



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

RELAÇÃO ENTRE RESERVA COGNITIVA
E FUNÇÕES EXECUTIVAS EM
DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS ATUALMENTE ABSTINENTES,
COM PASSADO EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO

SUSANA MARIA DE SOUSA MATEUS

Orientador de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA RAQUEL LEMOS
PROFESSORA DOUTORA MARIA VÂNIA NUNES

Professor de Seminário de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA RAQUEL LEMOS

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Raquel Lemos e da Professora Doutora Maria Vânia Nunes, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

É com profunda satisfação e sensação de dever cumprido que, ao final de 20 anos de ter concluído a minha Licenciatura, retorno ao ISPA para concretizar um objetivo desde há muito pretendido. Este foi um ano longo, trabalhoso, mas repleto de aprendizagem e de crescimento pessoal que seguramente aumentou a minha preparação para a etapa seguinte.

Este caminho não teria sido possível sem a imprescindível orientação da Professora Doutora Raquel Lemos, a quem muito agradeço pela absoluta disponibilidade, apoio e zelo para com os resultados a alcançar, cujos ensinamentos possibilitaram-me, gradualmente, transitar de um *mindset* formatado para a intervenção clínica, para um raciocínio estatístico e lógico que me permitiu desenvolver tanto mentalmente, como profissionalmente. No mesmo sentido expresse o meu sentido agradecimento à Professora Doutora Maria Vânia Nunes que me privilegiou com a sua valiosa orientação, tendo demonstrado uma irrepreensível abertura e disponibilidade desde o primeiro momento, tendo em muito acrescentado para a qualidade deste trabalho e para o aumento dos meus conhecimentos em neuropsicologia. Foi verdadeiramente um privilégio ter sido acompanhada e orientada por duas extraordinárias profissionais, com um notório mérito no campo académico, da investigação e do saber científico. Muito obrigada a ambas!

Gostaria de agradecer à Instituição na qual se desenrolou a presente investigação que tem constituído não somente um emprego ao longo de todos estes anos, mas sobretudo uma escola de humildade, de compaixão, de humanidade e de despreensão, cujas vidas que a compõem reforçam diariamente o meu sentido de missão e o meu sentido de vida. Agradeço, de igual forma, aos dois Diretores das duas Comunidades Terapêuticas desta Instituição que gentilmente autorizaram a realização desta investigação com os utentes por quem são responsáveis. Não tenho palavras suficientes para agradecer a todos os participantes que generosamente se disponibilizaram para prontamente integrar este estudo e partilhar as suas vivências tão sofridas e emocionalmente impactantes. Sem eles não teria sido possível chegar até aqui, pelo que fica manifesto o meu sincero agradecimento.

Esta jornada ficou mais leve com o apoio e o incentivo do meu colega e sobretudo amigo Rodolfo, com quem foram já muitas as histórias vividas em conjunto, durante estes 19 anos, pelo que gostaria de agradecer pelas nossas conversas, reflexões, conflitos de ideias e especialmente por sempre ter demonstrado que está aqui nos bons e nos momentos difíceis.

Expresso o meu profundo agradecimento ao meu companheiro, Nuno, pelo apoio, afeto e compreensão demonstrados, especialmente ao longo deste ano, por ter assegurado as nossas rotinas, mesmo quando eu não podia fazê-lo, mas também pela paciência, em alguns momentos, que me permitiu manter a motivação e colocar ação no que precisava ser feito, para alcançar o objetivo pretendido. Obrigada pelas aprendizagens em conjunto, pelo crescimento, pelos momentos felizes e por tudo o que nos une. Deixo também uma nota de agradecimento às nossas gatas, Emília e Morena que ansiosamente esperavam que a porta do escritório se abrisse para receber e dar o carinho que tanto as caracteriza.

Insuficientes são as palavras para agradecer à minha mana, Anabela, pelo amor com que sempre me tratou desde que nasci, por ser o meu porto seguro, pelo exemplo que sempre foi e que em muito contribuiu para as escolhas que fiz na vida. Obrigada pela entrega, pela disponibilidade, pela luz que é e por estar sempre aqui. Agradeço profundamente à minha mãe, Carmelinda, pela dedicação a nós, pelo amor, pelo incentivo e pela postura idónea que tem perante a vida. Obrigada pelo exemplo e pelo amparo. Por último, mas de longe menos importante, quero agradecer ao meu pai, João, pelo Ser Humano que era, pelo homem de família que sempre foi, pelos valores que me transmitiu, pela estrutura que desenvolveu em mim, pela bondade por que era sobejamente conhecido e por ter sido o meu pilar, sempre. Em 2007 partiu, mas desejo que esteja orgulhoso por tudo o que tenho alcançado. Sem ele nada teria sido possível. É ao meu querido pai que dedico esta Dissertação de Mestrado.

Resumo

Introdução: A Pessoa em Situação de Sem-Abrigo (PSSA) dependente de substâncias psicoativas (SPA) encontra-se exposta a riscos que poderão comprometer as funções executivas (FE). Contudo, alguns estudos mostram que existem PSSA dependentes de SPA sem manifestações clínicas, apresentando-se a teoria da reserva cognitiva (RC) como uma possível explicação para a heterogeneidade encontrada. *Objetivo:* Com base na teoria da reserva pretendeu-se investigar a relação da RC com as FE nesta população e se as atividades de sobrevivência poderão constituir uma variável não normativa de RC, com repercussões nas FE. *Método:* Uma amostra de conveniência de 30 participantes do sexo masculino, com passado em situação de sem-abrigo, dependentes de SPA, respondeu a provas neuropsicológicas que avaliam o seu estado cognitivo global, as FE e a RC e a um inventário de sintomas psicopatológicos. Para a avaliação da RC construiu-se uma escala adicional, específica para as PSSA dependentes de SPA, complementar à prova padronizada. Foi utilizada uma metodologia quantitativa e outra qualitativa, com recurso à análise de conteúdo. *Resultados:* Verificou-se um índice Médio ou Médio-Alto de RC em 70% dos participantes, mas não foi encontrada correlação entre a RC e o desempenho das FE. O número de meses em situação de sem-abrigo e o número de meses de consumo de SPA não se relacionaram com a RC, nem com as FE. A idade não se relacionou com a RC, mas apresentou correlação negativa parcial com as FE. Entre as PSSA sem teto e as sem casa não foram encontradas diferenças ao nível da RC e das FE. A análise qualitativa da escala adicional trouxe um contributo importante para a compreensão de que as estratégias elaboradas em contexto de situação de sem-abrigo dependente de SPA parecem estimular a RC e proteger as FE. *Conclusão:* Apesar dos achados qualitativos e da confirmação de uma presença média de RC nesta amostra, mais investigações serão necessárias para clarificar o nível de RC e a sua função nas FE.

Palavras-chave: pessoa em situação de sem-abrigo, dependência de substâncias psicoativas, funções executivas, reserva cognitiva

ABSTRACT

Problem: People Experiencing Homelessness (PEH) addicted to psychoactive substances (PS) are always exposed to several risks which may affect their executive functioning (EF). Nevertheless, some studies show that some PEH addicted to PS presented no clinical manifestations, which may be interpreted under the theory of cognitive reserve (CR). *Objective:* Based on the theory of reserve, this study aims not only to investigate the connection between CR and EF among this population but also to understand if the survival activities can be a non-normative factor to CR, causing an impact in the EF. *Method:* A convenience sampling of 30 male participants, who experienced homelessness and are addicted to PS, responded to neuropsychological tests assessing their global cognitive status, EF and CR, and to a psychopathological symptoms inventory. In order to assess CR, it was created an additional scale specific to PEH addicted to PS and complementary to the standardized test. A quantitative and qualitative research methodology was used, through a content analysis. *Results:* An overall CR index ranging from medium to medium-high in 70 % of the respondents was found, but with no correlation to the EF performance. Neither the number of months experiencing homelessness, nor the number of months using PS, were related to CR or EF. CR was not age-related, but a negative partial correlation was found between age and EF. No differences were found between PEH rough sleeping and PEH homelessness in CR or EF level. The qualitative analysis of the additional scale revealed to be an important contribution to understand that the elaborated strategies in the context of homelessness when people are addicted to PS seem to stimulate their CR and protect their EF. *Conclusions:* Although the qualitative findings and the medium CR level were confirmed in this sample, further investigation is required to clarify CR in this context and its role in EF.

Keywords: people experiencing homelessness, addiction to psychoactive substances, executive functions, cognitive reserve

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico	3
Reserva Cognitiva.....	3
<i>Conceito de reserva</i>	3
<i>Proxies de reserva cognitiva</i>	5
Substâncias Psicoativas	7
<i>Dependência de substâncias psicoativas</i>	7
<i>Dependência de substâncias psicoativas e consequências nas funções executivas</i>	9
Funções Executivas	10
<i>Componentes das funções executivas</i>	10
<i>Funções executivas, dependência de substâncias psicoativas e reserva cognitiva</i>	11
Situação de Sem-Abrigo	13
<i>Conceito e caracterização da pessoa em situação de sem-abrigo em Portugal</i>	13
<i>Situação de sem-abrigo, dependência de substâncias psicoativas e funções executivas</i> .	16
Objetivo, Hipóteses e Importância do Estudo	18
<i>Objetivo</i>	18
<i>Hipóteses</i>	19
<i>Importância do estudo</i>	20
Método	21
Tipo de Estudo.....	21
Participantes.....	21
Instrumentos	22
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	22
<i>Montreal Cognitive Assessment</i>	22
<i>Teste de Leitura de Palavras Irregulares</i>	23
<i>Teste de Cores e Palavras de Stroop</i>	24
<i>Bateria de Avaliação Frontal</i>	24
<i>Cognitive Reserve Index questionnaire</i>	25
<i>Escala Adicional sobre Vivência em Situação de Sem-Abrigo</i>	26
<i>Inventário de Sintomas Psicopatológicos</i>	27
Procedimento	28

Análise Estatística.....	29
Resultados	30
CAPÍTULO 1 - Criq.....	30
Análise de Resultados.....	30
<i>Caracterização dos dados sociodemográficos e dos dados clínicos</i>	30
<i>Correlação entre os proxies de reserva cognitiva e o CRIq</i>	39
<i>Análise das hipóteses</i>	40
Discussão de Resultados.....	42
<i>Dados sociodemográficos e clínicos</i>	42
<i>Proxies de reserva cognitiva e o CRIq</i>	46
<i>Verificação das hipóteses</i>	47
CAPÍTULO 2 – Escala Adicional Sobre Vivência em Situação de Sem-Abrigo	51
Análise de Resultados Quantitativa.....	52
<i>Ocupação laboral de sobrevivência</i>	52
<i>Tempo livre</i>	56
<i>Caracterização dos dados do CRIq (P. Bruta) e da Escala Adicional Sobre Vivência em Situação de Sem-Abrigo</i>	57
<i>Análise das hipóteses de acordo com a pontuação do CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional</i>	59
Análise de Conteúdo.....	59
<i>Tema “Vivências da PSSA”</i>	60
Discussão de Resultados.....	69
Conclusão	72
Referências	76
ANEXOS.....	91
ANEXO A	92
Escala Adicional Sobre Vivência em Situação de Sem-Abrigo	92
ANEXO B.....	95
Questionário Sociodemográfico	95
ANEXO C.....	98
Carta de Autorização para a Realização da Investigação	98
ANEXO D	100
Consentimento Informado	100

Lista de Tabelas

Tabela 1 – *Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra*

Tabela 2 – *Performance nos Testes Neuropsicológicos Utilizados e no Inventário de Sintomas Psicopatológicos*

Tabela 3 – *Análises de Correlação de Spearman entre a Escolaridade, o TeLPI, o CRIq, os Subdomínios do CRIq, o CRIq (P. Bruta) e os Subdomínios do CRIq (P. Bruta)*

Tabela 4 – *Análises de Correlação de Spearman entre o Número de Meses em Situação de Sem-Abrigo, o Número de Meses de Consumo de Substâncias Psicoativas, a Idade e as Provas que Avaliam as Funções Executivas e a Reserva Cognitiva*

Tabela 5 – *Comparação entre as PSSA Sem Teto e as PSSA Sem Casa na Performance das Provas que Avaliam a Reserva Cognitiva e as Funções Executivas*

Tabela 6 – *Distribuição da Ocupação Laboral de Sobrevivência de Acordo com os Níveis de Complexidade*

Tabela 7 – *Resultados do Somatório do CRIq (P. Bruta) com a Escala Adicional*

Lista de Figuras

Figura 1 – *Distribuição dos Níveis de Complexidade da Ocupação Laboral de Sobrevivência*

Figura 2 – *Comparação dos Grupos PSSA Sem Teto e PSSA Sem Casa Relativamente à Ocupação Laboral de Sobrevivência de Nível 1*

Figura 3 – *Comparação dos Grupos PSSA Sem Teto e PSSA Sem Casa Relativamente à Ocupação Laboral de Sobrevivência de Nível 2 e 3*

Figura 4 – *Atividades Realizadas pelos Participantes no Tempo Livre*

Figura 5 – *Comparação entre a Pontuação CRIq (P. Bruta) e a CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional*

Lista de Abreviaturas

- RC** – Reserva Cognitiva
- QI** – Quociente de Inteligência
- SPA** – Substâncias Psicoativas
- FE** – Funções Executivas
- CT** – Comunidade Terapêutica
- PSSA** – Pessoa em Situação de Sem-Abrigo
- CRIq** – *Cognitive Reserve Index questionnaire*
- SNC** – Sistema Nervoso Central
- CID** – Classificação Internacional de Doenças
- GABA** – Ácido Gama-Aminobutírico
- CRC** – Questionário de Reserva Cognitiva
- MoCA** – *Montreal Cognitive Assessment*
- ISP** – Inventário de Sintomas Pré-Frontais
- FAB** – Bateria de Avaliação Frontal
- IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social
- ENIPSSA** – Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação Sem-Abrigo
- ENIPSA** – Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo
- ETHOS** – *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*
- FEANTSA** – *European Federation of Organisations Working with People Who are Homeless*
- GIMAE** – Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação Sem-Abrigo
- RSI** – Rendimento Social de Inserção
- 3MS** – *Modified Mini-Mental State Test*
- TMTB** – *Trail Making Test B*
- TCE** – Traumatismo Crânio Encefálico
- VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- DCL** – Défice Cognitivo Ligeiro
- DA** – Doença de Alzheimer
- DFT** – Demência Frontotemporal
- DV** – Demência Vascular

Escala Adicional – Escala Adicional sobre Vivência em Situação de Sem-Abrigo

Introdução

À luz da teoria da reserva, que serve de base à presente investigação, as particularidades individuais das histórias de vida, associadas a fatores inatos diferenciam a capacidade e a eficácia adaptativa dos processos funcionais cerebrais e cognitivos, em resposta às alterações neuropatológicas (Stern et al., 2020). A esta adaptação ativa do cérebro denominou-se reserva cognitiva (RC) (Stern, 2002).

Como a RC é um constructo teórico, não sendo por isso avaliada diretamente, é usual os investigadores recorrerem a *proxies* sociocomportamentais a fim de a estimar (Stern et al., 2020). Os *proxies* sociocomportamentais estudados que poderão constituir RC e revelarem-se fatores protetores contra os processos neurodegenerativos são os anos de escolaridade, o quociente de inteligência (QI) atual ou pré-mórbido, o nível de complexidade da profissão, a participação em atividades cognitivamente estimulantes, as atividades de lazer, o exercício físico, o envolvimento social (Stern, 2017), a capacidade de leitura, o nível socioeconómico (Jefferson et al., 2011) e as experiências ao longo da vida (Requena-Ocaña et al., 2021).

A dependência de substâncias psicoativas (SPA) compromete o desempenho neurocognitivo, particularmente as funções executivas (FE) (Caetano et al., 2021; Fernández-Serrano et al., 2010a; Gois et al., 2020; Marceau et al., 2017). Contudo, investigações têm vindo a mostrar que existem dependentes de SPA, com alterações neurocognitivas, originadas pelos consumos, que não apresentam manifestações clínicas (Cutuli et al., 2019).

Fortemente associada à dependência de SPA encontra-se a situação de sem-abrigo (Stringfellow et al., 2016). Em Comunidade Terapêutica (CT), encontramos pessoas em situação de sem-abrigo (PSSA) dependentes de SPA que parecem apresentar um melhor funcionamento cognitivo do que o apontado em diversos estudos, nos quais sublinham significativas alterações cognitivas neste público que poderão, inclusive, comprometer a sua reabilitação (Depp et al., 2015). Porém, muitas destas investigações apresentam variabilidade na metodologia de amostragem e nos instrumentos utilizados, o que limita a comparação e a generalização dos resultados (Burra et al., 2009), para além de aparentemente tenderem a incidir na prevalência dos dados que demonstram as alterações cognitivas dos participantes, nomeadamente das FE.

A experiência da PSSA dependente de SPA implica a aquisição ou desenvolvimento de competências de resolução de problemas, para fazer face aos desafios diários, sendo

fundamental a capacidade de adaptação e a habilidade para procurar os recursos disponíveis, a fim de desenvolver a resiliência e conseguir sobreviver a esta difícil condição (Jesus & Menezes, 2010). Desta forma, apesar da vida da PSSA dependente de SPA girar em torno do consumo de SPA, originando uma redução dos estímulos ambientais (Pedrero Pérez et al., 2014), ao mesmo tempo, a necessidade de sobrevivência poderá conduzir à ativação de formas alternativas de raciocínio e de comportamento, refletidas pelas atividades realizadas nesta condição, e promover a compensação das redes neuronais modificadas pelas alterações cerebrais, provocadas não só pelas SPA, mas também pela má nutrição, stress e exposição ambiental presentes na realidade da situação de sem-abrigo (Depp et al., 2015).

Em suma, os processos cerebrais mostram ser influenciados pela interação entre os fatores inatos e as experiências de vida (Stern et al., 2020), realçando-se o efeito protetor dos fatores experienciais (Stern & Barulli, 2019), pelo que existe a possibilidade de a vivência ligada à situação de sem-abrigo apresentar um papel protetor ao nível do funcionamento cognitivo, mediado pela RC e ter repercussões nas FE em particular.

Apesar de existirem investigações que correlacionam o constructo RC e a dependência de SPA, não foram encontrados estudos, nem nacionais, nem internacionais que incidam na relação entre RC e as PSSA, nem tão pouco entre RC e as PSSA com dependência de SPA em particular. Esta é uma temática de elevada relevância, devido aos pressupostos generalizados de baixa competência nesta população, desconsiderando-se a heterogeneidade dos elementos que a compõem e a sua potencialidade, o que poderá condicionar as oportunidades de acesso ao emprego e comprometer a reintegração e vivência na sociedade de forma autónoma, produtiva e digna.

Neste sentido, o presente trabalho pretende investigar, numa amostra de conveniência de 30 participantes do sexo masculino, com passado em situação de sem-abrigo, dependentes de SPA, em abstinência entre 6 semanas a 6 meses em CT, o índice estimado de RC; a correlação entre a pontuação da RC e o resultado das provas que avaliam as FE; a correlação entre o número de meses em situação de sem-abrigo, o número de meses de consumo de SPA, a idade e a RC e as FE; se existem diferenças na RC e nas FE entre as PSSA sem teto e as PSSA sem casa; e se as atividades de sobrevivência desenvolvidas em contexto de PSSA com dependência de SPA poderão estimular a RC e ter repercussões nas FE desta população, podendo aquelas constituir uma variável não normativa de RC.

Enquadramento Teórico

Reserva Cognitiva

Conceito de reserva

A teoria da reserva remonta aos anos 40, do século XX, aquando da constatação de que seria possível existir uma extensiva lesão do tecido nervoso cerebral sem que a função alterasse de forma proporcional (“Reserve Capacity”, 1940).

Katzman et al. (1988), numa investigação sobre as alterações cerebrais relacionadas com a doença de Alzheimer (DA) descobriu um subgrupo de 10 sujeitos que não apresentava modificações cognitivas nem funcionais em vida, mas revelava marcadores histológicos da DA nos estudos *postmortem*. Nesta altura, entendeu-se que o volume do cérebro estaria na base da reserva, tendo sido denominada reserva cerebral (Katzman et al., 1988), uma vez que um maior número de neurónios e sinapses permitiria alcançar um limiar maior de lesão e retardar ou evitar o aparecimento de manifestações clínicas (Stern & Barulli, 2019).

Contudo, perante a evidência comparativa de que seria possível com o mesmo volume cerebral e com lesões cerebrais idênticas se apresentar um melhor funcionamento cognitivo e funcional, Stern (2002) acrescentou a RC à teoria da reserva. Esta foi definida como a capacidade de o cérebro utilizar as redes cerebrais de forma mais eficiente ou adquirir redes cerebrais alternativas para lidar com o dano cerebral (Stern, 2002), significando isto que quanto maior for a RC, maior será a capacidade e a flexibilidade das redes cerebrais em fazer face às alterações neurodegenerativas, o que retardará ou inibirá o surgimento de sinais clínicos (Stern, 2009). Estes processos cerebrais são influenciados pela interação entre as características inatas e as experiências de vida do sujeito (Stern et al., 2020), sendo, deste modo, realçado o efeito protetor dos fatores experienciais (Stern & Barulli, 2019).

O dinamismo, a resiliência e a adaptabilidade que a RC revela ao lidar com a alteração cerebral (Stern et al., 2020) postulou que a mesma fosse distinguida como um modelo ativo, ao contrário da reserva cerebral, considerada um modelo passivo, por não ocorrer nesta uma adaptação ativa, do ponto de vista dos processos cognitivos ou funcionais, perante o dano cerebral, mostrando ser inevitável o declínio cognitivo quando o limiar biológico é alcançado (Stern & Barulli, 2019). No entanto, embora a reserva cerebral seja considerada um modelo passivo de reserva, o reconhecimento de que as experiências de vida

têm um papel protetor na integridade cerebral trouxe uma visão mais dinâmica da reserva cerebral, no que respeita ao seu impacto na preservação do cérebro (Stern, 2017). Neste sentido, o conceito de manutenção cerebral surge associado ao de reserva cerebral, entendendo-se aquele como a evidência de que existem pessoas que mantêm os seus cérebros com poucas alterações, diante do envelhecimento ou da patologia, explicação esta que se apoia na genética e no estilo de vida, sendo este mais um indicador de que o cérebro é anatomicamente modificado pelas experiências (Stern et al., 2020). Desta forma, apesar da dúvida se ambos serão o mesmo conceito analisado em tempos diferentes, fica evidente que uma melhor manutenção cerebral conduz a uma maior reserva cerebral (Stern et al., 2020).

Stern (2009) considera que a RC pode ser implementada através da reserva neuronal ou da compensação neuronal. A reserva neuronal postula que as redes cerebrais utilizadas diferentemente pelos sujeitos, sem patologia cerebral, no desempenho das tarefas parecem influenciar o sucesso na adaptação às alterações cerebrais quando estas ocorrem (Stern, 2017). A compensação neuronal refere-se às redes cerebrais que são ativadas somente quando existe dano cerebral, a fim de compensar o mesmo (Stern, 2017).

Foram efetuadas investigações com jovens e idosos tendo sido verificado que o grau de RC interfere com o tipo de processamento cognitivo realizado, que quanto menor o nível de RC, maior o número de redes neuronais acionadas e que ao envelhecer são utilizadas áreas cerebrais diferentes, com o propósito de compensar eventuais transformações no cérebro (Stern et al., 2004). Cabeza et al. (2002), no mesmo sentido, verificou que os idosos com melhor desempenho, perante uma tarefa de memorização e de evocação de palavras, utilizam ambos os hemisférios do córtex pré-frontal, enquanto os idosos com um desempenho mais baixo ativam as mesmas áreas cerebrais do que os jovens saudáveis, ou seja, o córtex pré-frontal direito, mas de um modo ineficiente. Este achado permitiu concluir que existe uma compensação neuronal no envelhecimento bem-sucedido, através de uma reorganização das redes cerebrais, com o recurso aos dois hemisférios, o que permite contornar o declínio cognitivo. A constatação da diminuição da ativação bilateral do córtex pré-frontal no envelhecimento é a base do Modelo HAROLD (Redução da Assimetria Hemisférica em Idosos), elaborado por Cabeza (2002). Por outro lado, numa investigação realizada por Nunes et al. (2009), com idosos sem défice cognitivo que aprenderam a ler depois dos 50 anos observou-se que a ativação bilateral dos hemisférios poderia dever-se a dificuldades na tarefa. Estes resultados trouxeram um contributo para um melhor entendimento acerca da RC, já que se concluiu que a baixa escolaridade relaciona-se com uma ativação diferente das áreas

cerebrais no processamento da informação, comparativamente aos sujeitos com maior escolaridade (Nunes et al., 2009).

Investigações relacionadas com a reserva e a memória têm constatado que o córtex frontal lateral esquerdo é um *hub* da rede de controlo frontoparietal (Franzmeier et al., 2017) e revela ter um papel regulador da atividade de outras redes, correlacionando-se positivamente com o fator de proteção escolaridade. Apresenta a função de facilitador no desempenho mnésico, melhorando a qualidade das redes ligadas à *performance* da memória, sendo este o fator que se destaca na sua relevância na reserva (Franzmeier et al., 2018). Outros estudos permitiram concluir que uma maior ativação da circunvolução frontal superior bilateral, da circunvolução frontal medial esquerda, da circunvolução frontal medial direita e da circunvolução frontal médio esquerda relacionam-se com uma maior capacidade de RC (Stern, 2009),

Proxies de reserva cognitiva

Como a RC é um constructo teórico, não sendo por isso avaliada diretamente, é usual os investigadores recorrerem a *proxies* sociocomportamentais a fim de a estimar (Stern et al., 2020). Segundo Jefferson et al. (2011), a justificação que subjaz a eleição de cada um destes *proxies* prende-se com fatores hipotéticos de proteção conferidos por estes, contra as modificações neuropatológicas. Neste sentido, investigações mostram que os anos de escolaridade, o QI atual ou pré-mórbido, a complexidade da profissão, a participação em atividades cognitivamente estimulantes, as atividades de lazer, o exercício físico, o envolvimento social (Stern, 2017; Stern et al., 2020), a capacidade de leitura, o nível socioeconómico (Jefferson et al., 2011) e as experiências ao longo da vida (Requena-Ocaña et al., 2021) constituem indicadores que, ao estarem presentes no percurso existencial, poderão influenciar os processos cognitivos e funcionais subjacentes à RC, contribuir para o seu desenvolvimento e formar fatores protetores contra os processos neurodegenerativos.

A escolaridade é o *proxy* mais usado e estudado para estimar a RC (Jefferson et al., 2011), seguida da variável atividades cognitivamente estimulantes (Opdebeeck et al., 2015, as cited in Landenberger et al., 2019), sendo a profissão e o QI pré-mórbido também dos *proxies* mais destacados para essa mensuração (Jones et al., 2011).

Deste modo, a escolaridade confere proteção ao funcionamento cognitivo (Kramer et al., 2004), tanto no envelhecimento normal, como em quadros neurodegenerativos ou de lesão cerebral adquirida (Nucci et al., 2011). Ao mesmo tempo, a escolaridade impacta no estilo de vida adotado pelo sujeito, sendo por isso difícil perceber o seu efeito na reserva de forma isolada (Nucci et al., 2011). Pedrero-Pérez et al. (2014) sublinha o efeito protetor da escolaridade no adequado desempenho em tarefas cognitivas e na adoção de outros comportamentos que aumentam a RC, embora o efeito protetor que a escolaridade tem sobre a inteligência cristalizada, não se verifique com o mesmo peso na inteligência fluída (Kramer et al., 2004). Contudo, uma formação académica elevada poderá abrir portas para atividades profissionais intelectualmente mais complexas que acarretam maior estímulo cognitivo e a possibilidade de acesso a melhores recursos financeiros que permitem a adoção de comportamentos promotores de um estilo de vida saudável (Kramer et al., 2004). De acordo com Jefferson et al. (2011), as atividades que estimulam a cognição treinam competências cognitivas específicas que, pela sua repetição, impactam positivamente na *performance* cognitiva e, por outro lado, poderão promover a compensação das alterações neurodegenerativas e neuropatológicas, através do reforço das estratégias cognitivas. A capacidade de leitura é, de igual modo, um proxy de RC porque remete para o QI pré-mórbido e para uma maior experiência, uma vez que, para o seu desempenho, estão implicadas a capacidade cognitiva na infância, a escolaridade e a profissão na adultícia (Jefferson et al., 2011).

Ainda que cada um destes *proxies* de RC possa conferir um papel protetor contra as alterações cerebrais e indicar a RC estimada, muitos investigadores têm utilizado medidas compósitas, como questionários de RC, que agregam vários indicadores num só coeficiente, o que permite aceder a resultados mais precisos de RC, tanto ao nível da quantificação, como da comparação (Jones et al., 2011), sendo o *Cognitive Reserve Index questionnaire* (CRIq) um desses questionários e o utilizado no presente estudo.

Se a RC foi estudada, primariamente, no contexto das doenças neurodegenerativas, relacionadas com o envelhecimento, posteriormente, os investigadores começaram a mostrar interesse em investigar este fenómeno noutras patologias neurológicas, estando, atualmente, também a ser aprofundado no campo da lesão cerebral adquirida (Nunes & Silva Nunes, 2022), da perturbação de humor bipolar (Tsapekos et al., 2020), do stress (García-Moreno et al., 2021), das perturbações aditivas (Requena-Ocaña et al., 2021), entre outras.

Substâncias Psicoativas

Dependência de substâncias psicoativas

Designam-se SPA todas aquelas substâncias que afetam o Sistema Nervoso Central (SNC), em termos de processos mentais, nomeadamente ao nível da consciência, percepção, cognição e humor (Organização Mundial da Saúde, 2022), independentemente da forma como são consumidas, podendo ser ingeridas, bebidas, injetadas, fumadas ou inaladas (Castro et al., 2014).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças – 11^a Revisão (CID-11), o padrão de consumo de SPA pode ser classificado por episódio de uso nocivo, padrão de uso nocivo e dependência (Organização Mundial da Saúde, 2022). A dependência de SPA é uma doença crónica que se caracteriza como primária e progressiva, podendo a continuidade dos consumos aditivos levar à morte, sendo a negação da doença a principal distorção cognitiva (Castro et al., 2014). Estudos apontam para que, pelo menos, 8% das pessoas que consomem SPA desenvolvam um problema com substâncias (Lopez-Quintero et al., 2001; Wagner & Anthony, 2002, as cited in Organização Mundial da Saúde & United Nations Office on Drugs and Crime, 2020) e dos 275 milhões de pessoas que usaram drogas em 2018, cerca de 36,3 milhões têm uma perturbação com substâncias, o que remete para um tipo de padrão de consumo nocivo ou dependente (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021).

A dependência de SPA resulta de um processo complexo permanente de interação entre uma predisposição genética e o ambiente, sobre os quais também interagem fatores ligados à experiência do sujeito, determinadas fases do desenvolvimento do SNC e os próprios efeitos do consumo das substâncias (Pedrero-Pérez et al., 2014). Numa fase inicial, quando os consumos ainda são episódicos e controlados existe uma sensação de bem-estar e um comportamento impulsivo direcionado às SPA que, gradualmente, com o aumento da frequência dos consumos, transita para um comportamento compulsivo, que poderá culminar numa perda do controlo do consumo e num estado obsessivo, cujo alívio depende da ingestão da SPA (Koob & Volkow, 2010).

Em termos cerebrais, apesar de cada uma das SPA apresentar um mecanismo de ação específico, todas ativam o sistema de recompensa, no qual ocorre um aumento da dopamina no núcleo *accumbens*, que é a região central do sistema de recompensa e conduz a um aumento do consumo das SPA, pela sensação de prazer associada (Formigoni et al., 2017).

Desta forma, as SPA, para além de operarem noutras estruturas do SNC vão ter um importante impacto no sistema mesolímbico e no sistema mesocortical que são os constituintes do sistema de recompensa (Formigoni et al., 2017). O sistema dopaminérgico mesolímbico, que tem relação com o condicionamento do uso de SPA, assim como com a memória e com as emoções envolvidas no consumo, tem origem na área tegmental ventral e estende-se até ao núcleo *accumbens* que é fundamental no mecanismo de aprendizagem e de memória. O sistema dopaminérgico mesocortical envolve a área tegmental ventral, onde se localiza o centro neuronal dopaminérgico, envolve o córtex pré-frontal, que é o centro das funções cognitivas superiores, o giro do cíngulo que está implicado na atenção, na memória e na regulação cognitiva e emocional e o córtex orbitofrontal que tem funções ligadas ao controlo inibitório e à tomada de decisão (Formigoni et al., 2017).

Na progressão da doença existe uma disfunção no córtex pré-frontal, particularmente nas estruturas implicadas no controlo cognitivo-comportamental, sendo elas o córtex cingulado dorsal anterior e o córtex pré-frontal dorsolateral, que resulta numa perda gradual da capacidade de controlo dos consumos aditivos (George & Koob, 2010, as cited in Motzkin et al., 2014), estando também envolvidas, nesta progressão dos consumos até à dependência, o corpo estriado ventral/núcleo *accumbens* e o corpo estriado dorsal, nomeadamente o núcleo caudado e o putamen (Everitt & Robbins, 2005, as cited in Motzkin et al. 2014). O cérebro ao ser sistematicamente estimulado, de forma artificial, pelas SPA, que imitam os efeitos de neurotransmissores endógenos ou interferem na recaptção dos neurotransmissores, passa a efetuar uma leitura de que necessita das SPA para a sua sobrevivência, tal como se de água ou de alimentos se tratasse, existindo uma resposta comportamental e bioquímica crescente e mais exacerbada porque, quanto mais é exposto ao químico, maior é a associação entre o mesmo e a sua necessidade para sobreviver (Organização Mundial da Saúde, 2004). Desta forma, o consumo de SPA irá continuar independentemente das consequências negativas que existam para o sujeito, sendo utilizadas vias neuronais que se relacionam com a formação de hábitos que não necessitam do controlo executivo superior (Pedrero-Pérez et al., 2014). Ao mesmo tempo, os processos de aprendizagem intervêm na associação efetuada entre as SPA e os estímulos externos, tais como locais, pessoas ou objetos, que poderão conduzir ao desejo de consumir, mesmo depois de longos períodos de abstinência (Organização Mundial da Saúde, 2004), realçando-se, assim, a cronicidade desta perturbação.

Em síntese, a dependência de SPA afeta não só o sistema de recompensa ligado à dopamina, como interfere com os circuitos que se relacionam com os hábitos, com a

motivação, com o controlo inibitório e com a tomada de decisão (Volkow et al., 2011). Influencia a atividade da dopamina, como do glutamato, da serotonina, da noradrenalina e do ácido gama-aminobutírico (GABA) (Formigoni et al., 2017). Para além da ação sobre as células neuronais, tem sido igualmente constatado que as SPA alteram o funcionamento e a morfologia das células gliais, especialmente dos astrócitos e dos oligodendrócitos, na regulação da transmissão sináptica, e da microglia no papel dos processos inflamatórios cerebrais, tendo tal uma implicação na progressão e manutenção da dependência (Miguel-Hidalgo, 2009).

Dependência de substâncias psicoativas e consequências nas funções executivas

O córtex pré-frontal ao ser exposto continuamente às SPA será afetado no seu funcionamento na área medial, dorsolateral e posterior (Cunha et al., 2015), o que poderá comprometer em particular as FE, variando as alterações nas FE de acordo com o tipo de substância e o seu padrão de consumo (Fernández-Del Olmo et al., 2019).

Desta forma, segundo Verdejo-García et al. (2007), a cocaína é a SPA que mais afeta o córtex pré-frontal, tendo repercussões na flexibilidade cognitiva, na memória de trabalho (Kolling et al., 2007), no controlo inibitório (Verdejo-García et al., 2005), na capacidade não-verbal de resolução de problemas complexos (Hoff et al., 1996) e no processamento de tomada de decisões, levando a uma deterioração progressiva das FE (Verdejo García et al., 2004). Por sua vez, no consumo dependente de heroína verificam-se alterações na flexibilidade cognitiva e no controlo inibitório (Gruber et al., 2007) e no de cannabis existe um comprometimento da memória de trabalho (Han et al., 2012), do controlo inibitório, da tomada de decisões e do planeamento (Tziraki, 2012). Em 2018, Silva et al., efetuaram um estudo com dependentes de cannabis sativa, no qual estes apresentaram menor capacidade de aprendizagem devido a dificuldades na memória de trabalho e na memória episódica (Ribeiro-Andrade & Azeredo, 2021). Em relação às benzodiazepinas, a investigação realizada por Liu et al. (2020), permitiu concluir que as mesmas afetam as FE, nomeadamente ao nível da memória de trabalho. No que concerne ao consumo dependente de álcool observam-se consequências em termos do controlo inibitório, sendo esta uma das primeiras funções a revelar alteração (Serafim & Saffiti, 2015, as cited in Oliveira et al., 2019), mas também ao nível da flexibilidade cognitiva, do planeamento e da memória de trabalho (Romero-Martínez et al., 2018; Sabbe et al., 2012, as cited in Requena-Ocaña, 2021). Estudos imagiológicos,

com recurso a ressonância magnética relataram perdas significativas de substância branca e cinzenta nos dependentes de álcool, em particular no córtex pré-frontal e no cerebelo (Sullivan & Pfefferbaum, 2005), pelo que um compromisso no circuito frontocerebelar conduz a quadros de ataxia, de disfunção visuoespacial e de alteração nas FE.

Funções Executivas

Componentes das funções executivas

O córtex pré-frontal é a área cerebral responsável pelo planeamento dos “comportamentos complexos, tomada de decisão e comportamentos sociais” (Miller et al., 2002, as cited in Oliveira et al., 2019, p. 150), sendo as FE o processo que se destaca nesta região cerebral (Oliveira et al., 2019).

Apesar de Luria ter sido o primeiro a investigar as funções frontais do cérebro (Kluwe-Schiavon et al., 2012), Lezak (1982) terá sido a pioneira no termo FE (Uehara et al., 2013) descrevendo-o como um conjunto de capacidades mentais que permitem a formulação de objetivos, o seu planeamento, o que implica a adoção de uma estratégia adequada, a avaliação da adequação do comportamento e a eficácia da sua execução, remetendo, por isso, tanto para a iniciativa, como para a forma de realizar o comportamento. Contudo, ainda não existe um consenso sobre a definição de FE, já que existem autores que a defendem de acordo com os Modelos de Constructo Único, no qual seriam uma função unitária mestre e outros consideram-na à luz de Modelos de Múltiplos Processos, no qual teriam um carácter multifatorial interligado (Kluwe-Schiavon et al., 2012).

As FE podem ser classificadas como “frias”, quando dizem respeito a processos cognitivos, estando ligadas ao córtex pré-frontal dorsolateral e por “quentes” quando estão relacionadas à regulação da motivação e das emoções, estando estas associadas ao córtex orbitofrontal (Zelazo & Müller, 2002). No entanto, na prática, ambas funcionam em conjunto, na medida em que são indissociáveis (Zelazo et al., 2010), tendo, inclusive, sido proposto um modelo neuronal por Cunningham & Zelazo (2007) relativo à forma como as FE “frias” e “quentes” se interligam na resolução de problemas.

É consensual considerar-se três núcleos principais nas FE que, apesar de poderem operar separadamente, correlacionam-se, sendo eles o controlo inibitório, a memória de

trabalho e a flexibilidade cognitiva (Miyake et al., 2000). Deste modo, o controlo inibitório inibe um hábito, o que possibilita que a memória de trabalho consiga adquirir novas informações e a que a flexibilidade cognitiva possa promover mudanças cognitivo-comportamentais (Formiga, 2019). A ação integrada destes três núcleos permite a capacidade de planeamento, de raciocínio e de resolução de problemas (Formiga, 2019).

Associadas a estas três dimensões principais encontram-se capacidades como a categorização, cujo objetivo será identificar e agrupar objetos com as mesmas características, para servir de suporte à memória de trabalho e proporcionar a capacidade de abstração; o planeamento que consiste na capacidade em escolher estratégias mais eficazes para atingir um determinado objetivo previamente identificado; a tomada de decisão, sendo esta a capacidade de escolher, perante alternativas apresentadas, conseguindo fazê-lo através de uma análise de risco e de custo-benefício; e a fluência que remete para a capacidade de manifestar comportamentos tanto verbais, como não verbais, de acordo com uma sequência de regras (Malloy-Diniz et al., 2010, as cited in Moreira et al., 2021).

Funções executivas, dependência de substâncias psicoativas e reserva cognitiva

Alterações nas FE propiciam o início do consumo de SPA, a progressão para a dependência, constituindo, ainda, um fator de risco para a recaída após o tratamento (Albein-Urios et al., 2012; Freitas et al., 2016; Kolling et al., 2007, as cited in Formiga, 2019). Reciprocamente, o córtex pré-frontal, ao ser exposto, de forma continuada às SPA vai ser afetado no seu funcionamento, o que irá favorecer a continuação dos consumos de SPA e estes, por sua vez, segundo Ferreira et al. (2017), irão provocar alterações, por vezes irreversíveis, no SNC.

No entanto, apesar das notórias consequências neurocognitivas inerentes ao consumo de SPA, investigações têm vindo a mostrar que existem dependentes de SPA, com modificações neurocognitivas devido aos consumos, que não apresentam manifestações clínicas concordantes com as mesmas (Cutuli et al., 2019), nos quais, para a manutenção de um desempenho cognitivo eficiente, entram em ação redes cerebrais compensatórias, perante tarefas cognitivamente exigentes (Barulli & Stern, 2013; Chanraud & Sullivan, 2014, as cited in Cutuli et al., 2019). Dependentes de álcool, numa investigação sobre a memória de trabalho, ativaram as mesmas áreas cerebrais que o grupo de controlo, aquando da realização

das tarefas, sendo elas as redes occipitoparietais, mas também as áreas occipitotemporais inferiores e o sistema límbico (Pfefferbaum et al., 2001, as cited in Cutuli et al., 2019).

Achados recentes têm demonstrado que a RC está implicada tanto com o curso, como com as manifestações cognitivo-comportamentais inerentes à dependência de SPA (Cutuli et al, 2019). Um estudo com dependentes de SPA realizado por Pedrero-Pérez et al. (2014), mostrou que quanto maior a RC menor é a gravidade da doença, menos recaídas ocorrem e que um maior desempenho cognitivo geral é verificado (Pedrero Pérez et al., 2014).

Foram estudados os *proxies* de RC que parecem ser fatores protetores na dependência de SPA, visto atenuarem o impacto das substâncias no desempenho cognitivo e ajudarem no prognóstico quando em tratamento, sendo eles o nível acadêmico, a ocupação profissional e a realização de atividades de lazer saudáveis (Cutuli et al. 2019). Uma investigação com dependentes alcoólicos abstinentes mostrou que os sujeitos com o ensino primário tiveram resultados mais baixos na Bateria de Avaliação Frontal (FAB), comparativamente aos que tinham o ensino universitário, estando estes mais protegidos contra os efeitos neurodegenerativos provocados pelo álcool ao longo da vida, ao contrário dos que têm o ensino primário que apresentam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de défices frontais (Requena-Ocaña et al., 2021). Na mesma linha, os hábitos de leitura foram os observados como sendo os que mais impactam no funcionamento pré-frontal, como fator de proteção, sobretudo ao nível do controlo do comportamento social (Pedrero-Pérez et al., 2014). No que concerne à ocupação profissional, investigações mostram que o desemprego se associa com um aumento da dependência de SPA (Henkel, 2011) e que o consumo de drogas se correlaciona positivamente com um nível socioeconómico baixo (Redonnet et al., 2012), associando-se a piores resultados cognitivos, comparativamente a um grupo com um nível socioeconómico mais elevado (Sabia et al., 2011). Relativamente às atividades de lazer, referindo-se estas ao tempo livre de qualidade, fora da escola ou do emprego, Sharp et al. (2011) mostraram que um maior nível de atividades de lazer saudáveis diminui a probabilidade de consumo de álcool e marijuana ao mesmo tempo que com a continuidade da realização destas atividades ocorrerá uma diminuição gradual destas SPA (Cutuli et al., 2019). O exercício físico, as atividades cognitivamente estimulantes e o suporte social aumentam a RC (Cutuli et al., 2019). Um achado de Paniagua et al. (2001) aponta que os jovens que praticam exercício físico, que vão ao cinema ou que lêem livros manifestam uma menor vulnerabilidade relativamente às SPA, comparativamente aos que se ocupam a sair com os amigos para saídas noturnas, nas quais existe um maior risco de consumirem drogas (Cutuli et

al., 2019). Em relação ao suporte social, uma rede social de apoio positiva ajuda no processo de abstinência e de recuperação, porque relaciona-se com uma diminuição do stress que se encontra presente no início do mesmo (Laudet et al., 2006). Importa ainda realçar o papel protetor do estado civil, na medida em que a frequência e a quantidade de consumos de álcool são inferiores nos sujeitos casados (Leonard & Rothbard, 1999), embora a instabilidade na relação, assim como o divórcio tenha sido associado a um aumento do consumo, sobretudo de álcool (Kendler et al., 2017).

Em suma, a RC relaciona-se, em particular, com o funcionamento executivo e com o comportamento social concluindo-se que uma elevada RC reflete um melhor funcionamento pré-frontal no quotidiano (Pedrero-Pérez et al. 2014) e que terá um impacto protetor nas manifestações clínicas relativas à dependência de SPA.

Situação de Sem-Abrigo

Conceito e caracterização da pessoa em situação de sem-abrigo em Portugal

Agregada à dependência de SPA é usual a ocorrência de consequências em todas as áreas da vida do sujeito, sendo a situação de sem-abrigo a materialização dos danos mais profundos dos consumos aditivos. Apesar das Nações Unidas terem anunciado 1987, como o “Ano Internacional para o Abrigo dos Sem-Abrigo” e, seguidamente, ter sido adotada a “Estratégia Global para o Abrigo para o Ano 2000”, na qual foi intensamente sublinhado o direito à habitação, apenas em 2020, no âmbito da 58ª sessão da Comissão das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social foi aprovado o texto relativo à primeira resolução das Nações Unidas sobre as PSSA (Provedor de Justiça, 2021). Nesta, pela primeira vez, foi reconhecida a situação de sem-abrigo “como uma grave violação da dignidade humana, um obstáculo à realização dos direitos humanos, bem como um problema global que afeta pessoas de todas as idades, em todas as esferas da vida, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento” (Provedor de Justiça, 2021, p. 11).

Em Portugal, até ao ano 2000 do séc. XX, apesar do claro aumento das PSSA, particularmente em Lisboa e no Porto, pouco se sabia acerca deste fenómeno, para além de que eram as Instituições Sociais de Solidariedade Social (IPSS) e as organizações não governamentais que apoiavam as PSSA (Provedor de Justiça, 2021).

Na primeira Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo 2009-2015 (ENIPSA), definiu-se o conceito de pessoa sem-abrigo, tendo este termo sido alterado em 2017, na segunda Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação Sem-Abrigo 2017-2023 (ENIPSSA), para pessoa em situação de sem-abrigo, uma vez ter-se considerado que esta não é uma condição de vida, mas sim uma situação que se pretende temporária, tendo o próprio conceito de PSSA sido também ele alvo de algumas alterações (Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação Sem-Abrigo [GIMAE], 2018). Deste modo, atualmente é utilizada a seguinte versão:

Considera-se pessoa em situação de sem-abrigo aquela que, independentemente da sua nacionalidade, origem racial ou étnica, religião, idade, sexo, orientação sexual, condição socioeconómica e condição de saúde física e mental, se encontre: sem teto, vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário; ou sem casa, encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito. (Resolução do Conselho de Ministros N^o 107/2017 da Presidência do Conselho de Ministros, 2017, p. 3925).

Estas duas categorias, sem teto e sem casa, definidas ainda em 2009, foram baseadas na tipologia ETHOS (*European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*), proposto pela FEANTSA (*European Federation of Organisations Working with People Who are Homeless*), que divide a PSSA em quatro categorias, tendo Portugal optado, portanto, por restringir as categorias nestas duas (Provedor de Justiça, 2021):

Sem teto: pessoas a viver na rua, noutros espaços públicos (jardins, viadutos, estações de transportes públicos), abrigos de emergência (vagas de emergência em centros de alojamento) ou em locais precários (carros abandonados, vãos de escada, casas abandonadas). Sem casa: pessoas a viver em centros de alojamento temporário (inclui as respostas da Segurança Social ou outras de natureza similar, locais para indivíduos

ou famílias onde a pernoita é limitada, sem acesso a alojamento de longa duração), em alojamentos específicos para pessoas sem casa (apartamentos de transição, onde a pernoita é limitada, sem acesso a alojamento de longa duração) ou em quartos pagos (total ou parcialmente) pelos serviços sociais ou por outras entidades. (GIMAE, 2021, p. 3).

Para a presente investigação importa realçar os primeiros e últimos dados, com carácter vinculativo, sobre o perfil das PSSA em Portugal Continental, datados a 31 de dezembro de 2020. Deste modo foram contabilizadas 3.420 (42%) pessoas sem teto e 4.789 (59%) pessoas sem casa, perfazendo um total de 8.209 PSSA. A maioria pertence ao sexo masculino (80%), tem idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos (42%), são solteiros (59%), de nacionalidade portuguesa (76%), com o 2º ou 3º ciclo do ensino básico (32%), encontrando-se nesta situação até há 1 ano (38%), sendo o Rendimento Social de Inserção (RSI) a principal fonte de rendimento (34%). As 3 principais causas que conduziram à situação de sem-abrigo prendem-se com a dependência de SPA (2.442 pessoas), o desemprego ou precariedade no trabalho (2.347 pessoas) e a insuficiência financeira associada a outros motivos, excluindo-se a violência doméstica (2.017 pessoas) (GIMAE, 2021).

Efetuando-se uma análise mais rigorosa aos dados nacionais continentais, em relação às PSSA sem teto e PSSA sem casa, constata-se o seguinte: no que diz respeito às PSSA sem teto, 79% são do sexo masculino, 47% têm entre 45 e 64 anos, 46% são solteiras, 80% são portugueses, 42% têm escolaridade ao nível do 1º ciclo do ensino básico, um terço tem o 2º/3º ciclo do ensino básico, 37% dos casos desconhece-se o nível de escolaridade, 30% estão nesta situação de sem teto entre 1 a 5 anos, 27% há menos de 1 ano e um quarto há mais de 5 anos, o que significa que todos eles poderão estar como PSSA há mais tempo e, por último, mais de metade tem como fonte de rendimento o RSI (GIMAE, 2021). No que diz respeito às causas que culminaram nesta situação, a primeira é atribuída à dependência de SPA (1.107 pessoas), seguida do desemprego ou da precariedade no trabalho (950 pessoas) e na terceira as causas são desconhecidas (667 pessoas). Relativamente às PSSA sem casa, 79% são do sexo masculino, 39% tem entre 45 e 64 anos, um quinto tem entre os 18 e os 30 anos, um quarto tem entre os 31 e os 44 anos, 52% tem no máximo 44 anos, 68% são solteiras, na sua maioria portugueses (58%), 42% tem o 2º/3º ciclo do ensino básico, 46% estão sem casa há até 1 ano,

23% há mais de 5 anos, 9% há mais de 10 anos, 30% têm o RSI como principal fonte de rendimento e um quarto das PSSA sem casa tem como rendimento o salário, seja ele ocasional (14%) ou regular (9%), ou o subsídio de desemprego (4%). Na sua maioria, encontram-se em quartos alugados (3.134 pessoas – 65%), sendo que os restantes se encontram em centros de alojamento temporário (1.349 pessoas) e em alojamentos específicos (306 pessoas) (GIMAE, 2021). No que diz respeito aos motivos que conduziram a esta situação, o primeiro é atribuído à insuficiência financeira associada a outros motivos, excluindo-se a violência doméstica (1.601 pessoas), seguido do desemprego ou da precariedade no trabalho (1.397 pessoas) e, por último, a dependência de SPA (1.335 pessoas).

Os dados do inquérito português reportam, ainda, um aumento de 11% das PSSA em Portugal Continental devendo-se este crescimento, sobretudo, às PSSA sem teto (16%), sendo de 7% o aumento das PSSA sem casa (GIMAE, 2020). Na verdade, o fenómeno de situação de sem-abrigo aumentou na última década na Europa estando esta constatação de acordo com o relatório de 2019, da FEANTSA, no qual é referido um aumento compreendido entre os 16% e os 389% de PSSA, de acordo com os países (Baptista & Marlier, 2019). Como principais causas foram considerados os custos ligados ao mercado imobiliário, as mudanças no mercado de trabalho, mas também a pobreza, um aumento na imigração e um baixo apoio ao nível da proteção social (Baptista & Marlier, 2019).

Situação de sem-abrigo, dependência de substâncias psicoativas e funções executivas

Segundo Ravenhill (2008), ficar em situação de sem-abrigo compreende a junção de diversos fatores adversos ao longo da vida que conduzem a esta condição, por efeito cumulativo, combinado pela forma como os sujeitos, e quem os rodeia, reagem a esses fatores (Nobre, 2020). O abuso na infância e o abandono escolar precoce surgem como fatores promotores de uma possível futura situação como sem-abrigo (Nobre, 2020), pois aparecem comumente nos relatos das suas vidas. Neste sentido diferentes investigações internacionais referiram que, na infância de várias PSSA, estiveram presentes acentuados problemas sociais e experiências traumáticas, tais como problemas económicos, falta de habitação, abandono escolar precoce, ausência de apoio social e psicológico, abuso físico, sexual e emocional, negligência e uma família disfuncional (Fry et al., 2016; Keane et al., 2016; Reeve, 2017, as cited in Mabhala et al., 2017). Por outro lado, estudos sobre PSSA numa idade mais tardia

referem que este estado se deveu à combinação, ao longo da vida, de problemas relacionados com a educação, emprego, saúde, família e fontes de rendimento (Grenier et al., 2016a; Lacey et al., 2016, as cited in Nobre, 2020).

Em várias investigações sobre as PSSA foi encontrada uma elevada prevalência de alterações cognitivas nesta população, nomeadamente no que diz respeito às FE (Gonzalez et al., 2001; Seidman et al., 2003; Burra et al., 2009). No entanto, é inconclusivo se estas são pré-existentes e contribuem para o desenrolar até à situação de sem-abrigo ou se são uma consequência desta condição (Depp et al., 2015).

Os mecanismos do controlo executivo superior não são inatos, pelo que dependem das aprendizagens do sujeito, bem como da sua maturação cerebral (Pedrero-Pérez et al., 2014). Desta forma, experiências cognitivamente pouco estimulantes durante a infância revelam ser um dos fatores ligados à dificuldade no controlo inibitório (Pedrero-Pérez et al., 2014), para além de que existem dois fatores que parecem impactar negativamente o desenvolvimento das FE: maus tratos/situações stressantes em idade precoce e dificuldades económicas, sendo esta a realidade vivenciada por muitos dos jovens que se encontram em situação de sem-abrigo (Fry et al., 2020). Ao mesmo tempo, o consumo de SPA encontra-se fortemente associado com a situação de sem-abrigo, observando-se, por vezes, a sua prevalência em mais de metade nas amostras de PSSA (Stringfellow et al., 2016), podendo tal comprometer o desempenho do funcionamento executivo desta população.

Face ao exposto, apesar de não serem conhecidas investigações sobre a relação entre RC e as PSSA, é possível constatar que os fatores que constituem RC são os que, na sua maioria, se encontram comprometidos nas PSSA, o que fará adivinhar a hipótese de o nível de RC ser baixo nestas pessoas, sobretudo nas que, paralelamente, apresentam um quadro clínico de dependência de SPA. No entanto, apesar de ser evidente, nos achados científicos, a preponderância das alterações das FE nas PSSA, bem como a regular presença do consumo de SPA nesta população, interrogamo-nos em simultâneo sobre qual o motivo que diferencia os resultados cognitivos alterados destes sujeitos, nos estudos que assim o apontam, dos que mantêm resultados sem alteração nesses mesmos estudos. Uma investigação com 343 PSSA mais velhas, em que a média de idades eram os 58 anos mostrou que mais de metade dos participantes (56.9%) apresentou um funcionamento cognitivo normal, tanto no *Modified Mini-Mental State Test* (3MS), como no *Trail Making Test B* (TMTB) (Hurstak et al., 2017). No mesmo sentido, um outro estudo realizado com PSSA mostrou que apenas 44% dos participantes revelou compromisso cognitivo global e disfunção executiva, estando o QI

dentro dos valores médios e o consumo de SPA sem critérios de dependência (Pluck et al., 2015). Desta forma, tendo em conta que as investigações mostram resultados diferenciados entre as PSSA, colocamos a própria vivência nesta condição como hipótese para o diferencial constatado, podendo as atividades ligadas a esta vivência constituir uma fonte não normativa de RC. Esta constatação poderá ser explicada de acordo com a teoria de compensação neuronal de Stern (2009), uma vez que as PSSA, devido ao estilo de vida inerente a esta condição são expostas a desafios diários que, pela necessidade de adaptação, poderão conduzir a reestruturações cerebrais e, deste modo, minimizar ou inibir manifestações clínicas. Segundo Konflanz et al. (2016), o cérebro, ao ser estimulado, consegue regenerar-se, devido a processos de neurogênese e de neuroplasticidade, permitindo que sejam compensadas as sequelas existentes. Desta forma, apesar da exposição à violência, aos problemas de saúde, às condições meteorológicas adversas (Amato & MacDonald, 2011) e aos consumos aditivos, a necessidade de sobrevivência poderá colocar em marcha planos devidamente arquitetados em algumas vezes e exigir que se recorra à habilidade em lidar com o imprevisto noutras tantas que as experiências não normativas das PSSA dependentes de SPA poderão contribuir para a RC desta população e explicar a heterogeneidade de manifestações clínicas, em particular nas FE.

Objetivo, Hipóteses e Importância do Estudo

Objetivo

A presente investigação tem como objetivo estudar o índice estimado de RC; a correlação entre a pontuação da RC e o resultado das provas que avaliam as FE; a correlação entre o número de meses em situação de sem-abrigo, o número de meses de consumo de SPA, a idade e a RC e as FE; se existem diferenças na RC e nas FE entre as PSSA sem teto e as PSSA sem casa; e se as atividades de sobrevivência desenvolvidas em contexto de PSSA com dependência de SPA poderão estimular a RC e ter repercussões nas FE desta população, podendo estas constituir uma variável não normativa de RC.

O percurso de vida comum da PSSA dependente de SPA poderá remeter para uma baixa RC nesta população, devido aos fatores de risco associados, nomeadamente as fracas habilitações académicas, a ausência continuada de ocupação laboral, a baixa capacidade socioeconómica, as poucas atividades de lazer e o consumo de SPA não prescritas. No

entanto, apesar do percurso de vida desta população mostrar-se pouco usual, em comparação à população geral, nomeadamente em termos da atividade profissional e das atividades ligadas à rotina diária, não significa que estas sejam inexistentes neste percurso e que, eventualmente, não possam ter um papel sobre a RC desta população.

Desta forma, para a avaliação da RC nas PSSA dependentes de SPA torna-se necessário um instrumento que abranja aspetos ligados às atividades relacionadas com a realidade desta vivência, sob o risco de *proxies* fundamentais, como a profissão e as atividades cognitivas de carácter estimulante ficarem submedidas. Como, atualmente, não são conhecidos instrumentos com esta característica, procedeu-se à construção de uma escala adicional, intitulada “Escala Adicional Sobre Vivência em Situação de Sem-Abrigo” (Escala Adicional), (Anexo A), com o objetivo de complementar a prova padronizada utilizada nesta investigação que avalia a RC e observar se as atividades desenvolvidas em contexto de situação de sem-abrigo poderão constituir uma variável não normativa de RC.

Uma vez que foi utilizada uma prova padronizada para responder às hipóteses da investigação e uma outra prova adicional, elaborada especificamente para as PSSA dependentes de SPA que, à exceção da Hipótese 1, responde às hipóteses da investigação referentes à RC de forma complementar, os resultados foram analisados em dois capítulos, de acordo com as provas de RC aplicadas, a fim de facilitar a exposição e compreensão dos dados obtidos, incluindo uma análise qualitativa dos resultados.

Hipóteses

Deste modo foram elaboradas as seguintes hipóteses de investigação:

1. Estima-se que a RC tenha um índice entre médio-baixo e médio na prova da RC padronizada;
2. A RC tem uma correlação positiva com as FE, pelo que quanto maior a RC estimada pela prova da RC padronizada ou estimada pelo somatório da prova da RC padronizada com a Escala Adicional, melhores os resultados nas provas que avaliam as FE;
3. O número de meses em situação de sem-abrigo, o número de meses de consumo de SPA e a idade têm uma correlação positiva com a pontuação da RC estimada pela prova da RC padronizada ou estimada pelo somatório da prova da RC padronizada com a Escala Adicional;

4. O número de meses em situação de sem-abrigo, o número de meses de consumo de SPA e a idade têm uma correlação positiva com o resultado das provas que avaliam as FE;
5. Os participantes que viveram mais meses como PSSA sem teto apresentam uma maior RC, estimada pela prova da RC padronizada ou estimada pelo somatório da prova da RC padronizada com a Escala Adicional do que os que viveram mais meses como PSSA sem casa;
6. Os participantes que viveram mais meses como PSSA sem teto revelam melhores resultados nas provas que avaliam as FE do que os que viveram mais meses como PSSA sem casa.

Importância do estudo

Além desta investigação ser pioneira, uma vez serem desconhecidas investigações, tanto nacionais, como internacionais, sobre esta temática com as PSSA, entende-se que um aumento do conhecimento da realidade cognitiva desta população possa constituir uma mais-valia na fundamentação das tomadas de decisão relativamente às estratégias locais e nacionais de intervenção com as PSSA, nomeadamente no que se refere à diminuição do estigma e no aumento das oportunidades de integração na sociedade e no meio laboral. Ao mesmo tempo, uma ampliação do saber técnico em CT poderá permitir a reestruturação das atividades terapêuticas e de lazer, com vista à potencialização dos recursos cognitivos desta população, da sua autoconfiança e da sua motivação no que diz respeito à adesão ao seu projeto de reabilitação e de reinserção.

Método

Tipo de Estudo

O presente estudo é do tipo exploratório, observacional, não interventivo, com um delineamento misto, composto por uma análise de dados quantitativa e por uma análise de conteúdo qualitativa.

Participantes

A amostra de conveniência constituiu-se por 30 participantes que se encontravam em duas CT, ambas pertencentes à mesma IPSS, cuja missão é dirigida à prevenção, reabilitação e reinserção da PSSA ou em situação de vulnerabilidade social. Assim, 19 participantes estavam em tratamento numa das CT e 11 participantes na outra CT. Apesar de os participantes terem sido admitidos em CT diferentes para realizar o seu tratamento às dependências de SPA, o processo de seleção dos mesmos para a investigação permitiu que se uniformizasse a amostra.

Desta forma, a seleção dos participantes foi efetuada de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, através de uma análise prévia do processo clínico de cada participante e, posteriormente, da aplicação de um Questionário Sociodemográfico (Anexo B). Como critérios de inclusão foram considerados: idade compreendida entre os 25 e os 65 anos, sexo masculino, nacionalidade Portuguesa, passado em situação de sem-abrigo, diagnóstico de perturbação mental e do comportamento devido ao uso de SPA – síndrome de dependência, de acordo com a classificação do CID-11, abstinência do consumo de SPA não prescritas pelo médico, sem história de traumatismo crânio encefálico (TCE) ou, caso exista, ter sido de gravidade ligeira, sem perda de consciência e tempo de permanência de 6 semanas até 6 meses em CT. O intervalo de tempo de abstinência baseou-se num estudo realizado por Inozemtseva et al. (2016), com 26 participantes, no qual existiram melhorias nos três núcleos das funções executivas, após um mês de abstinência e uma provável recuperação das mesmas após o terceiro mês (Formiga, 2019). Como critérios de exclusão foram considerados: analfabetismo, não ter um passado em situação de sem-abrigo, diagnóstico psiquiátrico grave, concretamente perturbações psicóticas e perturbação bipolar, incapacidade intelectual, seja ela ligeira, moderada, grave ou profunda, estados demenciais, ser portador do vírus da

imunodeficiência humana (VIH), história de acidente vascular cerebral (AVC), epilepsia, história de TCE moderado/grave, com perda de consciência, encefalopatia hepática e estar integrado no programa terapêutico com agonistas opiáceos, como a metadona ou buprenorfina.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi elaborado para recolher os dados sociodemográficos dos participantes e para selecionar os que fossem elegíveis para a investigação, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foi construído em torno de três secções que abrangem o total das 42 questões colocadas, sendo elas relativas aos dados pessoais (idade, sexo, nacionalidade, estado civil, filhos, escolaridade, profissão, situação laboral); aos dados médicos (doença mental grave, défices cognitivos, ser portador de VIH, acidente vascular cerebral, traumatismo crânioencefálico com perda de consciência, encefalopatia hepática, dificuldades visuais, dificuldades auditivas, problemas motores, medicação, metadona/buprenorfina, álcool, drogas); e aos dados sociais (passado em situação de sem-abrigo, tempo de institucionalização atual, outras institucionalizações, cumprimento de pena em estabelecimento prisional).

Montreal Cognitive Assesment (MoCA), Versão Portuguesa – 7.1 Versão Original – Simões, Freitas, Santana, Firmino, Martins, Nasreddine & Vilar (2008)

Esta é uma prova neuropsicológica que efetua o despiste de défice cognitivo em adultos e está validada para pessoas com défice cognitivo ligeiro (DCL), DA, demência Frontotemporal (DFT) e demência Vascular (DV) (Freitas et al., 2014). É um instrumento breve que foi elaborado em alternativa ao *Mini Mental State Examination* (MMSE), visto apresentar uma maior sensibilidade à distinção entre sujeitos com DCL e sujeitos com resultados dentro dos parâmetros normativos (Freitas et al., 2010). Apresenta uma boa consistência interna, em que existe uma variabilidade nos valores de *alpha* de Cronbach entre 0.72 ($n = 90$ pacientes com DCL) e 0.91 ($n = 102$; 34 pacientes com DV, 34 com DA e 34 controlos), estabilidade temporal ($n = 30$, 0.91, 3 meses; $n = 30$, 0.88, 18 meses) e validade de

constructo com valores entre 0.71 e 0.80 (Freitas et al., 2014). O MoCA tem uma administração de cerca de 15 minutos de duração, é composto por uma página e abrange a avaliação de seis domínios cognitivos, através da execução de várias tarefas em cada domínio: funções executivas (*Trail Making Test B* – adaptado; fluência verbal; e capacidade de abstração), capacidade visuoespacial (desenho do relógio; e copiar o cubo), memória a curto prazo (evocação imediata; e evocação diferida de palavras), atenção, concentração e memória de trabalho (memória de dígitos no sentido direto e inverso; tarefa de atenção sustentada; e subtração de dígitos em série de 7), linguagem (nomeação de 3 animais; repetição de 2 frases complexas do ponto de vista sintático; e fluência verbal) e orientação (temporal e espacial), (Freitas et al., 2014). A pontuação máxima possível é de 30 pontos, sendo o ponto de corte de 22 pontos para o DCL e 17 pontos para a DA, DFT e DV (Freitas et al., 2014), não obstante terem sido desenvolvidas normas para a população portuguesa de acordo com a idade e a escolaridade, podendo resultados abaixo de desvios padrão de 1, 1.5 e 2 serem considerados pontos de corte para o défice cognitivo (Freitas et al., 2014).

Teste de Leitura de Palavras Irregulares (TeLPI) – Alves, Simões & Martins (2012)

Este é o primeiro teste de língua portuguesa que foi concebido para estimar a inteligência pré-mórbida. Tem uma amplitude de estimação entre os 66 e os 131 e destina-se a adultos entre os 25 e os 91 anos, alfabetizados, cuja língua materna seja o Português Europeu, sem dificuldades de leitura, sendo a aplicação individual. É um teste breve em que a tarefa consiste na leitura de 46 palavras irregulares, pela ordem instruída. Para a correta cotação das palavras lidas, em caso de dúvidas, porque algumas das palavras exibem mais do que uma possibilidade de pronúncia, os autores sugerem a gravação da prestação dos participantes que poderá ser comparada com as alternativas disponíveis num CD de pronúncias disponibilizadas com o material. A cada item pronunciado corretamente é atribuído 1 ponto e 0 pontos para os itens incorretos. O resultado bruto é obtido com a soma de todos os itens, sendo de 46 pontos a pontuação máxima. Esta prova apresenta uma consistência interna total excelente (α Cronbach 0.94), bem como uma boa fiabilidade ao nível do teste-reteste ($r = 0.95$ a 4 meses; 0.98 a 18 meses). A escolaridade foi a única variável escolhida para a construção dos valores normativos para a população portuguesa, existindo pontos de corte para 1, 1.5 e 2 desvios-padrão, para que seja possível escolher o adequado de acordo com as particularidades dos participantes e com os objetivos da avaliação (Alves et al., 2017).

***Teste de Cores e Palavras de Stroop (Teste de Stroop) - Golden & Freshwater (1978);
Adaptação Portuguesa de Fernandes (2013)***

Trata-se de uma prova utilizada para a avaliação da atenção seletiva, da flexibilidade cognitiva e da capacidade de resistência à interferência, cujo objetivo prende-se com a inibição de respostas automáticas para dar lugar a outras menos comuns, denominando-se tal “efeito de stroop” (Fernandes & Ferreira, 2013). É uma prova de administração individual, com uma duração aproximada de 10 minutos, dirigida a adultos entre os 25 e os 80 anos. Constitui-se por três cartões, em que cada um tem 100 estímulos dispostos em cinco colunas, com 20 estímulos em cada uma delas. O primeiro cartão tem 100 palavras (azul, vermelho, verde), impressas em tinta preta e dispostas de forma aleatória pelas cinco colunas; o segundo tem 100 estímulos, compostos por letras X (XXXX), impressas em tinta vermelha, verde ou azul; e o terceiro consiste em 100 palavras (azul, vermelho, verde), mas impressos noutra cor diferente daquela que está escrita, seguindo a ordem das palavras do primeiro cartão e a ordem da impressão de cores do segundo (Fernandes & Ferreira, 2013). No primeiro cartão, a tarefa consiste em ler as palavras, em cada coluna, o mais rapidamente possível e se chegar ao fim, antes dos 45 segundos estipulados para a tarefa, deverá regressar ao início da primeira coluna; no segundo cartão, pretende-se que o sujeito nomeie as cores impressas e regresse ao início da primeira coluna, se terminar antes dos 45 segundos; no terceiro cartão a tarefa será ler a cor impressa e ignorar a cor escrita, também dentro dos 45 segundos, regressando ao início da primeira coluna caso termine antes do tempo (Fernandes & Ferreira, 2013). A pontuação total, de cada cartão, obtém-se pela soma do número de respostas corretas, sendo estes convertidos em valores passíveis de comparação com os resultados normativos, de acordo com a idade ou com a totalidade da amostra portuguesa ou segundo a idade e a escolaridade, consoante o método de cálculo dos resultados. Esta prova apresenta uma consistência interna “razoável” (Fernandes & Ferreira, 2013, p.22), sendo o valor de *alpha* de Cronbach de 0.66.

Bateria de Avaliação Frontal (FAB) – Dubois, Sclachevsky, Litvan & Pillon (2000); Versão Portuguesa – Lima, Meireles, Fonseca, Castro & Garrett (2008)

Esta é uma bateria de rastreio, composta por seis provas, que avalia a disfunção executiva, em particular o pensamento abstrato (semelhanças), a flexibilidade mental

(fluência lexical), a programação (séries motora de Luria), a sensibilidade à interferência (instruções antagônicas), o controlo inibitório (*Go-No-Go*) e a independência do meio (comportamento de prensão) (Espírito-Santo et al., 2015). Tem uma duração de administração de cerca de 5 a 10 minutos e é dirigida a adultos e a pessoas com diversas doenças neurológicas, nomeadamente DA, doença de Huntington, doença de Parkinson, DFT, DCL ou doenças do foro mental (Espírito-Santo et al., 2015). Apresenta um total de 18 pontos, podendo cada pergunta ser pontuada entre 0 e 3 pontos. Um total entre os 15 e os 18 pontos aponta para um funcionamento executivo normal, entre os 12 e os 14 pontos remete para disfunção executiva e uma pontuação total abaixo dos 12 pontos é sugestivo de demência (Gomes, 2018). Em relação às propriedades psicométricas, a FAB revela um valor de *alpha* de Cronbach de 0.69 e um teste-reteste de valor elevado ($r = 0.74$) (Espírito-Santo et al., 2015).

Cognitive Reserve Index questionnaire (CRIq) – Nucci, Mapelli & Mondini (2011)

O presente questionário possibilita a quantificação estimada de RC, através da recolha de informação em relação às atividades da vida adulta (Nucci, Mapelli & Mondini, 2011). É constituído por três secções: CRI-Escola, CRI-Trabalho e CRI-Tempo Livre. O CRI-Escola refere-se ao grau de escolaridade alcançado, sendo também contabilizados os anos em que se reprovou e os cursos de formação que foram efetuados, sendo estes pontuados por cada 6 meses de curso; o CRI-Trabalho contempla o tipo e o número de anos de trabalho, sendo somente considerados os remunerados e os de duração mínima de um ano. Os trabalhos foram classificados em cinco níveis, consoante o grau de responsabilidade da função e a exigência cognitiva; o CRI-Tempo Livre considera as atividades realizadas fora do âmbito profissional e escolar, que podem ser de lazer ou outras, como tarefas domésticas, por exemplo. O CRI-Tempo Livre está organizado em quatro grupos de acordo com a frequência das atividades realizadas (semanal, mensal, anual e fixa). O resultado do CRIq é obtido através do somatório de cada uma das secções que irá indicar o índice estimado de RC. Este poderá variar entre baixo, médio-baixo, médio, médio-alto e alto. Em termos de parâmetros estatísticos apresenta um valor de *alpha* de Cronbach de 0.63 e um intervalo de confiança de 95% (0.56, 0.97), (Nucci, Mapelli & Mondini, 2012). A cotação da prova, para efeitos de índice de RC, realiza-se através de um programa informático que se encontra disponível *online*, no site do CRIq, e

encontra-se validada para a população italiana, pelo que, para a presente investigação, as pontuações brutas foram obtidas através de cotação manual.

Escala Adicional sobre Vivência em Situação de Sem-Abrigo (Escala Adicional)

A Escala Adicional foi elaborada para servir de apoio ao CRIq, visto alguns dos itens do questionário, tais como as atividades domésticas, idas a exposições ou as viagens de vários dias em lazer, não se enquadrarem na realidade da vivência da PSSA, em particular do dependente de SPA. Ao mesmo tempo, as características do percurso de vida da PSSA dependente de SPA são pouco usuais, nomeadamente no que se refere à atividade profissional e às atividades ligadas à rotina diária, e como um dos objetivos desta investigação é conhecer o impacto destas atividades alternativas na estimulação da RC nesta população e, conseqüentemente, no funcionamento das FE, cingir-nos somente ao CRIq iria comprometer o estudo acerca da RC estimada, já que existiria o risco de *proxies* fundamentais, como a profissão e as atividades cognitivas de carácter estimulante ficarem submedidas. Desta forma, para salvaguardar esta situação, procedeu-se à construção da Escala Adicional, que é específica para a realidade da PSSA dependente de SPA, com o intuito de complementar a avaliação tradicional da RC.

Esta Escala Adicional foi construída com base no conhecimento profissional de 20 anos de experiência clínica com as PSSA dependentes de SPA, tendo-se procurado incluir, de forma realista e fidedigna, as atividades realizadas por quem está nesta situação, e foi revista por uma pessoa dependente de PSA atualmente em recuperação que já esteve em situação de sem-abrigo e por três profissionais: um da área de atuação com esta população e dois do contexto académico.

Foi elaborada em torno de três secções, sendo elas “Ocupação laboral de sobrevivência”, “Tempo livre” e “Experiências de vida”. A primeira secção foi baseada no CRI-Trabalho, na qual as várias formas não usuais de obtenção de ganho financeiro estão agrupadas por níveis de responsabilidade e de exigência cognitiva. A segunda secção, apesar de ser constituída por questões abertas, a fim de não limitar e de ser possível explorar o maior número de atividades possíveis que pudessem surgir foi, de igual modo, baseada no CRI-Tempo Livre tendo sido incluída a frequência diária, semanal e mensal, assim como o número de anos. Por último, a terceira secção pretendeu aprofundar a vivência da PSSA como sem casa ou como PSSA sem teto, com o intuito de se observar o peso da vivência na rua na

estimulação da RC, a par dos comportamentos que contribuíram para a sobrevivência na situação de sem-abrigo, a sua frequência e as capacidades que o participante considera ter desenvolvido nesta situação.

A Escala Adicional foi construída de forma análoga à estrutura do CRIq, no que se refere aos níveis da complexidade laboral e à frequência das atividades de Tempo Livre, tendo a cotação sido realizada manualmente e de acordo com as normas de cotação do CRIq padronizado. A recolha dos dados das três secções foi registada manualmente.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) – Derogatis (1982); Versão Portuguesa – Canavarro (1999)

No que diz respeito ao humor e à sua relação com o consumo de SPA investigações indicam que uma elevada percentagem de consumidores de SPA mostra quadros de depressão (Luque et al., 2022), pelo que alterações cognitivas poderão ser um reflexo da presença de perturbação depressiva major (Culpepper et al., 2017) ou de distímia (Harris et al., 2005). De igual modo, de acordo com Nyberg et al. (2021), níveis moderados a elevados de ansiedade comprometem o desempenho do funcionamento executivo. Desta forma, a fim de avaliar a presença de sintomas psicopatológicos, nesta investigação foi utilizada a versão portuguesa do BSI, autorizada e generosamente disponibilizada pela sua autora, Professora Doutora Maria Cristina Canavarro. Esta prova, de 53 itens procura avaliar os sintomas psicopatológicos, de acordo com nove dimensões de psicopatologia e três Índices Globais de perturbação emocional (Canavarro, 2007). As nove dimensões são Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo. Os três Índices Globais são o Índice Geral de Sintomas referindo-se este à relação da intensidade do mal-estar com o número de sintomas assinalados; Índice de Sintomas Positivos sendo este a média da intensidade de todos os sintomas assinalados; e o Total de Sintomas Positivos que remete para o número de queixas somáticas presentes (Canavarro, 2007). Este inventário pode ser administrado individualmente ou em grupo, tem uma duração aproximada de 10 minutos e destina-se tanto a pessoas com quadros clínicos, como à população geral, sendo a idade mínima de 13 anos, desde que esteja disponível um técnico para esclarecer eventuais questões sobre os itens (Canavarro, 2007). As respostas ao inventário vão desde “Nunca” a “Muitíssimas Vezes”, de acordo com uma escala de Likert (0-4). O resultado do Índice de Sintomas Positivos foi o definido para servir de ponto de corte

entre a população geral e a emocionalmente perturbada, sendo uma pontuação ≥ 1.7 a encontrada para esse efeito (Canavarro, 2007). Relativamente à consistência interna, o valor de *alpha* de Cronbach situa-se entre 0.7 e 0.8, excetuando a escala Ansiedade Fóbica e o Psicoticismo que apresentaram ambas o valor de 0.62. As correlações de Pearson mostram que o inventário apresenta uma boa estabilidade temporal ($r = 0.63-0.81$, 3 semanas – 6 semanas), (Canavarro, 2007).

Procedimento

Foi redigida e entregue uma carta (Anexo C) ao Diretor da CT, com um pedido de autorização formal para a realização da investigação. Depois de aprovado, os participantes foram solicitados a comparecer individualmente no gabinete do Serviço de Psicologia, local onde decorreu a investigação, com o intuito de lhes ser questionado se aceitariam participar na mesma. As sessões foram divididas em dois dias, tendo os dados sido recolhidos durante um total de 4 meses, com um tempo médio de 90 minutos por participante. Na primeira sessão, os participantes foram informados sobre qual o objetivo e o âmbito da investigação, bem como sobre a absoluta confidencialidade e anonimato, participação voluntária e possibilidade de abandono da investigação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para o participante. Seguidamente procedeu-se à entrega do consentimento informado (Anexo D), o qual foi assinado pela investigadora e pelo participante, tendo sido entregue uma cópia a este. De seguida foi aplicado o Questionário Sociodemográfico, com vista à verificação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como para a recolha de dados pertinentes para o estudo. Após a confirmação da elegibilidade do participante para integração na amostra foram administrados o MoCA, o TeLPI e o Teste de Stroop. Na segunda sessão foram aplicadas a FAB, o CRIq, a Escala Adicional Sobre Vivência em Situação de Sem-Abrigo e o BSI. Os instrumentos foram aplicados pela ordem descrita e a identidade dos participantes foi protegida através da colocação de numeração a identificar o participante (ex. P.1 - Participante 1). No decorrer da investigação, ao constatar-se que o número de participantes desta CT seria insuficiente para o estudo, procedeu-se ao contacto com a Diretora da outra CT da instituição, a fim de lhe ser solicitada autorização para a recolha dos dados necessários junto dos utentes desta CT. Após a aprovação, a investigação decorreu na outra CT, com os mesmos moldes e com os mesmos critérios já descritos.

Análise Estatística

O tratamento dos dados sociodemográficos e dos resultados dos instrumentos de avaliação foi efetuado com recurso ao programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 28.0.0.0 (190) para o *Windows*), tendo sido definido o nível de significância de $p < 0.05$.

Utilizaram-se estatísticas descritivas para analisar os dados sociodemográficos e as provas de avaliação MoCA, TeLPI, Teste de Stroop, FAB, CRIq e BSI.

Como a amostra é composta por um baixo número de participantes ($n = 30$) e como não se verifica uma distribuição normal das variáveis, nem as variâncias entre o grupo das PSSA sem teto e o das PSSA sem casa são homogéneas (Maroco, 2007), aplicaram-se as correlações não paramétricas de Spearman. Desta forma, estas foram utilizadas para medir a correlação entre a escolaridade, o TeLPI e o CRIq, para medir a correlação entre o CRIq, o Teste de Stroop e a FAB e a correlação entre o número de meses em situação de sem-abrigo, o número de meses de consumo de SPA, a idade e a RC e as FE. O Teste U de Mann-Whitney utilizou-se para comparar o grupo das PSSA sem teto e grupo das PSSA sem casa em relação à RC e às FE.

Resultados

Tal como referido anteriormente, os resultados foram analisados em dois capítulos, de acordo com as provas de RC aplicadas, uma vez ter sido utilizada uma prova padronizada para a avaliação do índice estimado de RC e para responder às hipóteses relativas à RC e uma outra prova adicional, elaborada especificamente para a população em situação de sem-abrigo, que teve um papel complementar na recolha dos dados e na resposta às hipóteses da investigação referentes à RC, à exceção da Hipótese 1.

CAPÍTULO 1 - Criq

Análise de Resultados

Caracterização dos dados sociodemográficos e dos dados clínicos

A amostra foi composta por um total de 30 participantes do sexo masculino, com uma média de idades de 50.20 anos ($DP = 9.4$), solteiros na sua maioria (56.7%), com filhos (60%) e com uma escolaridade inferior ao ensino secundário (70%). Encontram-se maioritariamente desempregados (90%) e na situação profissional atual há menos de 5 anos (63.3%).

A SPA atual de 53.3% dos participantes é o álcool, de 3.3% é o haxixe, de 3.3% é a heroína e de 3.3% são as sintéticas, sendo as restantes SPA distribuídas em policonsumos (36.6%), destacando-se nestas o consumo de álcool, heroína e cocaína (13.3%). A idade de início dos consumos da SPA atual situa-se entre os 10 e os 15 anos (50%), com mais de 20 anos de idade (23.3%), entre os 15 e os 20 anos (20%) e com 10 anos de idade ou menos (6.7%).

Em relação ao consumo de SPA no passado, 46.7% dos participantes não terá tido consumo de outras substâncias além das atuais, contudo 10% manifestou consumos de haxixe, 6.7% de heroína, 3.3% de álcool e 3.3% de sintéticas. Uma significativa percentagem dos participantes revela ter iniciado os consumos de SPA do passado entre os 10 e os 20 anos de idade (46.6%). A maioria dos participantes (76.7%) não consumiu álcool ou cocaína no passado, contudo 90% da amostra apresentava consumos de álcool ou de cocaína antes de entrar para tratamento em CT. A maioria dos participantes tem uma duração de tempo total de

consumos de SPA superior a 240 meses (90.0%), com uma média de 396.0 meses ($DP = 140.86$).

Os participantes encontram-se em situação de sem-abrigo entre 12 a 60 meses (43.3%), há 12 meses ou menos (16.7%), entre 60 a 120 meses (13.3%), entre 120 a 180 meses (13.3%) e há mais de 240 meses (13.3%), com uma média de 86.87 meses ($DP = 96.34$). Ainda que 60% dos participantes tenha estado tanto em situação de PSSA sem teto, como de PSSA sem casa, a maioria terá estado durante mais tempo como PSSA sem casa (60%). A duração da situação mais longa foi de 12 a 60 meses (40%), menos de 12 meses (20%), de 60 a 120 meses (20%), de 120 a 180 meses (6.7%), de 180 a 240 meses (6.7%) e durante mais de 240 meses (6.7%). As PSSA sem teto têm uma média de idades de 52.42 anos ($DP = 10.91$) e as PSSA sem casa de 48.72 anos ($DP = 8.31$), não tendo sido encontrada diferença estatística entre os dois grupos ($U = 75.000$; $p = 0.16$). Relativamente à escolaridade, as PSSA sem teto apresentam habilitações sobretudo ao nível do 1º ciclo (50%) e do 2º ciclo (25%) e as PSSA sem casa mais ao nível do 3º ciclo (44.4%) e do secundário (27.8%). Note-se que nas PSSA sem casa encontrou-se um participante com o ensino superior e outro com frequência universitária. Por seu turno, no grupo das PSSA sem teto verificou-se que um participante teria frequência do ensino superior. Verificou-se uma diferença significativa entre os dois grupos em relação à escolaridade ($U = 42.500$; $p = 0.004$).

Em relação ao tempo em permanência em CT, a amostra encontrava-se em tratamento entre 20 a 24 semanas (33.3%), entre 6 a 12 semanas (26.7%), há 6 semanas (23.3%) e num intervalo superior a 12 semanas até 20 semanas (16.7%). Na Tabela 1 apresentam-se os dados descritos relativos à caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra

Variável	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	%	<i>U</i>
Idade	26	64	50.20	9.43			
Estado Civil							
Solteiro					17	56.7	
Casado					3	10.0	
União de Facto					1	3.3	

Divorciado	8	26.7
Viúvo	1	3.3
Filhos		
Não	12	40.0
Sim	18	60.0
Escolaridade		
1º Ciclo	6	20.0
2º Ciclo	6	20.0
3º Ciclo	9	30.0
Secundário	6	20.0
Superior	1	3.3
Freq. Superior	2	6.7
Situação Profissional		
Desempregado	27	90.0
Baixa	2	6.7
Reformado	1	3.3
Duração Situação Profissional		
< 1 ano	9	30.0
]1,5 anos]	10	33.3
]5,10 anos]	8	26.7
> 10 anos	3	10.0
SPA Atual		
Álcool	16	53.3
Haxixe	1	3.3
Heroína	1	3.3
Sintéticas	1	3.3
Álcool e Haxixe	2	6.7
Álcool, Haxixe, Heroína e Cocaína	2	6.7
Álcool, Haxixe e Cocaína	1	3.3
Álcool, Heroína e	4	13.3

Cocaína		
Haxixe, Heroína, Cocaína e Sintéticas	1	3.3
Haxixe, Cocaína e Sintéticas	1	3.3
Idade Início SPA		
Atual		
≤ 10 anos	2	6.7
]10,15 anos]	15	50.0
]15,20 anos]	6	20.0
> 20 anos	7	23.3
SPA Atual		
Sem Álcool ou Cocaína	3	10.0
Com Álcool ou Cocaína	27	90.0
SPA Passado		
Nenhuma	14	46.7
Álcool	1	3.3
Haxixe	3	10.0
Heroína	2	6.7
Sintéticas	1	3.3
Álcool, Heroína e Cocaína	1	3.3
Haxixe, Heroína e Cocaína	1	3.3
Haxixe, Heroína, Cocaína e Sintéticas	2	6.7
Haxixe e Sintéticas	2	6.7
Heroína e Cocaína	1	3.3
Heroína e	1	3.3

Sintéticas						
Heroína, Cocaína e					1	3.3
Sintéticas						
Idade Início SPA						
Passado						
Nenhuma					14	46.7
]10,15 anos]					7	23.3
]15,20 anos]					7	23.3
> 20 anos					2	6.7
SPA Passado						
Sem Álcool ou					23	76.7
Cocaína						
Com Álcool ou					7	23.3
Cocaína						
Total Meses Consumo	36	624	396.0	140.86		
≤ 120 meses					1	3.3
]120,180 meses]					2	6.7
> 240 meses					27	90.0
Total Meses PSSA	3	384	86.87	96.34		
≤ 12 meses					5	16.7
]12,60 meses]					13	43.3
]60,120 meses]					4	13.3
]120,180 meses]					4	13.3
> 240 meses					4	13.3
Tipo Situação						
Sem Teto					6	20.0
Sem Casa					6	20.0
Ambos					18	60.0
Tipo Situação Mais						
Longa						
Sem Teto					12	40.0
Sem Casa					18	60.0
Duração Situação						

Mais Longa				
≤ 12 meses			6	20.0
]12,60 meses]			12	40.0
]60,120 meses]			6	20.0
]120,180 meses]			2	6.7
]180,240 meses]			2	6.7
> 240 meses			2	6.7
Idade				
				0.16 ^{NS}
PSSA Sem Teto	26	63	52.42	10.91
PSSA Sem Casa	37	64	48.72	8.31
Escolaridade				
				0.004**
PSSA Sem Teto				
1º Ciclo			6	50.0
2º Ciclo			3	25.0
3º Ciclo			1	8.3
Secundário			1	8.3
Freq. Superior			1	8.3
PSSA Sem Casa				
2º Ciclo			3	16.7
3º Ciclo			8	44.4
Secundário			5	27.8
Superior			1	5.6
Freq. Superior			1	5.6
Tempo em CT				
6 semanas			7	23.3
]6, 12 semanas]			8	26.7
]12, 20 semanas]			5	16.7
]20, 24 semanas]			10	33.3

Nota. SPA – Substância Psicoativa; PSSA – Pessoa em Situação de Sem-Abrigo; CT – Comunidade Terapêutica; U – Teste U de Mann-Whitney
 ** $p < 0.01$. NS – não significativo

Na Tabela 2 mostram-se os resultados das provas de avaliação neuropsicológica e de sintomas psicopatológicos utilizados na investigação.

O CRIq, bem como os subdomínios CRI Escola, CRI Trabalho e CRI Tempo Livre correspondem à cotação *online* disponibilizada pelo autor da prova. O CRIq (Pontuação Bruta - P. Bruta), assim como o CRI Escola (P. Bruta), CRI Trabalho (P. Bruta) e CRI Tempo Livre (P. Bruta) foram cotados manualmente e correspondem à pontuação bruta do CRIq.

Para responder à Hipótese 1 da investigação foi necessário estimar o índice da RC, sendo apenas possível efetuá-lo através da cotação *online*. Contudo, como a cotação *online* se encontra formalizada para a população italiana, para responder às restantes hipóteses da investigação referentes à RC, isto é, a Hipótese 2, Hipótese 3 e Hipótese 5 foram encontrados e utilizados os resultados brutos do CRIq, uma vez que este questionário ainda se encontra em processo de validação para a população portuguesa, pelo que não existem dados normativos.

Tabela 2

Performance nos Testes Neuropsicológicos Utilizados e no Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Variável	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	%
MoCA	14	29	24.93	3.23		
Sem alteração					17	56.7
Com alteração					13	43.3
1 DP					6	20.0
1.5 DP					4	13.3
2 DP					3	10.0
TeLPI	67	118	101.90	12.11		
Muito Inferior					1	3.3
Médio-Inferior					4	13.3
Médio					16	53.3
Médio-Superior					9	30.0
Teste de Stroop	38	69	49.87	6.96		
Sem alteração					28	93.3
Com alteração					2	6.7
FAB	11	18	16.30	1.77		
Sem alteração					25	83.3
Com alteração					5	16.7

BSI						
SOMAT.	0	2.7	0.46	0.62		
Sem alteração					24	80.0
Com alteração					6	20.0
O.C.	0	3.2	1.11	0.74		
Sem alteração					23	76.7
Com alteração					7	23.3
S.I.	0	2.5	0.81	0.64		
Sem alteração					21	70.0
Com alteração					9	30.0
DEP.	0	3.2	0.91	0.92		
Sem alteração					19	63.3
Com alteração					11	36.7
ANS.	0	2.0	0.61	0.50		
Sem alteração					21	70.0
Com alteração					9	30.0
H.	0	2.4	0.61	0.57		
Sem alteração					23	76.7
Com alteração					7	23.3
A.F.	0	2.2	0.31	0.54		
Sem alteração					23	76.7
Com alteração					7	23.3
I.P.	0	2,2	0.97	0.66		
Sem alteração					17	56.7
Com alteração					13	43.3
PSIC.	0	2,2	0.82	0.62		
Sem alteração					16	53.3
Com alteração					14	46.7
TOTAL	1.0	2.9	1.65	0.47		
Sem alteração					19	63.3
Com alteração					11	36.7
CRIq	73	128	91.47	12.77		
Médio-Baixo					9	30.0

Médio				19	63.3
Médio-Alto				2	6.7
CRI Escola	4	20.0	9.8	3.9	
CRI Trabalho	0	140	44.5	29.5	
CRI Tempo Livre	70	420	159.9	80.5	
CRIq (P. Bruta)	92	505	217.87	96.5	
CRI Escola (P. Bruta)	4	20	9.80	3.90	
CRI Trabalho (P. Bruta)	0	140	45.17	29.14	
CRI Tempo Livre (P. Bruta)	70	420	162.70	83.52	

Nota. MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*; TeLPI – Teste de Leitura de Palavras Irregulares; Teste de Stroop – Teste de Cores e Palavras de Stroop; FAB – Bateria de Avaliação Frontal; BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos; SOMAT. – Somatização; O.C. – Obsessões-Compulsões; S.I. – Sensibilidade Interpessoal; DEP. - Depressão; ANS. – Ansiedade; H. - Hostilidade; A.F. – Ansiedade Fóbica; I.P. – Ideação Paranóide; PSIC. - Psicoticismo; CRIq – *Cognitive Reserve Index questionnaire*; P. Bruta – Pontuação Bruta

De acordo com o estudo normativo para a população portuguesa (Freitas et al., 2011), no qual uma pontuação abaixo de 1 desvio padrão (DP) no MoCA é considerada presença de défice cognitivo, podemos observar que 56.7% dos participantes obteve um resultado sem alteração nesta prova, tendo sido alcançada uma média de 25 pontos. No TeLPI, 83% dos participantes revelou um resultado médio ou médio-superior, sendo de 101,90 a média de QI; no Teste de Stroop, 93% apresentou um resultado sem alteração; na FAB, 83% mostrou um resultado sem alteração; e no BSI, 63% dos participantes, de igual modo, obteve um resultado sem alteração.

Relativamente às dimensões do BSI, a psicopatologia encontrada refere-se ao Psicoticismo ($M = 0.82$; $DP = 0.62$), com um resultado de 46.7% dos participantes acima do ponto de corte, seguida da Depressão ($M = 0.91$; $DP = 0.92$), com 36.7% dos participantes acima do ponto de corte, tendo a média do Índice de Sintomas Positivos (ISP) sido de 1.65. As restantes dimensões ficaram abaixo do ponto de corte: Somatização ($M = 0.46$; $DP = 0.62$), Obsessões-Compulsões ($M = 1.11$; $DP = 0.74$), Sensibilidade Interpessoal ($M = 0.81$; $DP = 0.64$), Ansiedade ($M = 0.61$; $DP = 0.50$), Hostilidade ($M = 0.61$; $DP = 0.57$), Ansiedade Fóbica ($M = 0.31$; $DP = 0.54$) e Ideação Paranóide ($M = 0.97$; $DP = 0.66$)

Correlação entre os proxies de reserva cognitiva e o CRIq

Relativamente à escolaridade e ao TeLPI verificou-se não existir correlação do ponto de vista estatístico entre os mesmos ($\rho = 0.30$; $p = 0.11$). Já entre a escolaridade e o CRIq existe uma correlação positiva e significativa ($\rho = 0.76$; $p < 0.001$), assim como entre a escolaridade e o subdomínio CRI Escola ($\rho = 0.71$; $p < 0.001$). Entre a escolaridade e o CRI Trabalho ($\rho = 0.51$; $p = 0.004$), a correlação é positiva e forte e entre a escolaridade e o CRI Tempo Livre ($\rho = 0.43$; $p = 0.02$), a correlação mostrou-se positiva e moderada. No que diz respeito à escolaridade e ao CRIq (P. Bruta) ($\rho = 0.45$; $p = 0.01$), estes encontram-se moderadamente correlacionados de forma positiva. A escolaridade e o subdomínio CRI Escola (P. Bruta) ($\rho = 0.92$; $p < 0.001$) apresentam uma correlação positiva e forte e a escolaridade e o CRI Trabalho (P. Bruta) ($\rho = 0.41$; $p = 0.03$), encontram-se moderadamente correlacionados de forma positiva. Exceção feita com o CRI Tempo Livre ($\rho = 0.31$; $p = 0.10$), com o qual não existe correlação do ponto de vista estatístico. Estes dados encontram-se na Tabela 3.

No que diz respeito à correlação entre o TeLPI e o CRIq podemos verificar que não existe correlação entre si, nem com os seus subdomínios: CRIq ($\rho = 0.15$; $p = 0.42$), CRI Escola ($\rho = 0.25$; $p = 0.19$), CRI Trabalho ($\rho = 0.03$; $p = 0.86$), CRI Tempo Livre ($\rho = 0.10$; $p = 0.61$), CRIq (P. Bruta) ($\rho = 0.13$; $p = 0.51$), CRI Escola (P. Bruta) ($\rho = 0.24$; $p = 0.20$), CRI Trabalho (P. Bruta) ($\rho = 0.14$; $p = 0.47$) e CRI Tempo Livre (P. Bruta) ($\rho = 0.08$; $p = 0.69$). Estes dados, de igual modo, estão expostos na Tabela 3.

Tabela 3

Análises de Correlação de Spearman entre a Escolaridade, o TeLPI, o CRIq, os Subdomínios do CRIq, o CRIq (P. Bruta) e os Subdomínios do CRIq (P. Bruta)

Variável	Escolaridade	TeLPI
TeLPI	0.30 ^{NS}	-
CRIq	0.76***	0.15 ^{NS}
CRI Escola	0.71***	0.25 ^{NS}
CRI Trabalho	0.51**	0.03 ^{NS}
CRI Tempo Livre	0.43*	0.10 ^{NS}

CRIq (P. Bruta)	0.45*	0.13 ^{NS}
CRI Escola (P. Bruta)	0.92***	0.24 ^{NS}
CRI Trabalho (P. Bruta)	0.41*	0.14 ^{NS}
CRI Tempo Livre (P. Bruta)	0.31 ^{NS}	0.08 ^{NS}

Nota. TeLPI – Teste de Leitura de Palavras Irregulares; CRIq – *Cognitive Reserve Index questionnaire*; P. Bruta – Pontuação Bruta

*** $p < 0.001$. ** $p < 0.01$. * $p < 0.05$. NS – não significativo

Análise das hipóteses

Os resultados do CRIq apontam para uma média com um índice de RC estimada de 91.47, em que 70% dos participantes mostrou um resultado concordante com um índice Médio ou Médio-Alto de RC. Acrescenta-se que, em relação ao CRIq (P. Bruta), os participantes obtiveram uma pontuação média de 217.87 de RC. Estes resultados encontram-se na Tabela 2. Hipótese 1 confirmada.

Relativamente à correlação entre a RC e as FE, os resultados mostram que não foi encontrada correlação entre o CRIq (P. Bruta) com nenhuma das provas: FAB ($\rho = 0.08$; $p = 0.67$) e Teste de Stroop ($\rho = 0.07$; $p = 0.73$) (cf. Tabela 4). Hipótese 2 não confirmada.

No que diz respeito à correlação entre as variáveis e a RC, nenhuma apresentou uma correlação estatística com o CRIq (P. Bruta): número de meses em situação de sem-abrigo ($\rho = -0.14$; $p = 0.45$), número de meses de consumo de SPA ($\rho = -0.10$; $p = 0.61$) e idade ($\rho = 0.09$; $p = 0.63$). Acrescenta-se que não foi encontrada correlação entre a idade e o número de meses em situação de sem-abrigo ($\rho = 0.34$; $p = 0.07$), mas constatou-se uma correlação positiva e forte entre a idade e o número de meses de consumo de SPA ($\rho = 0.78$; $p < 0.001$). No entanto, não existe correlação entre o número de meses em situação de sem-abrigo e o número de meses de consumo de SPA ($\rho = 0.30$; $p = 0.11$) (cf. Tabela 4). Hipótese 3 não confirmada.

Relativamente à correlação entre as variáveis e as FE, o número de meses em situação de sem-abrigo não apresentou correlação com o desempenho da FAB ($\rho = 0.01$; $p = 0.95$), nem com o do Teste de Stroop ($\rho = -0.10$; $p = 0.62$). O número de meses de consumo de SPA, não mostrou correlação com a FAB ($\rho = -0.17$; $p = 0.38$), nem com o Teste de Stroop ($\rho = 0.04$; $p = 0.83$). A idade, por outro lado, mostrou uma correlação negativa e moderada com o desempenho da FAB ($\rho = -0.39$; $p = 0.03$), mas não apresentou

correlação com o Teste de Stroop ($\rho = -0.12$; $p = 0.52$) (cf. Tabela 4). Hipótese 4 parcialmente confirmada.

Na comparação, em relação à RC, entre o grupo PSSA sem teto e o grupo das PSSA sem casa podemos constatar que no CRIq (P. Bruta) não foi encontrada qualquer diferença nos resultados entre os dois grupos ($U = 85.000$; $p = 0.33$) (cf. Tabela 5). Hipótese 5 não confirmada.

Analogamente, o grupo das PSSA sem teto e o grupo das PSSA sem casa apresentaram o mesmo valor na *performance* das FE: FAB ($U = 64.500$; $p = 0.06$) e Teste de Stroop ($U = 74.000$; $p = 0.15$) (cf. Tabela 5). Hipótese 6 não confirmada.

Tabela 4

Análises de Correlação de Spearman entre o Número de Meses em Situação de Sem-Abrigo, o Número de Meses de Consumo de Substâncias Psicoativas, a Idade e as Provas que Avaliam as Funções Executivas e a Reserva Cognitiva

Variável	CRIq (P. Bruta)	FAB	Teste de Stroop	Nº Meses PSSA	Nº Meses Consumo SPA
CRIq (P. Bruta)	-	0.08 ^{NS}	0.07 ^{NS}	-0.14 ^{NS}	-0.10 ^{NS}
FAB	0.08 ^{NS}	-	0.34 ^{NS}	0.01 ^{NS}	-0.17 ^{NS}
Teste de Stroop	0.07 ^{NS}	0.34 ^{NS}	-	-0.10 ^{NS}	0.04 ^{NS}
Nº Meses PSSA	-0.14 ^{NS}	0.01 ^{NS}	-0.10 ^{NS}	-	0.30 ^{NS}
Nº Meses Consumo SPA	-0.10 ^{NS}	-0.17 ^{NS}	0.04 ^{NS}	0.30 ^{NS}	-
Idade	0.09 ^{NS}	-0.39*	-0.12 ^{NS}	0.34 ^{NS}	0.78***

Nota. CRIq – *Cognitive Reserve Index questionnaire*; P. Bruta – Pontuação Bruta; FAB – Bateria de Avaliação Frontal; Teste de Stroop – Teste de Cores e Palavras de Stroop; Nº Meses PSSA – Número de Meses em Situação de Sem-Abrigo; Nº Meses Consumo SPA – Número de Meses de Consumo de Substâncias Psicoativas
 *** $p < 0.001$. * $p < 0.05$. NS – não significativo

Tabela 5

Comparação entre as PSSA Sem Teto e as PSSA Sem Casa na Performance das Provas que Avaliam a Reserva Cognitiva e as Funções Executivas

Variável	Tipo Situação PSSA				U
	PSSA Sem Teto (n = 12)		PSSA Sem Casa (n = 18)		
	M	DP	M	DP	
CRIq (P. Bruta)	188.50	66.73	237.44	109.51	85.000 ^{NS}
FAB	15.50	2.15	16.83	1.25	64.500 ^{NS}
Teste de Stroop	-2.33	5.31	1.33	7.65	74.000 ^{NS}

Nota. CRIq – *Cognitive Reserve Index questionnaire*; P. Bruta – Pontuação Bruta; FAB – Bateria de Avaliação Frontal; Teste de Stroop – Teste de Cores e Palavras de Stroop; PSSA – Pessoa em Situação de Sem-Abrigo; U – Teste U de Mann-Whitney
NS – não significativo

Discussão de Resultados

Dados sociodemográficos e clínicos

Ao compararmos os dados sociodemográficos dos participantes com os últimos dados acerca da PSSA em Portugal Continental, já descritos anteriormente, fornecidos pelo GIMAE (2021), podemos constatar que os resultados encontrados nesta investigação vão ao encontro dos mesmos, nomeadamente ao nível da média de idades, estado civil, situação profissional e sua duração, tempo em situação de sem-abrigo e escolaridade, embora tenhamos encontrado, por outro lado, participantes com habilitações académicas ao nível do ensino superior ou com frequência universitária. Estes últimos dados contrariam os encontrados pelo GIMAE (2021), mas vão ao encontro dos dados relativos à realidade da capital portuguesa em 2014, em que cerca de 5% das PSSA tinham o ensino superior (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2014). Os contextos de crise económica, tanto em 2014, como o verificado atualmente poderão explicar estes resultados, já que o desemprego mostra ser um facilitador na transição para a situação de sem-abrigo.

Relativamente à situação de sem teto e de sem casa, a maioria dos participantes terá vivido mais prolongadamente em situação de sem casa, sendo também este resultado compatível com os dados do GIMAE (2021), em que o número de PSSA sem casa é superior

ao de PSSA sem teto. De igual modo, estes dados vão ao encontro do perfil de PSSA europeu, sendo este, na sua maioria homens, em idade ativa, com baixa escolaridade, nomeadamente com o ensino básico e secundário, desempregados e com dependência de SPA (Baptista & Marlier, 2019). Foi também observado que a maioria dos participantes já esteve tanto em situação de sem teto, como de sem casa, podendo este ser um dado importante nos resultados da investigação, na medida em que as experiências de ambas as vivências poderão conferir aos participantes uma maior riqueza em termos de repertório de resposta, face às dificuldades, a ambos os grupos, e atenuar as possíveis diferenças ao nível da RC e das FE entre eles.

Ao compararmos o grupo das PSSA sem teto, com as PSSA sem casa, apesar da significativa variação de idades da amostra, não foi encontrada diferença estatística entre os grupos, talvez devido à assimetria do tamanho de cada grupo. Já a escolaridade mostra ter uma diferença significativa entre os dois grupos, em que o grupo das PSSA sem teto apresentaram uma escolaridade mais baixa do que as PSSA sem casa, o que vai ao encontro dos dados do GIMAE (2021).

Em relação aos consumos de SPA, apesar de 37% dos participantes apresentar policonsumos e ainda que este seja o padrão usual entre os consumidores de SPA (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência, 2021), na presente investigação podemos constatar que a maioria mostra dependência de álcool. Estes dados não vão ao encontro dos referidos pela United Nations Office on Drugs and Crime (2021), que referem a heroína como a principal droga pela qual os sujeitos vão para tratamento especializado ao nível mundial, mas correspondem aos dados referentes à realidade portuguesa, na qual se constata que, embora a heroína seja ainda referida como a droga de eleição das pessoas em tratamento, continua a ter uma baixa prevalência de consumos (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2020), sendo que 3% dos participantes da presente investigação apresentaram somente dependência de heroína e 23% apresentaram dependência de heroína em conjunto com outras SPA.

Desta forma, a dependência de álcool revela ser prevalente na amostra, existindo 25 participantes no total, se for levado em conta o consumo de álcool concomitantemente com outras substâncias. Estes resultados corroboram os últimos dados acerca da prevalência de consumos de SPA em Portugal, em que existem resultados abaixo dos valores médios europeus, no que diz respeito ao consumo de canábise, cocaína e *ecstasy* (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência, 2021), mas um agravamento do consumo de

álcool, de risco ou dependência, na população geral, dos 15 aos 74 anos (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2020).

No que diz respeito aos dados clínicos, apesar de um estudo efetuado por Schwarzinger et al. (2018) ter concluído que o consumo problemático de álcool é o maior fator de risco para o surgimento de demência, nomeadamente de demência de início precoce (Requena-Ocaña et al. 2021) e de na amostra da presente investigação ser prevalente a dependência de álcool, os resultados permitiram constatar a presença da preservação do estado cognitivo na maioria dos participantes, refletida pelos resultados do teste MoCA. Estes resultados são contrários aos encontrados por Rojo-Mota et al. (2013), no qual somente 30% dos participantes dependentes de SPA em tratamento alcançaram um resultado sem alteração na prova de avaliação MoCA. Contudo, a SPA em si, poderá constituir uma das hipóteses explicativas para os resultados do MoCA da presente investigação, na medida em que no estudo dos referidos investigadores, os participantes tinham a cocaína como droga de escolha e Luque et al. (2022) concluíram também que os resultados dos consumidores de cocaína, na realização do teste MoCA, apresentavam uma maior deterioração cognitiva comparativamente às outras SPA. De igual modo, o facto de a amostra da presente investigação apresentar um baixo consumo de heroína poderá explicar os resultados relativos à preservação do estado cognitivo da maioria dos participantes, uma vez que existem investigações que apontam os consumidores desta SPA como apresentando os piores resultados ao nível neurocognitivo (Rojo-Mota et al., 2013). Uma outra possibilidade para a maioria dos participantes ter obtido um resultado sem alteração no MoCA poderá relacionar-se com o facto de só alguns dos participantes apresentarem policonsumos já que, segundo Bourgault et al. (2022), os consumidores de múltiplas substâncias revelam pior desempenho cognitivo em comparação com os consumidores de uma única substância. Uma investigação levada a cabo por Schmidt et al. (2017) permitiu ainda concluir que os consumidores com policonsumos apresentaram piores resultados nas FE, em comparação com os consumidores de álcool, o que poderá ir ao encontro da possibilidade agora sugerida.

Contudo, como o álcool se apresenta, a par da cocaína, como das SPA que mais impacta de modo prejudicial nas FE (Arias et al., 2016) e como a grande maioria da presente amostra revela, nos seus consumos atuais, tanto o álcool, como a cocaína (em contexto de policonsumo), então outras hipóteses poderão explicar os resultados sem alteração nas provas de avaliação neuropsicológicas da maioria dos participantes PSSA, para além do tipo de SPA consumido.

As provas Teste de Stroop e FAB, também elas revelaram resultados sem alteração na maioria dos participantes da presente amostra. Estes resultados são contrários aos descobertos por Hurstak et al. (2017), nos quais foi encontrada uma maior alteração cognitiva global e do funcionamento executivo nas PSSA adultas, com consumos elevados de álcool. De igual modo, Burra et al. (2009) mostrou que, no Teste de Stroop, a amostra obteve resultados bastante abaixo da norma, tendo Kolling et al. (2007) encontrado, nos resultados do Teste de Stroop, um maior compromisso no controlo inibitório e na flexibilidade mental dos participante dependentes de álcool. Na FAB, Kolling et al. (2007) descobriram que tanto os participantes dependentes de álcool, como os dependentes de cocaína, apresentaram valores abaixo dos 2DP, dando conta de dificuldades ao nível do planeamento, controlo inibitório e da capacidade de abstração. Por outro lado, o resultado do QI pré-mórbido avaliado pelo TeLPI nesta investigação, que revela que a maioria dos participantes apresenta resultados que se encontram dentro dos níveis médios e médio-superior vão ao encontro do referido por Pluck et al. (2015), mas não do encontrado por Depp et al. (2015), cujos resultados apontaram para um QI pré-mórbido de 90 nas PSSA estudadas, estando, portanto, abaixo da média.

No que diz respeito às nove dimensões psicopatológicas avaliadas pelo BSI, o Psicoticismo e a Depressão foram os únicos a evidenciar valores acima do ponto de corte, para além do ISP. A elevação do resultado do Psicoticismo poderá dever-se às características de vida da PSSA, na medida em que nesta dimensão incluem-se indicadores de isolamento e um estilo de vida esquizóide (Canavarro, 2007), concordantes com a realidade das PSSA, podendo o mesmo ser inferido para a dimensão Depressão, sendo a desesperança e a desmotivação também comuns nas PSSA dependentes de SPA. Segundo Canavarro (2007), estas duas dimensões apresentam uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($p < 0.001$). Ainda assim, os resultados dos participantes diferem dos encontrados por Ayano et al. (2021), não se tendo observado a presença de depressão clínica na maioria dos participantes.

A elevação do ISP indicou a presença de sintomatologia psicopatológica, apesar das sete restantes dimensões, além do Psicoticismo e da Depressão, não apresentarem valores médios acima do ponto de corte, quando comparado com a população geral, existindo a possibilidade de estes resultados ocorrerem devido ao facto de os participantes já se encontrarem em ambiente protegido de CT. Estes resultados são contrários aos de uma investigação com pessoas dependentes de SPA, na qual os consumidores obtiveram valores médios abaixo da população com alterações emocionais, mas acima da população não clínica (Almeida et al., 2005, as cited in Canavarro, 2007).

Proxies de reserva cognitiva e o CRIq

Apesar de os resultados com o *proxy* escolaridade corroborarem que tanto o CRIq, como o CRIq (P. Bruta) possam medir a RC nas PSSA dependentes de SPA, indicando que uma maior escolaridade reflete uma maior RC nesta população, tendo uma relação com o percurso escolar e o profissional, o mesmo não é constatado ao nível dos tempos livres. Ao mesmo tempo, verifica-se que não existe correlação entre o QI pré-mórbido e a escolaridade, não se constatando que quanto maior seja a escolaridade, maior será o QI pré-mórbido, nem vice-versa. No mesmo sentido, não foi encontrada correlação entre o QI pré-mórbido e a RC, sendo tal sugestivo de que a RC nas PSSA dependentes de SPA é independente deste *proxy*, pelo menos quando é estimada pelo CRIq, uma vez não ter sido encontrada correlação entre o TeLPI com nenhum dos subdomínios, tanto no CRIq, como no CRIq (P. Bruta).

Esta avaliação da correlação entre os *proxies* de RC e o CRIq e o CRIq (P. Bruta) revela ser importante na medida em que esta será a primeira vez, pelo menos que se tenha conhecimento, que se estuda a aplicação do CRIq na população em situação de sem-abrigo. Desta forma, os resultados remetem para a questão acerca da plena adequação do CRIq para a realidade desta população, tendo em conta a validade divergente dos *proxies*. Alguns dos itens dos subdomínios CRI Trabalho e CRI Tempo Livre são compostos por atividades que não são concordantes com as realizadas pelas pessoas nesta condição, na medida em que a taxa de desemprego é comumente elevada e de longa duração, tal como mostram os resultados da amostra e as PSSA não manifestam despende da generalidade das atividades relacionadas com as descritas no subdomínio relativo aos tempos livres, sobretudo nas PSSA sem teto, no que se refere aos cuidados domésticos nomeadamente. Este desfasamento entre a realidade questionada no CRIq e a realidade da PSSA torna-se ainda mais evidente nos dependentes de SPA, uma vez o seu dia girar em torno dos consumos de SPA e de formas de conseguir alcançar o montante financeiro para o efeito.

Desta forma, apesar de ter sido encontrada correlação entre a escolaridade e o CRIq, por outro lado, para além do TeLPI não ter mostrado correlação com o CRIq, as atividades relativas aos tempos livres revelam poder não estar a ser medidas na sua totalidade pelo CRIq nesta população.

Verificação das hipóteses

O resultado do CRIq indicou a presença de um índice Médio de RC na maioria dos participantes, confirmando-se a Hipótese 1. Ao mesmo tempo, o resultado do teste MoCA, que apontou para a presença de 56.7% dos participantes sem alteração nesta prova, poderá reforçar a confirmação de um nível mínimo necessário de reserva nas PSSA, na medida em que, segundo Pedrero-Pérez et al. (2014)

MoCa sólo informa de si los individuos son capaces de ejecutar adecuadamente unos mínimos en cada dominio cognitivo, no del grado o la calidad con que lo hacen. (...) las personas que no han adquirido un cierto nivel de reserva cognitiva es más probable que no rindan adecuadamente ante tareas con mínima exigencia cognitiva. (Pedrero-Pérez et al., 2014, p. 487).

Desta forma, apesar de o MoCA ter indiretamente reforçado a confirmação do resultado do CRIq, ao mesmo tempo é necessário que este resultado seja interpretado com cautela, na medida em que, tal como já referido, o CRIq encontra-se formalizado para a população italiana existindo, por isso, uma margem de erro a ser tomada em conta. Hipótese 1 confirmada.

Não se confirmou que quanto maior a RC estimada, melhor o desempenho das FE nas PSSA dependentes de SPA da presente amostra. Este achado poderá conduzir ao levantamento de duas possibilidades: por um lado, os resultados do Teste de Stroop e da FAB podem estar sem alteração, na maioria da amostra, e serem mais ou menos elevados independentemente da RC estimada, devido a fatores instintivos básicos de sobrevivência que obrigam à ativação de estratégias de planeamento, que estimulam as FE, mas que não permitem que a RC aumente devido à repetição de várias dessas estratégias; por outro, o tamanho da amostra ser pequeno ou a dúvida acerca da adequação da prova de RC aplicada também poderão ser hipóteses explicativas a considerar nos resultados obtidos, porque limitam o acesso a dados mais precisos.

Em suma, ainda que não tenhamos conhecimento de investigações com as quais seja possível compararmos os resultados, os presentes dados vão ao encontro dos referidos por

Fernández-Del Olmo et al. (2019), em que a RC, igualmente, não revelou relacionar-se com o controlo inibitório. Por outro lado, não vão ao encontro dos resultados referidos por Pedrero-Pérez et al. (2014), cujos participantes dependentes de SPA, igualmente em tratamento, apresentaram valores concordantes com a existência de correlação moderada e negativa entre a RC e os domínios relacionados com os indicadores de compromisso das FE nas atividades diárias. Hipótese 2 não confirmada.

O número de meses em situação de sem-abrigo não se correlaciona com a pontuação da RC estimada pelo CRIq (P. Bruta), pelo que a duração nesta condição social não apresenta relação com a RC. Apesar de não existirem outras investigações conhecidas, com as quais seja possível comparar os resultados, a evidência de que 60.0% dos participantes estavam somente até há 60 meses em situação de sem-abrigo, em contraste com a média de idades dos participantes que é de cerca de 50 anos, poderá remeter para a possibilidade de o tempo nesta condição social não ter tido um peso suficientemente relevante para se relacionar com o resultado da RC nesta amostra, em comparação com outras experiências vividas ao longo de tantos anos pelos participantes. Por outro lado, coloca-se a possibilidade das áreas abordadas pelo teste CRIq, pelas próprias características do questionário, possam não ter permitido abranger as atividades realizadas durante vários anos pelas PSSA, e não ter refletido a relação entre o número de meses em situação de sem-abrigo e a pontuação da RC estimada pelo CRIq (P. Bruta).

Relativamente ao número de meses de consumo de SPA não apresentar relação com a RC, o mesmo foi encontrado por Pedrero-Pérez et al. (2014). É interessante constatar que, no contexto do consumo das SPA, e no que se refere às PSSA em particular, a RC não se relacione com fatores ligados à duração dos comportamentos aditivos. Isto poderá ser explicado pelo número reduzido da amostra, que poderá não permitir que seja refletido o real peso do facto de 90% dos participantes apresentar mais de 20 anos de consumo de SPA (> 240 meses).

Relativamente à idade, apesar da significativa variação de idades na amostra, esta mostrou não ter relação com a RC. Este resultado poderá indicar que mais do que o tempo de vida, importa a qualidade do desafio cognitivo das atividades realizadas durante a vida nesta população. De igual modo, a idade não apresentou relação com a duração do tempo em que se viveu em situação de sem-abrigo, isto é, o facto de se ser mais velho não significa que se tenha vivido mais meses ou menos nesta condição. A maioria dos participantes com mais de 50 anos de idade esteve até 10 anos como PSSA (120 meses), tendo o mesmo sido verificado

em relação aos participantes com menos de 50 anos. Uma possível explicação para este resultado com os mais jovens poderá relacionar-se com o facto de os participantes com menos de 50 anos apresentarem dependência a drogas em maior número do que os com mais de 50 anos, pelo que a maior rapidez no processo de instalação da dependência destas SPA, em comparação ao álcool (Lopez-Quintero et al., 2011), poderá conduzir mais rapidamente, logo mais cedo, à situação de PSSA. A explicação que subjaz à correlação positiva verificada entre a idade e o número de meses de consumo de SPA parece prender-se por a maioria ter iniciado os consumos de SPA antes dos 20 anos de idade e, tendo em conta que o processo aditivo é contínuo e evolutivo, a idade irá acompanhar os meses de consumo de SPA. Por outro lado, o facto de não existir relação entre o número de meses em situação de sem-abrigo e o número de meses de consumo de SPA poderá relacionar-se com a prevalência do álcool nesta amostra que, tal como já referido, apresentar um processo de dependência mais lento, podendo levar 30 anos a sua instauração (Ramos & Woitowitz, 2004), o que poderá conduzir para que a situação de sem-abrigo aconteça mais tarde. Hipótese 3 não confirmada.

A duração como PSSA não apresenta qualquer relação com o desempenho nas provas que avaliam as FE. Este resultado contradiz o encontrado por Hurstak et al. (2017), na medida em que, na sua investigação, os participantes com maior défice cognitivo, incluindo ao nível do desempenho das FE, tinham mais anos de vivência em situação de sem-abrigo. Os resultados da nossa investigação talvez possam ser explicados, novamente, por 60,0% da nossa amostra apresentar um tempo de situação de sem-abrigo até 60 meses, sendo por isso talvez pouco expressiva em termos temporais, a fim de poder constituir uma associação com as FE, para além da própria amostra ser reduzida. Ao mesmo tempo, apesar da necessidade de elaboração de estratégias de sobrevivência, a repetição das rotinas diárias poderá automatizar as respostas das PSSA, sobretudo nos dependentes de álcool, que são prevalentes na amostra. Deste modo, poderá não ser a duração do tempo de permanência nesta condição que se relaciona com as FE, mas sim a qualidade e complexidade dessas mesmas estratégias de sobrevivência.

Relativamente ao número de meses de consumo de SPA, esta variável não mostrou ter qualquer relação com os resultados das provas que avaliam as FE. Torna-se interessante constatar que os resultados das PSSA não são coincidentes com os encontrados nos sujeitos também dependentes de SPA, mas que não se encontram em situação de sem-abrigo, sendo o resultado da investigação de Fernández-Serrano et al. (2010a) um desses achados. Neste foi encontrado que a duração do consumo de cocaína tinha relação com a performance ao nível

das FE, nomeadamente ao nível do controlo inibitório e da memória de trabalho, sendo o desempenho pior quanto maior fosse a duração do tempo de consumo. De igual modo, de acordo com os resultados de Loeber et al. (2012), a duração do tempo de consumo de opioides apresenta ser um preditor na disfunção executiva, assim como o tempo de consumo de álcool (Vijay et al., 2022). Por outro lado, Liu et al. (2020), numa investigação com idosos com uma elevada escolaridade permitiu que se observasse que a duração de consumo de benzodiazepinas não se relacionava com o desempenho nas FE, o que remete para o papel mediador da RC. Desta forma, podemos inferir sobre a possibilidade das particularidades da vivência como PSSA poderem exercer um papel protetor nas FE, na medida das atividades ligadas à condição de sem abrigo poderem constituir uma forma não normativa de reserva.

Relativamente à idade, as PSSA mais velhas apresentaram piores resultados na FAB, contudo, a idade não mostrou associação com o Teste de Stroop, o que revela variação na forma como esta variável se correlaciona com as FE, podendo componentes da vivência em situação de sem-abrigo atenuar os efeitos cognitivos relacionados com a idade. Hipótese 4 parcialmente confirmada.

Os participantes que viveram mais meses como PSSA sem teto não apresentam uma maior RC do que os que viveram mais meses como PSSA sem casa. Contudo, o inverso também não se verificou, ainda que o número de participantes PSSA sem casa, nesta investigação, tenha sido superior ao número de participantes PSSA sem teto. Além disto sublinha-se que 60% dos participantes já estiveram tanto em situação de sem teto, como de sem casa, pelo que este oscilar entre estas duas condições poderá conferir as competências inerentes a cada contexto e, deste modo, aproximar os resultados de ambos os grupos. Hipótese 5 não confirmada.

Viver mais meses como PSSA sem teto não influencia a performance nas provas que avaliam as FE comparativamente aos que viveram mais meses como PSSA sem casa. Salienta-se que viver mais tempo como PSSA sem casa, de igual modo, também não revela qualquer interferência no funcionamento executivo, sendo assim retirado o peso do estigma da rua e do julgamento da capacidade cognitiva da pessoa baseada na condição social em que vive. Esta última observação vai ao encontro dos resultados apresentados por Stergiopoulos et al. (2019), nos quais, numa amostra de PSSA, com perturbação mental, não se verificou uma melhoria nas FE, aquando da vivência numa casa. Desta forma, não se encontrou uma associação entre a estabilidade de uma casa e o desempenho das FE. Por outro lado, Seidman et al. (2003) concluiu que o desempenho das FE, nas PSSA com perturbação mental,

melhorou ligeiramente no grupo que foi viver em conjunto para uma casa, mas piorou nas PSSA que foram viver sozinhas para um apartamento, sendo assim introduzido o relacionamento como estímulo cognitivo. Desta forma, Caplan et al. (2006) descobriu que as PSSA com perturbação mental, com consumos de SPA, de igual forma apresentam melhorias no desempenho das FE, desde que a experiência habitacional numa casa seja em grupo. Na presente investigação, uma hipótese explicativa para os resultados encontrados poderá prender-se por o número de participantes PSSA sem teto ser inferior aos PSSA sem casa por um lado e, baseado no exposto, porque tanto os participantes em situação de sem casa viviam sozinhos, como os em situação de sem teto tendiam ao isolamento, extinguindo-se assim a variável relacionamento como estímulo das FE. Além desta possibilidade, colocam-se os comportamentos diários das PSSA sem casa, como sendo muito idênticos aos das PSSA sem teto, diluindo-se assim as diferenças entre os dois grupos. Ao mesmo tempo se, por um lado, a ausência de diferença encontrada entre os dois grupos poderá relacionar-se com a maioria já ter vivido tanto como PSSA sem teto, como PSSA sem casa, atenuando assim o efeito da condição, por outro, a estimulação cognitiva provinda da vivência na rua poderá compensar os eventuais danos neurocognitivos que podem ocorrer em simultâneo, decorrentes tanto pela exposição ambiental, como pelo consumo de SPA, levantando-se a hipótese das atividades ligadas à situação de sem-abrigo dependente de SPA constituírem variáveis de RC não normativas e contribuir para a proteção do declínio cognitivo desta população, em particular das FE. Hipótese 6 não confirmada.

CAPÍTULO 2 – Escala Adicional Sobre Vivência em Situação de Sem-Abrigo

Os dados recolhidos na Escala Adicional foram trabalhados em termos quantitativos e qualitativos. Ao nível quantitativo, o conteúdo relatado pelos participantes no ponto “Comportamentos que contribuíram para a sobrevivência em situação de sem-abrigo” foram considerados na secção “Ocupação laboral de sobrevivência” ou na secção “Tempo Livre”, de acordo com a sua adequação e, no final, a pontuação da secção “Ocupação laboral de sobrevivência” e da secção “Tempo Livre” foi somada ao CRIq padronizado. Ao nível qualitativo utilizou-se a técnica Análise de Conteúdo, a fim de se analisar os comportamentos dos participantes que poderão estimular a reserva, proteger o seu estado cognitivo, e impactar no funcionamento executivo dos mesmos.

Análise de Resultados Quantitativa

Ocupação laboral de sobrevivência

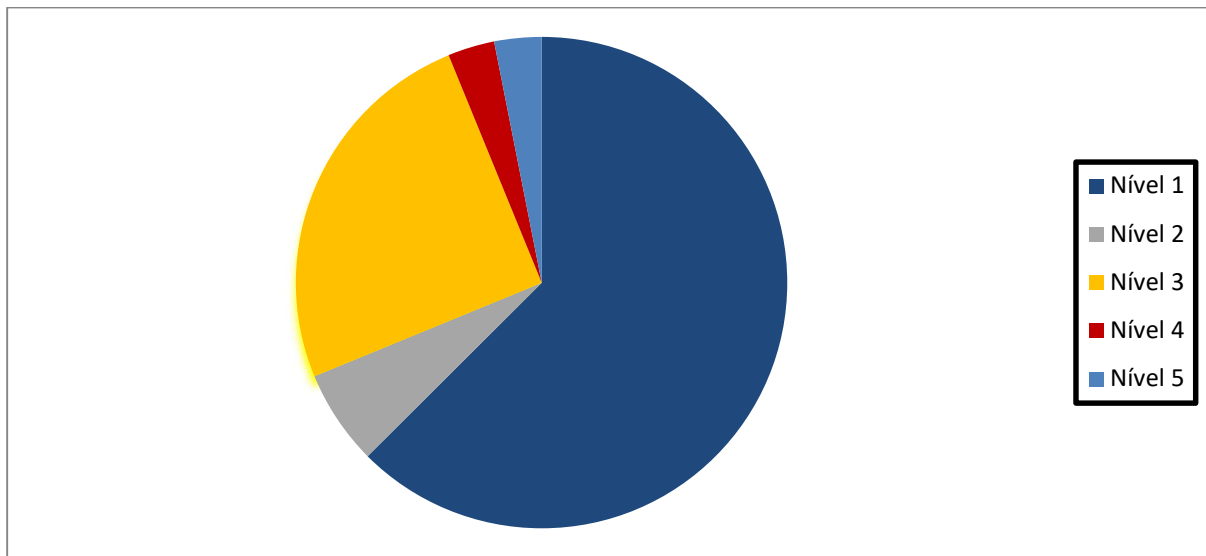
Nesta secção, os itens da ocupação laboral de sobrevivência foram elaborados de acordo com o CRIq padronizado, pelo que as diferentes ocupações foram colocadas em cinco níveis de complexidade e de responsabilidade de desafio crescente. Sublinha-se ainda que, para ir ao encontro da cotação do CRIq, apenas foram contabilizadas as atividades que tinham pelo menos um ano de duração, pelo que ficaram excluídos na contagem desta secção, os participantes que não cumpriam com este critério.

Relativamente à descrição dos cinco níveis, no Nível 1 foram escritas previamente as ocupações de vigia, arrumador e biscates; no Nível 2 foram escritas previamente membro executante de um grupo (segue orientações) e transportador/correio, referindo-se o primeiro a atividades de furtos/assaltos/SPA, no qual o participante segue as instruções fornecidas pelo líder do grupo e o segundo diz respeito a ser transportador de SPA, com participação passiva no tráfico de estupefacientes, na medida em que não planeia os contornos do tráfico, nem em termos da estratégia, nem no que se refere às questões financeiras envolvidas; no Nível 3 foram escritas previamente divulgação (para associação), sendo esta uma atividade na qual existe uma ligação do participante a determinada associação, que lhe fornece habitação e alimentos mediante a concretização de objetivos financeiros diários junto da população, a quem se divulga a associação; vendedor (feiras), sendo aqui incluída a prática de venda de objetos furtados; e traficante de drogas; no Nível 4 foi colocado previamente líder de grupo reduzido (até 5 elementos); e no Nível 5 consideram-se atividades de complexidade maior, tal como líder de grupo alargado (ganguê). Ressalva-se que as ocupações laborais de sobrevivência referidas pelos participantes não são mutuamente exclusivas, pelo que ocupações laborais de diferentes níveis foram referidas como sendo executadas paralelamente.

Tal como exposto na Figura 1, dentro dos cinco níveis, o Nível 1 foi o que apresentou uma frequência mais elevada (66.7%), seguido do Nível 3 (26.7%), do Nível 2 (6.7%) e, por fim, do Nível 4 (3.3%) e do Nível 5 (3.3%), estes últimos com a mesma percentagem.

Figura 1

Distribuição dos Níveis de Complexidade da Ocupação Laboral de Sobrevivência



Relativamente à ocupação laboral de sobrevivência de complexidade Nível 1, a de arrumador teve um resultado de 26.7% ($n = 8$), a de biscates de 36.7% ($n = 11$), não tendo nenhum participante referido a ocupação laboral de vigia. Contudo surgiram espontaneamente várias outras ocupações que não estavam referidas na Escala Adicional, tendo a mendicidade (26.7%, $n = 8$) sido a mais referida, seguida dos Furtos (20%, $n = 6$), depois os Apoios Estatais (16.7%, $n = 5$), nomeadamente em termos de apoio alimentar e financeiro, o procurar Sucata (10%, $n = 3$), mostrar Disponibilidade (10%, $n = 3$) para realizar pequenas gentilezas para os conhecidos e desconhecidos, a fim de ser remunerado por isso e solicitar o Apoio Família/Amigos (6.7%, $n = 2$) ao nível financeiro. Outro dado que surgiu diz respeito ao facto de dois participantes, apesar de PSSA, nunca terem deixado de trabalhar (6.7%).

No Nível 2 pudemos constatar que a ocupação laboral de sobrevivência transportador/correio teve um resultado de 6.7% ($n = 2$), não tendo sido mencionada a ocupação membro executante de um grupo (segue orientações) por nenhum dos participantes. Em relação ao Nível 3, a ocupação divulgação (para associação) foi referida por um participante (3.3%), a de vendedor (feiras) também obteve o mesmo resultado (3.3%) e a de traficante de drogas teve presente em 20% da amostra. A ocupação líder de grupo reduzido (até 5 elementos), pertencente ao Nível 4 teve menção por parte de um participante (3.3%), tendo sido verificada a mesma situação relativamente ao Nível 5, na ocupação líder de grupo alargado (gangue) (3.3%). Nos Níveis 2 a 5 não surgiram outras ocupações para além

daquelas que estavam escritas previamente na Escala Adicional. Todos estes dados encontram-se descritos na Tabela 6.

Tabela 6

Distribuição da Ocupação Laboral de Sobrevivência de Acordo com os Níveis de Complexidade

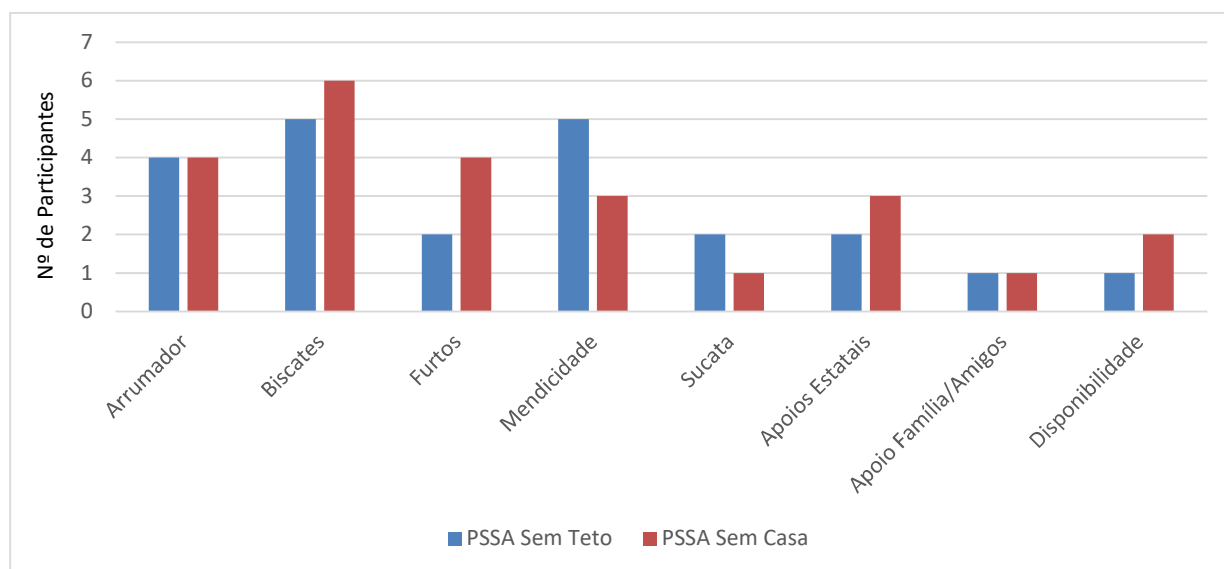
	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Arrumador	26.7%				
Biscates	36.7%				
Vigia	0%				
Outras					
Mendicidade	26.7%				
Furtos	20%				
Apoios Estatais	16.7%				
Sucata	10%				
Disponibilidade	10%				
Apoio Família/Amigos	6.7%				
Membro Executante de grupo (segue orientações)		0%			
Transportador/Correio		6.7%			
Divulgação (para associação)			3.3%		
Vendedor (feiras)			3.3%		
Traficante de Drogas			20%		
Líder de Grupo Reduzido (até 5 elementos)				3.3%	
Líder de Grupo Alargado (ganguê)					3.3%

Como forma de apurar a frequência das PSSA sem teto e das PSSA sem casa nas diferentes ocupações ligadas ao ganho financeiro, realizou-se uma tabulação cruzada entre o tipo de ocupação laboral de sobrevivência e o tipo de situação de sem-abrigo mais longa, isto é, a situação em que a PSSA permaneceu durante mais tempo como sem teto ou como sem

casa, visto muitos dos participantes terem oscilado entre estas duas condições ao longo do tempo. Deste modo, foi encontrada uma prevalência das PSSA sem teto, comparativamente às PSSA sem casa nas ocupações laborais de sobrevivência de Nível 1, mendicidade ($n = 5$) e procurar sucata ($n = 2$); no sentido inverso verificaram-se os biscates ($n = 6$), os furtos ($n = 4$), os apoios estatais ($n = 3$) e a disponibilidade ($n = 2$). Dentro da ocupação arrumador ($n = 4$) e do apoio por parte da família/amigos ($n = 1$), os resultados apontam para resultados com o mesmo valor, em ambos os grupos. Estes dados encontram-se ilustrados na Figura 2.

Figura 2

Comparação dos Grupos PSSA Sem Teto e PSSA Sem Casa Relativamente à Ocupação Laboral de Sobrevivência de Nível 1



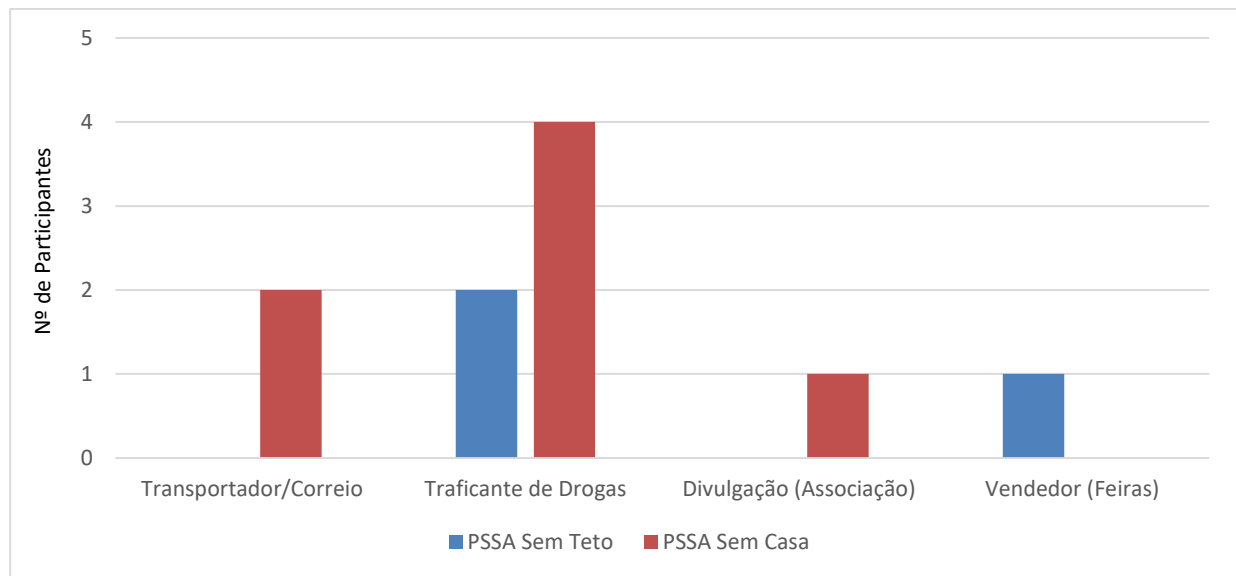
Nota. PSSA – Pessoa em Situação de Sem-Abrigo

Relativamente ao Nível 2, o grupo das PSSA sem casa apresentou elevação, em comparação com o grupo das PSSA sem teto, na ocupação transportador/correio de SPA ($n = 2$). No Nível 3, de igual modo, o grupo das PSSA sem casa apresentou valores mais elevados tanto na ocupação traficante de drogas ($n = 4$), como na divulgação para associação ($n = 1$), tendo o oposto sido somente constatado em vendedor em feiras ($n = 1$). Os dados dos Níveis 2 e 3 estão expostos na Figura 3. No Nível 4 ($n = 1$), o grupo das PSSA em teto foi quem teve um representante na ocupação líder de grupo reduzido e no Nível 5 ($n = 1$), foi o grupo das PSSA sem casa a ter um participante a assumir esta posição de maior exigência ao nível do

funcionamento executivo. Acrescenta-se, ainda, que os participantes que nunca deixaram de trabalhar ($n = 2$), mesmo tendo estado como PSSA, pertencem ao grupo das PSSA sem casa.

Figura 3

Comparação dos Grupos PSSA Sem Teto e PSSA Sem Casa Relativamente à Ocupação Laboral de Sobrevivência de Nível 2 e 3



Nota. PSSA – Pessoa em Situação de Sem-Abrigo

Tempo livre

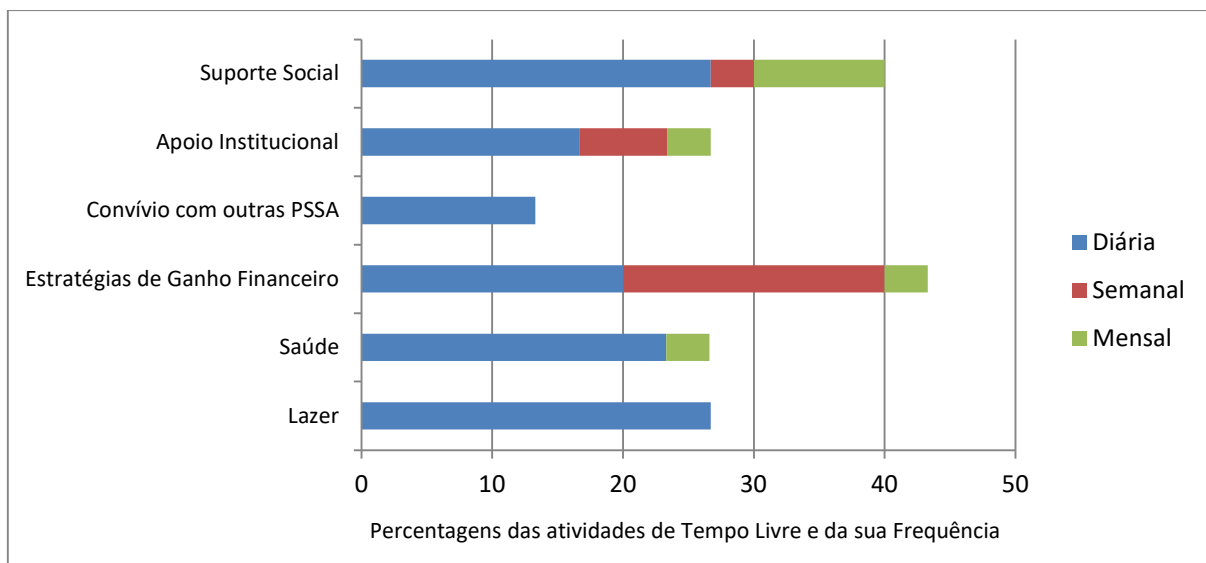
Os dados recolhidos nesta secção foram cotados e considerados conforme a sua frequência (diária, semanal, mensal, nunca/raramente, frequentemente/sempre) e duração, de acordo com as normas do CRIq padronizado. As questões ligadas a esta secção foram abertas, de modo que fosse possível aceder à maior quantidade de informação possível. Também nesta secção apenas foram contabilizadas as atividades com pelo menos um ano de duração, de forma a respeitar as normas do CRIq.

Os resultados apontaram para uma percentagem de 36.7% dos participantes a realizar atividades ligadas à procura do suporte social, sendo que 26.7% referiram executá-las diariamente, 3.3% semanalmente e 10% numa frequência mensal. Já em relação à procura de apoio institucional, 26.7% responderam espontaneamente que o faziam, embora 16.7% numa base diária, 6.7% ao nível semanal e somente 3.3% mensalmente. Os participantes referiram,

de igual modo, que uma parte do seu dia seria a conviver com outras PSSA (13.3%), em que todos eles tinham o hábito diário desse convívio. As atividades ligadas a estratégias para ganhar dinheiro foram mencionadas por 36.7% da amostra, tendo 20% dito que todos os dias procuravam formas de atingir este objetivo, 20% que o executavam semanalmente e um participante referiu que, apesar de ter outras estratégias diariamente, tinha outra que seria mensal (3.3%). Apesar da exposição ao risco da PSSA, sobretudo do dependente de SPA, 26.7% dos participantes mostrou comportamentos promotores ligados à saúde, indicando os resultados que 23.3% adotavam atividades diárias nesse sentido e somente 3.3%, ou seja, um participante, ao nível mensal. Por último, no que diz respeito às atividades de lazer, 26.7% relatou executar as mesmas diariamente, não tendo nenhuma resposta sido dada em relação a atividades semanais ou mensais. Os resultados referidos podem ser observados na Figura 4.

Figura 4

Atividades Realizadas pelos Participantes no Tempo Livre



Nota. PSSA – Pessoa em Situação de Sem-Abrigo

Caracterização dos dados do CRIq (P. Bruta) e da Escala Adicional Sobre Vivência em Situação de Sem-Abrigo

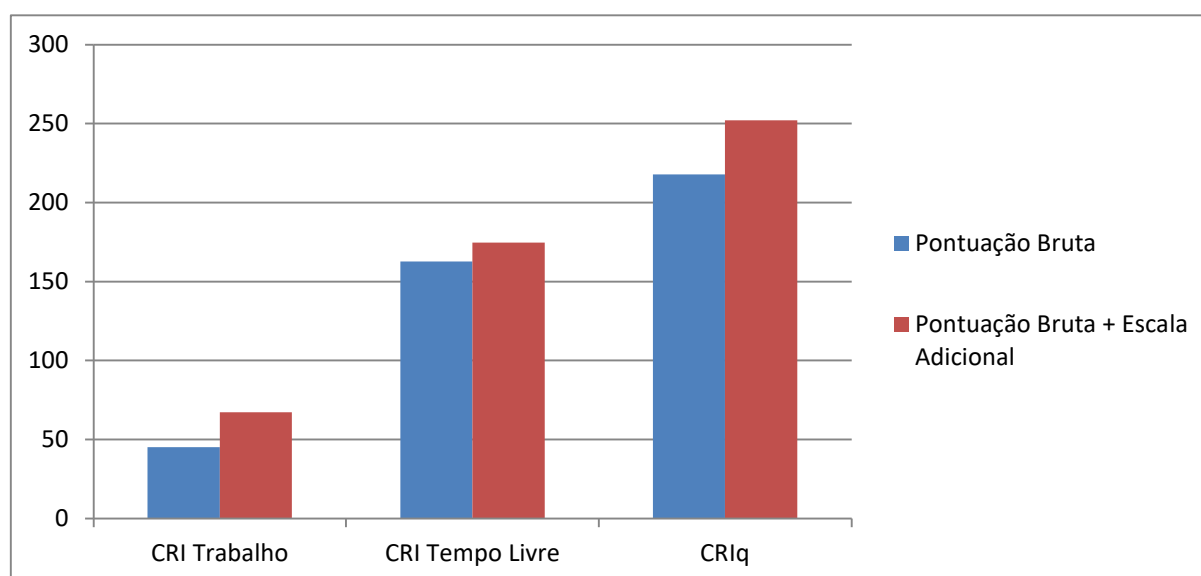
Na Tabela 7 mostram-se os resultados do somatório do CRIq (P. Bruta) e dos subdomínios, com os valores recolhidos na Escala Adicional.

Tabela 7*Resultados do Somatório do CRIq (P. Bruta) com a Escala Adicional*

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional	148	520	252.03	99.20
CRI Escola (P. Bruta) + Escala Adicional	4	20	9.80	3.90
CRI Trabalho (P. Bruta) + Escala Adicional	15	200	67.33	37.89
CRI Tempo Livre (P. Bruta) + Escala Adicional	80	435	174.70	85.20

Nota. CRIq – *Cognitive Reserve Index questionnaire*; P. Bruta – Pontuação Bruta

Ao compararmos as pontuações brutas obtidas nas dimensões do CRIq (P. Bruta), com as obtidas no somatório entre as dimensões do CRIq (P. Bruta) e a Escala Adicional podemos observar que existiu uma elevação na média pontuada pelos participantes em todas as dimensões no CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional, sobretudo no que se refere ao CRI Trabalho e ao CRIq Total (P. Bruta) + Escala Adicional. Estes dados encontram-se ilustrados na Figura 5.

Figura 5*Comparação entre a Pontuação CRIq (P. Bruta) e a CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional*

Nota. CRIq – *Cognitive Reserve Index questionnaire*

Desta forma, na dimensão CRI Trabalho houve uma diferença de 22.16 pontos na média alcançada entre o CRIq (P. Bruta) ($M = 45.17$) e o CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional ($M = 67.33$). Na dimensão CRI Tempo Livre, podemos verificar que a média subiu em 12 pontos entre o CRIq (P. Bruta) ($M = 162.70$) e o CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional ($M = 174.70$). Por fim, no mesmo sentido do crescimento observado está a pontuação do CRIq, em que entre o CRIq (P. Bruta) ($M = 217.87$) e o CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional ($M = 252.03$) ocorreu um aumento de 34.17 pontos na média da RC estimada.

Análise das hipóteses de acordo com a pontuação do CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional

Relativamente à correlação entre a RC e as FE, não foi encontrada correlação entre o CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional com nenhuma das provas: FAB ($\rho = 0.05$; $p = 0.81$) e Teste de Stroop ($\rho = 0.04$; $p = 0.85$). Hipótese 2 não confirmada.

No que diz respeito à correlação entre a duração em situação de sem-abrigo e a RC, o número de meses em situação de sem-abrigo não apresentou ter relação com o resultado do CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional ($\rho = 0.27$; $p = 0.16$), tendo o mesmo sido encontrado em relação ao número de meses de consumo de SPA com o resultado do CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional ($\rho = -0.02$; $p = 0.92$). A idade não mostrou ter relação nem com a RC ($\rho = 0.19$; $p = 0.31$), nem com o número de meses em situação de sem-abrigo ($\rho = 0.34$; $p = 0.07$). Contudo, apresentou uma correlação positiva e muito significativa com o número de meses de consumo de SPA ($\rho = 0.78$; $p < 0.001$). Hipótese 3 não confirmada.

Na comparação, em relação à RC, entre o grupo das PSSA sem teto e o grupo das PPSA sem casa podemos constatar que no CRIq (P. Bruta) + Escala Adicional, não foi encontrada qualquer diferença nos resultados entre os dois grupos ($U = 105.000$; $p = 0.90$). Hipótese 5 não confirmada.

Análise de Conteúdo

Para o tratamento qualitativo dos dados recolhidos através da Escala Adicional utilizou-se a técnica Análise de Conteúdo. As respostas dos participantes foram agrupadas de acordo com o Tema “Vivências da PSSA”. Dentro deste identificaram-se sete categorias, sendo elas Habitação, Níveis de complexidade da ocupação laboral de sobrevivência, Suporte

social, Funcionamento executivo, Saúde, Atividades de lazer e Aumento da consciência de si e quinze subcategorias: Tipos de locais onde viveu, Tipos de ocupação laboral de sobrevivência, Família/Amigos, Instituições, Isolamento, Outras PSSA, Controlo inibitório, Memória de trabalho, Flexibilidade cognitiva, Exercício físico, Redução de danos, Higiene, Atividades de lazer ativas e passivas, Empatia e Autoestima.

Tema “Vivências da PSSA”

Categoria *Habitação*, Subcategoria *Tipos de locais onde viveu*. A experiência em situação de sem-abrigo abarca tanto a realidade da vivência em contexto de rua, como em locais considerados como o sendo, devido à ausência de conforto, dignidade e proteção “Estive durante 27 anos a viver em casas abandonadas e 3 anos no banco do jardim” (P.9), “Depois da minha avó morrer, fui viver para um palheiro desabitado que havia no quintal dela e estive lá durante dez anos” (P.27), “Durante dez meses estive primeiro a dormir numa garagem, depois fui viver para a rua” (P.23), “Estive a dormir na escada de um prédio durante um mês” (P.30), “Em casas abandonadas, debaixo da ponte, em barracões... estive durante seis meses a viver assim” (P.29). Estes relatos dão conta da diversidade de locais utilizados pelas PSSA sem teto para viver, sendo as respostas alternativas à rua, também elas indicativas de significativa vulnerabilidade psicossocial relativamente às PSSA sem casa “Durante oito anos alternei em dormir entre casas de amigos e o hospital onde trabalho” (P.21), “Dormi em quartos alugados” (P.10), “Durante 19 anos dormi em quartos alugados, casas de familiares ou amigos e em albergues” (P.7). Viver nesta condição implica a exposição a perigos vários, existindo a necessidade de desenvolver a capacidade de atenção e de perspicácia a fim aumentar a autopercepção de controlo “Tive de aprender a ser mais atento... alguém podia entrar na casa abandonada” (P.22), “Quando se está na rua tem de se ter cuidado porque há pessoas que não são iguais a nós e podem querer roubar e andar à porrada. Tem de se estar alerta para os perigos” (P.29), “É preciso aprender a conhecer as regras da rua, para não me meter com pessoas que não prestam. Se não se faz o que elas querem, elas matam” (P.5). No entanto, apesar das dificuldades experienciadas ao viver nesta condição, ao mesmo tempo existe uma visão de ganho por parte da esmagadora maioria da amostra ($n = 29$), em aspetos relativos ao seu desenvolvimento pessoal “Lembro-me daquilo que passei, portanto não ligo aos outros utentes quando me chateiam e viro-lhes as costas” (P.5), “Fiquei mais ponderado. Agora sei avaliar o meu comportamento, para não sofrer as consequências, ou seja, aprendi a

não arranjar problemas no albergue, para não ser castigado ou expulso” (P.30), “Fiquei mais cauteloso” (P.7), tendo existido somente um participante que considera não existir nada de positivo em se viver como PSSA “Acho que só perdi capacidades ao ter vivido na rua” (P.23).

Categoria Níveis de complexidade da ocupação laboral de sobrevivência, Subcategoria Tipos de ocupação laboral de sobrevivência. Viver em situação de sem-abrigo obriga à necessidade da assunção da responsabilidade por si mesmo, das suas decisões e da sua própria vida “Na rua percebi que tenho que ser eu a fazer por mim, a ser mais autónomo e a não depender da minha família” (P.3), “Tive de aprender a saber tomar conta de mim. Era a minha mãe que tomava e tive de o fazer desde que ela morreu” (P.30), “Tive de aprender a desenrascar-me sozinho e tive de arranjar estratégias para conseguir o objetivo de ter dinheiro para sobreviver” (P.5).

Dentro das formas encontradas para ganhar dinheiro de Nível 1, efetuar biscates foi a mais referida pelos participantes, seguida da atividade de arrumador e da mendicidade, sendo esta última uma prática em relação à qual existem diversas estratégias que poderão aumentar a probabilidade de se ser mais bem-sucedido no seu retorno “Ser educado e humilde com as pessoas para elas me darem dinheiro” (P.10), “Saber escolher os locais” (P.15), “Cuidar da higiene facilitava a mendicidade” (P.3), “Não mexer em nada alheio, porque assim as velhotas que iam à missa davam-me dinheiro” (P.26), existindo, assim, a exigência de que sejam ultrapassadas barreiras pessoais, a fim de que seja possível sobreviver “Antes eu era envergonhado e tive de aprender a diminuir a vergonha para poder pedir dinheiro” (P.14). Para além das ocupações laborais de sobrevivência referidos, os apoios estatais são, de igual forma, muitas vezes procurados pelas PSSA, a fim de obterem apoio para as suas necessidades básicas “Dão dinheiro e comida” (P.24), para além da família/amigos “Eu pedia ajuda a terceiros” (P.13), “Durante quatro anos pedi dinheiro a amigos” (P.22). Por outro lado, formas mais ativas de obter dinheiro prendem-se pela venda de sucata “Andava pela rua à procura de alumínio para vender ao ferro velho... lembrei-me de fazer isto porque perto de onde eu dormia estava um ferro velho e comecei a ir lá vender o que encontrava” (P.16), em procurar objetos perdidos “Pela praia, transportes, sarjetas, tais como ouro, telemóveis, carteiras... essas coisas” (P.10), mostrar-se disponível para realizar certas gentilezas, nomeadamente “Tirar o bilhete do elétrico ou do autocarro às pessoas” (P.10) e efetuar recados “Para o Sr. do café” (P.13), “Para pessoas de confiança” (P.16). Para além destas atividades de ocupação laboral de sobrevivência, a ausência de um trabalho estável, com um

ganho financeiro recorrente, conduz à necessidade de desenvolver o hábito de estar atento a todas as formas possíveis de ganhar dinheiro ou de não o gastar “Ver se as pessoas deixavam cair dinheiro quando saíam do metro. Ver quem está a fumar numa mesa e pedir” (P.29). Contudo, os comportamentos desviantes são também uma realidade em diversas PSSA dependentes de SPA, sobretudo no âmbito do consumo de drogas, que poderão passar por atitudes de fuga a pagamentos “Durante 2 anos fingia que mostrava o passe para andar de autocarro sem pagar” (P.15), como pela prática de furto “Roubei casas durante 40 anos” (P.9), “Roubava para outro indivíduo em troca de comida” (P.27), “Aprendi a ter habilidade para arranjar dinheiro. Comecei a estar mais atento às situações de que podia tirar proveito, por exemplo, quando se vai a andar, ver se os carros estão abertos” (P.18).

No que diz respeito às atividades de ocupação laboral de sobrevivência de Nível 2, somente foi referido executar o transporte de estupefacientes “Durante 5 anos estive nesse negócio” (P.8), tendo sido referido por um maior número de participantes as atividades relacionadas com o Nível 3, sendo elas divulgação para associação, vender em feiras e traficante de drogas “Estudava os horários da polícia e punha os vigias em locais estratégicos” (P.17).

Nos dois níveis mais elevados, existe a exigência de características de liderança, a par da capacidade de elaboração de planos que apontam para competências cognitivas mais desenvolvidas e que poderão promover, por seu turno, estimulação ao nível das FE “Durante 15 anos tive 98 pessoas a trabalhar para mim... fazíamos várias coisas desde sequestro, o que envolvia estratégia, a falsificação de assinaturas, entre outras coisas” (P.8).

Categoria Suporte social, Subcategorias Família/Amigos, Instituições, Isolamento e Outras PSSA. Apesar de uma das causas que conduz à situação de sem-abrigo se deva aos conflitos familiares e conjugais, perdendo-se, de igual modo, muitas das amizades durante o processo aditivo, ao mesmo tempo, a procura do suporte de membros da família ou amigos encontra-se patente nas atividades de tempo livre de alguns dos participantes “Todos os meses ia almoçar fora com o meu irmão” (P.5), “Ia todos os dias a casa da minha avó tomar banho e comer” (P.17), “Ia comer a casa de um Sr. que ajudava as PSSA” (P.2). Inclusive o apoio facultado pela família e pelos amigos foi referido como tendo sido fundamental para conseguirem sobreviver a esta condição de PSSA. No mesmo sentido, o suporte das Instituições o foi, sendo estas tanto ligadas aos serviços sociais estatais “Durante cinco anos ia

à Câmara buscar o almoço todos os dias” (P.16), “Uma das formas que me ajudou a viver assim foi o ter-me aproximado da Câmara para ter comida e o passe social” (P.6), como ligadas à Igreja “Ia buscar alimentos à Paróquia... ia todos os dias” (P.19), “Costumava ir todas as semanas às reuniões do Reino de Deus” (P.7), bem como a entidades que apoiam PSSA dependentes de SPA “Procurava as carrinhas das Instituições” (P.4), “Todas as semanas ia às reuniões dos grupos terapêuticos” (P.7), “Durante 5 meses fui aos grupos terapêuticos mensalmente” (P.3).

No entanto, apesar do reconhecimento da mais-valia existente no relacionamento e apoio interpessoal, muitas das PSSA manifestam dificuldade neste contacto, pela proximidade e pelo baixar da guarda que a relação requer “Ao estar nesta situação comecei a ganhar consciência da necessidade de me relacionar com os outros, embora não o faça, porque não confio” (P.28), sobretudo noutras PSSA “Não me juntava com outras PSSA” (P.4), “Estive 30 anos sozinho, preferia assim. Os outros queriam os meus cigarros e, além disso, estar sozinho também facilitava não ser apanhado nos roubos” (P.9), “Assim não tinha desentendimentos com ninguém” (P.13), “Isolava-me porque não confiava noutras PSSA. Chegaram a convidar-me para roubar, mas eu nunca aceitei” (P.25).

De facto, a desconfiança encontra-se bastante patente nesta amostra sendo um reflexo da realidade desta população. Não obstante, existem fatores que permitiram a muitos dos participantes superar as dificuldades relacionais e ir ao encontro de outras PSSA, nomeadamente o medo inerente aos riscos de se estar sozinho “Juntei-me a outras PSSA para nos protegermos uns aos outros” (P.5), “Para não ser vítima de maus tratos ou abusos” (P.16), a fuga ao sentimento de solidão “Fazer amigos com outras PSSA ajudou-me a sentir-me protegido e menos sozinho” (P.24), “Assim tinha companhia, podíamos jogar às cartas, passear” (P.29), “Juntava-me a eles por me identificar com eles, porque sinto-me um *outsider*... além disso assim também podia cuidar deles, fosse com comida ou a dar-lhes drogas” (P.21) e as vantagens de se estar em grupo “Estar com outras três PSSA ajudou-me a estar na rua, porque disseram-me quais as carrinhas onde eu podia ir arranjar comida, onde podia ir tomar banho, lavar a roupa... essas coisas” (P.10), “Para aprender a roubar... ia com eles para ver como eles faziam” (P.9), “Era bom andar com outras PSSA para receber conselhos... por exemplo qual a melhor porta do supermercado para ir pedir dinheiro às pessoas, saber em qual refeitório podia receber a comida” (P.15).

Categoria Funcionamento executivo, Subcategorias Controle inibitório, Memória de trabalho e Flexibilidade cognitiva. Pelo anteriormente exposto é possível verificar a variedade de atividades ligadas à situação de sem-abrigo que obrigam ao uso de competências referentes às FE. Deste modo, segundo o relato dos participantes, a experiência como PSSA ajudou a desenvolver capacidades ligadas à subcategoria controle inibitório “Comecei a ter mais paciência quando me insultavam. Quando estava a arrumar carros deixei de ligar às bocas porque queria atingir o meu objetivo que era ter dinheiro para os consumos” (P.2), “Na rua, a conversa dos outros ia sempre bater no mesmo... o passado. Desabafavam repetidamente e aquilo irritava-me, mas com o tempo comecei a ficar mais tolerante” (P.29), “Comecei a ter mais autocontrolo. No albergue consegui não ligar às provocações. Antes partia logo para a violência” (P.30), “Ao passar por esta situação comecei a ter mais consciência das situações... antes era muito inconsciente com o dinheiro que gastava com as drogas” (P.19), “Acho que por ter vivido na rua desenvolvi a capacidade de ser menos impulsivo e mais cauteloso” (P.3). Em suma, a tolerância, a paciência e o autocontrolo foram as capacidades que os participantes mais sublinharam terem desenvolvido enquanto estiveram a viver como PSSA dependente de SPA.

Relativamente à subcategoria memória de trabalho, os participantes relatam ter desenvolvido capacidades que remetem para a mesma, nomeadamente ao nível da vigilância e perspicácia “Saber escolher com quem negociava” (P.4), “Saber escolher com quem andava... não me aproximar dos criminosos” (P.6), “Estar sempre vigilante para não ser tantas vezes preso” (P.8), “Mais atento derivado ao perigo” (P.7), “Fiquei mais atento aos perigos porque fui agredido” (P.15), “Estar mais atento às caras, para ver se é bom ou mau, para não me fazerem mal” (P.5). Na verdade, este aspeto no que se refere ao aumento da capacidade em interpretar os sinais do outro foi bastante realçado pelos participantes, na medida em que consideram que tal foi necessário devido à exposição à violência por um lado, como para aumentar a probabilidade de sucesso nos furtos realizados por outro “Sem dúvida que aprendi a ler as pessoas. Isso foi preciso para conseguir olhar para o segurança do supermercado e saber se ele estava desconfiado ou não, ou mais cansado” (P.20). Desta forma, o ter-se tornado mais vigilante e perspicaz, para além de ter permitido aumentar competências ao nível dos sinais físicos e emocionais emitidos pelo outro, permitiu de igual forma aumentar a aprendizagem de autoproteção, algo usualmente pouco merecedor da atenção da pessoa dependente de SPA, tendo em conta a diversidade de riscos aos quais se expõe “Aprendi a conseguir proteger-me e a defender-me” (P.8), “Percebi que não posso confiar tanto nas

peças” (P.27). A necessidade de obter formas alternativas de ganho financeiro conduziu à aprendizagem e ao desenvolvimento de competências de comunicação que facilitassem o acesso ao mesmo “Estar nessa situação ajudou-me a ter uma maior capacidade de comunicação para manipular” (P.8), “Consegui melhorar a comunicação com os outros para ter coisas... havia um café que passou a dar-me todos os dias os bolos que sobravam” (P.9).

No que concerne à subcategoria flexibilidade cognitiva, os participantes referiram comportamentos alternativos que dão conta da possibilidade de estimulação desta dimensão na sua rotina em situação de sem-abrigo e que colocam em prática o treino da resolução de problemas “Ia para a estação do comboio, todas as semanas, para ter internet grátis” (P.10), “Andava às beatas para ter mortalhas... fazia isto todos os dias” (P.18), “Com um pau e uma pastilha, colava a moeda e puxava para cima o que caía nas sarjetas” (P.10). No mesmo sentido, para as atividades de ocupação laboral de sobrevivência de foro desviante seria necessário recorrer ao planeamento prévio das mesmas, sendo exigida uma procura mental de possibilidades e alternativas, indicadoras de estimulação da flexibilidade cognitiva “Quando era traficante dizia aos vigias onde eles tinham de ficar, para não ser apanhado pela polícia” (P.17), “Tinha de planear onde roubar. Saber quais os supermercados que tinham aquilo que eu queria e onde estavam, para vender depois... saber que o corredor das bebidas fica lá ao fundo, por exemplo e não repetir de seguida o mesmo local dos roubos” (P.20).

Quando questionados acerca das capacidades que julgam ter desenvolvido enquanto estiveram em situação de sem-abrigo, as respostas reportam novamente para o desenvolvimento das FE, nomeadamente ao nível da capacidade de adaptação “Aprendi a ter maior capacidade de adaptação “ (P.8), “Tive de me adaptar ao que tinha... à comida, à roupa...” (P.22), à capacidade de resolução de problemas “Mais capacidade para saber lidar com as dificuldades, saber desenrascar-me... para tomar banho, para comer, para saber arranjar umas moedas aqui ou ali” (P.29) e maior capacidade de organização/gestão “Tive de aprender a administrar melhor a comida e o dinheiro. Tinha que guardar a comida do almoço, saber dividir para sobrar para o jantar” (P.22), “Desenvolvi a capacidade em saber gerir melhor o dinheiro” (P.26).

Categoria Saúde, Subcategorias Exercício físico, Redução de danos e Higiene.

Viver em situação de sem-abrigo envolve, muitas vezes, a deambulação pela cidade, com vista à procura de oportunidades, o implica a possibilidade de caminhar, sendo esta uma

forma de exercício físico, embora fora dos contornos normativos e intencionais do termo, na sua maioria “Quando vivia na rua andava muito todos os dias... estive na rua 5 anos” (P.4), “Andava 10 km por dia, durante 8 anos” (P.5), “Costumava fazer caminhadas todos os dias” (P.13), embora tenha sido também referida essa intencionalidade “Fazia desporto, como ginástica e flexões. Ajudava-me a estar em forma para o que fosse preciso” (P.8).

Em relação à subcategoria redução de danos, o foco prende-se com a prevenção das doenças infectocontagiosas relacionadas com o uso injetável de drogas “Tinha o cuidado de não partilhar material de uso injetável” (P.4), “Sempre fui muito cuidadoso com a minha saúde, então usava o meu próprio material” (P.8), “Consumia drogas do hospital onde trabalho para não apanhar doenças” (P.21).

Na subcategoria higiene, para além da menção à higiene pessoal “Todos os meses ia aos balneários tomar banho” (P.2), de igual modo existia, nas atividades de tempo livre, uma preocupação com a limpeza dos espaços habitados, podendo este comportamento ser equiparado às atividades domésticas do CRIq “Todos os dias eu limpava o sítio onde eu dormia” (P.7), “Ser arrumado e ter as coisas limpas fazia-me sentir menos decadente” (P.28), sendo notória a consciência do estado pessoal e a tentativa de evitamento emocional dessa consciência, sendo o relato seguinte mais um exemplo desse evitamento “Beber ajudava-me a não me lembrar das situações do passado” (P.6).

Categoria Atividades de Lazer, Subcategorias Atividades de Lazer Ativas e Passivas.

Tal como já foi apresentado, as PSSA dependentes de SPA utilizam maioritariamente o seu tempo livre em atividades relacionadas com o consumo de SPA, seja com o consumo propriamente dito, seja em busca de meios para conseguir consumir, pelo que atrás foram expostos os diversos comportamentos adotados pelos participantes da investigação que refletem o encontrado na literatura e na prática clínica.

No entanto foi possível aceder a outras formas de ocupar o tempo por parte dos participantes, que não as já ilustradas, tendo as mesmas sido divididas em atividades de lazer ativas e atividades de lazer passivas. Relativamente às primeiras podemos destacar o cozinhar “Cozinhava todos os dias” (P.1), “Via o telejornal” (P.7), “Lia livros” (P.18), “Tocava guitarra” (P.21), tendo estas atividades ativas sido referidas pelas PSSA sem casa. Porém, nas PSSA sem teto atividades de lazer de carácter ativo foram de igual forma referidas “Jogava cartas num clube” (P.15), “Costumava ir jogar às cartas todos os dias” (P.16), “Ia jogar às

cartas no jardim com os meus amigos e também com outras PSSA” (P.22). Ressalva-se que, apesar de viver na rua, um participante referiu ter continuado a ir a museus, a exposições e a concertos, embora este último com o intuito de obter ganho financeiro “Ia a concertos para vender droga” (P.8). No que diz respeito às atividades de lazer passivas, o ouvir música foi a única atividade mencionada “Ouvia música” (P.18), “Ouvia rádio” (P.5).

Categoria Aumento da consciência de si, Subcategorias Empatia e Autoestima.

Apesar de ser tendencialmente questionado às PSSA dependentes de SPA que perdas percebem por terem passado por esta vivência, na presente investigação, pelo contrário, procurou perceber-se que aspetos constituintes desta condição poderão ter trazido RC a esta população. Neste sentido, existiu o interesse em auscultar a visão dos participantes relativamente às capacidades adquiridas enquanto estiveram a viver como PSSA tendo os aspetos ligados à empatia e à autoestima merecido destaque nas suas respostas. Assim sendo, em relação à subcategoria empatia verificou-se o desenvolvimento de uma maior sensibilidade e compaixão pela dor do outro “Por PSSA que estavam feridas ou com fome. Cheguei a cortar as unhas dos pés a PSSA mais velhos” (P.8), sendo também mencionada uma maior e genuína disponibilidade em ajudar “Quando via miúdos na rua ficava com pena, porque eu também passei por aquilo e tentava protegê-los e encaminhá-los para os serviços” (P.8), “Isto ajudou-me a ser mais humano. Mais sensível com os outros. A ouvir as outras pessoas e a compreender as outras PSSA” (P.24). Ao mesmo tempo viver nesta situação ajudou a descentralizar a atenção de si mesmos e em perceber os outros para além da instrumentalidade “Fiquei menos egoísta. Comecei a dar mais valor a quem ajuda” (P.15), “Ajudou-me a olhar para as outras PSSA como pessoas iguais às outras” (P.29), “Saber ouvir o desabafo das outras pessoas. Tornei-me mais flexível e mais empático” (P.30), “Consegui desenvolver a capacidade de amar PSSA. Conheci pessoas extraordinárias” (P.21), sendo, desta forma, realçada a possibilidade de ocorrência de tomada de consciência de si e a abertura à mudança.

Na subcategoria autoestima, a resiliência foi referida por quase metade dos participantes ($n = 13$), tendo sido colocado ênfase no sofrimento físico e psicológico “Fiquei mais resistente ao frio, em suportar a dor e a não me deixar abalar com facilidade” (P.9), “Considero que fiquei mais forte psicologicamente e mais forte em aguentar o frio e a fome” (P.15), “Passei por situações difíceis e percebi que tenho mais resistência do que pensava” (P.30). Outro aspeto, também ele com bastante relevo nas respostas dadas pelos participantes

(n = 17), disse respeito em relação à humildade, tendo inclusive sido um motor que terá precipitado pedir ajuda para sair desta situação “Choquei com o que há de maior na miséria humana. Pensei que se não fizesse nada ia ficar assim também” (P.3), “Estar nesta situação levou-me a baixar o orgulho, a colocar os pés na terra e a focar na realidade. Perdi tudo... esposa, casa, tudo” (P.14), “Com as drogas eu era muito arrogante enquanto tive dinheiro. Passar por isto ajudou-me a ter mais humildade” (P.19), “Fiquei a ser mais humilde e em reconhecer que precisava de ajuda” (P.18). Outro ganho reconhecido por se ter vivido como PSSA remete para a valorização pessoal, dando conta do autoconceito depreciativo prévio existente “Comecei a ter mais vontade de viver, porque vi a vida por um fio” (P.24), “Comecei a colocar-me em primeiro lugar e, por isso, pedi ajuda” (P.30), “Comecei a dar-me mais valor e a cuidar mais de mim” (P.5). A situação de sem-abrigo comporta um peso que traz à tona vulnerabilidades camufladas pelas estratégias de *coping* não adaptativas “Antes só valorizava os bens materiais e tinha mais vaidade, roupas, perfumes, etc. Isto obrigou-me a ser mais realista” (P.3), “Obrigou-me a olhar para mim próprio... por muito que não gostasse de olhar para mim” (P.14), “Uma pessoa vê-se afundada na porcaria e pensa ao ponto que eu cheguei” (P.18). Desta forma, para além da valorização pessoal, o ter vivido na condição de sem-abrigo possibilitou a apreciação dos outros “Aprendi a dar mais valor às pessoas que temos ao nosso lado” (P.24), bem como a aspetos antes dados por adquiridos “Comecei a valorizar pequenas coisas como a água, a higiene, o poder ir à casa de banho” (P.21), “A dar mais valor à comida” (P.27). Se antes de terem passado por esta experiência de vida existia uma autoimagem pautada pela insegurança e baixa autoestima, a necessidade de fazer face aos desafios diários trouxe uma perceção de maior autoconfiança “Sinto que agora sou mais corajoso” (P.14), “Passei a confiar mais em mim” (P.12), “Eu era muito calado e envergonhado e deixei de ser” (P.10), para além de ter surgido uma maior noção de autorresponsabilidade como agente promotor do curso da própria vida “É preciso esforçarmos para termos as coisas... não caem do céu” (P.26), o que parece ter promovido uma atitude de maior responsabilidade e motivação “Até comecei a chegar mais cedo ao trabalho que me arranjavam” (P.6), “Passei a ser mais disciplinado para me levantar cedo para poder ter dinheiro” (P.10), “Agora sou mais consciente com os meus comportamentos. Procuro ser cumpridor e recto e também com o trabalho que preciso de executar” (P.19).

Para finalizar, para alguns dos participantes, estar como PSSA suscitou um despertar espiritual, assente na Fé que terá tido como função reavaliar questões existencialistas “Antes não acreditava em algo superior, mas tive várias experiências que me levaram a pensar que

algo me protege” (P.10), “Estar como sem-abrigo levou-me a desenvolver a crença num Poder Superior e a acreditar em Deus. Quando me tentei matar, algo me fez ligar para o hospital, para fazer uma lavagem ao estômago. Algo me fez sobreviver” (P.19), para além de ter tido um papel de suporte para gerir o sofrimento emocional “Estar a viver naquelas condições fortaleceu a minha relação com Deus e ajudou-me a gerir a raiva que eu sentia” (P.14).

Discussão de Resultados

Os resultados dos participantes na prova CRIq padronizada, ainda que tenham apontado para um índice médio de RC estimada em 63% dos participantes, ao mesmo tempo corroboraram o facto de *proxies* sociocomportamentais fundamentais estudados, que poderão constituir RC e se revelarem fatores protetores contra os processos neurodegenerativos, tais como o nível de complexidade da profissão e as atividades de lazer, se encontrem fracamente presentes nos seus percursos de vida. Contudo, através da Escala Adicional foi possível aceder a uma diversidade de fatores que poderão, igualmente, estimular a reserva e proteger o estado cognitivo, com repercussões no funcionamento executivo das PSSA dependentes de SPA. Os resultados da análise de conteúdo da Escala Adicional revelaram comportamentos que, por um lado, poderão ser equiparados aos níveis de complexidade da profissão, tais como as formas alternativas de ganho financeiro e, por outro, poderão ser considerados atividades cognitivamente estimulantes, pelo seu caráter criativo e de desafio mental.

Desta forma, apesar do sofrimento físico e psicológico e da perceção de discriminação pela sociedade (Jesus & Menezes, 2010), os relatos dos participantes sublinharam o alcançar de diferentes capacidades secundárias às vivências na condição de sem-abrigo. A atenção e a perspicácia, uma maior responsabilidade pessoal, uma maior tolerância, paciência e autocontrolo, uma maior capacidade de autoproteção proveniente da aprendizagem de situações ocorridas, uma melhoria das competências de comunicação interpessoal, uma maior capacidade de resolução de problemas, um aumento da capacidade de adaptação, maiores competências de gestão e organização, uma maior capacidade empática e uma autoestima mais saudável são as capacidades adquiridas e desenvolvidas identificadas pelas PSSA dependentes de SPA da nossa amostra. Estes resultados vão ao encontro da investigação de Viegas (2013) e dão conta que mudanças podem ocorrer na pessoa que experiencia a situação de sem-abrigo, o que poderá remeter para a possibilidade desta

condição promover RC, uma vez o cérebro ser anatomicamente modificado pelas experiências (Stern et al., 2020).

Assim, os comportamentos adotados e os processos cognitivos inerentes poderão conduzir à inferência que as especificidades ligadas à situação da PSSA dependente de SPA obrigam à ativação e estimulação de dimensões intrínsecas às FE, através do planeamento, da procura de alternativas, do autocontrolo e da aprendizagem das regras e pressupostos da rua. Segundo Bender et al. (2007) e Kidd & Davidson (2007) denominam-se “*street smarts*” as PSSA que, através da observação e da experiência, sabem quais os recursos que existem e onde os encontrar, sejam eles institucionais ou parcerias de rua e que conseguiram adaptar-se à estratificação da rua. Pelos resultados alcançados, os participantes manifestam enquadrar-se nesta descrição, não só pelas suas respostas à Escala Adicional, mas pelo facto de atualmente se encontrarem institucionalizados, em tratamento, o que pressupôs um pedido de ajuda e a procura desse apoio.

Relativamente às formas de ganho financeiro, tal como encontrado na investigação de Godinho (2007), observámos que a mendicidade, o furto e o tráfico de drogas são as formas mais frequentes de ocupação laboral de sobrevivência, tendo a de arrumador aparecido com um resultado quantitativo equiparado à mendicidade, apenas superado pelos biscates. Destas formas de ocupação laboral de sobrevivência, a mendicidade foi a única que surgiu como sendo a praticada em maior quantidade pelas PSSA sem teto, comparativamente às PSSA sem casa, talvez pela maior precariedade vivida pelas PSSA sem teto, que poderá promover uma maior desinibição devido à premência em colmatar as necessidades básicas. O facto de somente dois dos participantes nunca terem deixado de trabalhar poderá ser um indicador da dificuldade das PSSA dependentes de SPA conseguirem exercer uma atividade profissional convencional, talvez devido à desestruturação consequente à adição, o que reforça a urgência da elaboração de estratégias, algumas delas ardilosas, para a concretização dos objetivos diários, sendo isto concordante com o referido por Amorim et al. (2017), relativamente à necessidade de se empregarem estratégias para responder às exigências impostas pela condição de sem-abrigo. Esta necessidade está refletida pelo destaque dado às estratégias de ganho financeiro, tal como pela hierarquia de atividades ligadas ao Tempo Livre, bem como pela média da RC estimada ter sido mais elevada na dimensão CRI Trabalho, relativamente à CRI Tempo Livre (Figura 5), apontando para a constatação de que a PSSA dependente de SPA utiliza a maioria do tempo livre em atividades com vista à obtenção de ganho financeiro, tanto para subsistir, como para aceder às SPA. Este resultado vai ao

encontro do referido por Pedrero-Pérez et al. (2014), no qual existe a constatação dos consumos aditivos constituírem o foco do dependente de SPA, verificando-se um empobrecimento ambiental como consequência. Por outro lado, este comportamento poderá conduzir a um aperfeiçoamento das competências cognitivas ao nível das FE, pelo treino recorrente derivado da necessidade diária. Ao mesmo tempo, a procura de suporte social, que foi a segunda atividade de tempo livre mais pontuada, remete para o intuito de se obter algum outro tipo de lucro, o que parece indicar que a relação interpessoal nas PSSA dependentes de SPA passa por ser primordialmente instrumental, o que corrobora a possibilidade de o centro da vida destes sujeitos ser a obtenção de dinheiro, com vista aos consumos de SPA.

Relativamente à análise das hipóteses da investigação, os resultados do somatório do CRIq (P. Bruta) com a Escala Adicional vão ao encontro dos obtidos na aplicação do CRIq (P. Bruta), podendo ser reforçada a possibilidade do tamanho reduzido da amostra e do tempo em situação de sem-abrigo em alguns participantes ($n = 5$) ter sido inferior a 12 meses, não ter permitido que a totalidade dos dados tivessem sido recolhidos, já que as atividades inerentes à ocupação laboral de sobrevivência e as de tempo livre não foram consideradas em todos os participantes, de forma a respeitar as normas do CRIq.

Conclusão

A PSSA dependente de SPA encontra-se exposta a riscos ambientais, nomeadamente às SPA que poderão comprometer o seu funcionamento neurocognitivo, em particular as FE.

A literatura encontrada sobre esta temática tende a colocar relevo sobre os resultados que corroboram a fragilidade desta dimensão cognitiva nesta população, não existindo um olhar reflexivo explícito para as possibilidades subjacentes que possam contribuir para a compreensão das diferenças encontradas no desempenho comportamental que implica o envolvimento das FE.

Consciente das múltiplas variáveis envolvidas na complexa realidade da PSSA dependente de SPA, que constituem um desafio em termos de investigação, procurou-se aumentar o conhecimento empírico acerca da RC nesta população, da relação da RC com as FE, se existem diferenças na RC e nas FE entre as PSSA sem teto e as PSSA sem casa e observar se as atividades de sobrevivência, desenvolvidas em contexto de situação de sem-abrigo com dependência de SPA, poderão estimular a reserva, proteger o estado cognitivo e ter repercussões nas FE. Este foi um trabalho pioneiro, não se tendo conhecimento de outras investigações sobre este tema com esta população, nem nacionais, nem internacionais.

Deste modo, procurou-se perceber, antes de mais, qual o nível estimado de RC acumulada ao longo da vida nestes sujeitos, uma vez não existirem dados conhecidos sobre esta questão. Para tal, consideraram-se as atividades realizadas durante o tempo que não se estava em situação de sem-abrigo através do CRIq e as atividades realizadas durante o tempo em que viveu em situação de sem-abrigo através da Escala Adicional. Entendeu-se que apenas a aplicação do CRIq seria insuficiente para avaliar a RC nesta população, porque contém itens que não vão ao encontro da realidade da PSSA e que, de igual modo, somente a aplicação de um questionário alusivo ao tempo de condição de sem-abrigo não permitiria a aproximação da avaliação da RC estimada nesta população, já que a sua vida não seria analisada como um todo. Contudo, tendo em conta que a situação de sem-abrigo, em particular do dependente de SPA, comporta a necessidade de que sejam adotados comportamentos proativos e estratégicos, com vista à satisfação das necessidades básicas de sobrevivência e para a manutenção da dependência de SPA, de igual modo, na presente investigação existiu uma intenção exploratória em observar que fatores estariam implicados na realidade da vivência em situação de sem-abrigo que poderiam estimular a reserva e talvez explicar o desempenho cognitivo destas pessoas, em particular das FE que, apesar das agressões neurocognitivas

sofridas, apresentam resultados que parecem permitir uma integração na sociedade de forma autónoma em termos pessoais e produtiva em termos profissionais. Para este fim, os resultados da análise quantitativa e qualitativa da Escala Adicional, especialmente a análise de conteúdo trouxeram um contributo importante para a compreensão de que as estratégias elaboradas em contexto de situação de sem-abrigo dependente de SPA parecem estimular a RC e proteger o funcionamento executivo. O resultado encontrado de que o QI pré-mórbido mostra não ter correlação com a RC nesta população torna ainda mais evidente a possibilidade de que poderá existir um peso preponderante destas estratégias sobre a RC nas PSSA dependentes de SPA. Segundo os relatos da maioria dos participantes, ocorreu aprendizagem e mudança após as experiências vivenciadas nesta condição, em concreto ao nível do controlo inibitório, da memória de trabalho e na flexibilidade mental, o que parece apontar para uma relação entre os comportamentos exigidos enquanto PSSA dependente de SPA e a ativação de redes neuronais compensatórias ao nível das FE, deduzindo-se a presença de redes neuronais eventualmente danificadas pelos consumos de SPA e pelo estilo de vida como PSSA. Desta forma, estes comportamentos sugerem ter sido protetores em termos adaptativos ao contexto, mas também de preservação do estado cognitivo. Na presente amostra, o MoCA apresentou um resultado sem alteração na maioria dos participantes e as provas que avaliam as FE confirmaram um resultado também sem alteração na FAB e no Teste de Stroop, sendo possível inferir a presença de um estado neurocognitivo preservado ou compensado, sobretudo das FE. Apesar dos participantes terem sido expostos ao risco ambiental, devido à condição de PSSA, os critérios de seleção da amostra, para a presente investigação, excluíram variáveis, nomeadamente a infeção pelo VIH, o TCE e a doença mental que poderiam interferir com os resultados das provas aplicadas. Segundo Gicas et al., (2019), as agressões ambientais sofridas ao longo da vida pelas PSSA têm impacto nas redes de espessura cortical, pelo que quanto maior o número de morbilidades, menor a eficiência dessas redes, logo maior o comprometimento cognitivo. Ao mesmo tempo, importa relembrar que os participantes se encontravam em contexto de CT no momento da investigação, o que significa que estavam abstinentes, pelo que este fator poderá ter contribuído para que melhores resultados nas provas de avaliação tivessem sido alcançados. De igual modo, várias investigações convergem para a reversibilidade, em alguns casos, do estado cognitivo dos participantes quando em abstinência, pelo que estas variáveis poderão ter contribuído para os resultados clínicos demonstrados. Ainda assim, estes resultados contrariam os dados encontrados por Fernández-Serrano et al. (2010b), já que, mesmo em CT, os participantes apresentaram

disfunção executiva e contrariam várias outras investigações, o que reflete a dificuldade em encontrar homogeneidade numa população tão heterogénea.

Desta forma, podemos concluir que mais investigações serão necessárias para clarificar qual o nível de RC, uma vez ainda não existir uma prova de RC validada para a população portuguesa. Serão também necessários mais estudos para compreender qual a função da RC nas FE nas PSSA, em particular das dependentes de SPA, porque apesar dos achados alcançados em termos qualitativos e da confirmação de uma presença média de RC nesta amostra, a análise estatística não encontrou correlação entre a RC e o desempenho das FE, nem entre os meses em situação de sem-abrigo, os meses de consumo de SPA e a RC e as FE, não tendo também a idade mostrado correlação com a RC, apenas parcialmente com as FE de forma negativa. Relativamente à comparação entre o grupo das PSSA sem teto e o grupo das PSSA sem casa, de igual modo, não foram encontradas diferenças ao nível da RC e das FE. Estes resultados poderão ser explicados pelo número reduzido da amostra sendo tal uma limitação à investigação, o que, segundo Madoz-Gúrpide & Ochoa-Mangado (2012), é uma limitação recorrente nas amostras com pessoas dependentes de SPA. Identificaram-se outros dois fatores que poderão ter limitado, de igual forma, a investigação: o facto de alguns participantes não terem pelo menos 12 meses como PSSA ($n = 5$), o que não permitiu que os dados referentes à ocupação laboral de sobrevivência e ao de tempo livre fossem considerados em todos os participantes ao nível quantitativo; e a amostra não ser composta por um número igual de PSSA sem teto ($n = 12$) e de PSSA sem casa ($n = 18$), podendo este fator não ter permitido alcançar resultados tão exatos. Ao mesmo tempo, as particularidades da temática estudada levaram a que fossem colocadas questões relativamente a práticas desviantes, existindo a possibilidade dos participantes não terem relatado alguns aspetos, tanto referentes à ocupação laboral de sobrevivência, como às atividades de tempo livre, fosse por esquecimento na situação de investigação, fosse por estarem alterados pelos consumos na altura dos acontecimentos e não terem armazenado a informação em termos mnésicos, fosse por omissão. Este risco intrínseco à própria investigação pode ter limitado o acesso a uma pontuação de RC mais elevada.

Para que as hipóteses da presente investigação possam ser avaliadas de forma mais efetiva sugere-se que, em estudos empíricos futuros, se utilize uma amostra maior, em que os participantes tenham estado pelo menos 12 meses como PSSA e se efetue um estudo comparativo entre PSSA dependentes de SPA e dependentes de SPA que nunca estiveram nessa condição, em número igual, para além de que seja aplicada uma prova de avaliação da

RC apropriada a esta população, uma vez o CRIq não se ter mostrado totalmente adequado. Uma outra possibilidade interessante seria perceber também, com uma amostra maior, se as PSSA dependentes de cocaína ou de álcool obtêm melhores resultados nas provas que avaliam as FE quantos mais anos for o seu passado em situação de sem-abrigo. Na presente investigação só três participantes não tinham consumos de álcool ou de cocaína antes da entrada em CT, portanto não foi possível avaliar quem poderia ter melhores resultados nas FE.

Para finalizar, apesar do desafio que constituiu proceder a uma investigação tomando a PSSA dependente de SPA como população alvo, consideramos necessário que existam mais trabalhos que promovam um aumento do conhecimento científico acerca destas pessoas, para que decisões de intervenção com as PSSA dependentes de SPA, tanto locais, como nacionais possam ser tomadas, com base num saber empírico e sustentado, e não num senso comum redutor que retira a diversidade intrínseca à condição de Ser Humano. É urgente e fundamental que sejam colocados em causa os pressupostos generalizados de baixas competências cognitivas nesta população, desconsiderando-se assim as potencialidades individuais, sob o risco de que a exclusão social se mantenha e que se condicionem as oportunidades de acesso destas pessoas à sociedade de uma forma autónoma, produtiva e digna. Ao mesmo tempo, uma ampliação do saber técnico em CT poderá facilitar a reestruturação das atividades terapêuticas e de lazer, assim como potencializar os recursos cognitivos desta população, o que poderá permitir a promoção da autoconfiança e a motivação destas pessoas, no que diz respeito à adesão ao seu projeto de reabilitação e de reinserção.

Referências

- Alves, L., Simões, M. R., & Martins, C. (2017). *Teste de leitura de palavras irregulares (TeLPI). Estimção da inteligência pré-mórbida*. Manual Técnico. Hogrefe.
- Amato, F., & MacDonald, J. (2011). Examining risk factors for homeless men: Gender role conflict, help-seeking behaviors, substance abuse and violence. *The Journal of Men's Studies*, 19(3), 227-235. <https://doi.org/10.3149/jms.1903.227>
- Amorim, A. K. M. A., Nobre, M. T., Coutinho, A. F. J., & Gomes, F. E. S. (2017). Entre canteiros e nuvens, perigos e guarda-chuvas: A experiência de uma pesquisa-intervenção com pessoas em situação de rua. *Estudos de Psicologia*, 22(4), 389-400. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20170040>
- Arias, F., Arnsten, J. H., Cunningham, C. O., Coulehan, K., Batchelder, A., Brisbane, M., Segal, K., & Rivera-Mindt, M. (2016). Neurocognitive, psychiatric, and substance use characteristics in opioid dependent adults. *Addictive Behaviors*, 60, 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.018>
- Ayano, G., Belete, A., Duko, B., Tsegay, L., & Dachew, B. A. (2021). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms, dysthymia and major depressive disorders among homeless people. *BMJ Open*, 11, Article e040061. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040061>
- Baptista, I. & Marlier, E. (2019). Fighting homelessness and housing exclusion in Europe. A study of national policies. *National Strategies to Fight Homelessness and Housing Exclusion*. European Social Policy Network (ESPN). <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/2dd1bd61-d834-11e9-9c4e-01aa75ed71a1>
- Bender, K., Thompson, S. J., McManus, H., Lantry, J. & Flynn, P. M. (2007). Capacity for survival: Exploring strengths of homeless street youth. *Child Youth Care Forum*, 36, 25-42. <https://doi.org/10.1007/s10566-006-9029-4>
- Bourgault, Z., Rubin-Kahana, D. S., Hassan, A. N., Sanches, M., & Le Foll, B. (2022). Multiple substance use disorders and self-reported cognitive function in U.S. adults: Associations and sex-differences in a nationally representative sample. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 797578. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.797578>
- Burra, T. A., Stergiopoulos, V., & Rourke, S. B. (2009). A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: Implications for service delivery. *Canadian Journal of*

Psychiatry, 54(2), 123–133. <https://doi.org/10.1177/070674370905400210>

- Cabeza, R., Anderson, N. D., Locantore, J. K., & McIntosh, A. R. (2002). Aging gracefully: Compensatory brain activity in high-performing older adults. *NeuroImage*, 17(3), 1394-1402. <https://doi.org/10.1006/nimg.2002.1280>
- Caetano, T., Pinho, M. S., Ramadas, E., Clara, C., Areosa, T., & Dixe, M. D. A. (2021). Efetividade do treinamento cognitivo na memória, funcionamento executivo e velocidade de processamento em indivíduos com transtornos do uso de substâncias: Uma revisão sistemática. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 730165. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.730165>
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa. Vol. 3*, 305-330. Quarteto.
- Caplan, B., Schutt, R. K., Turner, W. M., Goldfinger, S. M., & Seidman, L., J. (2006). Change in neurocognition by housing type and substance abuse among formerly homeless seriously mentally ill persons. *Schizophrenia Research*, 83(1), 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.11.013>
- Castro, M. F., Cleto, C. R., & Silva, N. T. (2014). *Segurança e saúde do trabalho e prevenção do consumo de substâncias psicoativas: Linhas orientadoras para intervenção em meio laboral*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=19&lista=SICAD_DOCUMENTOSNORMATIVOS&bkUrl=BK/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/
- Culpepper, L., Lam, R. W., & McIntyre, R. S. (2017). Cognitive impairment in patients with depression: Awareness, assessment and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(9), 1383-1394. <https://doi.org/10.4088/jcp.tk16043ah5c>
- Cutuli, D., Ladrón de Guevara-Miranda, D., Castilla-Ortega, E., Santín, L. J., & Sampedro-Piquero, P. (2019). Highlighting the Role of Cognitive and Brain Reserve in the Substance use Disorder Field. *Current Neuropharmacology*, 17(11), 1056–1070. <https://doi.org/10.2174/1570159x17666190617100707>
- Cunha, P. J., Oliveira, P. A., Cortezzi, M., Busatto, G. F., & Scivoletto, S. (2015). Executive dysfunction and low academic attainment in adolescent substance abusers with a history of maltreatment. *MedicalExpress*, 2(5).

<https://doi.org/10.5935/MedicalExpress.2015.06.06>

- Cunningham, W. A., & Zelazo, P. D. (2007). Attitudes and evaluations: A social cognitive neuroscience perspective. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 11(3). <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.12.005>
- Depp, C. A., Vella, L., Orff, H. J., & Twamley, E. W. (2015). A Quantitative Review of Cognitive Functioning in Homeless Adults. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 203(2), 126–131. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000248>
- Espirito-Santo, H., Lemos, L., Torres-Pena, I., Vicente, F., Silva, G. F., Costa, M., Marques, M., Simões, S., Guadalupe, S., & Daniel, F. (2015). Bateria de Avaliação Frontal (FAB). *Escalas e Testes Na Demência (3ª Ed.)*, 68–75.
- Fernandes, S. & Ferreira, C. (2013). *STROOP: Teste de Cores e Palavras*. Manual. CEGOC-TEA.
- Fernández-Del Olmo, A., Cruz-Cortés, M., Conde, C., Ontanilla, E., Rosa-Muela, C., Martos, C., Cáceres, D., & Ruiz-Sánchez de León, J. M. (2019). The role of the cognitive reserve in the cognitive recovery of patients who have suffered a severe addiction to substances. *Revista de Neurologia*, 69(8), 323–331. <https://doi.org/10.33588/rn.6908.2019095>
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., Río-Valle, J. S., & Verdejo-García, A. (2010a). Neuropsychological consequences of alcohol and drug abuse on different components of executive functions. *Journal of Psychopharmacology*, 24(9), 1317-1332. <https://doi.org/10.1177/0269881109349841>
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., Perales, J. C., & Verdejo-García, A. (2010b). Prevalence of executive dysfunction in cocaine, heroin and alcohol users enrolled in therapeutic communities. *European Journal of Pharmacology*, 626, 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2009.10.019>
- Ferreira, S. E., Santos, A. K. M., Okano, A. H., Gonçalves, B. S. B., & Araújo, J. F. (2017). Efeitos agudos do exercício físico no tratamento da dependência química. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 39(2), 123-131. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2016.01.016>
- Formiga, M. B. (2019). *Funções executivas e regulação emocional em dependentes químicos*. [Tese de doutoramento em Neuropsicologia - Universidade Federal de Pernambuco]. Repositório Digital da UFPE. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/34590>

- Formigoni, M. L. O. S., Kessler, F., Pechansky, F., Baldisserotto, C. F. P., & Abraão, K. P. (2017). *Efeitos das substâncias psicoativas: módulo 2* (11ª ed.). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
https://www.supera.org.br/@/material/mtd/pdf/SUP/SUP_Mod2.pdf
- Franzmeier, N., Göttler, J., Grimmer, T., Drzezga, A., Araque-Caballero, M. A., Simon-Vermot, L., Taylor, A. N. W., Bürger, K., Catak, C., Janowitz, D., Müller, C., Duening, M., Sorg, C., & Ewers, M. (2017). Resting-State Connectivity of the Left Frontal Cortex to the Default Mode and Dorsal Attention Network Supports Reserve in Mild Cognitive Impairment. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9(264).
<https://doi.org/10.3389%2Ffnagi.2017.00264>
- Franzmeier, N., Hartmann, J., Taylor, A. N. W., Araque-Caballero, M. A., Simon-Vermot, L., Kambeitz-Illankovic, L., Bürger, K., Catak, C., Janowitz, D., Müller, C., Ertl-Wagner, B., Stahl, R., Dichgans, Duening, M., & Ewers, M. (2018). The left frontal cortex supports reserve in aging by enhancing functional network efficiency. *Alzheimer's Research & Therapy*, 10(28). <https://doi.org/10.1186/s13195-018-0358-y>
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300002&lng=pt&tlng=pt
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996.
<https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>
- Freitas, S., Simões, M. R., & Santana, I. (2014). Montreal cognitive assessment (MoCA): Pontos de corte no déficit cognitivo ligeiro, doença de alzheimer, demência frontotemporal e demência vascular. *Sinapse*, 14(1), 18-30.
https://www.spneurologia.com/edition_download.php?id=40
- Fry, C. E., Langley, K., & Shelton, K. H. (2020). Executive functions in homeless young people: Working memory impacts on short-term housing outcomes. *Child Neuropsychology*, 26(1), 27-53. <https://doi.org/10.1080/09297049.2019.1628930>
- García-Moreno, J. A., Cañadas-Pérez, F., García-García, J., & Roldan-Tapia, M. D. (2021). Cognitive reserve and anxiety interactions play a fundamental role in the response to the stress. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 673596.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.673596>

- Gicas, K. M., Jones, A. A., Panenka, W. J., Giesbrecht, C., Lang, D. J., Vila-Rodriguez, F., Leonova, O., Barr, A. M., Procyshyn, R. M., Su, W., Rauscher, A., Vertinsky, A.T., Buchanan, T., MacEwan, G. W., Thornton, A. E., & Honer, W. G. (2019). Cognitive profiles and associated structural brain networks in a multimorbid sample of marginalized adults. *PLoS One*, 4(6), Article e0218201. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218201>
- GIMAE. (2018). *ENIPSSA 2017-2023 – Sumário Executivo*. Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação Sem-Abrigo 2017-2023 (ENIPSSA). https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/ReinsercaoMais/Documents%20Partilhados/Anexo_Prop20_Sum%C3%A1rio%20Executivo.pdf
- GIMAE. (2020). *Inquérito Caracterização das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo. Síntese de Resultados – 31 de dezembro 2020*. Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação Sem-Abrigo (ENIPSSA). <https://www.enipssa.pt/documents/10180/11876/Inqu%C3%A9rito+de+caracteriza%C3%A7%C3%A3o+das+pessoas+em+situa%C3%A7%C3%A3o+de+sem-abrigo+%E2%80%93+31+de+dezembro+2020+%E2%80%93+Dados/f24216a3-476c-4e18-95f4-a8584b741f27>
- GIMAE. (2021). *Inquérito Caracterização das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo – 31 de dezembro 2020*. Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação Sem-Abrigo (ENIPSSA). <https://www.enipssa.pt/documents/10180/11876/Inqu%C3%A9rito+de+caracteriza%C3%A7%C3%A3o+das+pessoas+em+situa%C3%A7%C3%A3o+de+sem-abrigo+%E2%80%93+31+de+dezembro+2020+%E2%80%93+Dados/f24216a3-476c-4e18-95f4-a8584b741f27>
- Godinho, R. (2007). Estudo comparativo entre uma população toxicodependente sem-abrigo e uma população sem-abrigo domiciliada: aspectos psicossociais e psicopatológicos. *Revista TOXICODPENDÊNCIAS*, 13(3), 3-14. https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/45/2007_03_TXT1.pdf
- Gomes, M. S. M. (2018). *Estudo das qualidades psicométricas da bateria de avaliação frontal*. [Dissertação de Mestrado em Neuropsicologia Aplicada – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Psicologia e Ciências da Vida]. Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/9399>
- Gois, J., Oliveira, A., Ferro, L., & Rezende, M. (2020). Comprometimento das funções executivas em usuários de substâncias psicoativas Commitment to executive functions in users of psychoactive substances. *Revista Da Sociedade de Psicologia Do Rio*

Grande Do Sul, 9(2), 57–63.

<https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/issue/view/21>

- Gonzalez, E. A., Dieter, J. N., Natale, R. A., & Tanner, S. L. (2001). Neuropsychological evaluation of higher functioning homeless persons: A comparison of an abbreviated test battery to the mini-mental state exam. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(3), 176-81. <https://doi.org/10.1097/00005053-200103000-00006>
- Gruber, S. A., Silveri, M. M., & Yurgelun-Todd, D. A. (2007). Neuropsychological consequences of opiate use. *Neuropsychology Review*, 17(3), 299-315. <https://doi.org/10.1007/s11065-007-9041-y>
- Han, J., Kesner, P., Metna-Laurent, M., Duan, T., Xu, L., Georges, F., Koehl, M., Abrous, D. N., Mendizabal-Zubiaga, J., Grandes, P., Liu, Q., Bai, G., Wang, W., Xiong, L., Ren, W., Marsicano, G., & Zhang, X. (2012). Acute cannabinoids impair working memory through astroglial CB1 receptor modulation of hippocampal LTD. *Cell*, 148(5), 1039–1050. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2012.01.037>
- Harris, P., Allegri, R.F., Dillon, C., Serrano, C.M., Loñ, L., Villar, V., Lopez Amalfara, L., Butman, J., & Taragano, F.E. (2005). Cognición en distimia [Cognition in dysthymia]. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatria*, 16(61), 165-9. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex61.pdf>
- Henkel, D. (2011). Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*, 4(1), 4-27. <https://doi.org/10.2174/1874473711104010004>
- Hoff, A. L., Riordan, H., Morris, L., Cestaro, V., Wieneke, M., Alpert, R., Wang, G.J., & Volkow, N. (1996). Effects of crack cocaine on neurocognitive function. *Psychiatry Research*, 60, 167-176. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(96\)02758-8](https://doi.org/10.1016/0165-1781(96)02758-8)
- Hurstak, E., Johnson, J. K., Tieu, L., Guzman, D., Ponath, C., Lee, C. T., Jamora, C. W., & Kushel, M. (2017). Factors associated with cognitive impairment in a cohort of older homeless adults: Results from the HOPE HOME study. *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 562–570. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.06.002>
- Jefferson, A. L., Gibbons, L. E., Rentz, D. M., Carvalho, J. O., Manly, J., Bennett, D. A., & Jones, R. N. (2011). A Life Course Model of Cognitive Activities, Socioeconomic Status, Education, Reading Ability, and Cognition. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(8), 1403–1411. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03499.x>

- Jesus, M. F., & Menezes, I. (2010). A experiência de sem-abrigo como promotora de empoderamento psicológico. *Análise Psicológica*, 28(3), 527–535. <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/369>
- Jones, R. N., Manly, J., Glymour, M. M., Rentz, D. M., Jefferson, A. L., & Stern, Y. (2011). Conceptual and Measurement Challenges in Research on Cognitive Reserve. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(4), 593–601. <https://doi.org/10.1017/S1355617710001748>
- Katzman, R., Terry, R., DeTeresa, R., Brown, T., Davies, P., Fuld, P., Renbing, X., & Peck, A. (1988). Clinical, pathological, and neurochemical changes in dementia: a subgroup with preserved mental status and numerous neocortical plaques. *Annals of Neurology*, 23, 138-144. <https://doi.org/10.1002/ana.410230206>
- Kendler, K. S., Lönn, S. L., Salvatore, J., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2017). Divorce and the onset of alcohol use disorder: A Swedish population-based longitudinal cohort and co-relative study. *American Journal of Psychiatry*, 174(5), 451-458. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050589>
- Kidd, S. A., & Davidson, L. (2007). You have to adapt because you have no other choice: The stories of strength and resilience of 208 homeless youth in New York City and Toronto. *Journal of Community Psychology*, 35(2), 219-238. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jcop.20144>
- Kluwe-Schiavon, B., Viola, T. W., & Grassi-Oliveira, R. (2012). Modelos teóricos sobre construto único ou múltiplos processos das funções executivas. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*, 4(2), 29-34. <https://doi.org/10.5579/rnl.2012.00106>
- Kolling, N. M., Silva, C. R., Carvalho, J. C. N., Cunha, S. M., & Kristensen, C. H. (2007). Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. *Avaliação Psicológica*, 6(2), 127-137. https://www.researchgate.net/publication/263189355_Avaliacao_neuropsicologica_em_alcoolistas_e_dependentes_de_cocaína_Neuropsychological_assessment_in_alcohol-and-cocaine-dependent_subjects
- Konflanz, F., Costa, K., & Mendes, T. (2016). A neuropsicologia do envelhecer: As “faltas” e “falhas” do cérebro e do processo cognitivo que podem surgir na velhice. *Psicologia.pt*. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1103.pdf>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 35, 217-238.

<https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>

- Kramer, A. F., Bherer, L., Colcombe, S. J., Dong, W., & Greenough, W. T. (2004). Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, *59A*(9), 940-957. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.9.m940>
- Landenberger, T., Cardoso, N. O., Oliveira, C. R., & Argimon, I. I. L. (2019). Instruments for measuring cognitive reserve: A systematic review. *Psicologia - Teoria e Prática*, *21*(2), 41–57. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n2p58-74>
- Laudet, A. B., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfactiob among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *24*(1-2), 33-73. https://doi.org/10.1300/j020v24n01_04
- Leonard, K. E., & Rothbard, J. C. (1999). Alcohol and the marriage effect. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, *13*, 139-146. <https://doi.org/10.15288/jsas.1999.s13.139>
- Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, *17*, 281-297. <https://doi.org/10.1080/00207598208247445>
- Liu, L., Jian, P., Zhou, Y., Zhou, J., Jia, L., Tang, M., Zhang, R., & Tang, Y. (2020). Is the long-term use of benzodiazepines associated with worse cognition performance in highly educated older adults? *Frontiers in Psychiatry*, *11*, Article 595623. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.595623>
- Loeber, S., Nakovics, H., Kniest, A., Kiefer, F., Mann, K., & Croissant, B. (2012). Factors affecting cognitive function of opiate-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, *120*, 81-87. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.drugalcdep.2011.07.001>
- Lopez-Quintero, C., Pérez de los Cobos, J., Hasin, D. S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, *115*(1-2), 120-30. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004>
- Luque, B., García, V., & Tabernero, C. (2022). Depression and cognitive impairment in a

- Spanish sample of psychoactive substance users receiving mental health care. *Healthcare*, 10(887). <https://doi.org/10.3390/healthcare10050887>
- Mabhala, M. A., Yohannes, A., & Griffith, M. (2017). Social conditions of becoming homelessness: Qualitative analysis of life stories of homeless peoples. *International Journal for Equity in Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0646-3>
- Madoz-Gúrpide, A., & Ochoa-Mangado, E. (2012). Alteraciones de funciones cognitivas y ejecutivas en pacientes dependientes de cocaína: estudio de casos y controles. *Revista de Neurología*, 54(4), 199–208. <https://doi.org/10.33588/rn.5404.2011174>
- Marceau, E. M., Berry, J., Lunn, J., Kelly, P. J., & Solowij, N. (2017). Cognitive remediation improves executive functions, self-regulation and quality of life in residents of a substance use disorder therapeutic community. *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 150-158. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.04.023>
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística - Com utilização do SPSS* (3ª ed. rev.). EDIÇÕES SÍLABO, LDA.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., & Howerter, A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Miguel-Hidalgo, J. J. (2009). The role of glial cells in drug abuse. *Current Drug Abuse Reviews*, 2(1), 76-82. <https://doi.org/10.2174%2F1874473710902010076>
- Moreira, M. G. S., Santos, D. J. R., & Fonseca, A. A. (2021). Suicídio em uma visão neuropsicológica com foco nas funções executivas / Suicide in a neuropsychological view with focus on executive functions. *Brazilian Journal of Development*, 7(11), 104413–104431. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-185>
- Motzkin, J. C., Baskin-Sommers, A., Newman, J. P., Kiehl, K. A., & Koenigs, M. (2014). Neural correlates of substance abuse: Reduced functional connectivity between areas underlying reward and cognitive control. *Human Brain Mapping*, 35(9), 4282–4292. <https://doi.org/10.1002/hbm.22474>
- Nobre, S. (2020). Perspetiva de curso de vida: a situação de sem-abrigo no feminino em Portugal. *Análise Social*, 55(235), 332–354. <https://doi.org/10.31447/as00032573.2020235.05>

- Nucci, M., Mapelli, D., & Mondini, S. (2011). Cognitive reserve index questionnaire (CRIq): a new instrument for measuring cognitive reserve. *Aging Clinical and Experimental Research*, 24(3). <https://doi.org/10.3275/7800>
- Nunes, I., & Silva Nunes, M. V. (2022). The influence of cognitive reserve in the protection of the cognitive status after an acquired brain injury: a systematic review. *Journal Clinical Experimental Neuropsychology*, 11, 1-22. <https://doi.org/10.1080/13803395.2021.2014788>
- Nunes, M. V. S., Castro-Caldas, A., Rio, D. D., Maestú, F., & Ortiz, T. (2009). O cérebro ex-analfabeto: O período crítico, reserva cognitiva e modelo HAROLD. *Dementia & Neuropsychologia*, 3(3), 222-227. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642009DN303000008>
- Nyberg, J., Henriksson, M., Wall, A., Vestberg, T., Westerlund, M., Walser, M., Eggertsen, R., Danielsson, L., Kuhn, H. G., Aberg, N. D., Waern, M., & Aberg, M. (2021). Anxiety severity and cognitive function in primary care patients with anxiety disorder: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(617). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03618-z>
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2021). *Relatório europeu sobre drogas 2021. Tendências e evoluções*. Serviço das Publicações da União Europeia. <https://doi.org/10.2810/222511>
- Oliveira, A. J., Lins, L. S. T., Ferro, L. R. M., Tagava, R. F., Almeida, M. A. R., Ventura, C. D. F., & Rezende, M. M. (2019). Alterações de neuropsicológicas decorrentes de substâncias psicoativas. *Revista de Saúde Pública Do Paraná*, 2(1), 148–158. <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p148>
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas: resumo*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42863>
- Organização Mundial da Saúde & United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *ICD-11, International Classification of Diseases 11th Revision. The Global Standard for Diagnostic Health Information*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1602669465>

- Pedrero Pérez, E. J., Rojo Mota, G., Ruiz Sánchez de León, J. M., Fernández Méndez, L. M., Morales Alonso, S., & Prieto Hidalgo, A. (2014). Reserva cognitiva en adictos a sustancias en tratamiento: relación con el rendimiento cognitivo y las actividades cotidianas. *Revista de Neurología*, 59(11), 481–489. <https://doi.org/10.33588/rn.5911.2014435>
- Pluck, G., Nakakarumai, M., & Sato, Y. (2015). Homelessness and cognitive impairment: An exploratory study in Tokyo, Japan. *East Asian Archives of Psychiatry*, 25, 122-7. <https://easap.asia>
- Provedor de Justiça. (2021). Os sem-abrigo em tempos de emergência. *Cadernos da Pandemia*. Provedor de Justiça. https://www.provedor-jus.pt/documentos/sem_abrigo_cadernos_da_pandemia_2021_web.pdf
- Ramos, S. P., & Woitowitz, A. B. (2004). Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl I), 18-22. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500006>
- Redonnet, B., Chollet, A., Fombonne, E., Bowes, L., & Melchior, M. (2012). Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: The socioeconomic context. *Drug and Alcohol Dependence*, 12(3), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.002>
- Requena-Ocaña, N., Araos, P., Flores, M., García-Marchena, N., Silva-Peña, D., Aranda, J., Rivera, P., Ruiz, J. J., Serrano, A., Pavón, F. J., Suárez, J., & Rodríguez de Fonseca, F. (2021). Evaluation of neurotrophic factors and education level as predictors of cognitive decline in alcohol use disorder. *Scientific Reports*, 11(1), 1–14. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95131-2>
- Reserve capacity of the brain. (1940). *The British Medical Journal*, 673-674. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2179717/>
- Resolução do Conselho de Ministros nº 107/2017 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República, 1.ª série — N.º 142 — 25 de julho de 2017. (2017). <https://dre.pt/application/conteudo/107745746>
- Ribeiro-Andrade, É. H., & Azeredo, C. V. (2021). Um Estudo Sobre Os Prejuízos Da Drogadição: O Olhar Da Psicologia/ a Study on the Harms of Drug Addiction: the Psychology'S View. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 17632–17644. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-418>

- Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Llanero-Duque, M., & Puerta-García, C. (2013). Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias: la evaluación cognitiva de Montreal. *Revista de Neurología*, 56(03), 129–136. <https://doi.org/10.33588/rn.5603.2012628>
- Sabia, S., Guéguen, A., Berr, C., Berkman, L., Ankri, J., Goldberg, M., Zins, M., & Singh-Manoux, A. (2011). High alcohol consumption in middle-aged adults is associated with poorer cognitive performance only in the low socio-economic group. Results from the GAZEL cohort study. *Addiction*, 106(1), 93-101. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1360-0443.2010.03106.x>
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2014, 12 Fevereiro). *Programa intergerações/Intersituações de exclusão e vulnerabilidade social* [YouTube channel]. <https://www.youtube.com/watch?v=MK3pxileRlg>
- Schmidt, T. P., Pennington, D. L., Cardoos, S. L., Durazzo, T. C., & Meyerhoff, D. J. (2017). Neurocognition and inhibitory control in polysubstance use disorders: comparison with alcohol use disorders and changes with abstinence. *Journal Clinical Experimental Neuropsychology*, 39(1), 22-34. <https://doi.org/10.1080%2F13803395.2016.1196165>
- Seidman, L. J., Schutt, R. K., Caplan, B., Tolomiczenko, G. S., Turner, W. M., & Goldfinger, S. M. (2003). The effect of housing interventions on neuropsychological functioning among homeless persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 54(6), 905-908. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.6.905>
- Sharp, E. H., Coffman, D. L., Caldwell, L. L., Smith, E. A., Wegner, L., Vergnani, T., & Mathews, C. (2011). Predicting substance use behavior among South African adolescents: The role of leisure experiences across time. *International Journal Behavioral Development*, 35(4), 343-351. <https://doi.org/10.1177%2F0165025411404494>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2020). *Sumário executivo relatórios anuais 2019: a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências. A situação do país em matéria de álcool. Descritivo de respostas e intervenções das ações do plano de ação para a redução dos comportamentos aditivos e dependências, horizonte 2020.* http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/168/SumarioExecutivo_RelatoriosAnuaisSPMDT_19_.pdf
- Stergiopoulos, V., Naidu, A., Schuler, A., Bekele, T., Nisenbaum, R., Jbilou, J., Latimer, E. A., Schütz, C., Twamley, E. W., & Rourke, S. B. (2019). Housing stability and neurocognitive functioning in homeless adults with mental illness: a subgroup analysis

- of the at home/chez soi study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 865. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00865>
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3), 448-460. <https://doi.org/10.1017/s1355617702813248>
- Stern, Y., Scarmeas, N., & Habeck, C. (2004). Imaging cognitive reserve. *International Journal of Psychology*, 39(1), 18–26. <https://doi.org/10.1080/00207590344000259>
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015–2028. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004>
- Stern, Y. (2017). An approach to studying the neural correlates of reserve. *Brain Imaging and Behavior*, 11(2), 410–416. <https://doi.org/10.1007/s11682-016-9566-x>
- Stern, Y., & Barulli, D. (2019). Cognitive reserve. In *Handbook of clinical neurology*, 181–190. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804766-8.00011-X>
- Stern, Y., Arenaza-Urquijo, E. M., Bartrés-Faz, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., Ewers, M., Franzmeier, N., Kempermann, G., Kremen, W. S., Okonkwo, O., Scarmeas, N., Soldan, A., Udeh-Momoh, C., Valenzuela, M., Vemuri, P., & Vuoksimaa, E. (2020). Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer's & Dementia*, 16(9), 1305–1311. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.219>
- Stringfellow, E. J., Kim, T. W., Gordon, A. J., Pollio, D. E., Grucza, R. A., Austin, E. L., Johnson, N. K., & Kertesz, S. G. (2016). Substance use among persons with homeless experience in primary care. *Substance Abuse*, 37(4), 534–541. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1145616>
- Sullivan, E. V., & Pfefferbaum, A. (2005). Neurocircuitry in alcoholism: a substrate of disruption and repair. *Psychopharmacology*, 180, 583-594. <https://doi.org/10.1007/s00213-005-2267-6>
- Tsapekos, D., Strawbridge, R., Mantingh, T., Cella, M., Wykes, T., & Young, A. H. (2020). Role of cognitive reserve in cognitive variability in euthymic individuals with bipolar disorder: Cross-sectional cluster analysis. *BJPsych Open*, 6, Article e133, 1-10. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.111>

- Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Revista de Neurología*, 54(12), 750–760. <https://doi.org/10.33588/rn.5412.2011427>
- Uehara, E., Charcat-Fichman, H., & Landeira-Fernandez, J. (2013). Funções executivas: Um retrato integrativo dos principais modelos e teorias desse conceito. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*, 5(3), 25-37. <http://doi.org/10.5579/rnl.2013.145>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World drug report 2021. Global overview: drug demand, drug supply*. <https://wdr.unodc.org/>
- Verdejo García, A., Orozco-Giménez, C., Sánchez-Jofré, M. M., Aguilar de Arcos, F., & Pérez-García, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas de abuso sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología*, 38(12), 1109–1116. <https://doi.org/10.33588/rn.3812.2003592>
- Verdejo-García, A. J., López-Torrecillas, F., Arcos, F. A., & Pérez-García, M. (2005). Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: a multiple regression analysis. *Addictive Behaviors*, 30(1), 89-101. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.04.015>
- Verdejo-García, A., Pérez-García, M., Sánchez-Barrera, M., Rodríguez-Fernández, A. & Gómez-Río, M. (2007). Neuroimagen y drogodependencias: Correlatos neuroanatómicos del consumo de cocaína, opiáceos, cannabis y éxtasis. *Revista de Neurología*, 44(7), 432-439. <https://doi.org/10.33588/rn.4407.2006356>
- Viegas, I. O. M. (2013). *Morar na rua: um estudo sobre sobrevivência e identidade de pessoas sem-abrigo* [Dissertação de mestrado - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/114975>
- Vijay, P., Khan, A., Sowmya, A. V., Chaudhury, S., Chaudhari, B., & Saldanha, D. (2022). Cognitive deficits in alcohol dependence – a case-control analytical study. *Medical Journal of Dr. D. Y. Patil Vidyapeeth*. <https://www.mjdrdypv.org/preprintarticle.asp?id=343495>
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Telang, F. (2011). Addiction: Beyond dopamine reward circuitry. *PNAS*, 108(37), 15037-15042. <https://doi.org/10.1073/pnas.1010654108>

Zelazo, P. D., & Müller, U. (2002). Executive function in typical and atypical development. *Blackwell Handbook of Childhood Cognitive Development*. Blackwell Publishers Ltd, 445-469. <https://doi.org/10.1002/9780470996652.ch20>

Zelazo, P. D., Qu, L., & Kesek, A. C. (2010). Hot executive function: emotion and the development of cognitive control. In S. D. Calkins & M. A. Bell (Eds.), *Child development at the intersection of emotion and cognition*, 97-111. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12059-006>

ANEXOS

ANEXO A

Escala Adicional Sobre Vivência em Situação de Sem-Abrigo

**- ESCALA ADICIONAL SOBRE VIVÊNCIA
EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO -**

1. Ocupação laboral de sobrevivência

	Anos
1 – Vigia, arrumador, biscates	
2 – Membro executante de um grupo (segue orientações), transportador/correio	
3 - Divulgação (para associação), vendedor (feiras), traficante de drogas	
4 – Líder de grupo reduzido (até 5 elementos)	
5 – Líder de grupo alargado (gangue)	

2. Tempo livre

2.1. Outras atividades com frequência semanal

	Menor ou igual a 2 vezes por semana	Maior ou igual a 3 vezes por semana	Anos
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	

2.2. Outras atividades com frequência mensal

	Menor ou igual a 2 vezes por semana	Maior ou igual a 3 vezes por semana	Anos
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	

2.3. Outras atividades com frequência diária

			Anos
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	

3 – Experiências de vida

3.1. Viveu na rua: Sim Não

Se sim, durante quanto tempo no total _____

Se não, onde vivia _____

Durante quanto tempo no total _____

3.2. Teve comportamentos que contribuíram para a sobrevivência em situação de sem-abrigo:

Sim Não

Quais	Menor ou igual a 2 vezes por semana	Maior ou igual a 3 vezes por semana	Anos
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	

3.3. Desenvolveu capacidades enquanto esteve em situação de sem-abrigo:

Sim Não

Quais	Menor ou igual a 2 vezes por semana	Maior ou igual a 3 vezes por semana	Anos
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	
	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente	<input type="checkbox"/> Frequentemente/Sempre	

ANEXO B
Questionário Sociodemográfico

PARTICIPANTE N°: _____

DATA: ____/____/____

- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO -

1. Dados Pessoais

Idade: _____ Sexo: _____ Nacionalidade: _____

Estado civil: _____ Filhos: Sim Não Se sim, quantos _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Situação profissional: desempregado baixa reformado Duração: _____

2. Dados Médicos

Doença mental grave: Sim Não Quais _____

Défices cognitivos: Sim Não Quais _____

Portador de VIH: Sim Não

Acidente vascular cerebral: Sim Não

Epilepsia: Sim Não

Traumatismo crânioencefálico: Sim Não Perdeu a consciência _____

Encefalopatia hepática: Sim Não

Dificuldades visuais: Sim Não Quais _____

Dificuldades auditivas: Sim Não Quais _____

Problemas motores: Sim Não Quais _____

Medicação: Sim Não Quais _____

Metadona/Buprenorfina: Sim Não

Álcool: Sim Não

Se sim, idade de início e término _____

Drogas: Sim Não

Se sim, que drogas consumiu _____

Se sim, idade de início e término de cada uma _____

3. Dados Sociais

Esteve em situação de sem-abrigo: Sim Não

Idade(s) _____

Tempo de institucionalização atual: _____

Outras institucionalizações: Sim Não Tipo _____

Cumpriu pena em estabelecimento prisional: Sim Não

Quantas vezes _____ Durante quanto tempo no total _____

ANEXO C

Carta de Autorização para a Realização da Investigação

Exmo. Sr. Diretor,
Pedro Oliveira

Assunto: Autorização para realização de investigação

No âmbito da elaboração da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, do ISPA – Instituto Universitário de Lisboa, 2021 – 2022, solicita-se a autorização, de V. Ex^a, para a realização de uma investigação aos utentes desta Comunidade Terapêutica (CT), que cumpram os critérios de inclusão, sendo a mesma conduzida pela aluna Susana Maria de Sousa Mateus, funcionária nesta CT, na categoria de Psicóloga Clínica e orientado pela Professora Doutora Raquel Lemos e pela Professora Doutora Maria Vânia Nunes.

A presente investigação visa estudar, numa amostra de 30 participantes que estiveram em situação de sem-abrigo, com dependência de substâncias psicoativas, atualmente em abstinência entre 6 semanas até 6 meses, em CT, qual o nível estimado de reserva cognitiva que apresentam; qual a relação entre o nível de reserva cognitiva e o desempenho das funções executivas; e, em que medida, o número de anos em situação de sem-abrigo, assim como as características particulares desta vivência, poderá estimular o estado cognitivo e repercutir no funcionamento executivo, tendo a reserva cognitiva um papel mediador.

A tarefa dos participantes será preencher uma ficha com os seus dados sociodemográficos, 2 testes psicológicos e 4 testes neuropsicológicos. O anonimato e a confidencialidade serão totalmente respeitados e a participação nesta investigação é voluntária, podendo os participantes abandoná-la a qualquer momento, sem qualquer consequência para os mesmos.

Sem outro assunto de momento,
Subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

Venda do Pinheiro, 10 de janeiro de 2022

Susana Mateus

ANEXO D
Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Relação entre Reserva Cognitiva e Funções Executivas em Pessoas com Passado em Situação de Sem-Abrigo, com Dependência de Substâncias Psicoativas, em Comunidade Terapêutica.

Venho convidá-lo a participar numa investigação, no âmbito da realização da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, do ISPA – Instituto Universitário de Lisboa, 2021 – 2022, sob a orientação da Professora Doutora Raquel Lemos e da Professora Doutora Maria Vânia Nunes.

A sua tarefa consiste em preencher os questionários que se seguem. Metade dos questionários será realizada agora e terá uma duração de cerca de 45min. Os restantes serão efetuados no dia seguinte e terão, de igual modo, uma duração aproximada de 45 min. A gravação de voz, necessária para uma das provas, será destruída ao final de uma semana da sua recolha. As suas respostas, assim como os seus resultados, só serão analisados na extensão desta investigação, sendo o anonimato e a confidencialidade totalmente respeitados.

A sua participação nesta investigação é totalmente voluntária e de elevada importância para o enriquecimento do conhecimento na área da Neuropsicologia podendo, contudo, abandonar a mesma, a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para si, se considerar que existe alguma possibilidade de dano para si com a sua permanência. Em caso de dúvida, agora ou durante a sua participação na investigação, não hesite em solicitar o seu esclarecimento junto à investigadora.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor leia com atenção a informação seguinte e queira assinar este documento. Obrigada.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante) _____

_____,
declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas, sobre a investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha

participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e, para todas, obtive resposta satisfatória.

Foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar, em qualquer altura, a minha participação neste estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Data: ____ / _____ / _____

Assinatura do participante:

A Investigadora responsável:

Nome: _____

Assinatura: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS, DO QUAL UMA CÓPIA É ENTREGUE AO PARTICIPANTE.