do próprio instrumento, o déficit cognitivo era o último item a ser avaliado. A SBS era aplicada ao informante-chave, numa entrevista que durava em torno de 10 a 20 minutos. Foram poucas as recusas em participar da entrevista (n=5), sendo duas na Leão XIII e três na Fazenda Modelo. A grande maioria das entrevistas (91%) foram feitas pelo autor do presente estudo.

6.5- Análise de dados

Realizaram-se estimativas da prevalência com intervalos de confiança de 95% e testes de significância estatística para comparação de proporções. Utilizou-se o Statistical Data Analysis (SPSS, 1986) para análise dos dados. Para a avaliação dos distúrbios mentais foi empregado o CIDI Computer Programs (Core Version 1.1,

October 1992). O CIDI apresentava o diagnóstico de acordo com o DSM-III-R (1989) e o CID-10. O presente estudo usou a classificação dos distúrbios mentais de acordo com o DSM-III-R* (1989), sendo essa classificação aproveitada em outros estudos internacionais, como os de Vasquez et al. (1997) e Craig et al. (1996), citados anteriormente.

*De acordo com o DSM-III-R (1989), as doenças mentais são denominadas de distúrbios mentais, nomenclatura usada no presente trabalho.

Segundo essa classificação, alguns distúrbios mentais são excluídos na presença de outros. Esse procedimento é recomendado, uma vez que um distúrbio de maior gravidade e abrangência pode incluir ao longo de sua evolução vários outros distúrbios menos limitantes. O processo de exclusão é realizado pelo próprio programa do CIDI.

Como o CIDI avalia os distúrbios mentais por toda a vida, pode-se avaliá-los em dois períodos:

- distúrbios mentais maiores por toda a vida;
- distúrbios mentais maiores dos últimos 12 meses.

Na primeira parte da análise dos dados, calcularam-se as freqüências para as características demográficas como idade, estado civil, nível educacional etc. A seguir, estimaram-se as prevalências dos distúrbios mentais, e posteriormente as limitações do comportamento social. Após ter feito isso, passou-se para a fase analítica a fim de verificar se haveria ou não associação estatística entre fatores estudados, como, por exemplo, depressão e alcoolismo. Para avaliar a significância estatística dessas associações, foram utilizados os seguintes testes: para as variáveis categóricas foi empregado o χ^2 (cálculo do qui-quadrado) e o Teste de Fisher; para as variáveis contínuas o Teste t (para diferenças de médias). Em todos esses testes, trabalhou-se com um nível de confiança de 5%. Para essa fase, foi usado, também, o programa estatístico Epi-Info. Os dados foram analisados em duas etapas: primeiramente foram examinados os dados da Fundação Leão XIII e

da Fazenda Modelo separadamente. Na segunda etapa, os dados foram observados conjuntamente.

7. RESULTADOS

Os dados consistiam de 330 moradores de albergues públicos do Rio de Janeiro, sendo 165 residentes provenientes da Fundação Leão XIII e outros 165 provenientes da Fazenda Modelo.

Os resultados foram divididos em três seções:

- características sociodemográficas;
- distúrbios mentais;
- limitações do comportamento social.

7.1- Características sociodemográficas de toda a amostra

Os resultados abaixo foram apresentados em conjunto para a Fazenda Modelo e a Fundação Leão XIII na Tabela 9. Na Fundação Leão XIII não foi possível realizar as entrevistas acerca dos fatores sociodemográficos em oito pessoas (2,4%), sendo dois homens e seis mulheres, em razão, sobretudo, das alterações psicopatológicas desses indivíduos, como inquietação motora e desorganização do pensamento, resultando num total de 322 entrevistados. Não houve diferenças estatisticamente significativas dos fatores sociodemográficos entre a população total e a amostra estudada.

A maioria da amostra era composta por homens, na faixa etária de 30 a 49 anos, solteiros, com primeiro grau incompleto, oriundos, especialmente, da cidade e

estado do Rio de Janeiro e que viviam nas instituições há, pelo menos, cinco anos (Tabela 7).

O sexo masculino representou a grande maioria da amostra. Dos 322 entrevistados, 244 (75,8%) eram homens e 78 (24,2%) eram mulheres. Houve diferenças significativas entre os sexos com relação a algumas características sociodemográficas, que serão apresentadas a seguir.

A idade variou de 18 a 80 anos, com uma média de 44,84 anos (desvio-padrão=14,84 anos). A faixa etária de maior proporção foi a de 30 a 49 anos (46,3%), significando cerca de 50% de toda a amostra. Pode-se constatar que 71,1% da amostra era constituída por pessoas de 30 a 64 anos. Essa porcentagem chama a atenção pelo fato de que a maioria era pessoas na meia idade, em plena fase que deveriam ser produtivas em suas vidas. No que se refere ao estado civil, a grande maioria dos residentes era de solteiros (78,9%), seguida pelo grupo de separados (13%). Esse resultado já era esperado em decorrência da restrição do estudo apenas à indivíduos solteiros.

Quanto à escolaridade, a grande maioria estudou só até o primeiro grau (84,1%); 10,6% eram analfabetos. Esses dados perfazem um total de 94,7% de pessoas em toda a amostra com baixo grau de instrução. Somente uma pessoa entrevistada tinha o terceiro grau completo.

Quanto à variável cor da pele, cerca de dois terços da amostra eram compostos por negros e pardos (67,3%), e um terço (32,7%) por brancos. Essa tendência se manteve em ambas as instituições. Na Leão XIII, 65,5% de não brancos e 35,5% de brancos. Na Fazenda Modelo, 69,2% e 30,8% de não brancos e brancos, respectivamente.

A maioria da amostra era natural do estado do Rio de Janeiro (55,6%), sendo 38,8% da capital e 16,8% do interior. Esse resultado encontrado foi corroborado por outros estudos conduzidos na cidade do Rio de Janeiro. Uma das explicações sustentadas por pesquisadores da área e confirmada por dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1991) é a de que a cidade do Rio de Janeiro já não é mais um pólo de referência de migração interna, assim como o é, atualmente, a cidade de Brasília. Dentre os oriundos de outros estados, a maior parte veio da Região Nordeste (26,7%).

Quanto à ocupação, a grande maioria era de desempregados (79,2%). No entanto, a situação era invertida antes dessas pessoas morarem nos albergues, pois

a grande maioria tinha empregos regulares (50%) ou, então, eram trabalhadores informais (37,3%). Esse fato vem confirmar que, no Brasil, o emprego não é uma segurança para o futuro de qualquer cidadão, pois uma vez que ele perca as condições físicas e mentais para o trabalho e não receba ajuda de seus familiares, ele pode ser conduzido para uma situação de extrema carência.

Um achado de grande importância foi o fato de que 51,9% (n=167) da amostra relatou ter parentes de primeiro grau, dos quais 82,6% (n=138) teriam condições de abrigá-los em suas casas. Uma pergunta torna-se crucial ao se analisar esse dado: por que, então, os seus parentes não os abrigaram? Muitas seriam as respostas, e o presente estudo não possui dados para discuti-las. Entretanto, um importante aspecto que deve ser considerado no tratamento dos indivíduos com distúrbios mentais é o fardo (*burden*) que eles acrescentam para os seus familiares.

É consenso que a maioria das famílias brasileiras vem sofrendo uma sobrecarga de tarefas há um longo tempo, e que cada vez mais os serviços públicos tornam-se inoperantes em ajudá-la. Dentro desse contexto, os indivíduos com autonomia comprometida, como aqueles com distúrbios mentais maiores, teriam um grande risco de sofrer um processo de exclusão social. Esse achado será discutido com maiores detalhes no último capítulo.

Quando os moradores foram perguntados acerca do principal motivo que os levou a morarem nas ruas, a grande maioria da amostra apontou causas socioeconômicas (67,4%), como, por exemplo, desemprego, falta de dinheiro para pagar o aluguel etc. Aproximadamente 24,5% apontaram problemas familiares, como brigas e separações, e 8,1% alegaram outras razões, como, por exemplo, alcoolismo. O tempo que os indivíduos se encontravam morando nos albergues variou enormemente. Esse período foi de 2 para 14.600 dias, sendo a média de permanência de 1.636 dias (4,5 anos) e o desvio-padrão de 1.145 dias (3,1 anos). A maior proporção de pessoas vivia nas instituições entre um a cinco anos (41,3%). Cerca de 23,9% da amostra eram moradores crônicos com mais de cinco anos de permanência nos albergues (tabela 8).

Como já era de se esperar, o período de institucionalização foi influenciado pela faixa etária dos moradores. Aqueles mais jovens apresentaram um período de instituição mais curto, cerca de um ano (n=24(7,5%), $\chi^2=6,015$; $p=0,014$), enquanto os idosos apresentaram um período de institucionalização mais longo, em torno de

dez anos ou mais ($n=10(3,1\%)$, $\chi^2=11,430$, $p=0,0001$).

O último item das características sociodemográficas perguntado era sobre a hospitalização psiquiátrica anterior. Aproximadamente 23,9% da amostra já tinha sido internada em hospitais de psiquiatria. Esse achado não diferiu significativamente dos dados internacionais. Apesar de esse item não mencionar aspectos importantes da hospitalização psiquiátrica, como tempo de internação, a sua análise indica a porcentagem de indivíduos que já necessitaram de internação e que no momento das entrevistas estavam em locais não tão apropriados para o tratamento. E, por fim, várias foram as doenças físicas relatadas. Podem-se citar as mais comuns como tuberculose, pneumonias e traumatismos dos membros e cranianos.

Tabela 7 – Distribuição das características sociodemográficas de uma amostra de 322 moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói

Características	n	%	IC 95%
Faixa Etária(anos)			
15-29	54	16,8	12,9-21,4
30-49	149	46,3	40,7-51,9
50-64	80	24,8	20,3-30,1
65-80	39	12,1	8,9 -16,4
Estado civil			
Casado	15	4,7	2,7 – 7,8
Solteiro	254	78,9	73,9-83,1
Separado	42	13,0	9,6-17,3
Viúvo	11	3,4	1,8 - 6,2
Naturalidade			
RJ cidade	125	38,8	33,5-44,4
RJ estado	54	16,8	12,9-21,4
Sudeste	45	14,0	10,4-18,4
Nordeste	86	26,7	22,1-31,9

Outros	12	3,7	2,1– 6,6
Escolaridade			
Analfabeto	34	10,6	7,5-14,6
Primário	271	84,1	79,6-87,9
Secundário	16	5,0	2,9 - 8,1
Terciário	1	0,3	0,01– 2,1
Ocupação			
Regular	4	1,2	0,4 - 3,4
Informal	63	9,6	15,5-24,4
Desempregado	255	79,2	74,3-83,4

* Informação perdida em oito indivíduos, sendo dois homens e seis mulheres (2,4%).

Tabela 8 – Tempo de permanência nos albergues e hospitalização psiquiátrica prévia dos 322 moradores de albergues públicos do Rio de Janeiro e de Niterói

Característica	n	%	IC 95%
Permanência			
1 dia-29 dias	14	4,4	2,5 – 7,4
1 mês-1 ano	98	30,4	25,5 – 35,8
1ano-5 anos	133	41,3	35,9 – 46,9
5anos-10 anos	44	13,7	10,2 – 18,1
10 anos e mais	33	10,2	7,3 – 14,2
Hospitalização	77	23,9	19,4 – 29,1

7.1.2- Distribuição das características sociodemográficas de acordo com o gênero

A Tabela 9 foi construída com o objetivo de comparar as prevalências das características sociodemográficas entre os sexos. Ambos apresentaram uma maior

concentração na faixa etária de 30-49 anos, embora as mulheres revelassem uma maior proporção na faixa etária jovem (24,4% *versus* 14,4%; $\chi^2=4,25$; $p=0,04$). Elas também demonstraram uma maior proporção de desemprego (91% *versus* 75,4%; $\chi^2=8,75$; $p=0,003$), assim como de hospitalização psiquiátrica anterior (38,5% *versus* 19,7%; $\chi^2=11,37$; $p=0,0007$).

No entanto, os homens exibiram uma maior proporção de trabalhadores no setor informal (23% *versus* 9%; $\chi^2=7,34$; $p=0,006$). Com relação aos laços familiares, os homens indicaram uma maior probabilidade de serem abrigados por seus parentes de primeiro grau (46,3% *versus* 32,1%; $\chi^2=4,91$; $p=0,026$).

Aproximadamente 92,7% das mulheres da amostra viviam sós, e somente 32,1% delas teriam parentes que poderiam albergá-las. Esse é um indicador de primeira grandeza, o qual mostra que as mulheres albergadas vivem uma carência de laços familiares. Levando-se em conta a alta taxa de desemprego e as histórias de hospitalizações psiquiátricas, forma-se, ainda, um quadro mais dramático para elas.

Tabela 9- Distribuição das características sociodemográficas de 322 moradores de albergues públicos de acordo com o gênero

Características	Homem(n=244)			Mulher(n=78)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC95%
Faixa etária(anos)						
15-29*	35	14,4	10,3 – 19,5	19	24,4	15,6 – 35,6
30-49	114	46,7	40,4 – 53,2	35	44,9	33,7 – 56,5
50-64	61	25,0	19,8 – 31,1	19	24,4	15,6 – 35,6
65-80	34	3,9	9,9 – 19,1	5	6,3	2,4 – 14,9
Estado civil						
Casado	9	3,7	1,8 – 7,2	6	7,7	3,2 – 16,6
Solteiro	195	79,9	74,2 – 84,6	59	75,7	64,4 – 84,3
Separado	32	13,1	9,3 – 18,2	10	12,8	6,6 – 22,7
Viúvo	8	3,3	1,5 – 6,6	3	3,8	0,9 – 11,6

Naturalidade						
RJ cidade	90	36,9	30,8 – 43,3	35	44,9	33,7 – 56,5
RJ estado	38	15,6	11,4 – 20,9	16	20,5	12,5 – 31,5
Sudeste	36	14,7	10,6 – 19,9	9	11,5	5,7 – 21,3
Nordeste	71	29,1	23,6 – 35,3	15	19,3	11,5 – 30,1
Outros	9	3,7	1,8 – 7,1	3	3,8	0,9 – 11,6

*p<0,05

Tabela 9 (continuação)- Distribuição das características sociodemográficas de 322 moradores de albergues públicos, de acordo com o gênero

Características	Homem(n=244)			Mulher (n=78)		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Permanência						
1 dia-29dias	9	3,7	1,8 – 7,1	5	6,4	2,3 – 14,9
1m-1ano	76	31,1	25,5– 37,4	22	28,2	18,8 – 39,7
1ano-5anos	103	42,2	35,9 – 48,7	30	38,5	27,8 – 50,2
5anos-10anos	31	12,7	8,9 – 17,7	13	16,6	9,5 – 27,2
10anos-	25	10,3	6,8 – 14,9	8	10,3	4,8 – 19,7
Escolaridade						
Analfabeto	26	10,7	7,2 – 15,4	8	10,3	4,8 – 19,7
Primário	208	85,2	80,1 – 89,3	63	80,8	69,9 – 88,5
Secundário	10	4,1	2,1 – 7,7	6	7,7	3,2 – 16,6
Terciário	-	-	-	1	1,2	0,06 – 7,9

Ocupação						
Regular	4	1,6	0,4 – 4,4		-	
Informal*	56	23,0	17,9 – 28,8	7	9,0	3,9 – 18,2
Desempregado*	184	75,4	69,4 - 80,6	71	91,0	81,8 – 96,1

* p<0,05

7.1.3- Distribuição das características sociodemográficas na Fundação Leão XIII e na Fazenda Modelo

Os resultados abaixo são relacionados tanto à Fundação Leão XIII quanto à Fazenda Modelo, incluindo freqüências e proporções (n=322) (Tabela 10). Na Fundação Leão XIII, não foi possível realizar as entrevistas acerca dos fatores socio-demográficos em oito indivíduos (4,8%), sendo dois homens e seis mulheres, em razão, sobretudo, das alterações psicopatológicas desses indivíduos, como inquietação motora e desorganização do pensamento.

Conforme se verifica na tabela, a distribuição dos dados nas duas instituições segue a tendência da amostra total, tendo, entretanto, algumas diferenças entre elas. Em comparação à Fazenda Modelo, a Leão XIII apresentou uma proporção maior de mulheres, na faixa etária de 50 a 64 anos, primeiro grau incompleto, morando pelo menos há cinco anos no local e com história de hospitalização psiquiátrica. A Fazenda Modelo apresentou uma proporção maior de indivíduos mais jovens, analfabetos, trabalhadores informais e morando até um ano no local.

A maioria era do sexo masculino, tanto na Leão XIII (70,1%) como na Fazenda Modelo (81,2%). Na Leão XIII, a faixa etária variou de 18 a 80 anos, com uma média de 48,22 anos (desvio-padrão: 14,39 anos). Na Fazenda Modelo, a faixa etária variou de 18 a 75 anos, com uma média de 41,62 anos (desvio-padrão=14,58 anos). O teste t mostrou uma diferença significativa com relação à média de idade nas duas instituições (teste $t=4,085$; $p<0,0001$). A faixa etária de 15–29 anos teve uma maior proporção significativa de moradores na Fazenda Modelo (23,6% *versus* 9,6%), enquanto a proporção de moradores na faixa etária de 50 a 64 anos foi maior na Leão XIII (30,6% *versus* 19,4%).

Na Fundação Leão XIII, 75,8% dos moradores eram solteiros, enquanto que na Fazenda Modelo a proporção de solteiros foi de 81,8%. O fato de que não se encontrou casados na Fazenda Modelo tem uma explicação. Essa instituição tem pavilhões separados para casados e solteiros. Uma vez que uma pessoa solteira passa a ter um companheiro/companheira, ela passará para o pavilhão dos casados.

Quanto à escolaridade, nas duas instituições a maioria das pessoas estudou até o primeiro grau (Leão XIII=88,5% e Fazenda Modelo=80%), sendo essa diferença significativa. Na Fazenda Modelo, houve uma maior proporção de analfabetos (16,4% *versus* 4,5%).

O tempo de permanência na Leão XIII variou de 2 para 14.600 dias, sendo a média de 2.143 dias (desvio-padrão: 324 dias). Na Fazenda Modelo, esse tempo variou de 2 para 7.300 dias com uma média de 1.153 dias (desvio-padrão: 730 dias). Foi encontrada diferença significativa entre essas médias (teste $t=4,212$; $p<0,0001$). Na Fazenda Modelo, havia uma maior proporção significativa de indivíduos que morava na Instituição até um ano (38,2% *versus* 22,3%), ao passo que na Leão XIII havia uma maior proporção que morava há mais de dez anos (15,9 *versus* 4,8). Portanto, a Leão XIII abrigava uma população mais crônica. Essa diferença pode ser explicada pelo maior número de pessoas idosas nessa instituição.

Não houve diferenças significativas quanto à naturalidade. Na Fundação Leão XIII, 40,8% dos residentes nasceram na cidade do Rio de Janeiro, e 19,7% no estado do Rio. Na Fazenda Modelo, 37,0% dos residentes nasceram na cidade do Rio, e 13,9% no estado do Rio.

A maioria dos residentes era de desempregado. A Fundação Leão XIII tinha uma maior proporção significativa de desempregados em comparação à Fazenda Modelo (91,7% *versus* 67,3%). Porém, a Fazenda Modelo tinha uma maior

proporção de trabalhadores no setor informal (32,1% *versus* 6,4%). Tinham-se, por exemplo, lixeiros que faziam parte de um projeto entre a Instituição e um órgão municipal.

Não houve diferenças quanto à distribuição da ocupação anterior à institucionalização. Na Fundação Leão XIII, 49,0% relataram empregos regulares, 38,9% de trabalhos informais e 12,1% de desempregos. Na Fazenda Modelo, essas porcentagens foram de 50,9%, 35,8% e 13,3%. Em ambas instituições, os homens, na sua maioria, relataram que tiveram as seguintes profissões antes de morarem nos albergues: lavrador, ajudante de obras, biscateiro etc, e as mulheres, na sua maioria, citaram a profissão de doméstica.

Não foram encontradas diferenças quanto à razão alegada pelas pessoas como o principal fator que as levaram para as ruas. A maioria apontou causas socio-econômicas, sendo 65% na Fundação Leão XIII e 69,7% na Fazenda Modelo. As brigas e separações aparecerem em segundo lugar, sendo 22,9% na Leão XIII e 26,1% na Fazenda Modelo. Na Fundação Leão, XIII 56,7% dos moradores tinham parentes de primeiro grau, dos quais 41,4% poderiam abrigá-los em suas casas. Na Fazenda Modelo, essa porcentagem era de 47,3%, dos quais 44,2% poderiam acolhê-los. Houve uma maior proporção de pessoas com histórias de hospitalização psiquiátrica anterior na Leão XIII, em comparação à Fazenda Modelo (29% *versus* 18,8%; $\chi^2=4,705$; $p=0,030$).

Tabela 10- Distribuição das 2 populações de albergados segundo as características sociodemográficas

Características	LEÃO XIII			FAZENDA MODELO		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Sexo						
Feminino	47	29,9	25,2-39,9	31	18,8	13,3-25,7
Masculino	110	70,1	60,1-74,8	134	81,2	74,2-86,7
Faixa etária						
15-29 **	15	9,6	5,6-15,5	39	23,6	17,5-30,9
30-49	71	45,2	37,3-53,3	78	47,3	39,5-55,2
50-64*	48	30,6	23,6-38,5	32	19,4	13,8-26,4

65-80	23	14,6	9,7-21,4	16	9,7	5,8-15,5
Estado civil						
Casado	15	9,6	5,6 – 15,5	-	-	
Solteiro	119	75,8	68,2 – 82,1	135	81,8	74,9-87,2
Separado	18	11,5	7,1 – 17,7	24	14,5	9,7-21,1
Viúvo	5	3,2	1,2 – 7,7	6	3,6	1,5- 8,1
Naturalidade						
RJ cidade	64	40,8	33,1- 48,9	61	37,0	29,7-44,8
RJ estado	31	19,7	13,9- 27,1	23	13,9	9,2-20,4
Sudeste	23	14,6	9,7-21,4	22	13,3	8,7-19,7
Nordeste	35	22,3	16,2- 29,7	51	30,9	24,1-38,6
Outros	4	2,5	0,8 - 6,8	8	4,8	2,3 - 9,6

*p<0,05

** p<0,01

Tabela 10 (continuação)- Distribuição das 2 populações de albergados segundo as características sociodemográficas

Características	LEÃO XIII			FAZENDA MODELO		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Permanência						
1 dia-29dias	9	5,7	2,8-10,9	5	3,0	1,1-7,3
1m-1ano	35	22,3	16,2-29,7	63	38,2	30,8-46,1
1ano-5anos	64	40,8	33,1-48,9	69	41,8	34,2-49,7
5anos-10anos	24	15,3	10,2-22,1	20	12,2	7,7-18,3
10anos-**	25	15,9	10,7-22,8	8	4,8	2,3-9,7
Escolaridade						
Analfabeto**	7	4,5	1,9-9,3	27	16,4	11,2-23,1

Primário*	139	88,5	82,2-92,9	132	80,0	72,9-85,6
Secundário	10	6,4	3,3-11,7	6	3,6	1,5-8,1
Terciário	1	0,6		-	-	
Ocupação						
Regular	3	1,9	0,5-5,9	1	0,6	0,03-3,8
Informal**	10	6,4	3,3-11,7	53	32,1	25,2-39,9
Desemprego**	144	91,7	85,9-95,3	111	67,3	59,5-74,3

*p<0,05

**p<0,01

7.2- A prevalência dos distúrbios mentais em toda a amostra

Os resultados abaixo são relacionados à Fundação Leão XIII e à Fazenda Modelo conjuntamente. Não foram realizadas entrevistas em 11 indivíduos (3,3%) (8 mulheres e 3 homens), em virtude dos seus sintomas psicopatológicos, como a inquietação motora e a desorganização do pensamento. Todas essas pessoas eram moradoras da Leão XIII. Portanto, o tamanho da amostra total para a avaliação dos distúrbios mentais foi de 319 indivíduos: 76 mulheres e 243 homens.

7.2.1- As taxas de prevalência por toda a vida

A taxa de prevalência de distúrbios encontrada foi muito alta (77,1%), ocorrendo 77% nos homens e 77,6% nas mulheres. As taxas de distúrbios mentais, excluindo os déficits cognitivos, também foi alta (66,5%), sendo maior proporcionalmente nos homens (69,5% *versus* 56,6%; $\chi^2=4,37$; $p=0,036$).

O abuso/dependência de álcool foi o distúrbio mental com a maior prevalência (44,2%), havendo uma maior proporção nos homens (53,1% *versus* 15,8%; $\chi^2=31,933$; $p<0,0001$). A taxa de abuso/dependência de drogas foi de 7,5%, acontecendo proporcionalmente maior nos homens, embora a diferença não seja significativa (9,1% *versus* 2,6%). A maioria relatou uso, sobretudo, de maconha e cocaína.

A taxa de distúrbios mentais maiores foi de 22,6% (18,1%–27,6%), sendo maior significativamente nas mulheres (43,4% *versus* 16,1%; $\chi^2=24,819$; $p<0,0001$). É importante salientar que dos 41 indivíduos que tiveram depressão, 15 (36,5%) revelaram depressão recorrente maior, sendo nove mulheres e seis homens.

Em resumo, na amostra total os homens demonstraram uma maior proporção de abuso/dependência de álcool e distúrbios mentais. As mulheres exibiram uma maior proporção de esquizofrenia, depressão, distímia e distúrbios mentais maiores (Tabela 11).

7.2.2- As taxas de prevalência dos últimos 12 meses

As taxas por toda a vida foram significativamente maiores às dos últimos 12 meses com relação ao abuso/dependência do álcool (44,2% *versus* 31,0%), abuso/dependência de drogas (7,5% *versus* 4,1%), distúrbios mentais (66,5% *versus* 49,2%) e todos os distúrbios (77,1% *versus* 65,2%).

Essas diferenças podem ser explicadas pelas diminuições das taxas dos últimos 12 meses nos homens, como o abuso/dependência de álcool (53,1% *versus* 36,2%; $\chi^2=14,05$; $p=0,00017$), abuso/dependência de drogas (9,1% *versus* 4,6%; $\chi^2=4,24$; $p=0,039$), distúrbios mentais (69,5% *versus* 48,9%; $\chi^2=14,55$; $p=0,0001$), e todos os distúrbios (77% *versus* 62,5%; $\chi^2=11,32$; $p=0,00078$).

As diferenças das taxas entre os sexos mostraram a tendência observada anteriormente. Os homens tiveram uma taxa maior de abuso/dependência de álcool (36,2% *versus* 14,5%; $\chi^2=16,301$; $p<0,0001$), enquanto as mulheres revelaram taxas maiores de esquizofrenia (21,1% *versus* 5,9%; $\chi^2=15,888$; $p<0,0001$), depressão (17,1% *versus* 7,9%; $\chi^2=7,781$; $p=0,005$) e distímia (10,5% *versus* 0,4%; $\chi^2=21,603$; $p<0,0001$). A taxa de distúrbios mentais maiores foi de 19,4% (depressão=10,0% e esquizofrenia=9,4%), sendo também maior nas mulheres (39,5% *versus* 13,2%; $\chi^2=23,376$; $p<0,0001$). As taxas de déficits cognitivos foi alta (36,3%). Embora tanto o déficit cognitivo leve quanto o grave eram maiores nos homens, as diferenças observadas entre os sexos não foram significativas.

Em resumo, houve uma diminuição significativa das taxas de abuso/dependência de álcool de drogas nos homens, o que explicou a diminuição dos distúrbios mentais e todos os distúrbios. Com relação à diferença entre os sexos, os homens apresentaram uma maior proporção de abuso/dependência de

álcool e distúrbios mentais, ao passo que as mulheres apresentaram uma maior proporção de esquizofrenia, depressão e distímia, mantendo o mesmo padrão das taxas por toda a vida (Tabela11).

Tabela 11 –Distúrbios mentais entre 319 moradores (243 homens e 76 mulheres) em albergues públicos das cidade do Rio de Janeiro e Niterói, avaliados de acordo com a DSM-III-R, com intervalo de confiança (95%) entre parêntesis

Distúrbio	Taxa por toda a vida						Taxa nos últimos 12 meses					
	Total		Homem		Mulher		Total		Homem		Mulher	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depressão	41	12,9	23	9,5	18	23,7	32	10,0	19	7,9	13	17,1
	(9,5 – 17,1)		(6,22– 14,01)		(14,9 – 35,1)		(7,1 – 13,9)		(4,8 – 12,1)		(9,7 – 27,8)	

Distímia	17 (3,2 – 8,5)	5,3	4 (0,5 – 4,4)	1,6	13 (9,7 – 27,8)	17,1	9 (1,4 – 5,5)	2,8	1 (0,02 – 2,6)	0,4	8 (4,9 – 20,2)	10,5
Esquizofrenia	34 (7,6 – 14,7)	10,7	16 (3,9 – 10,7)	6,6	18 (14,9 – 35,1)	23,7	30 (6,5 – 13,3)	9,4	14 (3,3 – 9,7)	5,9	16 (12,8 – 32,2)	21,1
Deficit cognitivo leve	68 (17,1 – 26,3)	21,3	49 (15,4 – 25,8)	20,2	19 (16,1 – 36,5)	25,0	-	-	-	-	-	-
Deficit cognitivo grave	48 (11,4 – 19,5)	15,0	39 (11,8 – 21,4)	16,2	9 (5,9 – 21,1)	11,8	-	-	-	-	-	-
Álcool/abuso** ou dependência	141 (38,6 – 49,8)	44,2	129 (46,6 – 59,4)	53,1	12 (8,7 – 25,3)	15,8	99 (26,1 – 36,5)	31,0	88 (30,2 – 42,6)	36,2	11 (7,8 – 24,8)	14,5
Drogas/abuso dependência *	24 (4,9 – 11,3)	7,5	22 (5,9 – 13,6)	9,1	2 (0,4 – 10,1)	2,6	13 (2,3 – 7,1)	4,1	11 (2,4 – 8,2)	4,6	2 (0,4 – 10,1)	2,6
Distúrbios mentais**	212 (60,9 – 71,6)	66,5	169 (63,3 – 75,2)	69,5	43 (44,7 – 67,7)	56,6	157 (43,6 – 54,8)	49,2	119 (42,5 – 55,4)	48,8	38 (38,4 – 61,6)	50,0
Todos distúrbios*	246 (72,1 – 81,5)	77,1	187 (71,1 – 81,9)	77,0	59 (66,3 – 86,1)	77,6	208 (59,6 – 70,4)	65,2	152 (56,1 – 68,6)	62,5	56 (62,1 – 82,8)	73,7

*p<0,05

**p<0,01

*** Nos distúrbios mentais foram excluídos os déficits cognitivos.

7.2.3- Associação entre os distúrbios mentais (co-morbidade)

A co-morbidade por toda a vida foi diagnosticada em 114 indivíduos (35,7%): 92 homens (37,8%) e 22 mulheres (28,9%). Daqueles que apresentaram co-morbidade, a grande maioria relatou síndrome mental orgânica e abuso/dependência de álcool (59,6%), revelando, também, 10,5% de pessoas com abuso/dependência de álcool e drogas e 10,5% com abuso/dependência de álcool e depressão. A taxa de co-morbidade dos últimos 12 meses (31,7%) não foi diferente

da por toda a vida.

A tabela a seguir foi construída para avaliar se haveria associação significativa entre os distúrbios, sendo mostrados somente aqueles resultados em que foram encontradas associações. Como se observa posteriormente, o abuso/dependência de álcool foi associado significativamente com déficit orgânico grave, déficit orgânico leve e depressão. A depressão foi associada significativamente com a distímia. As duas instituições apresentaram padrões similares de associações aos exibidos nesse parágrafo.

Os homens tiveram diferenças significativas com as mulheres em relação às seguintes co-morbidades: álcool e déficit cognitivo leve (14,8% *versus* 3,9%; $\chi^2=6,37$; $p=0,011$), e álcool com déficit cognitivo grave (11,1% *versus* 2,6%; $\chi^2=5,04$; $p=0,02$). Por sua vez, as mulheres apresentaram uma maior proporção da associação entre depressão e distímia (10,5% *versus* 1,2%; $\chi^2=10,50$; $p=0,0004$).

Verificou-se a distribuição das pessoas com distúrbio mental único, excluindo-se as co-morbidades e os déficits cognitivos. Não foram encontradas diferenças significativas entre essa distribuição e aquela mostrada anteriormente na tabela 11. Apenas houve um decréscimo da distímia nas mulheres, que passaram de 17,1% para 0,9%. Isso pode ser explicado pelo fato de que a grande maioria das co-morbidades foi entre abuso/dependência do álcool e déficit cognitivo. Uma vez que se exclua os déficits cognitivos, os distúrbios mentais passam a ter, praticamente, a mesma distribuição anterior. Com esse achado, tornou-se desnecessário a apresentação de uma nova tabela com o diagnóstico de distúrbio mental único, pois essa não traria novas informações.

Em resumo, a taxa de co-morbidade foi alta, principalmente a associação entre álcool e déficits cognitivos. Nos homens, houve uma maior proporção de álcool e déficits cognitivos, enquanto as mulheres tiveram uma maior co-morbidade de depressão e distímia. Não houve diferenças significativas entre a distribuição das pessoas com distúrbios mentais únicos e aquelas com co-morbidade.

Tabela 12- Associação entre os distúrbios mentais (co-morbidade) avaliada através do Odds Ratio (IC=95%)

Tipo de Distúrbio	Abuso/dependência de álcool		Depressão	
	OR	IC(95%)	OR	IC(95%)
Déficit cognitivo leve*	2,031	1,180 – 3,495	0,474	0,178 – 1,259
Déficit cognitivo grave*	2,301	1,135 – 3,918	0,120	0,016 – 1,342
Depressão*	2,541	1,248 – 7,643		-
Drogas(abuso/dep.)	1,323	0,575 – 3,042	0,914	0,881 – 1,947
Distímia**	0,522	0,180 – 1,519	20,020	6,517 – 61,507
Esquizofrenia	0,812	0,194 – 1,345	0,629	0,183 – 2,159

*p < 0,05

**p < 0,01

7.2.4- Associação entre os distúrbios mentais e as características sociodemográficas

Com relação ao gênero, as associações encontradas já foram relatadas anteriormente, ou seja, o sexo masculino foi associado com abuso/dependência de álcool, enquanto que o feminino foi associado com depressão, esquizofrenia e distímia. Quanto à faixa etária, as pessoas mais idosas apresentaram maiores taxas de déficit cognitivo leve (razão de prevalência com intervalo de 95% (RP)=1,69; 1,03–5,75), déficit cognitivo grave (RP=1,57; 1,04–7,34) e abuso/dependência de álcool (RP=3,81; 1,97–8,56), ao passo que aquelas mais jovens apresentaram uma maior proporção de abuso/dependência de drogas (RP=5,70; 2,7–44,3). Com relação ao grau de instrução, as pessoas analfabetas demonstraram maiores taxas de déficits cognitivos leves (RP=5,61; 2,8–20,6), enquanto aquelas com o segundo grau apresentaram uma proporção maior de depressão (RP=3,15; 2,23–10,67). A hospitalização psiquiátrica anterior foi associada com esquizofrenia (RP=15,18; 6,54–35,27).

Em resumo, o abuso/dependência de álcool foi associado com o sexo masculino e a faixa etária idosa. A depressão foi associada com o sexo feminino e o segundo grau, enquanto a esquizofrenia foi associada com o sexo feminino e a hospitalização psiquiátrica anterior.

7.2.5- Comparações das prevalências dos distúrbios mentais entre as duas instituições

Não foram realizadas entrevistas em 11 pessoas (6,6%) na Fundação Leão XIII: 8 mulheres e 3 homens. Portanto, o tamanho da amostra total nessa instituição para a avaliação dos distúrbios mentais foi de 154 indivíduos, sendo 45 mulheres e 109 homens. Na Fazenda Modelo, foram realizadas todas as entrevistas previstas, totalizando 165 pessoas: 134 homens e 31 mulheres.

Comparando-se a distribuição dos distúrbios mentais entre a amostra total e cada Instituição, observa-se que essas apresentaram, praticamente, a mesma tendência da amostra total. A única diferença significativa observada foi com relação à taxa de abuso/dependência de álcool nos homens. Na Leão XIII, os homens revelaram uma maior proporção (64,5% *versus* 53,1%), ao passo que na Fazenda Modelo o sexo masculino teve uma menor proporção em relação à amostra total (44,0% *versus* 53,1). Não houve diferenças significativas entre as Instituições, quanto as suas taxas de co-morbidade (Leão=36,4% e Modelo=35,2%).

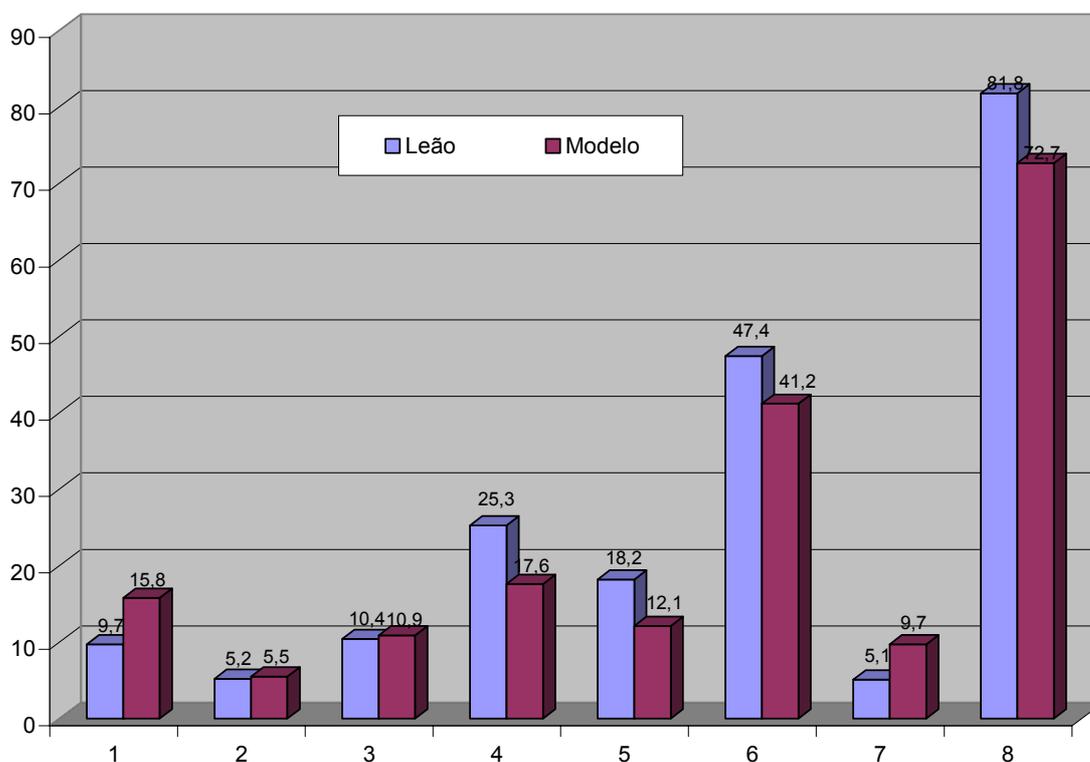
Confrontando-se as duas instituições entre si, elas apresentaram, praticamente, a mesma distribuição dos distúrbios mentais, tanto no que se refere às taxas por toda a vida e dos últimos 12 meses, quanto na distribuição dos distúrbios entre os sexos (Gráfico 1).

Houve algumas diferenças significativas, que serão apresentadas a seguir. A Fazenda Modelo apresentou uma taxa nos últimos 12 meses de abuso/dependência de drogas maior que a Leão XIII (6,1% *versus* 1,9%; $\chi^2=4,99$; $p=0,02$). Essa instituição apresentou, também, algumas taxas maiores nas mulheres, como a taxa de abuso/dependência de álcool (29,0% *versus* 6,6%; $\chi^2=5,33$; $p=0,02$), assim como a taxa de qualquer distúrbio (90,3% *versus* 68,9%; $\chi^2=4,86$; $p=0,027$).

A Leão XIII apresentou algumas taxas maiores nos homens, como a taxa de déficits cognitivos graves (22,0% *versus* 11,2%; $\chi^2=6,03$; $p=0,014$), abuso/dependência de álcool (64,2% *versus* 44,0%; $\chi^2=9,66$; $p=0,00013$) e qualquer distúrbio (87,2% *versus* 68,7%; $\chi^2=11,60$; $p=0,0006$).

Em resumo, a Fazenda Modelo demonstrou uma maior proporção de mulheres com abuso/dependência de álcool. No entanto, os homens da Leão XIII tiveram uma maior taxa de abuso/dependência de álcool e déficits cognitivos graves em comparação àqueles da Fazenda Modelo.

Gráfico 1- As proporções de distúrbios mentais nas 2 instituições estudadas



1- Depressão maior; 2- Distímia; 3- Esquizofrenia; 4- Déficit leve; 5- Déficit grave; 6- Álcool; 7- Drogas; 8- Todos distúrbios

7.3- Perfil das limitações do comportamento social de toda a amostra

O BSM scoring method é usado para avaliar a presença e a ausência das limitações do comportamento social. Esse método considera o problema como presente quando os escores 2, 3, ou 4 são encontrados, e ausente quando o são os escores 0 ou 1. O problema quando presente é codificado 1 e ausente é codificado 0. O escore total dos itens da SBS, os quais foram codificados como 1, apresentou como média e desvio-padrão no presente trabalho: média de 2,003 e desvio-padrão de 0,16.

A Tabela 13 mostra a frequência e a porcentagem dos itens da SBS

encontradas na amostra. Dos 21 itens, aquele encontrado com maior frequência foi a inatividade (26,7%), seguido pela aparência pessoal (23,0%), e a lentidão motora (13,3%). Chama a atenção pela suas baixas frequências os seguintes itens: idéias e comportamento suicida (2,1%), comportamento destrutivo (2,1%), inadequação sexual (2,1%) e atitude delirante (3,9%).

De acordo com as semelhanças clínicas e estatísticas Wykes et al. (1982) agruparam os 21 itens da SBS em cinco áreas. Essas áreas são: isolamento social (itens 1, 18 e 19); comportamento socialmente embaraçoso (itens 2, 3, 4, 9, 11, 16 e 20); depressão e ansiedade (itens 6, 7, 8 e 15); hostilidade e violência (itens 5 e 14); comportamento socialmente inaceitável (itens 12, 13, 17 e 21). O mais freqüente foi o isolamento social (34,8%); o comportamento socialmente inaceitável foi de 28,5%; comportamento socialmente embaraçoso (27,6%); depressão e ansiedade foi de 22,1%; a hostilidade foi de 12,7%. A Tabela 14 mostra a frequência e a porcentagem com que os indivíduos apresentaram problemas. Uma grande proporção da amostra (39,4%) não apresentou problemas. Cerca de 25,7% revelaram mais de dois problemas.

Tabela 13- Frequência de limitações comportamentais de 330 residentes de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói baseada na Social Behaviour Scale (SBS), com intervalo de confiança (95%) entre parênteses

Tipo de Problema	Frequência	Proporção	IC (95%)
1-Comunicação Espontânea	38	11,5	8,3 – 15,6

2-Incoerência do discurso	37	11,2	8,1 – 15,2
3-Excentricidade do diálogo	33	10,0	7,1 – 13,9
4-Inabilidade social	39	11,8	8,6 – 15,9
5-Hostilidade	38	11,5	8,4 – 15,6
6- Comportamento chamativo	26	7,9	5,3 – 11,5
7-Ideias e comportamento suicida	7	2,1	0,9 – 4,5
8-Pânico e fobias	20	6,1	3,8 – 9,4
9-Hipermotricidade	42	12,7	9,4 – 16,9
10-Rir e falar sozinho	29	8,8	6,1 – 12,5
11-Atitude delirante	13	3,9	2,2 – 6,8
12-Estereotipias/maneirismos	21	6,4	4,1 – 9,7
13-Hábitos sociais inaceitáveis	26	7,9	5,3 – 11,5
14-Comportamento destrutivo	7	2,1	0,9 – 4,5
15-Depressão	39	11,8	8,6 – 15,9
16-Inadequação sexual	7	2,1	0,9 – 4,5
17-Aparência pessoal e higiene	76	23,0	18,6 – 28,1
18-Lentidão motora	44	13,3	9,9 – 17,6
19-Inatividade	88	26,7	22,1 – 31,9
20-Concentração	19	5,8	3,6 – 8,9
21-Outros comportamentos	12	3,6	1,9 – 6,4

Tabela 14 – Número de problemas da SBS em 330 residentes de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e Niterói

Problemas SBS	n	% IC95%
Sem Problemas	130	39,4 (34,1 – 44,9)
1-2 Problemas	115	34,8 (29,7– 40,1)
3-5 Problemas	52	15,7 (12,1– 20,2)
> 5 Problemas	33	10,0 (7,1 – 13,9)

7.3.1. Avaliação da associação significativa entre os distúrbios mentais e o número de limitações do comportamento social

Realizaram-se testes de significância estatística entre os distúrbios mentais e o número de limitações do comportamento social. Encontrou-se que a presença de esquizofrenia era associada significativamente com indivíduos que apresentaram

mais de cinco alterações nos comportamentos sociais [n=10 (3,1%); $\chi^2=24,938$; p=0,001; OR=6,181 (2,567–14,880)]. Os indivíduos com mais de cinco alterações foram associados, também, com histórias de hospitalização psiquiátrica anterior [n=16 (4,9%); $\chi^2=13,351$; p=0,0001; OR=3,758 (1,780–7,935)]. Não houve diferenças quanto a essas associações entre as taxas por toda a vida e aquelas dos últimos 12 meses, assim como entre as Instituições. Portanto, os indivíduos que apresentaram mais problemas na SBS foram aqueles com o diagnóstico de esquizofrenia e internação anterior em hospitais psiquiátricos.

Os indivíduos com esquizofrenia foram, também, associados significativamente com comportamento social embaraçoso [n=24(7,5%); $\chi^2=38,424$; p<0,0001; OR=9,00 (4,081–19,846)] e, também, com comportamentos inaceitáveis [n=16 (5,0%); $\chi^2=7,805$; p=0,005; OR=2,730 (1,322–5,639)]. Investigaram-se associações significativas com os outros distúrbios mentais, porém não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

7.3.2- Comparações das prevalências das limitações do comportamento social entre os sexos

As duas tabelas em seguida foram construídas com o objetivo de avaliar as distribuições do comportamento social de acordo com os sexos. Como se observa na Tabela 15, as mulheres apresentaram maiores proporções estatisticamente significante em quase todos os itens. Portanto, o comportamento social das mulheres foi muito mais alterado do que o dos homens em toda a amostra.

Com relação ao número de problemas da SBS, novamente as mulheres revelaram as maiores alterações. Elas demonstraram uma maior proporção significativa de mais de cinco problemas (23,8% *versus* 5,3%), enquanto os homens exibiram uma maior proporção significativa de nenhum problema (43,5% *versus* 27,4%), como se pode observar na Tabela 16.

Tabela 15 –Distribuição das limitações do comportamento social (Social Behaviour Scale) de acordo com o sexo

Tipo de problema	HOMEM			MULHER		
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)
1-Comunicação Espontânea**	23	9,3	6,2 – 13,9	15	17,8	10,6 – 28,1
2-Incoerência do discurso**	17	6,9	4,2 – 11,1	20	23,8	15,4 – 34,6

3-Excentricidade do diálogo**	16	6,5	3,9 – 10,5	17	20,2	12,5 – 30,7
4-Inabilidade social**	21	8,5	5,5 – 12,9	18	21,4	13,5 – 31,9
5-Hostilidade**	19	7,7	4,9 – 11,9	19	22,6	14,5 – 33,3
6- Comportamento chamativo**	10	4,1	2,1 – 7,6	16	19,0	11,6 – 29,4
7-Ideas e comportamento suicida	4	1,6	0,5 – 4,4	3	3,6	0,9 – 10,8
8-Pânico e fobias**	9	3,7	1,7 – 7,1	11	13,1	7,1 – 22,6
9-Hipermotricidade**	21	8,5	5,5 – 12,9	21	25,0	16,5 – 35,8
10-Rir e falar sozinho**	13	5,3	2,9 – 9,1	16	19,0	11,6 – 29,4
11-Atitude delirante**	6	2,4	0,9 – 5,5	7	8,3	3,7 – 16,9
12-Estereotipias/maneirismos**	6	2,4	0,9 – 5,5	15	17,9	10,6 – 28,1
13-Hábitos sociais inaceitáveis**	10	4,1	2,1 – 7,6	16	19,0	11,6 – 29,4
14-Comportamento destrutivo	3	1,2	0,3 – 3,8	4	4,8	1,5 – 12,4
15-Depressão**	24	9,8	6,5 – 14,3	15	17,9	10,2 – 28,1
16-Inadequação Sexual**	2	0,8	0,1 – 3,2	5	6,0	2,2 – 13,9
17-Aparência pessoal e higiene	56	22,8	17,8 – 28,6	20	23,8	15,5 – 34,6
18-Lentidão motora	29	11,8	8,2 – 16,6	15	17,9	10,6 – 28,1
19-Inatividade	63	25,6	20,4 – 31,6	25	29,8	20,5 – 40,9
20-Concentração**	7	2,8	1,3 – 6,1	12	14,3	7,9 – 24,1
21-Outros comportamentos**	2	0,8	0,1 – 3,2	10	11,9	6,2 – 21,2

*p<0,05; **p<0,01

Tabela 16- Distribuição do número de problemas de comportamento social avaliado pela Social Behaviour Scale (SBS) de acordo com os sexos

Problemas SBS	Homem			Mulher		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Sem Problemas*	107	43,5	37,2– 49,9	23	27,4	18,5-38,4
1-2 Problemas	92	37,4	31,4- 43,8	23	27,4	18,5-38,4
3-5 Problemas	34	13,8	9,8- 18,9	18	21,4	13,5-31,9
> 5 Problemas*	13	5,3	2,9- 9,1	20	23,8	15,5-34,6

*p<0.05

7.3.3- Comparações das prevalências das limitações do comportamento social entre as Instituições

As Tabelas 17 e 18 compararam as prevalências das limitações do comportamento social entre as duas instituições. Como se observa, a Fundação Leão XIII apresentou um número maior de alterações em comparação à Fazenda Modelo. A Fundação Leão XIII revelou diferenças significativas nos seguintes itens:

comunicação espontânea, excentricidade do diálogo, inabilidade social, estereotípias, ataques de pânico, concentração e outros comportamentos. A Fazenda Modelo demonstrou uma maior proporção com relação aos seguintes itens: depressão, lentidão motora e inatividade. Com relação ao número de problemas da SBS, a única diferença significativa encontrada foi com relação ao item 'sem problemas', onde a Leão XIII exibiu uma maior proporção significativa (44,8% *versus* 33,9). Resumindo, a Fundação Leão XIII mostrou maiores alterações na área do comportamento socialmente embaraçoso, enquanto a Fazenda Modelo indicou maiores alterações na área do isolamento social.

Tabela 17 –Distribuição das 2 populações de acordo com as alterações do comportamento social (Social Behaviour Scale)

Tipo de problema	LEÃO XIII			MODELO		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
1-Comunicação Espontânea**	29	17,6	12,1 – 24,4	9	5,5	2,7 – 10,4
2-Incoerência do discurso	22	13,3	8,7 – 19,7	15	9,1	5,4 – 14,8

3-Excentricidade do diálogo**	24	14,5	9,7 – 21,1	9	5,5	2,7 – 10,4
4-Inabilidade social*	26	15,8	10,7 – 22,4	13	7,9	4,4 – 13,3
5-Hostilidade	14	8,5	4,9 – 14,3	24	14,5	9,7 – 21,1
6- Comportamento chamativo	12	7,3	3,9 – 12,6	14	8,5	4,9 – 14,1
7-Ideas e comportamento suicida	4	2,4	0,8 – 6,5	3	1,8	0,5 – 5,6
8-Pânico e fobias*	17	10,3	6,3 – 16,2	3	1,8	0,5 – 5,6
9-Hipermotricidade	17	10,3	6,3 – 16,2	25	15,2	10,2– 21,7
10-Rir e falar sozinho	16	9,7	5,8 – 15,5	13	7,9	4,4 – 13,3
11-Atitude delirante	4	2,4	0,8 – 6,5	9	5,5	2,7 – 10,4
12-Estereotipias/maneirismos*	15	9,1	5,3 – 14,8	6	3,6	1,5 – 8,1
13-Hábitos sociais inaceitáveis	11	6,7	3,5 – 11,9	15	9,1	5,4 – 14,8
14-Comportamento destrutivo	3	1,8	0,5 – 5,6	4	2,4	0,8 – 6,5
15-Depressão**	9	5,5	2,7 – 10,4	30	18,2	12,8– 25,1
16-Inadequação sexual	4	2,4	0,8 – 6,5	3	1,8	0,5 – 5,6
17-Aparência pessoal e higiene	43	26,1	19,7– 33,6	33	20,0	14,3– 27,1
18-Lentidão motora*	15	9,1	5,3 – 14,8	29	17,6	12,3– 24,4
19-Inatividade*	35	21,2	15,4 – 28,4	53	32,1	25,2– 39,8
20-Concentração*	14	8,5	4,9 – 14,1	5	3,0	1,1 – 7,3
21-Outros comportamentos**	11	6,7	3,5 – 11,9	1	0,6	0,03 – 2,9

*p<0.05;**p<0.01

Tabela 18 –Distribuição das 2 populações de acordo com os números de problemas avaliados pela SBS(Social Behaviour Scale)

Problemas SBS	LEÃO XIII			FAZENDA MODELO		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Sem Problemas*	74	44,8	37,1– 52,9	56	33,9	26,8– 41,7
1-2 Problemas	51	30,9	24,1- 38,7	64	38,8	31,4– 46,7
3-5 Problemas	21	12,7	8,3 – 19,1	31	18,8	13,3– 25,7
> 5 Problemas	19	11,5	7,2 – 17,6	14	8,5	4,9 – 14,1

*p<0.05

7.3.4- Comparação da limitação do comportamento social entre os indivíduos com distúrbios maiores e aqueles sem esses distúrbios

As Tabelas 19 e 20 comparam a prevalência da limitação do comportamento social entre os indivíduos que apresentaram e os que não apresentaram distúrbios mentais maiores. Através da análise dessa tabela, torna-se claro a maior alteração

do comportamento social dos indivíduos com distúrbios mentais maiores, pois eles revelaram uma prevalência significativamente maior em nove itens. Com relação à mais de cinco problemas, as pessoas com distúrbios mentais maiores demonstraram uma diferença significativa (16,7% *versus* 6,5%).

Tabela 19 – Distribuição da frequência e proporção da limitação do comportamento social de acordo com a presença ou ausência dos distúrbios mentais maiores

Tipo de Problemas	Presença (n=72)			Ausência (n=247)		
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)
1-ComunicaçãoEspontânea	7	9,7	4,3 – 19,6	25	10,1	6,8 – 14,7

2-Incoerência discurso**	13	18,1	10,3 – 29,2	19	7,7	4,8 – 11,9
3-Excentricidade diálogo	10	13,9	7,2 – 24,5	21	8,5	5,4 – 12,8
4-Inabilidade social**	13	18,1	10,3 – 29,2	21	8,5	5,4 – 12,8
5-Hostilidade	9	12,5	6,2 – 22,9	25	10,1	6,8 – 14,7
6-Comportamento chamativo	8	11,1	5,2 – 21,2	17	6,9	4,2 – 10,9
7-Idéias e comportamento suicida**	5	6,9	2,5 – 16,1	2	0,8	0,1 – 3,2
8-Pânico e fobias	6	8,3	3,4 – 17,9	13	5,3	2,9 – 9,1
9-Hipermotricidade**	17	23,6	14,7 – 35,3	22	8,9	5,7 – 13,3
10-Rir e falar sozinho*	11	15,3	8,2 – 26,1	14	5,7	3,2 – 9,5
11-Atitude delirante*	7	9,7	4,3 – 19,6	5	2,0	0,7 – 4,9
12-Estereotípias/maneirismos	6	8,3	3,4 – 17,8	9	3,6	1,7 – 7,1
13-Hábitos inaceitáveis	8	11,1	5,2 – 21,2	14	5,7	3,2 – 9,5
14-Comportamento destrutivo	3	4,2	1,1 – 12,5	4	1,6	0,5 – 4,3
15-Depressão**	19	26,4	17,1 – 38,3	20	8,1	5,1 – 12,4
16-Inadequação sexual**	4	5,6	1,7 – 14,3	2	0,8	0,1 – 3,2
17-Aparência pessoal/higiene	17	23,6	14,7 – 35,3	51	20,6	15,9 – 26,3
18-Lentidão motora**	16	22,2	13,6 – 33,8	26	10,5	7,1 – 15,2
19-Inatividade	22	30,6	20,5 – 42,7	60	24,3	19,2 – 30,2
20-Concentração	2	2,8	0,4 – 10,6	13	5,3	2,9 – 9,1
21-Outros comportamentos	1	1,4	0,1 – 8,5	7	2,8	1,2 – 5,9

*p<0.05 **p<0.01

Tabela 20 –Distribuição do número de problemas avaliados pela SBS(Social Behaviour Scale) de acordo com a presença ou ausência de distúrbios mentais maiores

Problemas SBS	Presença (n=72)			Ausência (n=247)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Sem Problemas**	19	26,4	17,1-38,3	109	44,1	37,8-50,6
1-2 Problemas	25	34,7	24,1-46,9	88	35,6	29,7-41,9
3-5 Problemas	16	22,2	13,6- 33,8	34	13,8	9,8– 18,8
> 5 Problemas**	12	16,7	9,3 – 27,6	16	6,5	3,8 – 10,5

**p<0.01

Os 11 indivíduos não avaliados pelo CIDI, foram pela SBS. Encontraram-se alterações, sobretudo, nas áreas dos comportamentos socialmente inaceitáveis e do isolamento social. Desses 11 indivíduos, 7 deles apresentaram mais que 5 problemas. Portanto, eram indivíduos com graves alterações do comportamento

social.

8. DISCUSSÃO

De acordo com a hipótese de trabalho, esperava-se encontrar uma prevalência em torno de 15% de distúrbios mentais maiores para a amostra. A taxa encontrada no presente estudo foi significativamente maior que esta premissa (22,6% *versus* 15,0%; $\chi^2=5,91$; $p=0,015$). Apesar de a hipótese ter sido rejeitada, a prevalência de distúrbios mentais maiores encontrada na amostra, que foi de 22,6%, não foi tão superior à da hipótese de trabalho, levando-se em consideração o limite inferior do intervalo de confiança. Considerando-se a prevalência dos últimos 12 meses, que foi de 19,1% (IC=95%; 15,02–23,9), não houve diferença significativa com relação à taxa hipotetizada.

Esse foi o principal achado do estudo. Esse resultado, porém, foi menor do que aquele alegado por setores da opinião pública e, também, por alguns profissionais da área da saúde mental, os quais têm argumentado que a maioria da população dos albergados seria constituída por pacientes psiquiátricos. Essa concepção é calcada na suposição de que esses pacientes estivessem vivendo nos albergues em conseqüência direta do processo de desinstitucionalização psiquiátrica, que vem vigorando no País a partir dos anos 80.

Essa argumentação é baseada nos achados de estudos realizados, sobretudo, nos EUA na década de 70 e início da de 80, os quais encontraram uma alta taxa de distúrbios mentais maiores nos moradores de rua, chegando a alguns estudos a apresentarem taxas de até 90%. Com o aprimoramento da metodologia empregada, especialmente no que se referia ao tamanho e à seleção da amostra e ao uso de instrumentos padronizados, os estudos mais recentes de avaliação de distúrbios mentais nos moradores de rua encontraram taxas de distúrbios maiores que variam de 15% a 30%.

Um importante estudo com o objetivo de avaliar distúrbios mentais nos moradores de rua foi executado no Brasil por Heckert et al. (1999) na cidade de Juiz de Fora. Os autores encontraram uma proporção de distúrbios mentais maiores de 28,9%, incluindo esquizofrenia (9,6%), depressão maior (16,9%) e distúrbios bipolares (2,4%). Apesar de estudarem a população de rua que estava

albergada no momento da entrevista e aquela que morava pelas ruas da cidade, e utilizarem uma amostra pequena de somente 83 pessoas, os resultados desse estudo, com relação aos distúrbios mentais maiores, não diferiram significativamente do atual estudo. Essa similaridade pode ser explicada por um importante aspecto metodológico de ambos os estudos: a utilização de um instrumento padronizado de alta confiabilidade para a avaliação de distúrbios mentais. Esse fato permitiu a replicação de resultados similares.

Há dois estudos internacionais que empregaram o CIDI para a avaliação dos distúrbios mentais, um foi conduzido em Madri e o outro em Paris. Ambos os estudos empregaram uma metodologia adequada para a seleção de uma grande amostra de moradores de rua, de sorte que é muito instrutivo comparar os resultados do presente estudo com os deles. Um importante estudo foi efetuado por Vasquez et al. (1997), em Madri, na Espanha. Os autores usaram uma amostra de 261 moradores de rua (205 homens e 56 mulheres), oriundos de diversas localidades como albergues, ruas etc. Aproveitaram o CIDI-DSM-III-R como instrumento para avaliar os distúrbios mentais. Encontraram que 24% da amostra apresentava distúrbios mentais maiores, incluindo 20% de depressão maior e 4% de esquizofrenia. A taxa de distúrbios mentais maiores encontrada não diferiu significativamente à do presente estudo. É importante salientar que tanto o estudo de Madri quanto o atual utilizaram uma amostra maior de 100 participantes e, também, o mesmo instrumento de avaliação psiquiátrica, fatos esses que contribuíram para a réplica dos resultados. O outro estudo foi o de Kovess & Lazarus (1999), que encontrou uma prevalência muito grande de distúrbios mentais maiores, a qual foi de 57%. Esse estudo empregou o CIDI de avaliação psiquiátrica numa amostra de cerca de 700 pessoas. A prevalência encontrada por esses pesquisadores foi a maior da literatura internacional pós-meado da década de 80.

Houve diferenças nas taxas em relação ao estudo de Koegel et al. (1988), que foi de 32%, e também com o estudo de Haugland et al. (1997), que foi de 15%. É importante observar que essas diferenças não foram muito acentuadas

com relação ao presente estudo, se levarmos em consideração o intervalo de confiança.

Um outro estudo encontrou uma taxa de distúrbios mentais maiores de 50% (Adams et al., 1996), sendo essa diferença muito grande em relação à taxa do atual estudo. Entretanto, ela pode ser explicada pelo tamanho da amostra utilizada por aqueles autores (n=64) e, também, pela composição desta (só mulheres). Como visto anteriormente, amostras com menos de 100 participantes a precisão das estimativas é baixa, e as mulheres quando estão na condição de moradores de rua têm maiores taxas de distúrbios mentais maiores em comparação aos homens. Chama a atenção na comparação desses estudos que a prevalência de distúrbios mentais maiores encontrada no presente trabalho não diferiu, acentuadamente, da maioria dos estudos conduzidos no Brasil e no exterior.

Apesar de os achados da prevalência dos distúrbios mentais maiores do presente estudo não serem tão altos quanto o alegado pela opinião pública em geral, os resultados desses distúrbios são bem maiores do que os encontrados na comunidade, embora não sendo tão altos quanto aqueles achados nos hospitais psiquiátricos, como pode ser avaliado pela tabela a seguir. Essa tabela foi elaborada com os dados levantados pelo estudo de avaliação de distúrbios mentais na comunidade, realizado em três grandes capitais brasileiras (Almeida Filho et al., 1997), e também pelos dados do censo de hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro feito por Silva et al. (1999).

Conforme se observa na tabela 21, tanto a prevalência da esquizofrenia como a do distúrbios de humor foram maiores na amostra de albergados em comparação à população geral. Em contraste, a taxa de esquizofrenia foi maior nos hospitais psiquiátricos em comparação à dos albergados. O abuso/dependência de álcool foi muito maior nos indivíduos albergados do que nas outras localidades.

Tabela 21 –Prevalência por toda a vida de distúrbios mentais de moradores em albergues públicos comparada com a população em geral e pacientes psiquiátricos internados

Populaç.	Cidade	Local	Instrum	n	Homem (%)	Esquiz.	Dist Humor	Álcool Depend
Morador	RJ	Albergues	CIDI	330	74,5	10,7	17,9	44,2
Pacientes	RJ	Hospital	-	3223	66,0	42,0	3,2	4,6
Populaç.	S P	Domicílio	DSM-III	1742	-	0,9	2,2	4,7
Populaç.	Brasília	Domicílio	DSM-III	2345	-	0,3	3,2	8,0
Populaç.	Porto Alegre	Domicílio	DSM-III	2385	-	2,4	11,3	9,2

Portanto, pode-se sintetizar, através dos dados encontrados, que a prevalência dos distúrbios mentais maiores foi maior do que o da população em geral, mas não tão alta quanto à dos pacientes psiquiátricos. Ao contrário, a taxa de alcoolismo foi bem maior na população de albergados. A prevalência de distúrbios mentais foi bem maior nos albergados, comparando-se com a população em geral (66,5% *versus* 40%).

Um outro aspecto muito importante no que diz respeito aos distúrbios mentais maiores nos moradores de rua é a proporção desses indivíduos que já tenham estado internado em hospitais psiquiátricos. Os estudos realizados, sobretudo, nos EUA até meados de 80, verificaram que em torno de 30% da população de rua era anteriormente pacientes crônicos de hospitais psiquiátricos. Esses indivíduos estariam vivendo nas ruas, segundo esses estudos, em decorrência direta do processo de desinstitucionalização psiquiátrica que teve início na década de 60 nesse país.

Essa concepção influenciou a opinião pública em geral desse país, responsabilizando o processo de desinstitucionalização como o responsável pelo aumento da população de rua. Essa visão foi, também, absorvida por alguns políticos e trabalhadores em saúde mental no Brasil, que crêem que o principal

fator que leva as pessoas a virem a morar nas ruas é de causa psiquiátrica. Entretanto, essas informações não são fornecidas por nenhum estudo que contenha dados acurados no País.

O presente estudo encontrou que 23,9% da amostra já tinha sido internada anteriormente em hospitais psiquiátricos. Esse achado é próximo ao dos estudos realizados em outros países, como os EUA. Todavia, não se pode afirmar que essa parcela de indivíduos que esteja morando nos albergues é uma conseqüência direta do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil. Esse processo é ainda incipiente no País, sendo bastante diferente do que ocorreu nos EUA, onde ele já está em fase bem avançada.

Um fato interessante observado por Susser et al. (1996) foi o de que as diferentes faixas etárias de moradores de rua com distúrbios mentais nos EUA teriam fatores diversos, que os conduziram a irem morar nas ruas. As pessoas desinstitucionalizadas na década de 60 foram muito penalizadas pelo corte de investimento governamental em moradias de baixo custo ocorrido nesse período. A geração mais jovem de pessoas com distúrbios mentais estaria submetida a outros fatores que poderiam favorecer o seu encaminhamento para as ruas. Tais fatores, segundo os autores, seriam: a falta de emprego, a falta de moradia, a ausência de um suporte comunitário e o uso de drogas.

A pesquisa de vários outros fatores seria necessário para verificar a associação entre desinstitucionalização psiquiátrica e o número de pacientes crônicos morando nas ruas. Pode-se citar o período de internação, os tratamentos em serviços na comunidade etc. Um dado importante para se obter seria saber se houve transferência de pacientes diretamente dos hospitais psiquiátricos para os albergues (transinstitucionalização). Infelizmente, o atual estudo não conseguiu obter tais dados.

Portanto, o achado de 23,9% da amostra não significa que a desinstitucionalização esteja necessariamente relacionada ao fato de que um ex-paciente venha a se tornar um morador de albergue. Vários fatores estão em jogo no processo que conduz um indivíduo a vir morar nas ruas, e destas para os albergues, sendo difícil delimitar quais deles seriam os responsáveis para tal

desfecho. É lógico pensar que os fatores macro teriam uma função primordial na condução desse processo, especialmente num país como o Brasil. É importante salientar que os albergues ou as ruas são os pontos finais de todo um processo onde vários fatores estariam interagindo. Se não se entende esse processo, é evidente que não se tem o conhecimento dos fatores que gerariam a condição de morador de rua.

Para se avaliar adequadamente a relação entre desinstitucionalização psiquiátrica e o aumento de distúrbios mentais maiores entre os moradores de rua, seria importante conduzir um estudo tal qual aquele de O'Driscoll & Leff (1993). Nesse estudo, acompanhou-se 770 pacientes de longa internação, que foram transferidos de dois grandes hospitais psiquiátricos de Londres, em 1983, para tratamento na comunidade, sendo verificado que um número muito pequeno desses pacientes tornara-se moradores de rua, após vários anos de acompanhamento.

8.1- Prevalência de distúrbios mentais entre os moradores de albergues

8.1.1- Abuso/dependência de álcool

O distúrbio mental encontrado com maior frequência em toda a amostra foi o abuso/dependência de álcool, sendo este encontrado em maior proporção nos homens. Embora o alcoolismo teve uma maior prevalência no sexo masculino, a sua presença foi alta no sexo feminino (15,8%). Esse padrão se manteve na taxa dos últimos 12 meses.

Como relatado anteriormente, a população de rua no início do século nos EUA era conhecida como *skid rows*, os quais eram, na sua grande maioria, alcoolistas, homens, brancos, solteiros e de meia-idade. A partir da década de 70, esse perfil populacional muda, sobretudo em decorrência do processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Houve um aumento de distúrbios mentais maiores nessa população e, também, um maior número de jovens oriundos das minorias étnicas.

Nos estudos realizados a partir da metade da década de 80, metodologias mais adequadas foram utilizadas e dados mais fidedignos dessa população foram apresentados. As taxas de distúrbios mentais maiores não eram tão altas quanto anteriormente, o mesmo se podendo dizer com respeito ao alcoolismo. Entretanto, as taxas de alcoolismo ainda se configuravam maiores do que a de outros distúrbios mentais. Os problemas com álcool e drogas ainda têm atingido mais da metade da população de rua.

Não houve diferenças significativas entre as taxas de alcoolismo encontradas no presente estudo (44,2%) e aquele conduzido por Vasquez et al. (1997) (44,3%). O mesmo se podendo dizer com relação à distribuição dessas taxas entre os sexos. O achado do atual estudo foi corroborado com outros estudos internacionais realizados no fim dos anos 80, Smith & North (1993) e Haughland et al. (1997), nos quais essas taxas foram em torno de 50%. Outros estudos acharam taxas superiores às do estudo em questão, como o de Koegel et al. (1988) (62,9%) e Susser et al. (1989) (58%).

A taxa encontrada no presente estudo foi superior àquela do trabalho de Kovess & Lazarus (1999), que foi de 24,9%. A taxa achada por esses pesquisadores foi a menor da literatura internacional. Ela compara-se à da população geral, encontrada no estudo de Kessler et al. (1994), a qual foi de 20,9%.

Embora ambas as amostras encontrassem altas taxas de alcoolismo, o estudo de Heckert et al. (1999), realizado no Brasil, teve uma taxa de alcoolismo significativamente maior do que a do presente estudo (81,5% *versus* 44,2%). A taxa achada por esses pesquisadores foi a maior em toda literatura internacional efetuada pós-meado da década de 80. Essa alta taxa pode ser decorrente da composição da amostra, pois Heckert et al. (1999) fizeram os seus estudos tanto em indivíduos institucionalizados como naqueles que moravam nas ruas, sendo estes um terço de sua amostra total. Aqueles que moram nas ruas têm uma maior probabilidade de terem distúrbios mentais, incluindo abuso/dependência de álcool e drogas.

A taxa de alcoolismo encontrada no presente estudo foi significativamente maior do que a da população em geral e também aquela dos pacientes internados (Tabela 21). Isso significa que o alcoolismo é um grave problema que ainda atinge a população de rua. Diferente dos *skid rows* do passado, onde 90% da população de rua era constituída por alcoolistas, os dados do atual estudo ainda indicam que esse distúrbio é muito prevalente nessa população. Isso foi corroborado com outros estudos, tanto nacionais quanto internacionais, os quais encontraram altas taxas de alcoolismo.

O alcoolismo foi encontrado associado significativamente com os déficits cognitivos, tanto o leve como o grave. Embora a escolaridade e a faixa etária sejam fatores confundidores dessas associações, a associação com o déficit cognitivo grave se mantém, mesmo quando esses fatores foram controlados [Mantel-Haenszel, OR=1,50 (1,01–1,87); $\chi^2=4,58$; $p=0,032$ e Mantel-Haenszel, OR=1,30 (1,02–1,65); $\chi^2=4,67$; $p=0,036$].

O alcoolismo pode estar associado, também, a outros distúrbios mentais, como a depressão e a esquizofrenia. O presente estudo encontrou essa associação e a sua magnitude através do cálculo do qui-quadrado e o *odds ratio*. Esse dado vai de encontro a vários estudos, como o de Koegel et al. (1988), que encontraram uma alta prevalência de co-morbidade, especialmente de distúrbios mentais maiores e alcoolismo.

Com relação à associação do alcoolismo com os fatores socio-demográficos, além do sexo masculino relatado anteriormente, o alcoolismo foi encontrado associado significativamente com a faixa etária idosa. Isso vem confirmar o trabalho realizado por Fisher & Breakey (1991), de que o alcoolismo atinge, sobretudo, a faixa etária mais idosa entre os moradores de rua.

Por fim, é importante mencionar que as taxas do alcoolismo tiveram o mesmo padrão nas duas instituições estudadas. Houve apenas algumas diferenças entre elas com respeito às distribuições quanto aos sexos. Enquanto na Leão XIII houve uma maior proporção de homens alcoolistas em relação à Fazenda Modelo, esta apresentou uma maior proporção de mulheres alcoolistas em relação à Leão XIII.

A maior prevalência de alcoolismo nos moradores de rua, comparada à população em geral, torna-a mais vulnerável aos acidentes, problemas físicos e mentais associados ao alcoolismo. Além disso, faz com que os alcoolistas fiquem mais negligenciáveis com a sua saúde, dificultando a procura de tratamento adequado (Shanks, 1983). Diante de todos esses fatores, o alcoolismo nos moradores de rua é um distúrbio de extrema gravidade.

8.1.2- Abuso/dependência de drogas

A taxa de abuso/dependência de drogas encontrada no presente estudo foi de 7,5% (4,9–11,3), sendo inferior àquelas achadas em outros estudos, tanto nacional quanto internacionais. Koegel et al. (1988) encontraram uma taxa de 69,2%; North & Smith (1993) de 74,7% e Haugland et al. (1997) de 72%. No estudo de Heckert et al. (1999), realizado no Brasil, a taxa foi de 31,3%. A menor taxa encontrada no atual estudo deve-se, provavelmente, a dois fatores importantes.

O primeiro deles está relacionado aos locais de coleta de dados. Os indivíduos que usavam drogas ficavam temerosos em abordar esse assunto por vários motivos, como, por exemplo, por problemas legais. Essa possibilidade foi observada indiretamente pelo entrevistador, quando este perguntava aos *staffs* se sabiam do consumo de drogas pelos entrevistados. Houve um grande número de indivíduos que negou o uso de drogas, situação essa que não era confirmada pelos *staffs*.

O segundo diz respeito à avaliação somente do uso de maconha e cocaína. Apesar de os moradores de rua usarem, particularmente, essas drogas quando drogaditos, esse fato limitou sobremaneira todo o arsenal de substâncias psicoativas que pudesse ser encontrado. É sabido que no caso de consumo de drogas pelos moradores de rua a forma de uso é múltipla.

Embora a taxa encontrada por Vasquez et al. (1997) e Kovess & Lazarus (1999) fosse superior à do atual estudo, 13,2% e 15,6% respectivamente, essa diferença não foi tão acentuada como nos outros estudos. Isso pode ser explicado

pela similaridade das metodologias empregadas em ambos estudos, como o mesmo instrumento de avaliação psiquiátrica.

Apesar de as dificuldades observadas na coleta de dados acerca dos usuários de drogas no presente estudo, foi possível observar alguns dados interessantes. Não foi encontrada diferença significativa entre os sexos. A co-morbidade entre álcool e drogas foi de 3,1%. Essa proporção foi muito baixa em relação aos outros estudos, como o de Robertson et al. (1997), que encontraram uma taxa de co-morbidade de 35,7% em uma amostra de 564 moradores de rua da cidade de Alameda na Califórnia. No trabalho de Heckert et al. (1999), realizado no Brasil, a taxa encontrada foi de 28,9%. As razões pela baixa taxa de co-morbidade do presente estudo já foram expostas anteriormente.

Relatou-se que as maiores taxas de alcoolismo foram encontradas na população idosa dos moradores de rua, enquanto maiores taxas de abuso/dependência de drogas na população mais jovem (Fisher & Breakey, 1991). O atual estudo também encontrou uma maior prevalência de drogas na faixa etária jovem.

Portanto, o presente estudo obteve a distribuição de abuso/dependência de álcool e drogas entre as faixas etárias de acordo com a literatura internacional. Ou seja, na faixa etária jovem predominou o abuso/dependência de drogas, enquanto na faixa etária idosa predominou o alcoolismo. Os jovens usuários de drogas que perdem o emprego e as suas redes de suporte social podem ser conduzidos para a condição de morador de rua.

8.1.3- Esquizofrenia

A taxa de esquizofrenia encontrada foi de 10,7% (7,6–14,7), sendo significativamente maior em comparação à população em geral, porém sendo inferior à taxa dos pacientes hospitalizados (Tabela 21). Ao contrário do que é encontrado na população em geral, a taxa de esquizofrenia foi significativamente maior nas mulheres. Essa diferença foi mantida, também, nas taxas dos últimos 12 meses.

A maior prevalência de esquizofrenia no sexo feminino em moradores de rua foi encontrada em vários estudos. Conforme o relato de Marshall (1996), as mulheres têm, proporcionalmente, uma maior taxa de distúrbios mentais maiores em comparação aos homens, tendo porém uma menor taxa de abuso/dependência de álcool e drogas.

Não houve diferença significativa da taxa de esquizofrenia entre o presente estudo e aquele conduzido por Heckert et al. (1999), que foi de 9,6%. O mesmo pode ser dito em relação à maioria dos estudos internacionais, como o de Koegel et al. (1988) (13,1%), o de Susser et al. (1989) (8%), o de Haughland et al. (1997) (10%), o de Geddes et al. (1994) (9%) e o de Kovess & Lazarus (1999) (16%). O achado do atual estudo superou o de Vasquez et al. (1997), o qual foi de 4%.

Outro aspecto importante encontrado nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia foi o fato delas relatarem uma maior frequência de internações psiquiátricas prévias. Embora o sexo seja uma variável confundidora, essa associação se manteve, mesmo quando essa variável foi controlada [Mantel-Haenszel, OR=10,34 (4,94–21,68); $\chi^2=57,84$; $p<0,0001$]. Ou seja, grande parte dos indivíduos com esquizofrenia na amostra foi interna de hospitais psiquiátricos no passado. É importante frisar que, através dos dados do estudo em questão, não temos condições de sabermos como foi a entrada desses indivíduos nos albergues. Se foi por recolhimento nas ruas, transferência institucional ou voluntária.

8.1.4- Distúrbios do humor

Os seguintes distúrbios de humor foram avaliados:

- distúrbio bipolar;
- depressão maior (único episódio ou recorrente);
- distímia.

O distúrbio bipolar só foi encontrado em um indivíduo da amostra, sendo esse distúrbio muito difícil de ser achado nos moradores de rua, fato esse confirmado pela maioria dos estudos da área.

A depressão maior foi descoberta em 12,9% da amostra (9,5–17,1), sendo maior significativamente em mulheres. O padrão encontrado nas taxas de toda a vida foi similar à dos últimos 12 meses. Os distúrbios unipolares depressivos foram achados com maior frequência, atingindo 21 pessoas (6,8% de toda a amostra), enquanto a depressão recorrente foi encontrada em 11 pessoas (3,4% de toda a amostra).

O achado do presente estudo não apresentou diferenças significativas com o de Heckert et al. (1999), que foi de 16,7%. As diferenças dos dados do estudo em questão com o de Vasquez et al. (1997) (20%), o de Koegel et al. (18,3%) e o de Adams et al. (1996) (8%) não foram tão expressivas, levando-se em consideração o intervalo de confiança. Ou seja, o atual resultado é similar tanto aos dados nacionais, quanto aos internacionais.

As maiores diferenças encontradas foram com o estudo de Haugland et al. (1997), o qual encontrou uma taxa de 4% de distúrbios de humor, e com o de Kovess & Lazarus (1999), que encontrou uma prevalência de distúrbios do humor de 41%. Esses dois estudos foram os que acharam a menor e a maior prevalência respectivamente na literatura internacional.

É importante frisar que a taxa de depressão encontrada foi maior significativamente que a da população em geral e também que a dos pacientes hospitalizados (Tabela 21). Ou seja, tem-se um maior número de indivíduos com depressão morando nos albergues.

A taxa de distímia achada no presente estudo foi de 5,3% (3,2–8,5), atingindo, em maior parte, as mulheres. Não houve diferenças tão expressivas com relação ao estudo de Heckert et al. (1999), que foi de 10,8% e com o de Koegel et al. (1988), que foi de 9,2%. Entretanto, a taxa de distímia encontrada por Vasquez et al. (1997) foi superior à do estudo em questão (17%). Os autores argumentaram que essa taxa pode ser parcialmente explicada pelo fato de que utilizaram taxas por toda a vida. Entretanto, a taxa de distímia que eles encontraram nos últimos 12 meses, 13%, ainda supera à dos outros estudos internacionais.

8.1.5- Déficit cognitivo

Ainda existem muito poucos estudos que avaliaram os déficits cognitivos nos moradores de rua. No presente estudo, os déficits cognitivos foram estimados de duas formas:

- déficits cognitivos leves;
- déficits cognitivos graves.

As taxas desses distúrbios encontradas no atual estudo foi maior significativamente ao estudo de Heckert et al. (1999), que foi de 9,6%. Com relação aos estudos de Vasquez et al. (1997) e de Kovess & Lazarus (1999) houve uma diferença significativa com relação ao déficit cognitivo grave, que naqueles estudos foram respectivamente 6% e 10,1%, sendo 15,0% (11,4–19,5) no estudo em questão.

A prevalência do déficit cognitivo leve foi de 21,3%(17,1–26,3), não tendo diferença significativa com a do estudo de Vasquez et al. (1997), que foi de 19%. Não houve diferenças significativas de déficits cognitivos entre os sexos no atual estudo.

É importante frisar que o instrumento utilizado para a avaliação dos déficits cognitivos, o Mini-Mental, não é específico para o diagnóstico de demência (Kessler et al., 1994), sendo um instrumento empregado para triagem. O resultado desse instrumento pode ser influenciado pela faixa etária idosa e nível de escolaridade.

Realizou-se um estudo a fim de avaliar as influências do nível de escolaridade e a faixa etária nos escores obtidos pelo Mini-Mental (Bertolucci et al., 1993). Para esse estudo, foram aproveitados 530 indivíduos em sua maior parte atendidos no serviço de triagem médica do Hospital São Paulo. Esses indivíduos foram divididos em faixas etárias e níveis de escolaridade diferentes. Constatou-se que, para essa amostra, a faixa etária não interferiu nos resultados. Entretanto, ao se comparar quatro níveis de escolaridade (analfabetos, baixa,

média e alta), obtiveram diferenças estatisticamente significantes entre os escores, exceto para os indivíduos de baixa e média escolaridade quando comparados entre si.

Conforme foi relatado anteriormente, a grande maioria da amostra em questão apresentou baixo nível de escolaridade. Provavelmente, a alta taxa de déficits cognitivos leve possa ser explicado, em parte, pela baixa escolaridade da atual amostra, o que pode ser comprovado pela maior prevalência desse déficit nos indivíduos analfabetos [OR=5,65 (2,8–39,7)]. Esse achado foi também confirmado por Kessler et al. (1994).

O déficit cognitivo grave apresentou-se associado ao alcoolismo. Embora a faixa etária e o nível de escolaridade fossem variáveis confundidoras, a associação se manteve quando essas variáveis foram controladas, como relatado antes.

Se for levado em consideração o déficit cognitivo leve e o grave, o total encontrado na presente amostra é alto (36,3%). Comparando-se esse resultado com o estudo conduzido por Veras (1991) na população de idosos da cidade do Rio de Janeiro, verifica-se que o achado do atual estudo não difere significativamente daquele encontrado num bairro de uma área carente da cidade, que foi de 29,75% (36,3% *versus* 29,7%; $\chi^2=2,70$; $p=0,10$).

Entretanto, o achado do presente estudo foi bem superior àquele encontrado na população idosa que vivia em áreas mais ricas, onde foram achadas taxas de 5,94% e 9,84%. Esse é um dado interessante, pois a média de idade da amostra em questão foi de 45 anos, e as alterações cognitivas encontradas foram similares à da população mais velha. Portanto, os moradores de rua passam a apresentar alterações cognitivas semelhantes à da população idosa que vive em áreas carentes, só que em uma faixa etária bem inferior.

Esse fato pode ser explicado pelo relato de Koegel & Burnan (1988), segundo o qual os alcoolistas que vivem nas ruas apresentam um grau maior de severidade do distúrbio em comparação àqueles alcoolistas que vivem em casas pelas seguintes razões:

- um maior tempo de ingestão de bebida alcoólica de forma severa;

- uma maior alteração no funcionamento social e vocacional.

Além disso, esses indivíduos apresentam uma má nutrição e limitações físicas importantes que podem aumentar a probabilidade de distúrbios mentais orgânicos. Portanto a alta taxa de déficits graves nesses indivíduos pode ser um indicativo para uma melhor avaliação de seus quadros clínicos a fim de esclarecimentos de possíveis distúrbios orgânicos relacionados ao uso crônico do álcool de forma severa.

Uma pergunta se faz premente quando se depara com essa taxa de déficit cognitivo: esses déficits não poderiam prejudicar o entendimento das perguntas pelos entrevistados, em razão dos seus comprometimentos cognitivos? Essa pergunta é de difícil resposta, sobretudo no presente estudo onde não houve dados objetivos para responder tal questionamento. Entretanto, pode-se respondê-la através do desempenho no trabalho de campo. Pode-se constatar que as entrevistas com pessoas com déficits cognitivos foram mais demoradas, tendo-se que repetir algumas perguntas várias vezes. Mas com paciência, dedicação e entendimento do grau de dificuldade do entrevistado, pode-se chegar a um resultado satisfatório. É lógico que um entrevistador já treinado com esse tipo de alteração terá uma abordagem mais facilitada.

8.1.6- O instrumento utilizado (CIDI)

Como o objetivo do presente estudo foi avaliar os distúrbios mentais maiores e o abuso/dependência de álcool e drogas nos albergados, isso explica a ausência de distúrbios mentais em cerca de 35% da amostra. É evidente que se fosse utilizado todo o CIDI, a presença de distúrbios mentais seria ainda maior. Tem-se como exemplo o estudo de Heckert et al. (1999), que avaliou um grupo maior de distúrbios mentais, incluindo os distúrbios menores e de personalidade, encontrando a presença de distúrbios mentais em praticamente toda a amostra.

O CIDI possibilitou conhecer grande parte da amostra que manifestou comorbidade de distúrbios mentais, mostrando a gravidade em que esses indivíduos se encontravam, pois esses apresentavam acúmulo de distúrbios. A maior

prevalência de co-morbidade encontrada foi a de álcool e déficits cognitivos, indicando uma maior gravidade no alcoolismo desses indivíduos.

Como o CIDI avalia os distúrbios mentais em dois períodos, por toda a vida e nos últimos 12 meses, foi possível conhecer a proporção de distúrbios que remeteram. Essa remissão foi avaliada nas taxas dos últimos 12 meses de abuso/dependência de álcool e drogas nos homens. Com as mulheres, não houve diminuição significativa das taxas de esquizofrenia e depressão entre os dois períodos, significando que elas não tiveram remissão de seus distúrbios e que as manifestações desses eram crônicas.

Como se encontrou na amostra uma grande prevalência de déficits cognitivos, isso poderia levar sérios problemas na confiabilidade do achado da prevalência dos distúrbios mentais. Certos sintomas, como as alterações de memória, poderiam acarretar falhas com relação a lembranças de distúrbios que ocorreram tempos atrás. O Mini-Mental foi o instrumento utilizado para a avaliação dos déficits cognitivos. Como já relatado, esse é um instrumento para triagem do quadro demencial, não significando que o achado desses déficits signifique a demência propriamente dita. Além disso, os déficits cognitivos leves não foram maiores do aqueles achados em outros estudos internacionais, sendo também associado com o baixo nível de escolaridade no presente estudo. Os indivíduos com déficits cognitivos graves poderiam ter a aplicação da escala prejudicada. Entretanto, isso não foi verificado empiricamente. Seria importante investigar quais áreas da cognição estariam mais afetadas nesses indivíduos, o que não foi realizado nesse estudo.

A utilização do CIDI no estudo mostrou-nos que os entrevistados se sentiam satisfeitos em participar de uma entrevista rigorosa, que praticamente tentava avaliar minuciosamente as suas queixas psíquicas. Apesar do baixo nível educacional da amostra, a maioria dos entrevistados compreendeu as perguntas que lhe eram feitas. Porém, algumas perguntas relativas à esquizofrenia e à depressão podem ter sido mal compreendidas por alguns participantes por problemas na tradução, na elaboração das perguntas ou na dificuldade de compreensão por parte de alguns entrevistados. Certos distúrbios, como a

depressão e a dependência de álcool/drogas pareceu-nos muito bem estruturados e específicos, com perguntas claras, deixando muito pouca margem para dúvidas.

Uma das desvantagens do uso do CIDI, já apontada por Wittchen et al. (1991), é o longo período da entrevista, podendo cansar tanto o entrevistado quanto o entrevistador. No presente estudo, quando o entrevistado tinha comorbidade, a entrevista com o CIDI chegava a durar em torno de uma hora. Entretanto, os indivíduos gostavam de participar das entrevistas, porque era um momento em que podiam relatar várias dificuldades que estavam tendo no seu dia-a-dia. Coerente com isso foi a baixa frequência de recusa da amostra (n=3).

Uma questão fundamental detectada no atual estudo é a dificuldade de se aplicar o CIDI em pacientes muito debilitados fisicamente, ou então com sintomatologia psicopatológica grave, como a agitação psicomotora, que os impeçam de responder às perguntas. Os 11 indivíduos em que não foi possível realizar as entrevistas apresentavam sintomas psicopatológicos graves; essa é uma clara limitação desse instrumento, uma vez que doentes graves ficam sem ser avaliados. No presente estudo, esses indivíduos foram avaliados indiretamente através da SBS, e sete deles tinham mais que cinco problemas.

Uma discussão que permeia todos os estudos que avaliam distúrbios mentais em moradores de rua é a dificuldade da utilização de um instrumento psiquiátrico para a avaliação desses distúrbios. A maioria das entrevistas do presente estudo (91%) foi realizada pelo pesquisador principal. Como este tem formação psiquiátrica e participou do treinamento do instrumento previamente à pesquisa, ele não teve grandes dificuldades na avaliação dos distúrbios na população estudada. Entretanto, ele reconhece que em algumas ocasiões teve dificuldade de separar sintomas psicopatológicos das condições de vida daqueles indivíduos. Como o CIDI pode ser utilizado por pessoas leigas na avaliação dos distúrbios, torna-se indispensável que essas pessoas participem de um treinamento em moradores de rua, através de um estudo piloto, antes de começarem a coleta de dados propriamente dita.

Em resumo, o presente estudo reitera a observação realizada por Craig et al. (1996) de que o CIDI é apropriado para ser utilizado na avaliação de distúrbios

mentais em moradores de rua. Como o seu estudo de confiabilidade foi feito no Brasil e em vários outros países, esse instrumento apresenta, ainda, a vantagem de que seus dados possam ser comparados com vários outros estudos.

8.1.7- Comparação entre as taxas por toda a vida e dos últimos 12 meses

A única taxa que houve remissão no último ano foi a de abuso/dependência de álcool nos homens. Isso provavelmente se deu por intervenção de grupos de suporte a essas pessoas. Não temos dados a respeito de grupos de intervenção, mas pode-se constatar empiricamente que eles realizam um trabalho sistemático nessas instituições. Desses grupos, pode-se destacar o Alcoólatras Anônimos (AA), que tem prestado um serviço de grande valia para os alcoolistas moradores dos albergues.

8.1.8- A relação dos problemas psiquiátricos com a condição de ser morador de rua/albergues

Uma grande questão da psiquiatria em moradores de rua é saber se os distúrbios mentais surgem como consequência da condição de morar na rua ou, então, se esses distúrbios seriam a causa primordial que levaria a essa condição. De acordo com o momento de seu surgimento, esses distúrbios da população de rua podem ser divididos didaticamente em dois grandes grupos.

O primeiro grupo refere-se a problemas mentais causados pela própria condição de se morar na rua, e pelos problemas sociais, financeiros e ambientais experimentados por esses indivíduos. O segundo grupo de distúrbios mentais apareceria anteriormente à condição de morador de rua, sendo representado, sobretudo, pelos distúrbios mentais maiores. Quando esses indivíduos passam a morar nas ruas, há uma exacerbação de seus sintomas, assim como um acúmulo de vários outros distúrbios, resultando numa alta prevalência de co-morbidade e um agravamento de seus quadros psicopatológicos.

Os dados coletados no presente estudo permitiram uma verificação indireta de que os distúrbios mentais maiores aparecem, na grande maioria dessa população, anteriormente à condição de morador de rua. Como foi relatado

anteriormente, é muito difícil delimitar com precisão o momento em que o indivíduo começou a morar nas ruas, o mesmo se podendo dizer com relação aos distúrbios mentais crônicos. Mesmo sabendo-se dessa dificuldade de antemão, foi comparado o relato de quanto tempo a pessoa morava no albergue com o primeiro aparecimento de seu distúrbio.

Na grande maioria dos indivíduos com distúrbios mentais maiores (n=72), o surgimento do distúrbio foi anterior a sua institucionalização (n=68). É lógico que o período de institucionalização não é o mesmo de morador de rua. O presente estudo não coletou dados acerca de quanto tempo os indivíduos seriam moradores de rua. Esse dado daria um resultado mais fidedigno da relação temporal entre morar na rua e distúrbios mentais.

Embora seja possível que os eventos estressantes, que são associados ao fato de se morar nas ruas/albergues, possam desencadear distúrbios mentais, o que nos parece mais plausível no atual estudo foi que as pessoas com distúrbios mentais maiores foram conduzidas a irem morar nas ruas por vários fatores. Esses motivos variam desde os macroeconômicos, passando pela rede social e familiar, até chegar no nível micro, havendo inter-relações entre esses. Uma vez nas ruas, os seus sintomas foram exacerbados, além de terem acumulação de outros distúrbios. Segundo comentários de Lamb (1990): “os distúrbios mentais maiores parecem contribuir para as pessoas tornarem-se e permanecerem moradores de rua”.

O fato de que os distúrbios mentais maiores antecedem a condição de rua não significa que eles sejam responsáveis por esse problema na vida dos indivíduos. O desenho de estudo utilizado na presente pesquisa, embora adequado para estimar prevalência, não é bom para investigar associações causais. Apesar de ser possível que a doença mental, associada com outros fatores, tenha levado os indivíduos para a rua, é preciso muita cautela nessas conclusões.

Morar nas ruas, freqüentemente, pode favorecer o abuso na utilização de substâncias químicas pelas pessoas. Isso pode decorrer pelo fato delas estarem sós num ambiente totalmente insalubre, onde o hábito de beber ou usar

substâncias ilícitas é comum. Entretanto, verificou-se, nos dados do estudo em questão, que a grande maioria das pessoas com o diagnóstico de alcoolismo da presente amostra já apresentava essa condição antes de ir para os albergues (91,4% daquelas com alcoolismo).

Esses aspectos são de crucial importância para os planejadores do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil. Como já foi relatado anteriormente, as ruas e os poucos albergues públicos já estão abarrotados de indivíduos e famílias com graves problemas socioeconômicos, que não têm mais para onde ir. Dentro desse contexto, como sobreviverão os doentes mentais graves caso a experiência de desinstitucionalização psiquiátrica dos EUA se repita no Brasil?

É sabido que as limitações e os comprometimentos sociais desses pacientes os prejudicam nas suas tarefas do dia-a-dia. Diante de um ambiente tão adverso socialmente e o descompromisso do Governo com a assistência pública, é muito provável que esses pacientes aumentarão a legião dos desassistidos do País. O fardo da doença mental (*burden of illness*) também é grande para os familiares, que já estão sobrecarregados por vários tipos de problemas, principalmente socioeconômicos.

Numa situação em que essas pessoas com distúrbios mentais se encontram desempregadas e sem ajuda, elas correm um grande risco de se tornarem moradores de rua. Mas com um agravante ainda maior, a de que elas próprias não poderão lutar pelos seus direitos. Tal qual aqueles que estão internados, os que estão fora dos hospitais não têm condições mínimas de se organizarem sozinhos em associações que os proteja em todos os aspectos fundamentais de suas vidas.

8.2- Características sociodemográficas dos moradores dos albergues

A maioria da amostra era constituída por homens, na faixa etária de 30 a 49 anos, solteiros, desempregados, com primeiro grau incompleto, não brancos, oriundos, sobretudo, da cidade e do estado do Rio de Janeiro e que viviam nas

instituições por pelo menos cinco anos. Esses resultados foram consistentes com estudos realizados tanto no Brasil como no exterior.

Verifica-se, através dos resultados, a importância dos fatores socioeconômicos associados à condição de morador de rua. Encontrou-se um grande contingente de pessoas que viviam sós, sem empregos e com baixo nível de escolaridade. É importante notar que a grande maioria era oriunda da cidade ou estado do Rio, confirmando estudos anteriores de que a maioria da população de rua do Rio não é composta por migrantes de outras regiões do País.

Mais da metade da população albergada vivia nas instituições por pelo menos cinco anos. Isso mostra que essas instituições são, na verdade, a moradia para uma grande parcela de moradores de rua. Ou seja, uma vez albergada, essa população teria uma grande dificuldade de sair dessa condição.

A grande maioria da amostra era de desempregado: cerca de 80%. Aproximadamente 50% não tinham um emprego estável antes da institucionalização, enquanto os outros 50% relataram empregos regulares no passado. Isso demonstra que mesmo tendo emprego estável, isso não é uma garantia contra uma exclusão social que um indivíduo venha a apresentar no futuro aqui no Brasil. Determinadas profissões foram encontradas com maior frequência nessa população antes de ela vir a morar nas ruas. Certos empregos eram mais frequentes nos homens, como ajudantes de obras, lavradores, motoristas, camelôs etc. A profissão mais citada pelas mulheres foi a de empregada doméstica.

Grande parte da amostra relatou, em particular, causas socioeconômicas como responsável pela sua condição de morador de rua (67,2%). Faz-se pensar que quando esses indivíduos perderam seus empregos e não tiveram uma ajuda de nenhum nível, tanto familiar quanto governamental, eles foram conduzidos para um quadro de total abandono, sendo a condição de morador de rua o ponto final de todo um percurso de decaimento progressivo.

Esse fato revela um problema de crucial importância para o nosso país, onde atualmente vem-se esvanecendo as políticas públicas sociais. Como já se sabe, temos um grande contingente da população vivendo na extrema pobreza e

que vai sobrevivendo, notadamente, através de suportes sociais de níveis primários e secundários, ou seja, de familiares e amigos. Com o agravamento da situação socioeconômica do País e a falência do suporte social fornecido pelos Governos, a rede familiar de suportes vai-se tornando cada vez mais sobrecarregada de tarefas. Nesse contexto, os indivíduos que apresentarem qualquer alteração física ou mental que os impeçam de se manterem economicamente, e que não tenham nenhum apoio, especialmente familiar, ficam predispostos a uma situação de completo abandono e exclusão.

Esse fato pode ser demonstrado na amostra, onde 52% dos moradores relataram que tinham parentes de primeiro grau, dos quais 42,9% da amostra total teria condições de abrigá-los. A grande maioria dessas pessoas que não foram abrigadas pelos familiares tinha o diagnóstico de alcoolismo (n=78). Mas então qual seria o motivo por que eles não receberam apoio dos seus familiares? Muitas provavelmente seriam as respostas, e o presente estudo não tem dados para elas. Entretanto, pode-se fazer algumas suposições com os dados de distúrbios mentais. O alcoolismo foi encontrado com maior frequência entre aqueles que têm famílias. Sabe-se que esse distúrbio causa desconforto não só para os próprios pacientes, mas também para todos os seus familiares, amigos e ambiente de trabalho, levando, muitas vezes, esses indivíduos a romperem todos os seus laços sociais. Numa situação em que essas pessoas se acham desempregadas e sem ajuda, elas correm um grande risco de se tornarem moradores de rua, particularmente em uma posição de carência econômica.

Comparando-se os dados dos albergados com os da população brasileira, encontra-se algumas similaridades nos fatores sociodemográficos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1991), a maioria da população brasileira tem menos do que 35 anos. O censo demonstrou que, aproximadamente, 32% da população brasileira estava na faixa de 20 a 40 anos. Mas é importante acentuar que na população mais idosa essa razão diminui, mostrando que a população de mais de 60 anos é constituída, sobretudo, por mulheres. A grande maioria da população brasileira apresentava o primeiro grau incompleto. Como se verifica, a amostra em questão revelou uma média de idade

superior à da população brasileira, um número bem maior de homens e uma similaridade com o grau de escolaridade.

Chama a atenção o fato de que tanto a maioria da população de albergados, quanto a maioria da população brasileira demonstraram o mesmo grau de baixa escolaridade. Embora o atual estudo não obtivesse a proporção de desempregados e trabalhadores informais no Brasil, sabe-se que o número desses indivíduos está aumentando no País. Portanto, há fatores socio-demográficos comuns nas duas populações. Conforme Souza & Silva Filho (1999), “os trabalhadores de baixa qualificação e pequena remuneração estão especialmente vulneráveis a uma mobilidade social descendente para a condição de moradores de rua, quando as suas redes de trabalho e de sociabilidade são rompidas”.*

*A questão da vulnerabilidade social no Brasil está muito bem discutida no texto de ESCOREL (1999).

Esse acontecimento foi ressaltado por Rossi et al. (1987) no seu estudo de contagem da população de rua de Chicago. Dizia o autor, no seu estudo, que o importante não era só o conhecimento do número de moradores de rua, e sim fazermos também uma predição daquela população que vive em extrema pobreza, bem como predizer o risco de tornar-se morador de rua.

A condição de morador de rua é predominantemente masculina, e atualmente está aumentando a proporção de mulheres nessa população. Segundo estudos realizados nos EUA e na Inglaterra, a média de idade das mulheres é, geralmente, menor do que a dos homens. Elas têm uma maior probabilidade de estarem empregadas, estudando, mantendo contatos com a família e de serem casadas e com filhos.

O presente estudo não achou diferenças significativas entre os sexos na maioria das variáveis sociodemográficas analisadas. Conforme os estudos realizados nos EUA e na Inglaterra, tinha-se significativamente mais jovens nas

mulheres da atual amostra em comparação aos homens. Mas, ao contrário dos resultados obtidos nesses países, as mulheres da presente amostra apresentaram uma maior proporção significativa de desemprego. Elas também relataram uma menor rede social familiar. Portanto, essas mulheres revelaram maiores problemas socioeconômicos e de suporte social em comparação aos homens. Além disso, elas também relataram um número significativamente maior de hospitalização psiquiátrica. Uma vez que uma mulher solteira torna-se moradora de rua, a sua condição é muito mais grave do que a dos homens. Esse achado é de fundamental importância para os administradores de política social no País.

Com relação às duas instituições estudadas, houve diferenças marcantes nos fatores sociodemográficos entre ambas. A Fundação Leão XIII apresentou uma maior prevalência de população mais idosa, de histórias de hospitalização psiquiátrica, com maior tempo de institucionalização, primeiro grau incompleto e desempregados. A Fazenda Modelo demonstrou uma maior proporção de população mais jovem, trabalhadores informais, analfabetos e menor tempo de institucionalização. Portanto, a Fundação Leão XIII abriga uma população mais cronificada, vivendo na Instituição há bastante tempo.

8.3- Limitações do comportamento social

A Social Behaviour Scale (SBS) foi desenvolvida com o objetivo de avaliar as limitações do comportamento social em pacientes psiquiátricos crônicos. Segundo Wikes & Sturt (1986), a SBS fornece uma avaliação mais fidedigna de problemas comportamentais relacionados aos distúrbios mentais do que as avaliações por instrumentos psiquiátricos tradicionais. Isso resulta do fato dela ser menos comprometida ao bias cultural em comparação a esses instrumentos. No presente estudo, tais limitações foram avaliadas em residentes de albergues.

Dos 21 itens analisados, aquele encontrado com maior frequência foi a inatividade (26,7%), seguido pela aparência pessoal (23,0%), a lentidão motora (13,3%), a hipermotricidade (12,8%), a inabilidade social (11,8%) e a depressão (11,8%). Os altos escores desses itens pode ser consequência dos eventos estressantes que esses indivíduos estariam vivenciando diariamente, como

resultado da pobreza, desemprego, abandono, falta de estímulos ambientais e marginalização.

Ao se dividir os itens em cinco áreas, como relatado anteriormente, a mais comprometida foi a do isolamento social (34,8%), seguida pelo comportamento social inaceitável (28,5%), comportamento social embaraçoso (27,6%), depressão e ansiedade (22,1%) e hostilidade (12,7%).

Segundo Hamid et al. (1995), o diagnóstico psiquiátrico não é uma medida confiável de *disabilities* (limitações), não sendo, portanto, um marcador ideal para avaliar as necessidades de serviços psiquiátricos. Esses autores utilizaram um modelo de regressão logística para comparar a contribuição das limitações do comportamento social de sua amostra (variáveis independentes) com as necessidades de cuidados psiquiátricos e cuidados com os alcoolistas (variáveis dependentes).

Os seus resultados mostraram que a necessidade por cuidados psiquiátricos era significativamente associada com o isolamento social e comportamento social embaraçoso, enquanto que os cuidados com os alcoolistas foi associado significativamente com hostilidade e comportamento social inaceitável.

Seguindo esse modelo proposto por Hamid et al. (1995), as pessoas da presente amostra necessitavam tanto de cuidados psiquiátricos, quanto de cuidados relacionados ao alcoolismo.

Com relação ao número de problemas apresentados por cada residente avaliado pela SBS, a grande maioria não apresentou problemas (39,4%), e apenas 10% revelaram mais que cinco problemas.

8.3.1- Associação entre distúrbio mental e limitações comportamentais

Os indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia foram os que mais apresentaram associações significativas com os itens da SBS. E esses itens estariam associados, sobretudo, aos sintomas positivos da esquizofrenia, como incoerência do discurso, excentricidade do discurso, atitude delirante e hipermotricidade, indicando uma grande necessidade de tratamento psiquiátrico.

Ao se procurar a associação significativa entre os distúrbios mentais e o número de problemas, encontrou-se que os indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia eram agregados com mais de cinco problemas, sendo eles reunidos, também, com histórias de hospitalização psiquiátrica anterior.

É importante mencionar que as combinações significativas de mais de cinco problemas com a esquizofrenia e histórias de hospitalizações psiquiátricas se manteve quando se controlou a variável sexo através do cálculo de Mantel-Hanenszel, embora essa variável fosse confundidora [OR=3,74 (1,48–11,67) e OR=2,86 (1,29–7,01)].

Comparando-se a distribuição dos itens avaliados pela SBS de acordo com o sexo, verificou-se que as mulheres apresentaram um número bem maior de limitações comportamentais, especialmente nas áreas de comportamentos socialmente embaraçosos e inaceitáveis.

Embora o alcoolismo seja o distúrbio mental com a maior prevalência da amostra, atingindo em particular os homens, os dados indicam que os residentes que estavam mais necessitados de cuidados psiquiátricos eram as mulheres. Estas apresentaram uma maior prevalência de esquizofrenia e histórias de hospitalização psiquiátrica.

8.3.2- Comparação dos itens avaliados pela Social Behaviour Scale (SBS) entre as duas instituições

Embora as duas instituições não tivessem diferenças significativas na prevalência de distúrbios mentais, elas se diferiram bastante em relação aos itens da SBS. Se fossem levados em conta somente os diagnósticos psiquiátricos, as diferenças entre elas não teriam aparecido. Entretanto, com o uso da SBS foi possível identificar um número maior de pessoas com alterações comportamentais na Leão XIII, que estavam necessitando de cuidados mais urgentes na área mental. Esse instrumento mostrou-se um bom indicador para indivíduos que precisam de tratamento psiquiátrico.

A Fazenda Modelo, além de apresentar um menor número de alterações nos itens da SBS, apresentou também uma população mais jovem e com menor

tempo de Instituição. Isso pode explicar o fato de ela ter um maior número de trabalhadores informais. Essas pessoas participavam de programas de trabalho, como, por exemplo, lixeiros, lavradores, financiados pelo própria Instituição. Na Fundação Leão XIII, em razão do grande comprometimento social de sua população, esse tipo de programa seria menos eficaz. Essa instituição necessitaria mais da implementação de um programa na área psicossocial.

8.3.3- Comparação com um estudo internacional realizado em um albergue de Londres

Foi possível construir as Tabelas 22 e 23 com os dados do presente estudo e aqueles apresentados por Hamid et al. (1995). Conforme se verifica a seguir, não foram encontradas muitas diferenças entre os dois estudos. A atual amostra apresentou uma maior prevalência nos itens de isolamento social, ao passo que no estudo de Hamid et al. (1995) houve uma maior prevalência nos itens hostilidade e outros comportamentos. Não houve diferenças entre os estudos com relação aos itens do número de limitações da SBS. Não houve diferenças significativas no escore total da SBS entre o presente estudo (2,003; desvio-padrão=0,16) e o de Hamid et al. (1995), que foi de 1,8 (desvio-padrão=0,14; Teste $t=0,48$; $p=0,54$).

Em comparação ao estudo de Hamid et al. (1995), a amostra em questão precisava mais de cuidados psiquiátricos, enquanto a dele mais de cuidados relacionados ao alcoolismo.

Tabela 22 –Comparação da proporção de limitações comportamentais entre o estudo realizado por HAMID et al. (1995), WYKES & STURT (1986) e o presente estudo

Tipo de problema	Hamid %	Wykes %	Atual % IC (95%)
1-Comunicação Espontânea**	5,0	26,0	11,5 (8,3 – 15,6)
2-Incoerência do discurso	2,0	14,0	11,2 (8,1 – 15,2)
3-Excentricidade do diálogo**	6,9	26,0	10,0 (7,1 – 13,9)
4-Inabilidade social**	14,9	38,0	11,8 (8,6 – 15,9)
5-Hostilidade**	17,8	21,0	11,5 (8,4 – 15,6)

6- Comportamento chamativo**	8,9	27,0	7,9 (5,3 – 11,5)
7-Ideas e comportamento suicida*	2,0	9,0	2,1 (0,9 – 4,5)
8-Pânico e fobias**	6,9	30,0	6,1 (3,8 – 9,4)
9-Hipermotricidade	9,9	14,0	12,7 (9,4 – 16,9)
10-Rir e falar sozinho**	7,9	23,0	8,8 (6,1 – 12,5)
11-Atitude delirante	4,0	6,0	3,9 (2,2 – 6,8)
12-Estereotipias/maneirismos*	3,0	15,0	6,4 (4,1 – 9,7)
13-Hábitos sociais inaceitáveis*	5,0	15,0	7,9 (5,3 – 11,5)
14-Comportamento destrutivo*	5,0	6,0	2,1 (0,9 – 4,5)
15-Depressão	9,9	12,0	11,8 (8,6 – 15,9)
16-Inadequação sexual	2,0	2,0	2,1 (0,9 – 4,5)
17-Aparência pessoal e higiene*	11,9	39,0	23,0 (18,6– 28,1)
18-Lentidão motora*	5,0	23,0	13,3 (9,9 – 17,6)
19-Inatividade	13,9	17,0	26,7 (22,1– 31,9)
20-Concentração**	5,0	17,0	5,8 (3,6 – 8,9)
21-Outros comportamentos**	35,6	36,0	3,6 (1,9 – 6,4)

*P<0,05; **P<0,01

Tabela 23 – Comparação das proporções do número de problemas do SBS entre o estudo realizado por HAMID et al. (1995), o de WYKES & STURT (1986) e o presente estudo

Problemas SBS	Hamid (n=101)	Wykes (n=66)	Presente estudo (n=330)
	%	%	% IC (95%)
Sem Problema	42,6	9,1	39,4 (34,1-44,9)
1-2 Problemas	29,7	21,2	34,8 (29,7–40,1)
3-5 Problemas	17,8	39,4	15,7 (12,1–20,2)
> 5 Problemas	9,9	30,3	10,0 (7,1 – 13,9)

8.3.4- Comparação com um estudo internacional realizado em um hospital psiquiátrico de Londres

Apesar de as limitações metodológicas para a comparação de resultados obtidos pelo presente estudo e aquele conduzido por Wykes & Sturt (1986), como, por exemplo, tratar-se de populações diferentes, tal comparação foi importante

para atual pesquisa. Há escassez de pesquisas que utilizaram a SBS em pacientes psiquiátricos hospitalizados no Brasil.

Esses autores avaliaram os comportamentos sociais de 66 pacientes psiquiátricos adultos internados em um hospital de Londres. As alterações do comportamento social foram muito menos freqüentes em comparação ao estudo de Wykes & Sturt (1986), conforme tabela 22. Dos 21 itens avaliados pela SBS, a diferença foi significativa em 15 itens.

A maior proporção dos residentes dos albergues não tinha problemas de alterações sociais (39,4%) comparado com 9,1% dos pacientes internados (Tabela 23). No entanto, essa relação se inverte quando são comparados mais de cinco problemas (10% *versus* 30%). No atual estudo, a média total da SBS que codificou 1 foi de 2,03 (dp=0,16) comparada com a média de 4,3 (dp=0,09) dos pacientes internados, sendo essa diferença significativa (Teste $t=40,14$; $p<0,00001$). Pode-se inferir desses dados que, embora os albergados apresentassem um número considerável de limitações sociais, as suas alterações foram em número muito menor do que a dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos.

8.3.5- O instrumento para avaliar as limitações do comportamento social

A SBS avalia 21 áreas dos comportamentos, as quais descrevem as maiores dificuldades exibidas pelos pacientes psiquiátricos crônicos. A freqüência e a severidade de cada uma dessas áreas são fornecidas por um informante-chave, que observou o comportamento do paciente em todo o mês precedente à pesquisa. Esse curto período mostrou-se importante, pois permitiu avaliar comportamentos que não eram muito freqüentes.

A utilização desse instrumento foi de fundamental importância para o presente estudo, pois permitiu uma avaliação indireta dos comportamentos dos albergados. O conhecimento desses comportamentos avaliados pela SBS é fundamental não só para o tratamento, como também para a implementação de um programa de reabilitação para esses indivíduos. Portanto, os dados fornecidos pela SBS veio complementar aqueles do CIDI.

A SBS mostrou-se ser um instrumento de fácil aplicação no trabalho de campo. A entrevista com esse instrumento durava em torno de 15 minutos. Como as instituições estudadas tinham uma população muito grande, ficou difícil encontrar um informante-chave para todos os albergados. Como cada assistente social era responsável por grupos diferentes de albergados, uma vez que um albergado entrava na pesquisa, procurava-se entrevistar a sua assistente social. A participação desse grupo de profissionais foi fundamental para a boa coleta de dados. Não houve problemas de entendimento por parte deles acerca das perguntas da SBS.

8.4- Diferenças dos problemas psiquiátricos dos albergados quanto ao sexo

Os homens e as mulheres residentes nos albergues públicos tiveram diferentes características, sobretudo no que se refere aos problemas mentais. Elas eram mais jovens, desempregadas e com um mínimo apoio de seus familiares. Além disso, tiveram um maior número de internações psiquiátricas anteriores. Os homens revelaram uma maior prevalência de abuso/dependência de álcool, enquanto as mulheres um maior número de distúrbios mentais maiores.

Comparando-se a distribuição dos itens avaliados pela SBS de acordo com o sexo, verificou-se que as mulheres apresentaram um número bem maior de limitações comportamentais, especialmente nas áreas de comportamento socialmente embaraçoso e inaceitável.

As mulheres estavam mais necessitadas de cuidados na área mental do que os homens. Além dos cuidados na área psiquiátrica, havia também uma maior demanda desse grupo para resolução de problemas socioeconômicos. As mulheres eram jovens, sozinhas, desempregadas e com distúrbio mental grave.

8.5- A necessidade de cuidados psiquiátricos nas pessoas da amostra

O presente estudo não avaliou a necessidade de cuidados psiquiátricos das pessoas da amostra. Entretanto, vários fatores foram associados significativamente com os distúrbios mentais e as limitações sociais. O conhecimento desses fatores e de suas associações é de fundamental

importância para futuros estudos que venham a avaliar as necessidades de cuidados dessa população. A partir daí, pode-se traçar estratégias de intervenções terapêuticas, que venham a ajudar no tratamento e na reabilitação dos indivíduos que necessitarem.

O primeiro fator que mereceu a atenção pela sua associação com os distúrbios mentais maiores e limitações sociais foi o sexo feminino. As mulheres dessa população apresentaram um número maior de problemas mentais e sociais em comparação aos homens. Elas não mantinham contato com seus familiares, vivendo desamparadas um grande período de suas vidas. Tinham, também, graves problemas econômicos, sendo a grande maioria desempregada. Elas viveram um grande período de suas vidas internadas em instituições; primeiro foram internas de hospitais psiquiátricos, e posteriormente passaram a viver nos albergues. Todas essas circunstâncias agravaram ainda mais seus problemas mentais, o que pode ser verificado pela alta frequência de co-morbidade. Portanto, esse grupo merece toda a atenção da instituição que o abriga, necessitando de uma avaliação criteriosa dos cuidados médicos e sociais recebidos, a fim de que possa melhorar sua qualidade de vida.

Os homens tiveram uma alta prevalência de alcoolismo associado com graves alterações cognitivas. Isso aconteceu, sobretudo, nos indivíduos mais idosos. O alcoolismo nos moradores de rua tem certas particularidades que o diferencia daqueles alcoolistas que vivem em lares. Eles têm uma forma mais severa e crônica de ingestão da bebida alcoólica, além de apresentarem uma maior alteração no funcionamento social e profissional. Segundo vários estudos, eles também revelam uma maior co-morbidade com outros distúrbios mentais e drogas. Todos esses fatores associados com as condições precárias de vida desses indivíduos, agravaram ainda mais os seus quadros clínicos.

O alcoolismo ainda é um grave problema de saúde pública nos moradores de rua. O presente estudo encontrou uma prevalência de 43,6% de abuso/dependência de álcool, sendo essa taxa muito maior do que a encontrada nos pacientes internados e, também, na população em geral. Embora a taxa de alcoolismo encontrada nas mulheres não fosse tão alta quanto nos homens, ela

indicou uma maior prevalência desse distúrbio em comparação à população em geral e também àquela internada em hospitais psiquiátricos. Ou seja, o alcoolismo nos moradores de rua é um grave problema que atinge ambos os sexos.

O abuso/dependência de drogas atinge, particularmente, os indivíduos mais jovens e com menos tempo de instituição. Como o estudo em questão só pesquisou o uso de maconha e cocaína, não foi possível identificar outras drogas consumidas por esses indivíduos. Sabe-se da literatura internacional que os moradores de rua usam uma variedade muito grande de drogas, sendo múltiplas as formas de consumo.

Um fato que chamou bastante a atenção, com relação a esses indivíduos, foi o temor deles em relatar o consumo de drogas. Isso pode ser explicado por problemas legais que esses indivíduos estavam passando. Entretanto, é importante ter isso em mente para futuras abordagens.

Embora não fossem encontradas muitas diferenças quanto à prevalência dos distúrbios mentais entre as duas instituições estudadas, houve uma grande diferença com relação às frequências das limitações sociais entre elas. A Fundação Leão XIII apresentou um maior número de alterações nos itens de limitações sociais. Enquanto essa instituição teve um número maior de alterações nos itens relacionados ao comportamento social embaraçoso e inaceitável, a Fazenda Modelo teve maiores alterações nos itens do isolamento social. O conhecimento dessa diferença entre as duas instituições quanto aos itens da SBS é de fundamental importância para o planejamento da reabilitação de seus usuários.

Na amostra total, as maiores alterações dos itens da SBS foram: a inatividade pessoal; a aparência pessoal e higiene. Esses itens podem estar relacionados ao próprio distúrbio e, também, ao desamparo que esses indivíduos estavam vivenciando na instituição. Embora não tão altos quanto aos dois itens mencionados anteriormente, chama a atenção a prevalência dos itens relacionados ao comportamento embaraçoso na amostra total (incoerência do discurso, excentricidade do diálogo, inabilidade social e hipermotricidade). Esses comportamentos são característicos dos indivíduos com sintomatologia positiva da

esquizofrenia. Isso indica a grande necessidade de cuidados psiquiátricos das pessoas com esse diagnóstico.

8.6- Exemplo de um programa de intervenção implementado na Inglaterra

Um dos programas de saúde mental que têm sido mais utilizados para o tratamento e reabilitação dos moradores de rua com distúrbios mentais nos EUA e na Inglaterra é o Mental Health Outreach Program. Esse programa pode ser definido como: “profissionais que contatam moradores de rua com distúrbios mentais, que vivem em lugares como os albergues, a fim de ajudarem na melhora física e mental desses indivíduos, assim como na melhora do funcionamento social e na utilização de serviços e recursos humanitários” (Morse et al., 1996). Segundo esses autores, cinco tarefas são necessárias para que a condução do programa seja satisfatória:

- estabelecimento de contato e de credibilidade junto aos moradores de rua;
- identificar moradores com distúrbios mentais;
- aderir esses moradores a um Serviço de Saúde Mental;
- conduzir avaliações e planos de tratamento;
- manutenção das atividades.

Um dos principais Mental Health Outreach Program desenvolvido em Londres foi o Homeless Mentally ILL Initiative, coordenado pelo Professor T. Craig do Hospital Saint Thomas da Universidade de Londres. Esse programa teve início em Julho de 1990, terminando em dezembro de 1993, e veio em resposta ao grande número de moradores de rua com distúrbios mentais, que estavam habitando as ruas do centro de Londres. Estabeleceram-se cinco equipes de clínicos especialistas com o objetivo de identificar os moradores de rua com distúrbios mentais graves, solteiros, adultos, os quais tinham abandonado ou não estavam recebendo tratamentos adequados. Uma vez identificados, esses indivíduos eram orientados e encaminhados para serviços especializados (Craig et al., 1995).

Através de estudos anteriores, sabia-se que existiam em torno de 1.100 moradores de rua no centro de Londres. Participaram do programa 547 indivíduos,

sendo 75% homens com idade média de 40,2 anos (dp=13,8 anos). Esse programa recebeu financiamento de vários setores públicos, como a Secretaria da Saúde, o Departamento de Saúde Mental e a Secretaria de Habitação. É apresentado em seguida o resumo desse programa, sem a pretensão de abranger todos os seus detalhes.

A) As equipes de especialistas

Formaram-se quatro equipes de especialistas que ficaram responsáveis por quatro distritos sanitários localizados no centro de Londres. Uma outra equipe tinha a função de supervisionar e avaliar o desenvolvimento do projeto. Essas equipes eram multidisciplinares, incluindo uma grande variedade de profissionais com a capacidade de lidar com a variedade de necessidades de cuidados provenientes dos moradores de rua. Cada equipe tinha em média 15 profissionais, que trabalharam com o objetivo de cuidarem, sobretudo, das necessidades médicas e sociais dos indivíduos.

Essas equipes trabalharam juntas com serviços de atendimento públicos e grupos de voluntários. O objetivo principal era identificar moradores de rua com distúrbios mentais maiores, sendo excluídos os indivíduos com problemas de álcool e drogas.

Cada equipe tinha um psiquiatra com extensa formação em psiquiatria clínica. Ele era o responsável, particularmente, pelo engajamento do indivíduo aos serviços de saúde mental da área. As assistentes sociais tinham uma tarefa vital, ao estabelecerem os intercâmbios entre as equipes e os albergues, além de serem responsáveis pela procura de uma acomodação permanente para o grupo. Era estabelecido intercâmbios com os trabalhadores dos albergues da área, a fim de estabelecerem uma abordagem comum acerca do problema. Realizaram-se treinamentos específicos para lidar com moradores de rua para os *staffs* de serviços de saúde da área. Todas as equipes eram supervisionadas externamente por grupos de profissionais que avaliavam o desenvolvimento do programa.

B) A cooperação dos serviços de atendimento e dos grupos de voluntários ao programa

Realizou-se um estudo a fim de verificar como eram as relações de trabalho entre as equipes de especialistas e os serviços públicos e voluntários de cada área. Entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas a todos os diretores e membros dos *staffs*, que trabalhavam com moradores de rua na região central de Londres. Os principais resultados encontrados foram:

- todas as equipes de especialistas eram elogiadas pela maioria dos serviços das áreas, especialmente pelas suas abordagens ao morador de rua, as suas flexibilidades nessas abordagens, e as suas intervenções nas crises;
- houve algumas reclamações de alguns serviços pelo não-atendimento das equipes para os indivíduos com problemas de álcool e drogas;
- algumas recomendações foram feitas, como as seguintes: as equipes de saúde mental comunitária que trabalham com moradores de rua com distúrbios mentais maiores necessitam de serem constituídas por *staffs* da área médica e social. Entretanto, torna-se imprescindível que as equipes tenham um treinamento nas crises, e que sejam hábeis em encaminhar para serviços especializados os indivíduos que necessitarem. É importante que toda a rede de serviços esteja interligada. As equipes devem apresentar *staffs* preparados e com capacidade de comunicarem os seus conhecimentos para os serviços de atendimento e grupos de voluntários. As equipes devem apresentar uma grande flexibilidade para lidar com esse tipo de população. Por exemplo, o horário da madrugada pode ser aquele com maior probabilidade de se encontrar tais indivíduos.

C) As atividades das equipes

As equipes tinham o objetivo comum de identificar moradores de rua com distúrbios mentais graves dentro de suas áreas distritais, e encaminhá-los a serviços especializados para o tratamento e os cuidados necessários.

c.1) Contato com o morador de rua

Os contatos com os indivíduos eram realizados nas ruas, nos albergues etc. O recrutamento para o programa não era uma tarefa fácil, e durava em média seis semanas desde o primeiro contato até o início do tratamento. Esse recrutamento era mais difícil de ser executado em indivíduos que estavam morando nas ruas.

c.2) As intervenções recomendadas

A maioria das intervenções era da área social, como, por exemplo, aconselhamento para adquirir benefícios sociais, melhorar as condições de acomodação, ajudar na procura de acomodação permanente, assistência nos problemas do dia-a-dia etc. Isso refletiu a importância dos cuidados sociais para o recrutamento ao programa, e demonstrou que as atividades médicas não podem ser adequadas se as necessidades básicas não forem supridas.

c.3) Os encaminhamentos para outros serviços e instituições

Como as características dos moradores de rua de cada área eram diferentes, cada equipe encaminhava indivíduos com diferentes necessidades de cuidado. Por exemplo, existia determinada área com maior concentração de albergues, portanto nessa área a necessidade de abrigo não era primordial naquele momento. Em outra área, ao contrário, havia uma maior proporção de indivíduos nas ruas, que necessitavam urgentemente de abrigo. A maioria dos encaminhamentos foi para a área social (88%). Os encaminhamentos para os serviços psiquiátricos foram de 57%.

D) Avaliação do programa

Uma vez que um morador de rua entrou no programa, vários fatores eram avaliados após 6 e 12 meses.

d.1) Adesão ao Programa

A adesão a qualquer programa que inclua moradores de rua é um processo lento, podendo levar um longo período antes que seja possível qualquer tipo de intervenção. Nesse programa, 53% dos indivíduos estavam aderidos satisfatoriamente ao programa após um ano. Houve a perda de 18% de indivíduos durante o *follow-up*, os quais apresentaram características específicas:

- a grande maioria era constituída por indivíduos que moravam nas ruas;
- já tinham abandonado tratamento psiquiátrico no passado;
- apresentavam dependência de drogas.

d.2) Avaliação dos sintomas clínicos e psiquiátricos

Aproximadamente a metade dos indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia relatou uma melhora dos sintomas positivos após um ano. Um terço dos indivíduos foi internado pelo menos uma vez em hospitais de psiquiatria, e a média do período de internação era de seis semanas. Uma vez que um indivíduo fosse internado, a equipe responsável por ele o acompanhava no hospital e participava do planejamento de sua alta. Em torno de 81% dos indivíduos estavam sendo acompanhados por clínicos gerais.

Dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, 85% deles tinham sido avaliados por um serviço psiquiátrico durante o período do *follow-up*; 82% desses indivíduos apresentaram problemas na cooperação com o tratamento no início do programa; e no final do *follow-up* 76% cooperavam com o tratamento.

d.3) Avaliação das intervenções sociais

Houve um esforço enorme das equipes com o objetivo de melhorar as condições de habitação dos indivíduos. No início do programa, 31% dos indivíduos moravam nas ruas, e essa porcentagem cai para 15% no final. Cerca de 22% passaram a viver em acomodações permanentes. As equipes de assistentes sociais também tinham o interesse em aumentar o número de benefícios que aqueles indivíduos pudessem receber. Houve, também, um grande esforço por

parte dessa equipe em reintegrar os indivíduos em suas redes sociais do passado, caso eles ainda a tivessem.

E) A questão da moradia permanente

O objetivo principal das equipes pode ser esquematizado na Figura a seguir:

Figura 2 – Processo de encaminhamento dos moradores de rua para as acomodações permanentes

RUAS

SHELTERS ⇒ **ALBERGUES** ⇒ **ACOMODAÇÕES**

Outros lugares

O objetivo principal do programa era identificar moradores de rua com distúrbios mentais maiores, e encaminhá-los temporariamente para os albergues, onde receberiam informações, tratamentos, reabilitações de diferentes setores da área médica e social, com o objetivo de prepará-los para viverem nas acomodações. Reservaram-se vagas nos albergues para os participantes do programa, e havia uma integração de serviços entre os trabalhadores dessas instituições e as equipes do programa.

Após o período nos albergues, eles eram encaminhados para as acomodações permanentes, que eram apartamentos individuais ou coletivos, lares de idosos etc localizados dentro de cada área distrital e financiados pelo Governo. Uma vez instalados nas acomodações, eles continuavam supervisionados e acompanhados nas suas vidas diárias. Através do Community Care Act, do National Health System (NHS), de 1990, as equipes conseguiam financiamentos para a compra de acomodações, caso isso fosse necessário.

Como era de se esperar, o processo de transferência dos indivíduos da rua para as acomodações permanentes foi lento e trabalhoso. Cerca de 85% dos indivíduos desejavam morar em um apartamento sozinho na mesma área. Dos

547 indivíduos, cerca de 26% deles permaneceram morando nas acomodações permanentes, sendo a maioria com distúrbios mentais maiores (43%). Houve 18% desses indivíduos que deixaram as acomodações e voltaram a viver nas ruas. Outros 13% não desejaram sair dos albergues, e outros 13% recusaram a permanecer nas acomodações.

Muitos são os obstáculos enfrentados para que esses indivíduos permaneçam nas acomodações. O primeiro deles é relacionado às alterações dos seus comportamentos, que pode impedi-los de viverem adequadamente em locais domiciliados. Outros seriam as supervisões continuadas desses indivíduos nas suas moradias, após o final do programa, por serviços psiquiátricos e sociais.

F) A opinião dos usuários

Desenvolveu-se um questionário com o objetivo de avaliar as opiniões dos usuários acerca dos serviços que estavam recebendo. Uma amostra aleatória de 35 indivíduos foi retirada de uma população de 107 usuários, os quais foram qualificados como tendo recebido os serviços por terem sido avaliados pelo menos três vezes pelas equipes durante todo o período do programa.

O principal achado foi o de que a maioria dos entrevistados relatou satisfação em participar do programa, em razão da facilidade encontrada para serem encaminhados aos serviços, e da possibilidade de discutirem os seus problemas mentais com as equipes. Cerca de 62% prefeririam discutir os seus problemas e serem cuidados por apenas um membro da equipe, em vez de lidarem com vários profissionais de diferentes áreas. Aproximadamente 33% relataram alguma insatisfação com o modo de intervenção recebida das equipes. Eles acharam que a abordagem era muito médica, e insuficiente para lidar com dependência de drogas.

8.7- Considerações para os albergues

O presente estudo realçou alguns aspectos do programa relatado anteriormente, que podem vir a contribuir para a elaboração de um futuro projeto que venha a ser desenvolvido no Rio de Janeiro, Brasil, com o objetivo de ajudar

no tratamento e na reabilitação de moradores de rua com distúrbios mentais maiores. Pareceu-se que o Mental Health Outreach Program é uma forma eficiente de atingir indivíduos necessitados de cuidado, os quais apresentam dificuldades de adesão aos tratamentos convencionais.

O conhecimento da distribuição dos distúrbios mentais maiores e dos fatores sociodemográficos da população-alvo, assim como o conhecimento dos serviços recebidos e de suas localizações em cada área foram fundamentais para o início da implementação do programa. Chama a atenção neste a formação de equipes multidisciplinares com o objetivo de encontrar moradores de rua com distúrbios mentais maiores. Após a identificação dos indivíduos, eles eram encaminhados primeiramente para os albergues, onde receberam abrigo e alimentação adequada. Foram posteriormente encaminhados para serviços especializados, a fim de receberem cuidados acerca de suas necessidades. O objetivo final era o encaminhamento desses indivíduos para as acomodações permanentes.

Esse programa mostrou que as equipes que trabalham com moradores de rua com distúrbios mentais maiores precisam ser constituídas por profissionais oriundos, sobretudo, das áreas sociais e de saúde, a fim que de possam suprir a grande variedade de necessidades por cuidados apresentada por esses indivíduos. Há a necessidade de que as equipes tenham psiquiatras clínicos com o objetivo de avaliarem, encaminharem e em alguns casos até tratarem as pessoas em crise. Os profissionais da área social foram imprescindíveis no programa, em virtude da grande demanda nessa área por parte dos moradores de rua. Os assistentes sociais foram importantes na busca de reintegração dos moradores de rua com a sua rede social, caso eles a tivessem.

Essa variedade de profissionais era originária de vários órgãos, que estavam trabalhando juntos para um objetivo comum. Essa rede de serviços era coordenada pelos responsáveis das equipes de cada área. Entretanto, essa não foi uma tarefa fácil, pois os profissionais pertenciam a instituições diferentes, com filosofias de trabalho e fontes de pagamentos diversas. Isso em alguns momentos dificultou a integração do programa.

Outro aspecto interessante foi a tentativa de integração entre os profissionais dos albergues e aqueles de outros serviços especializados, sendo isso intermediado pelas equipes. Os profissionais dos albergues foram fundamentais para o fornecimento de suporte e acomodação para indivíduos, os quais poderiam não serem aceitos em outras instituições. Os albergues foram importantes na ajuda da reabilitação dos indivíduos, preparando-os para as acomodações permanentes. Foi importante a capacitação dos funcionários dos albergues em aspectos fundamentais na identificação, tratamento e reabilitação dos moradores de rua.

Mostraram-se também importantes os treinamentos oferecidos pelas equipes aos profissionais de diversos serviços, com o objetivo de capacitá-los a um melhor entendimento da situação dos indivíduos com distúrbios mentais, a fim de que pudessem mantê-los aderidos aos serviços e evitar que voltassem novamente para as ruas.

O fato de o programa rejeitar a entrada de indivíduos com dependência de álcool e drogas, deixou de fora uma grande quantidade de moradores de rua, os quais estavam necessitados de cuidados. Sabe-se que a co-morbidade de distúrbios mentais maiores e a dependência de álcool e drogas são altas nessa população, e que esses são um dos principais fatores que dificultam a adesão desses indivíduos ao tratamento convencional.

Os indivíduos dependentes de álcool e drogas têm, também, uma maior probabilidade de terem distúrbios de personalidade e comportamentos agressivos, dificultando as suas permanências nos albergues e, especialmente, nas acomodações.

Se esses indivíduos tivessem sido incluídos no programa, provavelmente teria-se uma proporção menor de indivíduos morando nas acomodações, ou então o trabalho para mantê-los alojados seria muito maior. Entretanto, não devemos esquecer que essa parcela de indivíduos é grande entre os moradores de rua, e que soluções devem ser enfrentadas para a resolução de seus problemas.

Apesar de os albergues não serem locais apropriados para o tratamento de distúrbios mentais, essas instituições têm um papel fundamental para a

reabilitação dos moradores de rua. Na maioria das vezes, esses indivíduos não têm um acesso facilitado a outras instituições. Uma vez albergados, surge a oportunidade de oferecermos a eles uma melhor qualidade de vida. Esse objetivo pode ser atingido através de uma melhor capacitação dos profissionais daquelas instituições acerca dos problemas dos moradores de rua, e uma melhor integração de vários serviços de diferentes órgãos governamentais.

A maioria da população brasileira anda esperando, há longo tempo, uma melhora na qualidade de vida. O País atravessa uma grave crise econômica, aumentando rapidamente o número de desempregados. Os recursos para financiamentos nas áreas da saúde e social estão cada vez mais escassos. O número dos sem-teto vem aumentando, sobretudo, nas capitais. Esses fatos mereceriam considerações por parte dos planejadores da reforma psiquiátrica brasileira.

Há uma multidão de indivíduos que estão esperando todo tipo de ajuda. Entretanto, os moradores de rua com distúrbios mentais sofrem um processo de exclusão total, merecendo uma atenção diferenciada, em particular, dos órgãos públicos. Políticas compensatórias deveriam ser implementadas com o objetivo de mitigar os seus graves problemas. Grande parte desse programa poderia ser implementada no País se houvesse um interesse político para isso. Todavia, os problemas da população de rua ainda não constam da maioria das agendas públicas do Brasil.

8.8- Limitações do presente estudo

1- Como o presente estudo é seccional, o fator e o efeito são observados no mesmo momento histórico, diferenciando-se dos estudos longitudinais em que o fator e o efeito são estudados em momentos históricos diferentes. Geralmente utiliza-se o estudo seccional para o exame da hipótese sem pleitear causalidade de associação e nem definir caráter etiológico. O presente estudo não pretende conhecer as causas de distúrbios mentais maiores nos moradores de rua, e sim estimar a freqüência desses distúrbios nessa população.

2- O presente estudo avalia os distúrbios mentais e as limitações comportamentais dos moradores de albergues públicos, tornando difícil a generalização de seus resultados para toda a população de rua das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói.

3- As entrevistas realizadas num único momento e através de um instrumento padronizado podem dificultar a informação acurada dos sintomas pelo entrevistado. Isso pode acontecer, por exemplo, nas perguntas relativas ao abuso/dependência de drogas. O entrevistado pode não confiar inicialmente no entrevistador e não relatar o seu consumo de drogas. Há a necessidade de outras formas de abordagens nesses indivíduos.

4- Por não calcular o tamanho de amostra estratificado para as quatro instituições que pertencem à Fundação Leão XIII, não foi possível apresentar dados dessas instituições separadamente.

5- Por ser a condição de morador de rua relacionada a vários fatores, um estudo multidisciplinar seria mais adequado no entendimento do processo que levaria àquela condição.

8.9- Propostas para futuras pesquisas

1- Estudar a prevalência de distúrbios mentais e limitações comportamentais em outros grupos de moradores de rua, como aquelas pessoas que moram nas ruas e em outros tipos de albergues.

2- Estudar a prevalência desses distúrbios e limitações comportamentais em famílias moradoras de rua.

3- Avaliar outros distúrbios mentais nessa população, como, por exemplo, os distúrbios de ansiedade, e a sua associação com os fatores ambientais e os eventos de vida dessa população.

4- A relação entre distúrbios mentais, desinstitucionalização psiquiátrica e a condição de morador de rua/albergues pode ser avaliada através de um estudo de coorte, verificando quantos pacientes tornam-se moradores de rua após a alta hospitalar.

5- Como o CIDI fornece diagnóstico, baseando-se tanto no DSM-III-R quanto no CID-10, seria importante um estudo que avaliasse a confiabilidade entre essas duas classificações.

Conclusões

Embora a taxa de distúrbios mentais maiores nos moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói não fosse tão alta quanto à alegada pela opinião pública, ela é bem maior do que a taxa encontrada na população adulta em geral. De fato, incluindo-se a esquizofrenia e a depressão, a frequência nos últimos 12 meses foi de 19,4% em toda a amostra. Portanto, levando-se em consideração outros distúrbios como o alcoolismo, decididamente há um inegável excesso de distúrbio mental entre os residentes de albergues públicos estudados, chegando à taxa de 49,2% nos últimos 12 meses.

No entanto, cerca de 24% da população estudada afirmou ter passado por internação psiquiátrica. Apesar de toda a dificuldade metodológica de se avaliar esse achado e de relacioná-lo ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica, isso mostra que uma porcentagem razoável de albergados já foi interna de hospitais psiquiátricos.

O distúrbio mental encontrado com maior frequência nessa população foi o alcoolismo, atingindo preferencialmente os homens. Esse distúrbio apresentava-se de uma forma grave, com alterações severas nas funções cognitivas dessas pessoas. Isso deu, provavelmente, pela ingestão crônica de bebidas com alto teor de álcool e, também, pela gravidade dos fatores ambientais e orgânicos dessas pessoas. Todos esses fatores, além do acúmulo de distúrbios mentais, agravaram o alcoolismo desses indivíduos.

Embora o alcoolismo seja o distúrbio mental com a maior prevalência da amostra, atingindo, sobretudo, os homens, os dados indicaram que os residentes mais necessitados de cuidados psiquiátricos eram as mulheres. Elas apresentaram uma maior prevalência de esquizofrenia e depressão, com um maior número de internações psiquiátricas no passado.

As mulheres dessa amostra apresentaram um número maior de problemas mentais e sociais em comparação aos homens. Elas não mantinham contato com seus familiares, vivendo desamparadas um grande período de suas vidas. Tinham também graves problemas econômicos, sendo a grande maioria desempregada. Elas viveram um grande período de suas vidas internadas em instituições; primeiro foram internas de hospitais psiquiátricos, e posteriormente passaram a viver nos albergues. Todas essas circunstâncias agravaram ainda mais seus problemas mentais, o que pode ser verificado pela alta frequência de comorbidade. Portanto, esse grupo merece toda a atenção da instituição que o abriga, necessitando de uma avaliação criteriosa dos cuidados médicos e sociais recebidos, a fim de que possa melhorar sua qualidade de vida.

A questão de que o distúrbio mental pode levar as pessoas a ficarem sem-teto é assaz complexa. Não se sabe, ainda, se as condições estressantes da pobreza levaria ao aumento de morbidade psiquiátrica nessa população, ou se a competição natural empurraria os indivíduos com distúrbios mentais para a classe social mais baixa.

No primeiro grupo, a própria situação de estar sem-teto pode gerar certos sintomas e distúrbios, assim como exacerbar outros preexistentes. Essa situação pode contribuir para um consumo excessivo de álcool, não só pelo fato do alcoolismo ser freqüente entre os moradores de rua, mas também como um meio de sobrevivência. No segundo grupo, os distúrbios mentais conduziram as pessoas, progressivamente, para as classes sociais mais baixas, podendo levá-las a um estado de extrema pobreza. Vários fatores contribuiriam para isso: limitações do comportamento social dos pacientes psiquiátricos; ausência de suporte social; o fardo que a doença mental acarreta nos familiares etc.

É de se esperar que os distúrbios mentais de vários tipos apareçam em ambas as situações. Entretanto, os estudos têm indicado que os distúrbios mentais maiores aparecem na grande maioria das vezes anteriormente à condição de sem-teto, enquanto que os distúrbios menores sucederiam ou estariam relacionados ao fato de se estar sem moradia. O presente estudo encontrou que a grande maioria das pessoas com distúrbios mentais maiores na amostra

apresentavam esses distúrbios anteriormente à condição de morador de albergue. Esse fato pode ter exacerbado os seus sintomas, e ainda levado ao acúmulo de outros distúrbios, tornando ainda mais grave as suas doenças.

Com relação às limitações do comportamento social, os itens encontrados com maior frequência foram a inatividade, a aparência pessoal e a lentidão motora. Os altos escores desses itens pode ser consequência dos eventos estressantes que esses indivíduos estariam vivenciando diariamente, como resultado da pobreza, desemprego, abandono, falta de estímulos ambientais e marginalização. É lógico que a separação desses itens dos sintomas psiquiátricos não é tão fácil de se realizar na prática. Entretanto, pode-se supor uma exacerbação desses sintomas e o aparecimento de outros decorrente do ambiente precário e das condições subumanas em que vivem essas pessoas.

Comparando-se as alterações do comportamento social do presente estudo com aquelas de um hospital psiquiátrico, verificou-se que no hospital psiquiátrico havia um número significativamente maior de alterações. No entanto, não houve diferenças significativas quando se comparou com um albergue de Londres. Apesar das limitações metodológicas descritas anteriormente, pode-se concluir que as limitações do comportamento social das pessoas que vivem nos albergues não são tão graves quanto àquelas internadas em hospitais psiquiátricos. Um dos aspectos que podem explicar essa diferença é a menor frequência de distúrbios mentais maiores nos albergues. Apesar de se ter uma demanda de pessoas com distúrbios mentais nos albergues, essa não é tão intensa e grave quanto àquela de hospitais psiquiátricos.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACORN, S. R. N. Mental and physical health of homeless persons who use emergency shelters in Vancouver. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(9):854-857, 1993.
- ADAMS, C. E.; PANTELIS, C.; DUKE, PJ & BARNES, R. E. Psychopathology, Social and Cognitive functioning in a hostel for homeless women. *British Journal of Psychiatry*, 168:82-86, 1996.
- ALMEIDA FILHO, N. ; MARI, J. J. ; COUTINHO, E. ; FRANCA, J. F.; FERNANDES, J. ; ANDREOLI, S. B. & BUSNELLO, E. A. Brazilian multi-centric study of psychiatric morbidity. *British Journal Psychiatry*, 171:521-529, 1997.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais*, DSM-III-R. São Paulo: Editora Manole, 1989. 602p.
- ANDRADE, M. S. *Democratização no hospital psiquiátrico: Um estudo da CJM nos anos 80. Rio de Janeiro*, 1992. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro Instituto de medicina Social, UERJ.
- ARCE, M. A ; TADLOCK, M. ; VERGARE, M. J. & SHAPIRO, SH. A psychiatric profile of street people admitted to an emergency shelter. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(9):812-817, 1983.
- ARCE, AA & VERGARE, M. J. Identifying and characterising the mentally ill among the homeless. In: Richard Lamb. *The homeless mentally ill-A task force report of the American Psychiatric Association*. New York: ed. American Psychiatric Association, 1984.

ARCHARD, P. *Vagrancy, alcoholism and social control*. London: The Macmillan Press LTD, 1979.

ARNHOFF, G. N. Social consequences of policy towards mental illness. Indiscriminate shifts from hospital to community treatment may high social costs. *Science*, 188:1277-1281, 1975.

AUSTERBERRY, H. ; SCHOTT, K. ; WATSON, S. Homeless in London 1971-1981. London: Imediaprint Limited, 1984.

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40(7):335-360, 1991.

BACHRACH, L. L. Overview: model programs for chronic patient. *American Journal of Psychiatry*, 137:1023-1031, 1980.

BACHRACH, L. L. The homeless mentally ill and mental health services: an analytical review of the literature. In: Richard Lamb. *The homeless mentally ill - A task force report of the American Psychiatric Association*. New York: American Psychiatric Association, 1984.

BACHRACH, L. L. Interpreting research on the homeless mentally ill: some caveats. *Hospital and Community Psychiatry*, 35(9):914-917, 1987.

BACHRACH, L. L. What we know about homelessness among mentally ill persons: an analytical review and commentary. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(5):453-464, 1992.

BACHRACH, L. L. Lessons from America: Semantics and services for mentally ill homeless individuals. In: Dinesh Bhugra. *Homelessness and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

BASSUK, E. L. & GERSON, S. Deinstitutionalization and mental health services. *Scientific American*, 233:46-53, 1978.

BASSUK, E. L. The homeless problem. *Scientific American*, 251(1):28-33, 1984.

BASSUK, E. L. ; RUBIN, L. & LAURIAT, M. A. Is homelessness a mental health problem? *American Journal of Psychiatry*, 141(12):1546 - 1550, 1984.

BASSUK, E. L. ; RUBIN, L. & ALISON, L. Characteristics of sheltered homeless families. *American Journal of Public Health*, 76(9):1097-1100, 1986.

BASSUK, E. L. & ROSENBERG, L. R. Why does family homelessness occur? A case-control study. *American Journal of Public Health*, 78(7):783-788, 1988.

BAXTER, E. & HOPER, L. The new mendicancy homeless in New York city. *American Journal Orthopsychiatry*, 52(3):393-407, 1982.

BERTOLUCCI, P. H. F. ; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R. & JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. *Arquivos Neuropsiquiátricos*, 52(1):1-7, 1994.

BOTEGA, N. J. & SCHETCHTMAN, A. Censo nacional de unidades psiquiátricas em hospitais gerais: I Situação atual e tendências. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria -APAL*, 19(3):79-86, 1997.

BREAKEY, W. R. ; FISCHER, P. J. & KRAMER, M. Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. *JAMA*, 262:1352-1357, 1989.

- BREAKEY, W. R. It is time for the Public Health to declare war on homelessness. *American Journal of Public Health*, 87(2):153-155, 1997.
- BROWN, E. R.; DAVIDSON, S. ; HARRIS, T. ; MACLEAN, U. ; POLLOCK, S. & PRUDO, R. Psychiatric disorder in London and North Uist. *Social. Sciences & Medicine*, 11:367-377, 1977.
- BRUCE, M. L. ; TAKEUCHY, D. T. & LEAF, P. J. Longitudinal evidence from the New Epidemiologic Catchment Area Study – Poverty and Psychiatric Status. *Archives General Psychiatry*, 48:470-474, 1991.
- BUCKNER, J. C. *Pathways into homelessness: An Epidemiological Analysis*. New Directions Program Evaluation, Jossey Bass Publishers, 1991.
- BUSNELLO, E. ; LIMA, B. & BERTOLOTE, J. M. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 32, 207-210, 1983.
- CHNAIDERMAN, M. Com uma idéia na cabeça e uma câmera na mão, uma psiquiatra fez um retrato pungente dos loucos de rua. *Ciência*, 6(26):11- 13, 1995.
- CAETANO, G. P. B. *Bloqueio de leito psiquiátrico em serviços destinados a pacientes agudos*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRZ, RJ, 1997.
- CALSYN, R. J. & MORSE, G. Homeless men and women: commonalties and a service gender gap. *American Journal of Community Psychology*, 18(4): 597-608, 1990.

- CATON, C. L. Mental health service among homeless and never-homeless men with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 46(11):1139-1143, 1995.
- CATON, C. L. ; SHROUT, P. E.; DOMINGUES, B. ; EAGLE, P. F. ; OPLER, L. A & COURNOS, F. *American Journal of Public Health*, 85(8):1153-1156, 1995.
- CAVALCANTI, M. T. *A trama do tear-sobre o tratamento em Psiquiatria*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro:Instituto de Psiquiatria-UFRJ,1997.
- COHEN, C. I. ; HOOPER, S. & THOMPSON, K. S. Homeless mentally ill or mentally ill homeless? *American Journal of Psychiatry*, 149:816-823, 1992.
- COHEN, C. I. Down and out in New York and London: A cross-national comparison of homelessness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(8): 769-776, 1994.
- CRAIG, T. J. K. & TIMMS, P. W. Out of the wards and onto the streets? Deinstitutionalization and homelessness in Britain. *Journal of Mental Health*, 1:265-275, 1992.
- CRAIG, T. J. K. ; HODSON, S. ; WOODWARD, S. & RICHARDSON, S. *Off to a bad start-A longitudinal study of homeless young people in London*. London: The Mental Health Foundation, 1996.
- CULHANE, D. P. ; AVERY, J. M. & HADLEY, T. R. Prevalence of treated behavioral disorders among adult shelter users: a longitudinal study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(1):63-72, 1998.
- CURTIS, S. E. Use of survey data and small area statistics to assess the link between individual morbidity and neighbourhood. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44:62-68, 1990.

- DALGALARRONDO, P. & GATTAZ, W.F. A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: predictors of length of stay. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27:147-150, 1992.
- DAVIES, M. A; MUNETZ, M. R. ; SCHULTZ, S. C. & BROMET, E. J. Assessing mental illness in SRO shelter residents. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(10):1114-1116, 1987.
- DAYSON, D. The TAPS Project 12: Crime, Vagrancy, Death and Readmission of the long-term mentally ill during their first year of local reprovision. *British Journal Of Psychiatry*, 162(suppl. 19):40-44, 1993.
- DRAKE, R. E. ; WALLACE, M. ^a & HOFFMAN, J. S. Housing instability and homelessness among aftercare patients of an urban state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(1):46-51, 1989.
- DRAKE, R. E.; OSHER, F. C. & WALLACH, M. A. Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist*, 11, 1149-1158, 1991.
- EDWARDS, E. ; HAWKER, A & HENSMAN, C. London's skid row. *The Lancet*, 249-252, 1966.
- ESCOREL, S. Conceituando e contextualizando a exclusão social.In: *Temas*. Brasília: Codeplan, 1998.
- FADDEN, G. ; BEBBINGTON, P. & KUIPERS, L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150:285-292, 1987.

- FARIS, R. E. L. & DUNHAM, H. W. *Mental disorders in urban area*. New York: Hafner Publishing Co., 1939.
- FISCHER, P. J. ; SHAPIRO, S. ; BREAKEY, W. R. ; ANTHONY, J. C. & KRAMER, M. Mental health and social characteristics of the homeless: a survey of mission users. *American Journal of Public Health*: 76(5):519-524, 1986.
- FISCHER, P. J. & BREAKEY, W. R. The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist*, 46,1115-1128, 1991.
- FISHER, S. W. T. ; PUGH, R. & TAYLOR, C. Estimating numbers of homeless and homeless mentally ill people in north east Westminster by using capture-recapture analysis. *British Medical Journal*, 308:27-30, 1994.
- FREEMAN, H. Concepts of community psychiatry. *British Journal of Hospital Medicine*, 30:90-96, 1983.
- GARETY, P. & TOMS, R. M. Collected and neglected: are Oxford hostels for the homeless filling up with disable psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 157:269-272, 1990.
- GEDDES, J. ; NEWTON, R. ; YOUNG, G. ; BAILEY, S. ; FREEMAN, C. & PRIEST, R. Comparison of prevalence of schizophrenia among residents of hostels for homeless people in 1966 and 1992. *British Medical Journal*, 308:816-819, 1994.
- GELBERG, L. ; LAWRENCE, S. L. & LEAKE, B. D. Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *American Journal of Psychiatry*, 145:2, 191-196, 1988.

GELBERG, L. & LAWRENCE, S. L. ; .Assessing the physical health of homeless adult. *Journal American Medicine*, 13(262):1973-1979, 1989.

GLASSER, I. Homelessness in global perspective. New York: G.K. Hall & Co., 1994. 154p.

GLOVER, G. R. ; LEESE, M. & MCCRONE, P. More severe mental illness is more concentrated in deprived areas. *British Journal of Psychiatry*, 175:544-548, 1999.

GRUMBERG, M. A & EAGLE, P. F. Shelterization: How the homeless adapt to shelter living. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(5):521-525, 1990.

HAFNER, H. & HAIDEN, W. The evaluation of mental health care system. *British Journal Psychiatry*, 155:12-17, 1989.

HAMID, W. A. *Homeless people and community care: An assessment of the needs of homeless people for mental health services*, PhD thesis. London: University College London and Institute of Psychiatry, London, 1991.

HAMID, W. A; WYKES, T & STANSFELD, S. The homeless mentally ill. Myths and Realities. *The International Journal of Social Psychiatry*, 38(4):237-254, 1993.

HAMID, W.A; WYKES, T. & STANSFELD, S. The Social Disablement of Men in Hostels for homeless people II. A comparison with patients from long-stay wards. *British Journal of Psychiatry*, (166):809-812, 1995.

HARVEY, C. A; PANTELIS, C. ; TAYLOR, J. ; CAMPBEL, P. G. & HIRSCHI, SR. The Camden Schizophrenic Surveys – II High prevalence of schizophrenia

- in an inner London Borough and its relationship to socio-demographic factors. *British Journal of Psychiatry*, 168:418-426, 1996.
- HAUGLAND, G. ; SIEGEL, C. ; HOPPER, K. & ALEXANDER, M. J. Mental illness among homeless individuals in a suburban county. *Psychiatric Services*, 48(4):504-509, 1997.
- HECKERT, U. ; ANDRADE, L. ; ALVES, M. J. M. & MARTINS, C. Lifetime prevalence of mental disorders among homeless people in a Southeast city in Brazil. *Eur Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 249:150-155, 1999.
- HERRMAN, H. A survey of homeless mentally ill people in Melbourne, Australia. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(12):1291-1293, 1990.
- HOLLINGSHEAD, AB; & REIDLICH, FC. *Social class and mental illness: a community study*. New York: John Willey & Sons Inc, 1958.
- HOPPER, K. ; JOST, J. ; HAY, T. ; WELBER, S & HANGLAND, G. Homelessness, Severe Mental Illness, and the Institutional Circuit. *Psychiatric Services*, 48(5):659-665, 1997.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Anuário estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil, 1991.
- KESSLER, R. C. ; MCGONAGLE, K. & ZHAO, S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the USA. *Archives General Psychiatry*, 51:8-19, 1994.
- KING, M. ; COKER, E. ; HOARE, A & JOHSON-SABINE, E. Incidence of psychotic illness in London: comparison of ethnic groups. *British Medical Journal*, 309:1115-1119, 1994.

KLEINBAUN, D. G. ; KUPPER, L. L. & MORGENSTEIN, H. *Epidemiological Research: Principles and quantitative methods*. Ed. Van Nostrand Reinhold, 1982.

KOEGEL, P. ; BURNAN, A & FARR; R. K. The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of L.A. *Archives General Psychiatry*, 45:1083-1092, 1988.

KOVES, V. & LAZARUS, C. M. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34:580 – 587, 1999.

KROLL, J. ; CAREY, K. ; HAGEDORN, D. ; DOG, P. F. & BENAVIDES, E. A survey of homeless adults in urban emergency shelters. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(3):283-286, 1986.

LAMB, H. R. Deinstitutionalization and homeless mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 35:889-924, 1984.

LAMB, H. R. & LAMB, D. M. Factors contributing to homelessness among the chronically and severely mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(3):301-305, 1990.

LAMB, H. R. Lessons learned from deinstitutionalization in the USA. *British Journal Psychiatry*, 162:587-592, 1993.

LEACH, J. & WING, J. K. The effectiveness of services for helping destitute men. *British Journal Psychiatry*, 133:481-492, 1978.

- LEFF, J. All the homeless people - where do they all come from? *British Journal of Psychiatry*, 306:669-670, 1993.
- LIMA, L. A & TEIXEIRA, J. M. A assistência à saúde mental no Brasil: do mito de excesso de leitos psiquiátricos à realidade da falta de serviços alternativos de atendimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(2):71-76, 1995.
- LIMA, L. A. *A reforma psiquiátrica brasileira no contexto da globalização*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1999.
- LIMA, L. A; GONÇALVES, S & LOVISI, G. M. *Validação e estudo de confiabilidade da Social behaviour Scale (SBS) para uma população de pacientes de longa permanência*. XXIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Higiene Mental, Fortaleza, Ceará, 13/10/99 a 16/10/99.
- LINK, B. G; SUSSER, E. ; STUEVE, A; PHILAN, J. ; MOORE, R. E. & STUVENING, E. Lifetime and five-year prevalence of homelessness in the USA. *American Journal of Public Health*, 84(12):1907-1912, 1994.
- LINN, L. S. ; GELBERG, L. & LEAKE, B. Substance abuse and mental health status of homeless and domiciled low-income users of a medical clinic. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(3):306-310, 1990.
- LODGE PATCH, I. C. Homeless men in London: I. Demographic findings in a lodging house sample. *British Journal Psychiatry*, 118:313-317, 1971.
- LOVISI, G. M. ; CAETANO, G. ; ABELHA, L. & MORGADO, AF. Suporte social e distúrbios psiquiátricos: em que base se alicerça a associação? *Informação Psiquiátrica*, 15(2):65-68, 1996.

- MARI, J. J. ; IACOPONI, E. ; WILLIAMS, P et al. Detection of psychiatry morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Revista de Saúde Pública de São Paulo*, 21:501-507, 1987.
- MARSHALL, M. Collected and neglected: are Oxford hostels for the homeless filling up with disable psychiatric patients. *British Medical Journal*, 299: 706-708, 1989.
- MARSHALL, M. Collected and neglected: are Oxford hostels for the homeless filling up with disable psychiatric patients. *British Medical Journal*, 299: 706-708, 1989.
- MARSHALL, E. J. & REED, J. L. Psychiatric morbidity in homeless women. *British Journal Psychiatry*, 160:761-768, 1992.
- MARSHALL, M. Homeless women. In: edited by Dinesh Brugra. *Homeless and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- MARTINS, AL. L. *Livres acampamentos da miséria*. Rio de Janeiro: Obra Aberta, 1993.
- MECHANIC, D. Sex illness and the use of health services. *Social Science and Medicine*, 12:207-214, 1978.
- MELLO, J. Apresentação de experiências-Fortaleza.In: ROSA, C.M.M. (Org.) *População de rua-Brasil e Canadá*. São Paulo: Editora Hucitec, 1995. p.33-34.
- MENEZES, P. R. & MANN, AH. Mortality among patients with non-affective functional psychoses in a metropolitan area of South-Eastern Brazil. *Revista Saúde Pública*, 30(4):304-309, 1996.

MINISTERIO DA SAUDE, BRASIL. *A saúde no Brasil*, 1997.

MIRANDA, C.; MARI, J. J. ; JORGE, M. et al. *Versão Brasileira do Inventário de Sintomas do DSM-III*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1987.

MORGADO, AF & COUTINHO, E. S. F. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1(3):327-347, 1986.

MORGADO, AF & ABELHA, L. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(1):19-28, 1994.

MORRISON, J. Correlations between definitions of the homeless mentally ill population. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(9):952-954, 1989.

MORSE, GA; CALSYN, R. J. ; MILLER, J. ; ROSENBERG, P. ; WEST,L.& GILILAND, J. Outreach to homeless mentally ill people: conceptual and clinical considerations. *Community Mental Health Journal*, 32 (3):261-274, 1996.

MUÑOZ, M. ; VÁSQUEZ, C. ; KOEGEL, P. ; SANZ, J & BURNAM, MA; Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madri (Spain) and Los Angeles. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33:514-520, 1998.

NEVES, D. P. "Mendigo": O trabalhador que não deu certo. *Ciência Hoje-São Paulo*, SBPC, 4 Jan/Fev, 1983.

NORTH , C. S. & SMITH, E. M. A comparison of homeless men and women: Different populations, different needs. *Community Mental Health Journal*, 29(5):423-431, 1993.

- NORTH, C. S. ; SMITH, E. M. & SPITZNAGEL, E. L. Is antisocial personality a valid diagnosis among the homeless? *American Journal Psychiatry*, 150(4): 578-583, 1993.
- NORTH, C. S. ; POLLIO, D. E. ; THOMPSON, S. S. ; RICCI, D. A; SMITH, DA & SPITZNAGEL, E. L. A comparison of clinical and structured interview diagnosis in a homeless mental health clinic. *Community Mental Health Journal*, 36(6):531-543, 1997.
- NORTH, C. S. ; POLLIO, D. E. ; THOMPSON, S. J. ; RICCI, DA; SMITH, E. M. & SPITZNAGEL, E. L. A comparison of clinical and structured interview diagnoses in a homeless mental health clinic. *Community Mental Health Journal*, 33(6):531-543,1997.
- O'DRISCOLL,C. & LEFF, J. The Taps Project: Design of the research study on the long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 162 (suppl. 19):18-24, 1993.
- O GLOBO. Guerra contra os mendigos do Rio. Rio de Janeiro, Brasil, 5/2/1998, 1998. Pg. 22.
- OPLER, LA; CATON, C. L. ; SHROUT, P. ; DOMINGUES, B. & KASS, FI. Symptom profiles and homelessness in schizophrenia. *Journal Nervous Mental Disease*, 182(3):174-178, 1994.
- PEPPER, B. A public policy for the long-term mentally ill. A positive alternative to reinstitutionalization. *American Journal Orthopsychiatry*, 452-458, 1986.
- PRIEST, R. G. The homeless person and the psychiatric services: An Edinburg survey. *British Journal Psychiatry*, 128:128-136, 1976.

- RAFTERY, J. Mental health services in transition: the USA and UK. *British Journal Psychiatry*, 161:589-593, 1992.
- REICHENHEIM, M. & HARPHAM, T. Maternal mental health in a Squater Settlement in Rio de Janeiro. *British Journal Psychiatry*, 159:683-690, 1991.
- ROBINS, L. N. ; HELZER, J. E. ; CROUGHAN, J. ; WILLIAMS, J. N. W. & SPITZER, R. L. NIMH Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. *Archives General Psychiatry*, 38:381-389, 1981.
- ROBINS, L. & REGIER, D. *Psychiatric disorders in America*. New York: The Free Press, 1991.
- RODRIGUES, JÁ & SILVA FILHO, D. S. *População de rua, Agenda Pública – Drama Social*. Rio de Janeiro: Faperj, 1999.
- ROSA, C. M. M. *População de rua: Brasil e Canada*. São Paulo: editora Hucitec, 1995. 236p.
- ROSSI, P. H. ; WRIGHT, J. D.; FISHER, G.A & WILLIS, G. The urban homeless: Composition and Size. *Science*, 235:1336-1341, 1987.
- ROSSI, P. H. Counting the homeless and the extremely poor. Down and out in America. The origins of homelessness. Chicago: Univ. Chic. Press, 1989. 247p.
- ROSSI, P. H. The old homeless and new homelessness in historical perspective. *American Psychologist*, 45(8):954 – 959, 1990.

- ROTH, D. R. & BEAN Jr, G. J. New perspectives on homelessness: Findings from a statewide epidemiological study. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(7):712-719, 1986.
- SALIT, S.A; KUHN, E. M. ; HARTZ, AJ; JADE, M. D. & MOSSO, AL. Hospitalization costs associated with homelessness in New York city. *The New England Journal of Medicine*, 338(24):1735-1740, 1998.
- SANTANA, V. Estudo Epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador. *Série de estudos em Saúde*, 3 (suppl. 2), 1982.
- SCHNABEL, P. Down and out: Social marginality and homelessness. *The International Journal of Social Psychiatry*, 38(1):55-67, 1992.
- SHANKS, N. J. Consistency of data collected from inmates of a common lodging house. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 35:133-135, 1981.
- SHANKS, N. J. Medical provision for the homeless in Manchester. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33:40-43, 1983.
- SCOTT, J. Homelessness and mental illness. *British Journal of Psychiatry* , 162:314-24, 1993.
- SECRETARIA ESTADUAL DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO RJ, FUNDAÇÃO LEÃO XIII. *Perfil da população de rua da cidade do RJ*, 1991.
- SEIDMAN, L. J. ; CAPLAN, B. B. ; SCHUTT, R. K. , PENK, W. E. ; TURNER, W. M. & GOLDFINGER, SM. Neuropsychological function in homeless mentally ill individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(1):3-12, 1997.

- SHINN, M. Family homelessness: State or trait? *American Journal Community Psychology*, 25(6):755-769, 1997.
- SILVA, J. P. L. ; COUTINHO, E. & AMARANTE, P. D. Perfil demografico e socio-economico da populacao de internos de hospitais psiquiatricos do Rio de Janeiro (no prelo).
- SMITH, E. M. & NORTH, C. S. Not all homeless women are alike: Effects of motherhood and the presence of children. *Community Mental Health Journal*, 30(6):601-610, 1994.
- SNOW, D.A; BAKER, S. G. ; ANDERON, L. & MARIN, M. The myth of pervasive mental illness among the homeless. *Social Problems*, 33:407-423, 1986.
- SOUZA, AL. Estudo comparativo entre os perfis de clientelas atendidas em serviços psiquiátricos de grande e médio centros urbanos da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36(6):341-346, 1987.
- SPSS. *SPSS-X user's guide*. New York: McGraw-Hill, 1986.
- STOFELLS, M. G. *Os mendigos na cidade de São Paulo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- STURT, E. & WYKES, T. Assessment schedule for chronic psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 17:485-493, 1987.
- SUSSER, E. ; CONOVER, S. & STRUENING, E. Problems of epidemiological methods in assessing the type and extent of mental illness among homeless adults. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(3):261-265, 1989.
- SUSSER, E. ; STRENING, L. & CONOVER, S. Psychiatric problems in homeless men. *Archives General Psychiatry*, 46:845-850, 1989.

- SUSSER, E. ; LOVEL, A & CONOVER, S. *Unravelling the causes of homelessness and of its association with mental illness*. In: Brian Cooper and Thomas Helgason. *Epidemiology and the prevention of mental disorders*. World Psychiatric Association, 1989.
- SUSSER, E. ; MOORE, R. & LINK, B. Risk factors for homeless. *American Journal of Epidemiology*, 15(32):546-556,1993.
- THORNICROFT, G. & BEBBINGTON, P. Deinstitutionalization from hospital closure to service development. *British Journal Psychiatry*, 155:739-753, 1989.
- TOCI, AT. *Comparando albergues públicos e filantrópicos: apresentação de uma escala de avaliação objetiva dessas instituições*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1999.
- TORRES, RA; MARI, S. ; ALTHOLY, J. & BRICKNER, P. W. Human immunodeficiency virus infection among homeless men in a New York city shelter. *Archives Internal Medicine*,150(10):2030-2036, 1990.
- TORREY, E. F. *Nowhere to go*. New York: Harper & Row, Publishers, 1988.
- VÁSQUEZ, C. ; MUNOS, M. & SANS, J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95:523 – 530, 1997.
- VERAS, R. P. & COUTINHO, E. Estudo de prevalência de depressão e síndrome mental orgânica na população de idosos em três distritos da cidade do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 25:209 – 217, 1991.

- WELLER, B. G. A & WELLER, M. P. I. Health care in a destitute population: Christmas 1985. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 10: 233-234, 1986.
- WIKLEBY, M.A & BOYCE, W. T. Health-related risk factors of homeless families and single adults. *Journal Community-Health*, 19(1):7-23, 1994.
- WILSON, K. C. M; CHEN, R. ; TAYLOR, S. ; MCRACKEN, C. F. M. & COPELAND, JRM. Socio-economic deprivation and the prevalence and prediction of depression in older community residents. *British Journal of Psychiatry*, 176: 549-553, 1999.
- WING, J. K.; COOPER, J. E. & SARTORIUS, N. *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press, 1974.
- WING, J. K. The measurement of social disablement: the MRC social behaviour and social role performance schedules. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24:173-178, 1989.
- WITTCHEN, H. U.; ROBBINS, L. N. ; SARTORIUS, N. ; BURKE, J. D. & REGIER, D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *British Journal of Psychiatry*, 159:645-653, 1991.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. International classification of impairment, disability, and handicaps. Geneva, 1980.

WOOD, D. ; VALDEZ, R. B. ; HAYASHI, T & SHEN, A. Homeless and housed families in Los Angeles: a study comparing demographic, economic, and family function characteristics. *American Journal of Public Health*, 80(9): 1049-1052, 1990.

WYKES, T. ; STURT, E; & CREER, C. *Practices of day and residential units in relation to the social behaviours of attenders*. In: Wing, J.K. Psychological Medicine Monograph Supplement 2. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

WYKES, T. & STURT, E. The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and the validity of the SBS schedule. *British Journal of Psychiatry*, 148:1-11, 1986.