



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

MODELO *HOUSING FIRST* COMO PERCURSOR DA MUDANÇA SOCIAL
TRANSFORMATIVA:

UMA PERSPECTIVA ECOLÓGICA SOBRE O IMPACTO DA PERCEÇÃO DA
QUALIDADE DA CASA E DA ESCOLHA NA INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA, NO
RECOVERY E NA QUALIDADE DE VIDA

Paulo Daniel Fernandes Martins

Tese orientada por Professor Doutor José H. Ornelas

ISPA – Instituto Universitário

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Doutoramento em Psicologia

Especialidade de Psicologia Comunitária

2018

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia na área de especialização de Psicologia Comunitária realizada sob a orientação do Professor José H. Ornelas, apresentada no ISPA - Instituto Universitário no ano de 2018

Agradecimentos

Gostaria de deixar um muito obrigado a todas as pessoas que me acompanharam, apoiaram e transmitiram saberes e ferramentas de ordem técnica, científica e humana, totalmente fulcrais para o meu crescimento na área da psicologia comunitária e para o meu crescimento e maturação a nível pessoal, neste longo processo de aprendizagem contínua e permanente apelidado de *vida*. Assim e em primeiro lugar, gostaria de agradecer e gratular profundamente o Professor Doutor José Ornelas, meu orientador e acima de tudo meu mentor, que desempenhou um papel extraordinário, dinâmico e incansável ao longo de todo o seminário de doutoramento, contribuindo de modo vital para a realização deste trabalho, estando sempre presente para a discussão, para o questionamento e para o melhoramento deste estudo, demonstrando sempre uma disponibilidade, rigor, competência e uma prontidão de resposta quase imediata face a qualquer dificuldade ou obstáculo inerente ao estudo, onde a sua orientação, apoio prestado e mentorado, constituíram peças fundamentais para a concretização deste trabalho. Ao longo de sete anos, graças ao Professor Doutor José Ornelas, tive a oportunidade de estar envolvido a nível académico e profissional, num programa inovador de base comunitária, que me desafiou a todos os níveis, contribuindo de forma vital para o meu crescimento como estudante, como profissional e acima de tudo como pessoa, não existindo palavras suficientes para expressar o meu sincero agradecimento pela oportunidade concedida. A energia que o Professor emana a partilhar histórias, convicções e conhecimentos é contagiante, é sem dúvida uma figura de referência e de inspiração na minha vida, incentivando-me todos os dias a ser melhor e em procurar saber mais, onde os princípios e valores que me transmitiu, constituíram ferramentas essenciais que numa fase inicial desafiaram os meus próprios dogmas e consolidaram valores e princípios que irei respeitar e praticar ao longo de toda a minha carreira profissional, por isso um MUITO OBRIGADO. Gostaria igualmente de agradecer à Doutora Teresa Duarte pela sua disponibilidade, revisão e ajuda indispensável na realização deste trabalho. Tem sido uma figura igualmente de referência ao longo do meu pequeno percurso profissional e académico, inspirando-me todos os dias a crescer enquanto profissional e estudante. À Professora Doutora Maria João Vargas-Moniz e à Professora Doutora Fátima Jorge-Monteiro cujos conhecimentos, companheirismo, amparo e ajuda foram elementos fulcrais para a concretização do presente estudo.

Agradeço igualmente, a todos os meus colegas que me acompanharam ao longo desta jornada do seminário de doutoramento, onde a partilha de conhecimentos, o espírito de

interajuda e o companheirismo constituíram factores-chave para a dinâmica de grupo instalada, a todos eles que me acompanharam de forma mais directa e indirecta, um muito obrigado sincero a todos vós, por todos os momentos especiais e únicos passados.

Gostaria de igual modo, de deixar um agradecimento sincero a todos os colegas que compõem a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial por todas as experiências, vivências, conhecimentos, desafios e momentos partilhados ao longo destes sete anos de envolvimento profissional com a AEIPS, nomeadamente com o programa “Casas Primeiro”. Em especial gostaria de destacar um obrigado especial ao Filipe Bianchi e à Lúcia Oliveira, pela vossa disponibilidade incansável na revisão de conteúdos, assim como na composição e estruturação gráfica do presente relatório. A todos vocês colegas e amigos (as), um muito obrigado por ter crescido com profissionais de excelência e ter tido a honra de partilhar convosco esta experiência profissional inesquecível.

For fim, mas não menos importante, gostaria de deixar um OBRIGADO enorme e muito especial a todos os residentes do programa “Casas Primeiro”, em especial a todos os que colaboraram de forma incansável na elaboração deste estudo, sem vocês a materialização do mesmo, não era de todo possível. Neste sentido, agradeço-vos do fundo do coração por me terem acolhido com uma enorme hospitalidade, simpatia e disponibilidade seja nas vossas casas ou na AEIPS, demonstrando em todas as ocasiões uma prontidão e receptividade totalmente fulcral para a concretização deste estudo. OBRIGADO por me terem desafiado a romper com concepções e assunções estereotipadas e por ter tido a oportunidade de ter crescido convosco enquanto profissional, académico e sobretudo como pessoa. Como tal, gostaria de deixar um bem-haja gigante a todos os residentes do programa “Casas Primeiro”, que respeito e admiro pela vossa força e espírito de perseverança, foi uma aprendizagem enriquecedora ao ponto de não existirem palavras que descrevam o quão grato eu estou por ter tido a honra de poder ter partilhado convosco esta experiência académica e profissional.

Por último, no que concerne a uma dimensão mais de cariz afectivo e pessoal, gostaria de agradecer de forma profunda e honesta às pessoas mais importantes na minha vida, nomeadamente à minha família, onde a vossa presença, apoio e encorajamento constante têm desempenhado um papel essencial no meu crescimento pessoal e humano. Assim, gostaria de deixar um muito obrigado à minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão, por todas as competências humanas que me foram transmitidas ao longo da minha existência e pelo amparo e amor recebido ao longo de toda a minha vida; à minha mulher Sónia, que acima de

tudo é a minha confidente, companheira, melhor amiga e um apoio fundamental no meu crescimento pessoal, onde sem ela, a concretização do presente estudo não tinha sido de todo possível; ao meu filho Afonso, a minha maior conquista e tesouro, que me desafia e inspira todos os dias a superar-me e a ser mais e melhor; e a todos os meus amigos que me tornaram a pessoa que sou hoje e que fomentam o encorajamento e a motivação para me tornar a pessoa que ambiciono vir a ser num futuro mais próximo e/ou longínquo. Por isso a todos vocês, um MUITO OBRIGADO sincero e profundo.

Palavras-chave:

Housing First, Integração Comunitária; Escolha; Qualidade de vida; Recovery

Key words:

Housing First; Community Integration; Choice; Quality of Life; Recovery

Categorias de Classificação da tese

2224 Clinical Psychological Testing

3300 Health & Mental Health Treatment & Prevention

3370 Health & Mental Health Services

3373 Community & Social Services

4050 Community & Environmental Planning

RESUMO

A presente Tese designada *Modelo Housing First como precursor da mudança social transformativa: Uma perspectiva ecológica sobre o impacto da percepção da escolha e da qualidade da casa na integração comunitária, no recovery e na qualidade de vida* consiste num estudo transversal que recorre a metodologias mistas (de foro quantitativo e qualitativo). A investigação pretendeu analisar o impacto a nível individual do modelo *Housing First*, enquanto exemplo de inovação social baseado nos fundamentos da Psicologia e da Ciência Comunitária. Este modelo defende a criação de programas orientados para o *recovery*, assentes numa cultura de *empowerment* ao providenciarem o acesso a habitações individuais, permanentes e dispersas pela comunidade a pessoas que se encontram em situação de sem-abrigo com problemáticas adjacentes de saúde mental e/ou problemáticas adictivas. Assim, a análise a nível individual do impacto desta abordagem, reúne as bases necessárias para uma reflexão analítica das ramificações deste modelo no plano organizacional e político de forma a produzir a mudanças sociais transformativas como a criação e difusão de políticas de inclusão e de diversificação.

Com o propósito geral de avaliar os resultados a nível individual da eficácia e do impacto do programa “Casas Primeiro”, baseado no modelo *Housing First*, foram equacionados três objectivos gerais: 1 – Analisar a mudança inerente às experiências vivenciadas no período de situação de sem-abrigo e no período após entrada no programa “Casas Primeiro” pelos diversos residentes, ao nível da integração comunitária, através de uma perspectiva ecológica; 2 – Avaliar através de uma leitura ecológica, o papel e a importância da percepção da escolha e da qualidade da casa na potenciação do *recovery*; 3- Aprofundar o conhecimento existente acerca da importância do modelo *Housing First* na catalisação da integração comunitária, do *recovery* e da qualidade de vida dos residentes.

O desenho misto da investigação foi aplicado através dos seguintes instrumentos de recolha de dados: a *Perceived Housing Quality* (PHQ-PT); a *Recovery Assessment Scale* (RAS-PT); o *Quality of Life Index* (QOLI-PT); a *Community Integration Scale* (CIS-.PT) e a entrevista semi-estruturada de cariz qualitativo, cujos instrumentos podem ser consultados no Anexo 1 e Anexo 2 da Tese. Em termos da recolha de dados, a mesma decorreu no âmbito do programa “Casas Primeiro”, onde participaram 45 residentes nesta investigação.

Os resultados permitiram sustentar teóricamente que o modelo *Housing First* ao adoptar valores orientados para o *recovery* baseados nos fundamentos da Psicologia Comunitária, como a adopção de uma perspectiva ecológica e o direito à escolha individual que respeite as preferências habitacionais de cada pessoa, contribui em larga medida para a promoção da integração comunitária e do processo de *recovery*. Verificou-se igualmente que a qualidade de vida pode ser maximizada de acordo com o nível de integração comunitária, uma vez que ao estarem integrados, os residentes demonstram maiores índices de satisfação com a sua vida. A investigação realizada permitiu extrair conclusões e implicações para a prática da intervenção e da investigação no âmbito visando a replicação e consolidação desta abordagem no plano organizacional e político.

O relatório de Tese foi composto pelas seguintes partes: a Introdução Geral, onde é apresentada uma Revisão da Literatura geral organizada pelas temáticas dominantes (a operacionalização e *framework* sócio-político do modelo *Housing First*, assim como o efeito desta abordagem na fomentação da integração comunitária, do *recovery* e da qualidade de vida), os Objectivos e Procedimentos Gerais onde se inscreve o desenho geral da investigação; a Secção Empírica, organizada em Três Capítulos relativos às principais análises desta investigação em formato de artigo; as Conclusões Gerais e Implicações para a Prática, e os respectivos Anexos.

ABSTRACT

The thesis under consideration entitled Housing First model as a precursor of transformative social change: An ecological perspective on the impact of perceived choice and housing quality on community integration, recovery and quality of life is a cross-sectional study using mixed methodologies (quantitative and qualitative). The research aimed to analyze at the individual level the impact of Housing First model, as an example of social innovation, based on the principles of Community Psychology and science. This model advocates the development of recovery-oriented programs based on an empowerment culture by providing access to individual, permanent and scattered-site housing for homeless people with mental illness and/or addiction problems. Therefore, the analysis at individual level on the impact of this approach, gathers the foundation that allows the analysis of this model at organizational and political level, in order to produce transformative social change like the development and dissemination of policies that promotes inclusion and diversity.

With the general aim of evaluating individual results of the effectiveness and impact of the "Casas Primeiro" program, based on the Housing First model, three general objectives were established: 1 - To analyze the changes of homeless experiences before and after "Casas Primeiro" program of several residents, considering their community integration, through an ecological perspective; 2 - Considering an ecological leght, to evaluate the role and importance of perceived choice and housing quality on promoting recovery process; 3- To deepen the existing knowledge about the importance of Housing First model in promoting community integration, recovery and also quality of life of their residents.

The mixed nature of the research was implemented through the following data collection instruments: Perceived Housing Quality (PHQ-PT); Recovery Assessment Scale (RAS-PT); Quality of Life Index (QOLI-PT); Community Integration Scale (CIS-PT); and the qualitative semi-structured interview, which may be consulted in Annex 1 and Annex 2 of the present thesis. In terms of data collection, this research was carried out in "Casas Primeiro" program, which 45 residents participated.

The results sustained the theoretical support that Housing First model, through recovery-oriented values based on Community Psychology principles, like the adoption of an ecological perspective and the right to individual choice that matches individual preferences greatly promotes community integration and recovery process. Also, results showed that quality of life can be maximized according the level of community integration, once when residents feel integrated, they demonstrate higher rates of life satisfaction. The research allowed conclusions and implications regarding the practice of interventions and research that can be replicated and consolidated at the organizational and political levels.

The main body of the Thesis report was organized by the following sections: a General Introduction, where a Review of the General Literature is presented, organized by themes (conceptualization and socio-political framework of Housing First model, as well as the effect of this approach on promoting community integration, recovery and quality of life), the Procedures in which general structure and Objectives are described; the Empirical Section, organized into Three Chapters according to the main analyzes conducted in this research; the General Conclusions and Implications for the Practice, and the Appendices.

Publicações no âmbito da Tese

Martins, P., Ornelas, J., & Silva A. C. (2018). How perceived housing quality contributes to community integration and quality of life in a Housing First Program. Manuscript submitted for publication

Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A. C. (2016). The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon, *Journal of Environmental Psychology*, 47,44 - 52.
doi: [10.1016/j.jenvp.2016.05.004](https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2016.05.004)

Ornelas, J., **Martins, P.**, Zilhão, T., & Duarte, T. (2014). Housing First: An ecological approach to promoting community integration. *European Journal of Homelessness*, 8(1), 29-56.

Publicações, comunicações e colaborações relacionadas com o âmbito da Tese

Martins, P. & Ornelas, J. (2017). Uma perspectiva ecológica sobre o papel da qualidade da casa e da escolha na promoção do recovery e da integração comunitária na programa casas primeiro – Lisboa. In Lopes, D., & Garrido, M. (Eds). *Revista Psicologia: Vol. 31 (2). Atas do IX Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Algarve, 2016 (pp. 286-291).*

Comunicação apresentada no âmbito da conferência “Intervenção Comunitária na Saúde Mental: Onde? Para quem? De que modo?”, de 13-17 de Novembro, 2017, Associação de Estudantes da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (AEFPCEUP), Porto

Título: Programa “Casas Primeiro” – Uma abordagem ecológica e colaborativa na promoção da integração comunitária

Autores: **Martins, P.** & Ornelas J.

Comunicação apresentada no âmbito do II Encontro dos Psicólogos do Sul, dinamizado pela Delegação Regional Sul da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), 27 de Outubro, 2017, Auditório do Alto dos Moinhos, em Lisboa.

Título: Ecologia e Integração de Pessoas em Situação de Sem-Abrigo

Autores: **Martins, P.**, & Ornelas, J.

Comunicação apresentada no âmbito do IV Encontro Nacional de Psicologia Comunitária, 29 - 30 de Setembro, 2017, ISCTE Instituto Universitário, Lisboa.

Título: Psicologia comunitária e Mudança social: Housing quality and perceived choice/control to promote recovery: An ecological perspective on a Housing First program

Autores: **Martins, P.**, & Ornelas, J.

Colaboração e participação no Projecto HOME_EU (<http://www.home-eu.org>)
“Homelessness as Unfairness”; desde Outubro 2016

Comunicação apresentada na Housing First International Conference, June 7-9, 2016, University of Limerick, Limerick, Ireland

Title: The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon

Authors: **Martins, P.**, & Ornelas, J.

Comunicação apresentada no âmbito do IX Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, 30 de Junho - 02 de Julho, 2016, Faro, Algarve.

Título: Uma perspectiva ecológica sobre o papel da qualidade da casa e da escolha na promoção do recovery e da integração comunitária no programa Casas Primeiro - Lisboa

Autores: **Martins, P.**, & Ornelas, J.

Comunicação apresentada no âmbito do “IX Congresso Ibero – Americano de Psicologia / II Congresso da Ordem dos Psicólogos”, 9-13 Setembro, 2014, Centro Cultural de Belém, Lisboa

Título: Modelo Housing First: Uma perspectiva ecológica sobre a integração comunitária

Autores: **Martins, P.**, & Ornelas, J.

À AEIPS, ao projecto “Casas Primeiro” e a todos que os compõem
À minha família, em especial à minha esposa e ao meu filho Afonso...

*"Because the people who are crazy enough to think they can change the world,
are the ones who do" – Steve Jobs*

Índice

Introdução Geral

Revisão de Literatura	3
1. Modelo <i>Housing First</i> como Agente de Inovação Social da Ciência Comunitária	7
a. Enquadramento Sociopolítico e Conceptual do Modelo <i>Housing First</i>	7
b. A Importância do Carácter Individual, Permanente e de Dispersão pela Comunidade das Habitações no Modelo <i>HousingFirst</i>	13
c. O Papel das Equipas de Suporte Individual aliada à Habitação no Modelo <i>Housing First</i>	16
2 <i>Housing First</i> e a Integração Comunitária	17
a. A Pertinência da Perspectiva Ecológica na Promoção da Integração Comunitária nos Modelos <i>Housing First</i>	17
3 <i>Housing First</i> e o Processo de <i>Recovery</i>	22
a. Uma Leitura Ecológica sobre a Percepção da Escolha/Controlo e da Qualidade da Casa como Percursos Naturais do <i>Recovery</i> no Modelo <i>Housing First</i>	22
4 <i>Housing First</i> e a Qualidade de Vida	27
a. Modelo <i>Housing First</i> como Catalisador de Integração Comunitária, do Processo de <i>Recovery</i> e de Qualidade de Vida	27
5. Objectivos e Procedimentos Gerais	33
Referências	42

Secção Empírica

Investigação baseada em artigos científicos

Capítulo 1

[em inglês]

Housing First: An Ecological Approach to Promoting Community Integration	65
Introduction	65
Method	70
Results	72
Discussion	86
Conclusions	89
References	90

Capítulo 2

[em inglês]

The role of housing quality and perceived choice/control to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon	97
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Introduction	97
Method	103
Results	105
Discussion	107
Conclusions	111
References	112
Capítulo 3	
[em inglês]	
How perceived housing quality contributes to community integration and quality of life in a Housing First Program	119
Introduction	119
Method	127
Results	131
Discussion	135
Conclusions	141
References	143
Conclusão Geral	153
Referências	165
Anexos	169

Lista de Tabelas por Secção

Introdução Geral e Conclusão Geral

Tabela 1 – Exemplos de evidência científica desenvolvida no campo do impacto dos modelos HF

Tabela 2 – Guião da entrevista semi-estruturada

Capítulo 1

Table 1 – Life experiences while homeless and after accessing independent, permanent, scatter-site housing

Table 2 – CIS results of Social Integration and Psychosocial integration (%)

Capítulo 2

Table 1 – Means and standard deviations on variables in the study (N=45)

Table 2 – Relationship of housing quality to choice/control, and choice/control to recovery, N=45

Capítulo 3

Table 1 – Participant characteristics

Table 2 – Relationship between perceived housing quality and community integration

Table 3 – Relationship between community integration and quality of life

Table 4 – Relationship between perceived housing quality and quality of life

Lista de Figuras por Secção

Introdução Geral e Conclusão Geral

Figura 1 – Representação esquemática da relação dos princípios e valores da Psicologia Comunitária com o Modelo HF

Figura 2 – Esquema representativo do número de habitações e da dispersão geográfica das mesmas na cidade de Lisboa, dos residentes do programa “Casas Primeiro”

Figura 3 – Modelo representativo da influência da habitação e do contexto habitacional na promoção da integração comunitária

Figura 4 – Modelo esquemático da influência da habitação e do contexto habitacional na promoção do *recovery* Mapa do Suporte Comunitário

Figura 5 – Representação gráfica da influência relacional do modelo de HF na promoção da integração comunitária, do *recovery* e da qualidade de vida.

Figura 6 – Organigrama estrutural do desenho de investigação

Figura 7 – Representação estrutural dos principais resultados do presente relatório

Capítulo 1

Figure 1 – CIS results concerning physical integration

Capítulo 2

Figure 1 – Correlation and regression model tested in current study

Capítulo 3

Figure 1 – Relationship between perceived housing quality, community integration and quality of life

INTRODUÇÃO GERAL

Revisão da Literatura

Actualmente, dever-se-á considerar que diversos desafios de âmbito social implicam uma leitura de diferentes níveis de análise contextual (Brofenbrenner, 1974; Garbarino, 1995; Maton, 2000; Sampson, 1999; Sarason, 1996; Wandersman & Nation, 1998). Kelly (2006) acrescenta que se torna essencial a adopção de uma perspectiva ecológica para a identificação e mobilização de recursos na comunidade quando se implementa um programa de inovação social. De forma a responder de modo consertado e eficiente a esses mesmos desafios, Rappaport (1977), salienta a importância do carácter inovador da psicologia comunitária, defendendo que a intervenção comunitária deverá visar a transformação social, abrangendo os diversos sistemas e contextos sociais envolventes na vida da pessoa, efectivando deste modo o contraponto com as intervenções que delimitam o seu escopo interventivo ao centrarem-se única e exclusivamente na pessoa. Neste sentido, torna-se evidente a ligação íntima que a psicologia comunitária estabelece com a acção política, a perspectiva ecológica e com a mudança social transformativa (Kelly, 2006; Nelson, Kloos, Ornelas, 2014; Ornelas, Nelson & Kloos, 2017; Rappaport, 1977). Como tal, a mudança social segundo a perspectiva da psicologia comunitária, deve ser compreendida como um processo multidimensional, composto por diversas camadas e níveis, onde a mudança deverá ser equacionada, contemplando o impacto positivo nas comunidades locais onde é implementada. Assim dever-se-á considerar um *setting* societal mais amplo, de forma a contrariar a preponderância de uma visão unilateral de mudanças a um nível exclusivamente individual ou contextual, enaltecendo deste modo, a importância do contributo combinado de ambos para o desenvolvimento e consolidação da mudança social transformativa (Nelson et al., 2014; Shinn, 2009; Watzlawick, Wakland, & Fisch, 1974). Desde sempre, a ciência e a política encontram-se interligadas, numa relação baseada em princípios de reciprocidade com um foco comum em assuntos de âmbito social (Brofenbrenner, 1974; Cairns & Cairns, 1986). A base desta relação, constitui a génese da integração de uma participação efectiva, assim como de um contributo activo por parte dos cidadãos, para o impacto na mudança social (Ornelas, 2000; Rappaport, 1987; Ornelas et al., 2017). Neste sentido, torna-se fulcral a compreensão aprofundada acerca do relacionamento existente entre as políticas públicas e a ciência, a qual poderá constituir um catalisador de um meio de transformação social inspirada em enquadramentos teóricos e conceptuais de iniciativas de mudança social, com base em princípios como a requisição de controlo pessoal e a participação activa na comunidade, sendo que os mesmos, se interligam com os valores da psicologia comunitária.

¹A redacção do presente relatório de Tese não seguiu as orientações do novo acordo ortográfico.

De modo a capitalizar a mudança social transformativa, torna-se necessária a leitura reflexiva acerca dos contributos advenientes da interligação existente entre a psicologia comunitária e os serviços de base comunitária (Nelson et al., 2014). Considerando a perspectiva transformadora da saúde mental comunitária, o paradigma da integração comunitária é cada vez mais proeminente e orientador dos programas e serviços de âmbito social e de promoção de saúde mental comunitária (Aubry, & Myner, 2009; Nelson, Lord, & Ochocka, 2001; Salzer & Baron, 2014; Ornelas, Duarte, & Jorge-Monteiro, 2014; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2008). Como tal, considerando a conjectura científico-filosófica supramencionada, assim como o enfoque na integração comunitária por parte dos serviços de base comunitária que intervêm com populações com problemáticas na área da saúde mental em situações de emergência social, tem-se assistido a um interesse crescente e sistematizado em relação à abordagem *Housing First* (HF). Este modelo referencial de inovação social, possibilita o acesso directo de pessoas que se encontram em situações de emergência e de exclusão social extrema, nomeadamente em situação de sem-abrigo com problemáticas de doença mental e/ou problemas de adicção adjacentes, a habitações independentes, individualizadas, permanentes, integradas e dispersas por diversos contextos *mainstream* da comunidade. O modelo HF tem como alicerce ideológico o recurso a uma intervenção de suporte individualizado e flexível, assente nos fundamentos base da psicologia comunitária, visando como missão primordial o término completo e definitivo de pessoas a viverem em situação de sem abrigo. Neste sentido, torna-se fulcral a agilização das diversas respostas por parte dos serviços que seguem esta filosofia, primando por uma intervenção sistematizada e orientada para o *recovery*² de forma a maximizar a integração comunitária e a qualidade de vida das pessoas. Esta abordagem encerra diversos valores orientadores da psicologia comunitária, como a presença de uma cultura de *empowerment*, contemplando aspectos como o reganho do controlo/escolha individual das pessoas e o recurso a habitações (T0s ou T1s) em boas condições e devidamente equipadas. Estas habitações estão acessíveis no mercado de arrendamento privado e são disponibilizadas com o intuito de promover a estabilidade habitacional (Aubry, Duhoux, Klodawsky, Ecker, & Hay, 2016; Brown, Jason, Malone, Srebnik, & Sylla, 2016; Hwang, Stergiopoulos, O'Campo, & Gozdzik, 2012; Pearson, Montgomery & Locke, 2009), a integração na comunidade (Ecker, & Aubry, 2016; Gulcur, Tsemberis, Stefancic, & Greenwood, 2007; Kloos & Shah, 2009; Ornelas, Martins, Zilhão & Duarte, 2014), o processo de *recovery* (Borg et al., 2005; Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel, & Tsemberis, 2005; Manning & Greenwood, 2018; Martins, Ornelas & Silva, 2016; Tsemberis, Kent, & Respress, 2012) e a qualidade de vida das pessoas que

²No nosso estudo, será utilizado o termo em inglês por referência ao processo psicológico de sentido de esperança no futuro, redefinição da identidade pessoal e social, controlo sobre a vida e sobre a doença mental, conhecido na literatura internacional como "*recovery*", por considerarmos que não existe fundamentação suficiente para a tradução abrangente e consensual do constructo, o que poderia reduzir e alterar o significado.

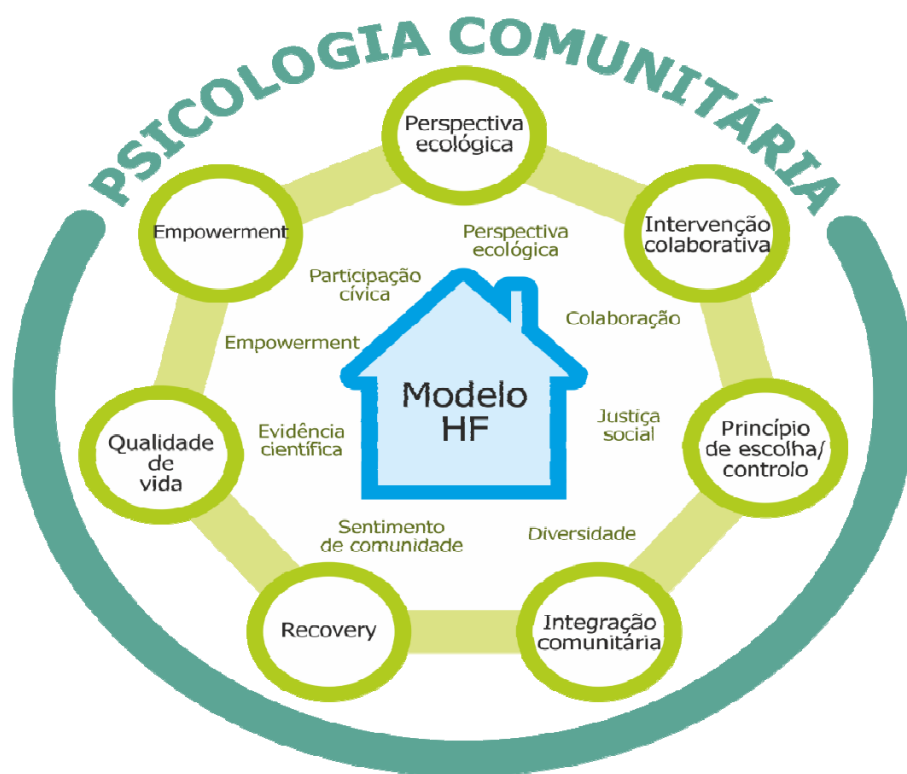
beneficiam deste tipo de programas (Aubry, & Myner, 2009; Nelson, Sylvestre, Aubry, George, & Trainor, 2007; Nelson, Wiltshire, Hall, Peirson, & Walsh-Bowers, 1995). Segundo Zimmerman (1995), um dos principais componentes do *empowerment* psicológico consiste no “domínio do controlo percebido” (p.588). Como tal, uma das premissas fulcrais subjacentes às abordagens enquadradas nos modelos de habitação apoiada, nomeadamente no modelo HF, consiste na possibilidade de escolha por parte dos residentes relativamente à tipologia, configuração e à localização do apartamento onde gostariam de viver (Carling, 1995; Ornelas et al., 2014; Tsemberis & Eisenberg, 2000). Neste sentido, torna-se vital que os serviços de suporte de base comunitária sejam permeáveis às necessidades individuais das pessoas, equacionando deste modo, os objectivos e metas pessoais de cada residente, tendo em consideração as suas preferências habitacionais (Greenwood et al., 2005; Ornelas, Vargas-Moniz, & Duarte, 2010; Ornelas et al., 2014; Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004). Assim, os serviços de suporte de base comunitária que intervêm junto da população em estudo, devem mobilizar esforços no sentido de promover a adopção de práticas interventivas e de políticas organizacionais assentes e orientadas para a promoção de uma vida plena na comunidade (Fisher, 2011). Para o efeito, as mesmas deverão operar dentro de um *framework* ecológico, com práticas baseadas na evidência científica, que possibilitem a reacquirição de um sentimento de controlo e de poder por parte das pessoas em relação às suas próprias vidas, capitalizando deste modo a maximização de oportunidades da sua integração na comunidade e da sua qualidade de vida (Gillis, Dickerson e Hanson, 2010; Kirst, Zerger, Harris, Plenert e Stergiopoulos, 2014; Nelson et al., 2007).

Dadas as questões previamente mencionadas, torna-se importante realçar a relevância da psicologia comunitária enquanto disciplina profissional, científica e filosófica. Esta disciplina é pautada e orientada por valores, que procuram a aceção de problemáticas que determinem questões de interesse, regendo deste modo a escolha de objectivos e metodologias específicas para novos programas interventivos e trabalhos científicos (Levine, Perkins & Perkins, 2005; Nelson et al., 2014; Ornelas et al., 2017). Neste sentido e coincidindo com a analogia do modelo HF, Dalton, Elias e Wandersman (2001) identificaram e sintetizaram alguns dos valores e princípios base propostos pela psicologia comunitária, a partir de diversos contributos e trabalhos de investigação. Esses princípios e valores consistem essencialmente na promoção do bem-estar individual, do sentimento de comunidade, da justiça social, da participação cívica, das oportunidades de colaboração e de fortalecimento comunitário, bem como o respeito pela diversidade humana, a presença da perspectiva ecológica assim como a fundamentação e criação de práticas baseadas na

evidência científica nos diversos domínios interventivos. Assim, assiste-se a uma preocupação sistematizada alusiva à preponderância de um pensamento de origem sociopolítico, de modo a enfatizar a criação de um corpo de evidências e de conhecimento que através dos princípios anteriormente descritos, incidam em questões sociais prementes, abrindo canais de influência social, que facilitem a comunicação com os decisores políticos (Maton & Bishop-Josef, 2006). Deste modo, Shinn (2009) e Nelson et al. (2014) realçam o papel de relevo de princípios orientadores como a justiça social, a colaboração, perspectiva ecológica, o respeito pela diversidade e a criação de práticas interventivas baseadas na evidência científica, em termos da implementação e desenvolvimento de metodologias, que impulsionem e mantenham a mudança social positiva. Estes princípios encontram-se cimentados no pressuposto alusivo ao interesse proeminente que a ciência comunitária desde sempre manifestou, na compreensão das relações e interações recíprocas, que advêm entre os indivíduos e os sistemas sociais envolventes (Salzer, 1998). Assim, os valores base da psicologia e da ciência comunitária constituem a matriz referencial dos modelos de habitação apoiada, nomeadamente da abordagem HF, como veículos impulsionadores e de consolidação da mudança social transformativa.

Como tal, tendo como base o reconhecimento e o sucesso prolífero global do modelo HF, o presente relatório pretende dar um contributo nesta matéria, visando como objectivo primordial, a análise do impacto e da influência do programa “Casas Primeiro” (baseado no modelo HF), ao nível da adopção de práticas organizacionais e de promoção de *outcomes* individuais, assim como pretende reflectir sobre os potenciais efeitos de “*spill over*” gerados por este modelo, a nível sistémico e sociopolítico. Neste sentido, a presente investigação incidiu na compreensão aprofundada da importância do programa “Casas Primeiro”, enquanto programa de suporte de base comunitária, que promove o acesso a habitações individuais, permanentes e dispersas na comunidade, onde o mesmo se destina a pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental e/ou problemáticas aditivas, desenvolvido e implementado pela Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) em Lisboa. Para o efeito, pretendeu-se analisar a importância da adopção de uma perspectiva ecológica na promoção da integração comunitária, assim como a importância do papel da percepção da escolha/controlo e da qualidade da casa, em termos da fomentação do processo de *recovery* e da qualidade de vida. Para tal, considerou-se a perspectiva e os relatos de diversos residentes abrangidos pelo programa, conferindo a este estudo um contributo científico para a mudança de políticas sociais vigentes, promovendo deste modo a edificação, difusão e consolidação de novas políticas públicas mais diversificadas e inclusivas.

Figura 1 - Representação esquemática da relação dos princípios e valores da Psicologia Comunitária com o Modelo HF



Fonte: Kelly, 2006; Ornelas et al., 2017; Ornelas et al., 2014

1. Modelo *Housing First* como Agente de Inovação Social da Ciência Comunitária

a. Enquadramento Sociopolítico e Conceptual do Modelo *Housing First*

Em Portugal, o Instituto de Segurança Social (ISS) em 2009, implementou pela primeira vez a Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo (2009-2015)³, inaugurando deste modo, sem precedentes a nível nacional, uma quadratura jurídico-legal para as pessoas em situação de sem-abrigo. Na secção do preâmbulo da Estratégia Nacional para a Integração da Pessoa Sem-Abrigo encontra-se preconizado: “O direito de cada pessoa a um nível de vida condigno, está consignado na Declaração Universal dos Direitos Humanos⁴ (1948) (Art^a 25, n^o 1) onde se inclui entre outros, o direito à habitação. Este mesmo direito é reforçado no Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (1966)⁵ (artigos 2^o,3^o,11^o), que obriga todos os Estados-Signatários a adoptarem medidas no sentido da plena realização de todos os direitos, nomeadamente o direito de vida condigno, voltando a

³A Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo está disponível em http://www.seg-social.pt/documents/10152/158011/enipsa_2009_2015/b8ca2dae-9f65-415b-b2cd-e1fc5db49b5c

⁴A Declaração Universal dos Direitos Humanos está disponível em http://www.fpce.up.pt/sae/pdfs/Decl_Univ_Direitos_Homem.pdf

⁵Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (1966) está disponível em http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/educacao_para_a_Defesa_a_Seguranca_e_a_Paz/documentos/pacto_internacional_sobre_direitos_economicos_sociais_culturais.pdf

ser referida a habitação como um destes direitos. Também a Constituição Portuguesa (1976)⁶ preconiza o direito à habitação (artigo 65º, nº 1): “Todos têm direito, para si e para a sua família, a uma habitação de dimensão adequada, em condições de higiene e conforto e que preserve a intimidade pessoal e a privacidade familiar”⁷. Neste sentido, a inexistência de uma habitação própria, impossibilita a satisfação de necessidades básicas, tais como o acesso a água potável ou a instalações sanitárias adequadas, assim como a satisfação de necessidades ao nível intrapessoal, como a manifestação de um sentimento de dignidade essencial para a promoção de uma expressão de emancipação social (Shinn, 2007). Shinn, Baumohl e Hopper (2001), defendem que não existe um consenso científico relativamente às principais causas que poderão gerar potenciais situações de sem-abrigo, afirmando que se assiste a uma divergência, relativa às abordagens centralizadas na pessoa e às abordagens que colocam a tónica em factores de ordem estrutural e contextual. Para os autores, a problemática individual da pessoa, quer seja no espectro das problemáticas de foro aditivo, da doença mental ou do desemprego, não contribui de forma mandatária para a catalisação de eventuais situações de sem-abrigo. Este tipo de condicionantes, podem exercer influência sobre o nível de impacto em termos de vulnerabilidade e de susceptibilidade das pessoas, podendo eventualmente culminar em situações de sem-abrigo, considerando a conjectura do mercado económico e financeiro actual. Assim, torna-se essencial ter em consideração, que as pessoas em situação de sem-abrigo se encontram numa situação social de extrema fragilidade e vulnerabilidade, depararam-se com uma exposição permanente, ao potencial surgimento e posterior desenvolvimento de problemáticas no âmbito aditivo ou de saúde mental, onde a existência de uma rede de suporte a nível social, detém uma importância vital na prevenção deste processo (Newman & Goldman, 2008). Segundo Sullivan, Burnam, e Koegel (2000), tem-se assistido a uma padronização alusiva às razões que potenciam uma eventual situação de sem-abrigo, geralmente incidindo sobre questões multifacetadas, onde a presença de problemáticas do foro económico, social, familiar e pessoal se encontram presentes. Contudo, Shinn et al. (2001), assim como Ornelas et al. (2014) (ver Capítulo 1), consideram que as principais causas desta problemática assentam potencialmente em condições estruturais, como a pobreza e a falta de oferta de habitações sustentáveis a preços acessíveis. Shinn (2007) e Shinn, Greer, Bainbridge, Kwon e Zuiderveen (2013), reforçam esta tese, defendendo que o número de pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental não aumentou derivado ao movimento da desinstitucionalização, mas sim derivado ao aumento abrupto dos valores das rendas das habitações, defendendo que as características individuais das pessoas, interagem com as políticas sociais e com os padrões de exclusão social, reunindo assim as condições essenciais,

⁶ A Constituição Portuguesa (1976) está disponível em <https://www.parlamento.pt/parlamento/documents/crp1976.pdf>

para a culminação de potenciais situações de sem-abrigo. Como tal, o aumento progressivo de pessoas que experienciam uma situação de sem-abrigo, constitui um desafio substancial para a criação de serviços de âmbito comunitário, de modo a responder adequadamente às necessidades individuais das pessoas. Estima-se que cerca de 30% da população adulta em situação de sem-abrigo, experienciam problemas a nível de saúde mental, o que implica a realização de um maior número de estudos e trabalhos científicos, de modo a aprimorar uma compreensão mais clara e holística dos recursos essenciais para prevenir e combater este fenómeno (Tsemberis, McHugo, Williams, Hanrahan, & Stefancic, 2007).

Neste sentido e considerando a realidade sociopolítica supramencionada, apura-se que os serviços e organizações de saúde mental que operam nas comunidades, enfrentam diversos desafios na promoção de oportunidades, ao exercício pleno de cidadania de pessoas que se encontram em situação de exclusão social. Assim, a integração de pessoas com problemas de saúde mental nas suas comunidades, constitui uma das principais premissas e máximas dos serviços de suporte de base comunitária (Carling, 1995; Jorge-Monteiro & Ornelas, 2016; Yanos, Barrow, & Tsemberis, 2004; Wong & Solomon, 2002). Dado o papel de relevo da integração comunitária de pessoas com doença mental grave e em situação de exclusão social extrema, dever-se-á reconhecer que as mesmas experienciam de modo sistemático, sentimentos que se interligam com a marginalização e a segregação social, limitando assim, as oportunidades de desempenho de papéis significativos e de participação em actividades comunitárias (Nelson, Clarke, Febraro, & Hatzipantelis, 2005; Siegel et al., 2006; Townley, Kloos & Wright, 2009; Tsai & Rosenheck, 2012; Yanos et al., 2004). Neste sentido, Carling (1995) na década de 90, propôs um novo paradigma para os programas de habitação, de modo a potenciar a integração comunitária das pessoas, o qual denominou de habitação apoiada (Carling, 1995; Ornelas et al., 2017; Ridgway & Zippel, 1990). Este novo paradigma, assenta em princípios que defendem a promoção do acesso imediato a uma habitação permanente e independente, integrada em bairros centrais da cidade, contemplando aspectos como o controlo e a escolha individual, relativamente às preferências habitacionais e aos serviços de suporte de cada participante. Deste modo, considerando a perspectiva inovadora das abordagens ligadas à habitação apoiada, face à ineficácia das abordagens mais tradicionais em reduzir o número de situações de sem-abrigo e em quebrar o ciclo “rua-instituições-rua”, surge um novo modelo de habitação apoiada denominado de *Housing First* (HF), através da *Pathways to Housing, Inc* na cidade de Nova Iorque, na América, em 1992 (Padgett, Henwood & Tsemberis, 2016). A nível Europeu, o programa “Casas Primeiro”, baseado no modelo HF, foi pioneiro na efetivação da implementação deste modelo em

Portugal, nomeadamente em Lisboa, no ano de 2009 (Ornelas, 2013). Este modelo inovador, tem como *target* pessoas em situação de sem-abrigo de longa duração, com problemáticas de doença mental e/ou problemas de abuso de substâncias subjacentes, caracterizada como a população “mais difícil” de retirar de uma situação de rua, visando a sua integração na comunidade, através do acesso a casas estáveis, individualizadas, independentes, permanentes e dispersas na comunidade (Ornelas, Martins et al., 2014; Martins et al., 2016; Tsemberis et al., 2004). Como objectivo primordial, este modelo, visa a cessação absoluta de pessoas em situação de sem-abrigo, através do acesso e disponibilização directa, imediata e sem restrições, de uma habitação individualizada, independente, permanente, dispersa e integrada na comunidade. Esta abordagem inovadora efectua a separação entre o tratamento e a casa, não requerendo como condição prévia a adesão a tratamentos de saúde mental ou a abstinência de consumos de substâncias psicoactivas (Greenwood et al., 2005; Ornelas et al., 2014; Ornelas et al., 2017; Tsemberis et al., 2004). As habitações disponibilizadas são arrendadas no mercado de arrendamento privado (maioritariamente T0s e T1s) e apesar das mesmas deterem um cariz individual, os residentes têm a possibilidade de partilhar a sua casa com outra pessoa da sua rede pessoal ou familiar, caso essa seja a sua escolha. Assim, o modelo HF adopta uma actuação com base no princípio da escolha, removendo inteiramente o papel autoritário e tradicional dos serviços de suporte até então existentes, defendendo que a aquisição de uma habitação individual, independente, espalhada na comunidade e permanente, é fundamental para a elaboração, definição e concretização de objectivos e metas pessoais a curto, médio e longo prazo. Deste modo, a acção interventiva disponibiliza oportunidades de acesso à saúde, à educação e/ou ao emprego, caso estes sejam objectivos individuais, definidos em colaboração com os residentes. De modo complementar, este modelo encerra uma visão contextual-ecológica da intervenção, sendo que a mesma é efectuada directamente no *setting* habitacional natural das pessoas e no contexto comunitário local dos residentes (Kelly, 2006; Wright & Kloos, 2007). Outra questão fundamental, prende-se com a análise de custo-benefício, sendo este um dos argumentos com maior impacto para a mudança social de políticas públicas, em termos de respostas para esta população, sendo que os custos associados aos programas baseados em modelos HF são significativamente mais baixos, comparativamente aos custos associados aos outros serviços, abrangendo o custo da renda da casa e o custo da equipa técnica de suporte (Gulcur, Stefancic, Shinn, Tsemberis, & Fisher, 2003; Perlman, & Parvensky, 2006).

Tabela 1 – Exemplos de evidência científica desenvolvida no campo do impacto dos modelos HF

Autor (es)	Ano de publicação	Objecto de estudo	Método	Principais Conclusões
Yanos, Felton, Tsemberis & Frye	2007	Avaliação do impacto da habitação independente e do papel dos vizinhos nas diversas dimensões da integração comunitária	Abordagem Multimétodo – Escalas (<i>Social Functioning Scale</i>) – SFS; <i>Sense of Community Index</i> – SCI; Entrevistas ; Regressão Linear/Análise de Conteúdo	SFS – importância dos vizinhos e não da habitação; SCI – Importância dos vizinhos e da casa; Entrevistas – Actividades promovidas de significado como factor decisivo na influência da casa e dos vizinhos na integração comunitária.
Tsai, Mares & Rosenheck	2012	Avaliação da integração social após a aquisição da habitação independente	Abordagem Qualitativa – Entrevistas (6 e 12 meses – <i>follow-up</i>) - Análise de Conteúdo	Elevados resultados em termos de integração social, importância da intervenção a diversos níveis (emprego, habitação, suporte social, participação cívica e religião)
Aubry, Flynn, Virley & Neri	2013	Influência da valorização do papel social e da satisfação perante a vida na integração comunitária de residentes do modelo HF	Abordagem Multimétodo – escalas (<i>Global assessment of Functioning</i> ; Escalas para avaliar as diversas dimensões da integração comunitária; Entrevistas)	Apurou-se que a valorização do papel social influencia os três tipos de integração comunitária e que a integração psicológica media a relação entre a valorização do papel social e a satisfação perante a vida

Ornelas, Martins, Zilhão, & Duarte (Ver Capítulo 1)	2014	Factores que levam a uma situação de sem- abrigo; Mudanças antes e depois da aquisição da casa; Influência do modelo HF na promoção da integração comunitária	Abordagem Multimétodo – Entrevistas semi- estruturadas; Community Integration Scale (CIS-PT)	Verificou-se o papel basilar que a casa e o suporte técnico detinham na promoção das diversas dimensões da integração comunitária (física, social e psicológica)
------------------------------------------------------------------	------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Deste modo, o modelo HF tem contribuído de forma activa e prolifera para a difusão da mudança de políticas públicas, através da qualidade dos resultados que tem produzido e apresentado um pouco por todo o mundo. Relativamente à realidade Portuguesa, a preocupação constante em criar uma aliança consistente entre a ciência e a prática profissional, que potencie o desenvolvimento e a sistematização de trabalhos científicos, permitindo assim a fundamentação e o enquadramento teórico de intervenções práticas baseadas na evidência científica, tem reflectido a eficácia e o impacto inegável do modelo HF, em termos de resposta social efectiva na finalização definitiva do fenómeno de pessoas em situação de sem-abrigo. Ao nível da mudança transformativa de políticas organizacionais e sociais geradas pelo impacto deste modelo inovador, podemos destacar diversos exemplos: A contribuição prolífica para o desenvolvimento e participação activa deste modelo em redes a nível nacional (e.g. participação no Núcleo de Planeamento e Intervenção para a Pessoa Sem-Abrigo – NPISA Lisboa, na edificação de uma rede de parceiros nacionais de HF...), a nível Europeu (e.g. participação activa no HF Europe, coordenação do programa Home_EU7 (Horizonte2020)...) e a nível internacional (e.g. AEIPS como impulsora do Housing First International Network...). No actual contexto nacional, podemos igualmente destacar a forte presença deste modelo, como matriz referencial na Estratégia Nacional de Integração para a Pessoa em Situação de Sem-Abrigos (ENIPSSA 2017-2023), que surgiu no âmbito da avaliação da primeira Estratégia Nacional, realçando a importância da adopção e difusão deste modelo no Plano de Acção 2017-2018⁹.

⁷ O ramo HOME EU está disponível em <http://www.home-eu.org>

⁸ A Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação de Sem-Abrigo está disponível em <http://www.enipssa.pt/enipssa>

⁹ O Plano de Acção 2017-2018 está disponível aqui em

<http://www.enipssa.pt/documents/10180/11876/Plano+de+A%C3%A7%C3%A3o+2017-2018/b1bb09e5-e4f5-47a0-a1e1-0a00abf7c9fa>

b. A Importância do Carácter Individual, Permanente e de Dispersão pela Comunidade das Habitações no Modelo *Housing First*

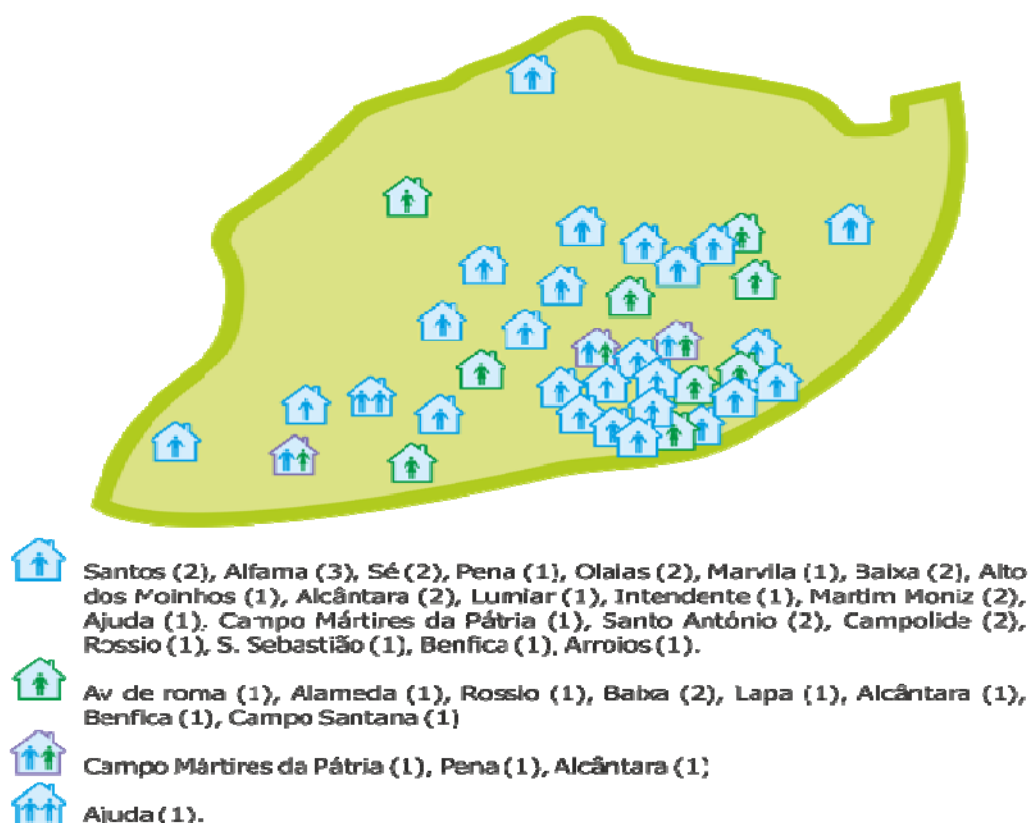
Ao providenciar o acesso directo a habitações independentes, o modelo HF refere-se a “casas “normais” na comunidade” (Hulburt, Wood, & Hough, 1996, pag. 293). Deste modo, a abordagem HF, ao promover o acesso a uma habitação independente, integrada em contextos comunitários *mainstream*, privilegia oportunidades de acessibilidade diversificada a recursos comunitários locais (mercearia, biblioteca, transportes públicos...), considerando as preferências individuais do residente, onde o mesmo tem uma “voz activa” no processo de onde e como quer viver. Neste sentido, quando mencionamos o termo “casas dispersas na comunidade”, referimo-nos à localização das casas ou apartamentos, sendo os mesmos providos de qualidade estrutural (estado de conservação do imóvel, devidamente equipados com frigorífico, água quente, televisão, sofá ou cadeiras...) em bairros integrados e centrais da comunidade, próximos de diversos recursos e de serviços comunitários locais e não em bairros segregados e isolados. Estes aspectos detêm uma importância fundamental nesta abordagem e constituem aspectos essenciais na facilitação das pessoas ao acederem aos diversos recursos e serviços locais, de modo a promover o desenvolvimento de relações de suporte social e um sentimento de pertença à comunidade, facilitando assim a integração comunitária das pessoas (Hall, Nelson, & Fowler, 1987; Hogan, & Carling, 1992; Ornelas et al., 2017; Ornelas, Martins et al., 2014; Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999; Wong, & Solomon, 2002). Neste sentido, o facto de as habitações deterem um carácter permanente (não transitório), contrasta com as abordagens tradicionais, na medida que potencia o sentimento de privacidade, de segurança e de liberdade, não existindo a possibilidade de a pessoa ter que transitar para outra solução residencial provisória (Ornelas et al., 2014). Os serviços de suporte devem igualmente ser individualizados e flexíveis, devendo existir uma disponibilização sistematizada e estruturada, coincidente com as diferentes tipologias de necessidades individuais. Para o efeito, dever-se-á e ter em consideração, que essas mesmas necessidades individuais podem variar ao longo do tempo, pelo que não existe uma limitação temporal para a prestação deste tipo de suporte e para a permanência na habitação (Carling, 1990; Ornelas et al., 2014; Ridgway & Zippel, 1990; Stefansic, & Tsemberis, 2007). Segundo Greenwood, Stenfancic e Tsemberis (2013), esta natureza permanente das habitações gera um impacto significativo em termos da redução de custos associados à utilização excessiva de serviços de emergência e de internamentos hospitalares (Ornelas 2013; Ornelas, Martins, et al., 2014). Neste seguimento, Yanos, Stefancic e Tsemberis (2012), revelaram que o intervalo

de tempo que a pessoa vive num contexto habitacional, está directamente relacionado com o aumento da integração comunitária nomeadamente com a dimensão social. O nível de estabilização num determinado contexto habitacional catalisa o envolvimento das pessoas no desenvolvimento e manutenção de redes de apoio locais e de relações sociais percebidas como positivas, como por exemplo com vizinhos ou proprietários de mercearias locais. Como tal, estes aspectos previamente mencionados podem deter um papel essencial no fortalecimento do capital social das mesmas (Fisk, Sells, & Rowe, 2007). Por último, quando nos referimos a habitações individuais, falamos de um espaço no qual as pessoas se sentem seguras, protegidas, onde têm direito à sua privacidade e ao seu próprio espaço (Nelson et al., 2005). Fisher, Shinn, Shrout e Tsemberis (2008), verificaram que a permanência em abrigos temporários, está significativamente relacionada com o aumento da taxa de crimes violentos cometidos por esta população, avançando com a possibilidade de o contexto experienciado nos abrigos, poderá vir a potenciar a tendência para a prática de crimes, devido ao contacto incessante entre pessoas que experienciam altos níveis de *stress*, causados pela ausência de elementos fundamentais como a segurança, que só uma habitação única e individual pode proporcionar. Deste modo, como é possível constatar ao longo do presente relatório, a grande maioria dos residentes do programa “Casas Primeiro” optou por viver de forma individual, derivado a terem experienciado percursos demarcados por sucessivas institucionalizações e considerarem a privacidade e a segurança, aspectos fundamentais.

Contudo, com a forte e rápida disseminação do modelo HF a nível mundial, tendencialmente alguns programas ligados à área social, poderão adoptar o rótulo de “HF”, mas não seguirem de forma criteriosa os seus valores, a sua filosofia e os seus princípios ligados à prática interventiva, colocando desta forma em risco, a validade do modelo em questão (Greenwood et al., 2013). Como tal, de modo a assegurar que os programas de intervenção social e comunitária adoptem uma filosofia que respeite os princípios de HF ligados ao modelo original, dever-se-á garantir a difusão dos princípios e valores orientadores desta abordagem inovadora. Assim, tornou-se fundamental a criação e o desenvolvimento de uma escala de fidelidade, como guia referencial para o desenvolvimento de programas HF, encerrando uma componente avaliativa, que pode realçar potenciais áreas de melhorias a nível da intervenção e que pode servir igualmente, como ferramenta na área de trabalhos científicos (Greenwood et al., 2013; Nelson, & Macleod, 2017; Stefancic, Tsemberis, Goering, Drake, & Messeri, 2013). Como tal, o estudo desenvolvido por Duarte, Costa e Ornelas (2018), pretendeu analisar e avaliar os índices de fidelidade do programa “Casas Primeiro” em relação

ao modelo original de HF. Esta avaliação surge no âmbito da participação do programa “Casas Primeiro”, no estudo internacional *Housing First Cross Countries Fidelity Research Project*, constituído por programas HF no Canadá, Estados Unidos, Portugal, Holanda, Espanha, Itália, Reino Unido, Irlanda, Bélgica, França e Luxemburgo, tendo sido este dinamizado pela *Housing First International Network* (Greenwood et al., 2013). Os autores apuraram que o programa “Casas Primeiro”, deteve cem por cento de fidelidade relativamente ao modelo original nos seguintes domínios: Estrutura e Escolha do alojamento, Separação Casa/Tratamento e Filosofia dos Serviços, sendo que nos campos de Variedade de Serviços e de Estrutura do Programa, apresentaram igualmente altos índices de fidelidade, provando assim a validade deste programa em termos da adopção dos princípios e valores do modelo HF.

Figura 2 – Esquema representativo do número de habitações e da dispersão geográfica das mesmas na cidade de Lisboa, dos residentes do programa “Casas Primeiro”



Fonte: Ornelas, 2013

Neste sentido, o acesso a uma casa individual, permanente e dispersa na comunidade, reúne as condições necessárias para a promoção de oportunidades que potenciem o acesso a papéis sociais dotados de relevância intrapessoal, como o estatuto de inquilino e/ou membro activo da comunidade local, assim como promove a independência entre os serviços de tratamento e de suporte dos serviços habitacionais. Como tal, a presença e disponibilização de serviços de suporte individualizados e flexíveis a longo prazo, assim como a orientação dos serviços para a promoção de oportunidades de participação na comunidade, desempenham um papel basilar na consolidação do modelo HF, maximizando desta forma a integração comunitária e simultaneamente, a ruptura com a predominância dos modelos de âmbito mais tradicional (Aubry et al., 2016; Blanch, Carling, & Ridgway, 1988; Carling, 1990; Hogan & Carling, 1992; Ornelas et al., 2014; Ornelas, Martins et al., 2014; Ridgway & Zipple, 1990; Tsemberis, 1999; Yanos et al., 2004).

c. O Papel das Equipas de Suporte Individual aliada à Habitação no Modelo *Housing First*

Em relação ao papel das equipas técnicas de suporte individual nos programas baseados no modelo HF, as mesmas enquadram a sua intervenção, na disponibilização de um conjunto de serviços de suporte, contemplando práticas interventivas rápidas e imediatas em situações de crise, gestão doméstica e financeira, desbloqueamento de apoios financeiros, subsídios de renda e a acessibilidade a vários serviços e recursos comunitários, como o acesso a cuidados de saúde locais, projectos de emprego apoiado e/ educação apoiada, programas de tratamento de desintoxicação de substâncias, entre outros, encontrando-se disponível sete dias por semana, vinte e quatro horas por dia (Ornelas, 2013; Ornelas et al., 2014; Tsemberis & Asmussen, 1999; Tsemberis, Rogers, Rodis, Dushuttle, e Skryha, 2003). Para o efeito, este modelo interventivo, baseado numa abordagem de cariz ecológico e colaborativo, disponibiliza um conjunto de serviços de suporte de âmbito técnico-profissional flexíveis e individualizados, sendo este suporte providenciado no contexto natural dos residentes (nos recursos comunitários locais, como a junta de freguesia local, o centro de saúde da área de residência, a casa das pessoas...) e não em contextos artificiais (contextos institucionais), através de uma filosofia de *empowerment*, onde se assiste à presença de uma cultura de parceria e de colaboração entre equipa técnica e residentes (Ornelas et al., 2014). Assim, a abordagem colaborativa por parte do modelo HF, é dinamizada e regida por valores de reciprocidade e de compromisso, assistindo-se a uma promoção da negociação de objectivos

comuns entre equipa técnica e residentes, sendo a intervenção um processo de aprendizagem mútua entre a dimensão técnica e a dimensão experiencial de residentes e equipa técnica de suporte, colocando a tónica na “horizontalidade” da relação (Espino, & Trickett, 2008; Ornelas et al., 2014; Sachetto, Ornelas, Calheiros, & Shinn, 2018). Relativamente às problemáticas adictivas e/ou de doença mental, a equipa recorre a uma abordagem interventiva que não exige aos residentes, condições prévias de abstinência para obterem uma casa, promovendo deste modo, a redução de comportamentos de risco, geralmente associados às dependências psicoactivas (Tsemberis, & Einseberg, 2000). Assim, caso exista a possibilidade de os residentes poderem eventualmente ter recaídas, ou optarem por continuar a consumir substâncias psicoactivas e não vislumbrarem o processo de abstinência como um objectivo prioritário, não perdem o direito à sua casa. O programa HF tem no entanto dois requisitos: os residentes contribuem com 30% do seu rendimento para o pagamento da renda (rendimento social de inserção, pensões sociais ou outros rendimentos), assim como devem aceitar encontrar-se, pelo menos uma vez por semana, com a equipa técnica de suporte do programa. Os resultados da avaliação do programa “Casas Primeiro”, baseado no modelo HF revelaram uma taxa de retenção da casa de cerca de 90%, verificando-se uma diminuição significativa no recurso de serviços de emergência e internamentos psiquiátricos, bem como melhorias significativas a nível da qualidade de vida geral dos residentes do programa (Ornelas, 2013).

2. *Housing First* e Integração Comunitária

a. A Pertinência da Perspectiva Ecológica na Promoção da Integração Comunitária nos Modelos *Housing First*

De acordo com os princípios ecológicos, o fenómeno das situações de sem-abrigo, podem ser compreendidos como um resultado de interações que combinam diversos factores de risco, podendo abarcar aspectos e conjunturas do foro individual, estrutural (condições socioeconómicas) e contextual (Baron, 2004; National Coalition for the Homeless, 2009; Nooe, & Patterson, 2010; Toro, Trickett, Wall, & Salem, 1991). Deste modo, a adopção de uma perspectiva ecológica em organizações orientadas para valores como o *recovery* e a integração comunitária, permitem uma visão compreensiva mais alargada sobre este fenómeno (Kelly, 2006; Levine et al., 2005). A leitura destes valores seguindo de um *framework* ecológico, permite a extenuação do enfoque em características exclusivamente

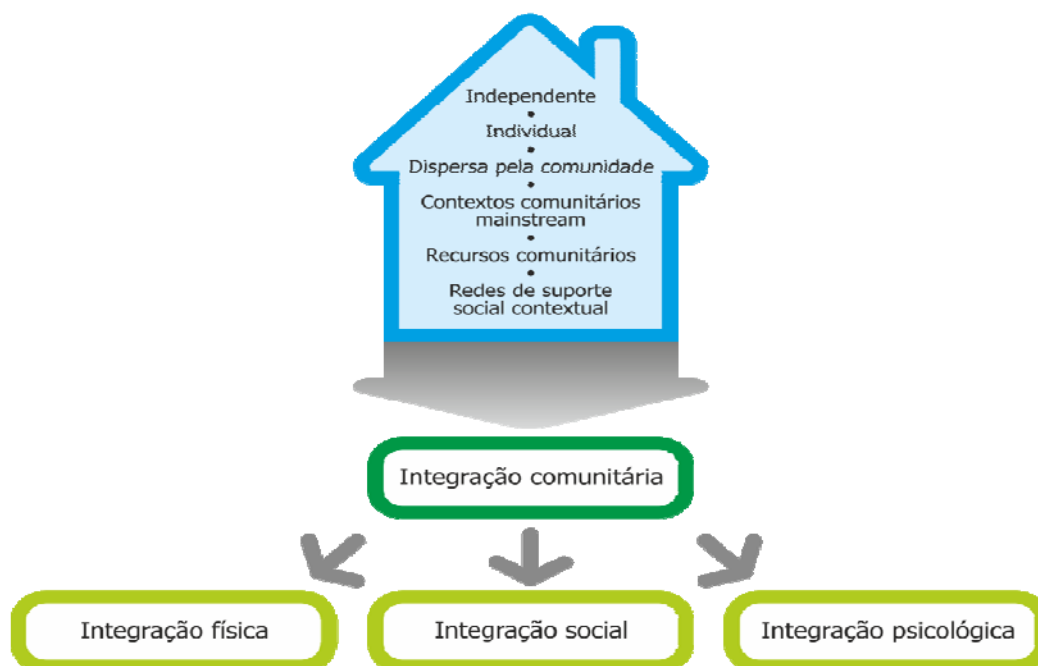
individuais da pessoa, possibilitando deste modo uma maior amplitude em termos da compreensão das situações de sem-abrigo, considerando para o efeito factores individuais e contextuais adjacentes, assim como a interligação entre os mesmos. Neste sentido, a natureza relacional que as pessoas desenvolvem e consolidam com os seus contextos naturais, encerra uma dinâmica de reciprocidade, uma vez que não é apenas o contexto que gera impacto nas pessoas, mas as próprias pessoas adquirem um papel significativo no processo de mudança, através de uma presença activa que regulamenta o nível de impacto no contexto onde se inserem (Ornelas et al., 2014). Segundo Kelly (2010), o pensamento ecológico propõe a ponderação de hipóteses, que regulam o nível de adaptação e de integração das pessoas, considerando as suas idiossincrasias aos diferentes contextos. Assim, a evidência científica, realça o papel predominante que uma habitação individual, permanente, dispersa e integrada em contextos comunitários *mainstream*, desempenha na promoção do bem-estar individual, do *recovery* e no potencial da integração comunitária de pessoas que se encontravam durante um período substancial em situação de sem-abrigo com problemáticas subjacentes de doença mental e/ou problemas adictivos (Farrell, Aubry, & Coulombe, 2004; Macnaughton et al., 2016; Nelson et al., 2007; Ornelas, Martins et al., 2014; Piat et al., 2015). Wong e Solomon (2002) providenciaram um grande contributo na leitura deste aspecto, ao conceptualizarem a integração comunitária como um constructo de cariz multidimensional, que expande a sua amplitude conceptual, além da mera presença física das pessoas em situação de exclusão social nas suas comunidades, incluindo uma componente de integração psicológica e social. Os autores sugerem que este constructo, inclua a dimensão física da integração, que englobe aspectos como a participação activa em actividades promovidas de significado para as pessoas nas suas comunidades, maximizando o acesso e a utilização de recursos/serviços comunitários locais. A importância da dimensão social da integração comunitária foi igualmente salientada pelos autores, advogando a relevância da extensão e da diversidade das redes de suporte social, nomeadamente no estabelecimento e desenvolvimento de relações sociais diversificadas e enriquecedoras com outros membros da comunidade local (Wong, & Solomon, 2002; Salzer, & Baron, 2006; Tsai, Mares, & Rosenheck, 2012). Por último, a presença de uma dimensão psicológica na integração foi igualmente considerada como um aspecto vital, realçando a importância da existência de um sentimento de pertença, do estabelecimento de um elo de ligação com outros membros da comunidade e da integração das pessoas em contextos comunitários naturais (Ecker, & Aubry, 2016; Salzer, & Baron, 2006; Wong, & Solomon, 2002). Como tal, existem diversos benefícios em analisar a integração comunitária através da adopção da perspectiva ecológica (Kelly, 2006; Levine et

al., 2005), visto que a integração comunitária encontra o seu âmago na criação de oportunidades de acesso aos recursos locais, no desenvolvimento e consolidação de redes sociais contextuais, no papel activo na comunidade, no envolvimento e participação em actividades comunitárias providas de significado, de modo a reforçar a ligação entre as pessoas e as suas comunidades locais (Aubry, Flynn, Virley, & Neri, 2013; Kloos, & Shah, 2009; Ornelas, Martins et al., 2014; Ware et al., 2008).

Existem diversos estudos que procuraram identificar os principais factores inerentes aos programas e aos contextos comunitários que potenciam ou inibem, a participação activa e a integração comunitária dos residentes em programas HF (Ecker, & Aubry, 2016; Gulcur et al., 2007; Kloos, & Shah, 2009; Ornelas, Martins et al., 2014; Prince, & Gerber, 2005; Townley et al., 2009; Yanos et al., 2004; Yanos, Felton, & Tsemberis, 2007). Yanos et al. (2004) defendem que a transição para uma habitação independente, permanente, individual e dispersa na comunidade, contribui para uma mudança positiva nas vidas dos residentes de programas HF, onde os mesmos relataram melhorias ao nível do bem-estar psicológico, do bem-estar físico e da percepção de segurança. Assim, a aquisição de uma casa (“lar”), reúne as condições necessária para o surgimento de um sentimento de integração e possibilita a vivência de uma experiência humana “convencional” e inclusiva, detendo deste modo, um papel determinante na integração psicológica dos residentes nas suas comunidades (Yanos et al., 2004). Em 2007, Gulcur et al., verificaram que os programas HF potencializavam em larga medida a integração comunitária dos seus residentes, abrangendo a dimensão física, social e psicológica da integração. Os resultados desta investigação, reforçaram a importância do papel da escolha individual dos residentes, da dispersão geográfica das habitações por diversos contextos comunitários integrados, sendo que estes factores contribuíam significativamente para o aumento progressivo da integração comunitária, nomeadamente na dimensão psicológica e social. Segundo os autores, a presença de um sentimento de autonomia percebido pelos residentes, contribui para um aumento significativo do sentimento de bem-estar geral, assim como para uma ampliação progressiva do sentimento de pertença à comunidade. Prince e Gerber (2005) e Townley et al. (2009), por sua vez, demonstraram que as pessoas que participavam activamente num maior número de actividades nas comunidades locais, reportavam maiores índices de satisfação geral com a vida. Segundo os autores, a participação em actividades na comunidade, providencia oportunidades de interacção social com outros membros das comunidades locais, fora das relações sociais circunscritas ao *setting* clínico de tratamento, contribuindo deste modo para o

enriquecimento e diversificação das redes de suporte social das pessoas com problemas de saúde mental em situação de exclusão social. Neste seguimento, Nemiroff, Aubry e Klodawsky (2011), num estudo que pretendeu examinar os níveis de integração comunitária, na dimensão psicológica em mulheres que se encontravam numa situação de sem-abrigo e que recentemente integraram programas de HF, permitindo assim o acesso a habitações independentes, dispersas em diversos contextos comunitários e permanentes, apuraram que o nível de satisfação habitacional, estava directamente relacionado com os níveis de integração psicológica. Deste modo, ao considerarmos a evidência científica no campo da satisfação habitacional, verificamos que este domínio por sua vez está associado à perspectivação de maiores níveis de escolha, segurança, privacidade e de qualidade habitacional, sendo estes aspectos, factores vitais nos programas de HF (Srebnik, Livingston, Gordon, & King, 1995; Tsemberis et al., 2003). Neste sentido, Yanos et al. (2012), revelaram que o intervalo de tempo que a pessoa vive num contexto habitacional, está directamente relacionado com o aumento da integração comunitária, nomeadamente com a dimensão social. Por último, Ornelas, Martins et al. (2014) pretenderam examinar através de um estudo multimétodo, os principais factores que contribuíram para o culminar de situações de sem-abrigo de diversos residentes abrangidos pelo programa “Casas Primeiro”, baseado no modelo HF. Os autores pretenderam igualmente analisar transversalmente as principais diferenças, considerando um período temporal antecedente e precedente à entrada das pessoas no programa, abarcando diversos domínios. Relativamente às principais conclusões, os autores destacaram questões como a falta de rendimentos, o desemprego, a ausência de condições habitacionais e os primeiros sinais de doença mental, como aspectos catalisadores da situação de sem-abrigo. Em relação às principais diferenças entre o “antes” e o “depois” do programa “Casas Primeiro”, os residentes relataram diferenças em aspectos como a tipologia dos serviços e recursos comunitários disponíveis, a percepção pessoal, as relações interpessoais...sendo que as mesmas se enquadram dentro do espectro multidimensional da integração comunitária. Assim, de forma a estruturar e organizar qualitativamente e quantitativamente, as diferenças significativas que os residentes sentiram nas suas vidas com o programa “Casas Primeiro”, os resultados foram agrupados nas seguintes categorias: integração física; integração social; integração psicológica; e bem-estar (Ver Capítulo1).

Figura 3 – Modelo representativo da influência da habitação e do contexto habitacional na promoção da integração comunitária



Fonte: Aubry et al., 2013; Kloos e Shah, 2009; Ornelas et al., 2014

Deste modo, a integração comunitária adquire um papel de relevo, sendo esta uma das principais máximas nas abordagens de HF. A mesma encontra a sua génese ideológica, num dos princípios base da ciência comunitária, a perspectiva ecológica, advogando que todas as pessoas devem ter a oportunidade de aceder a uma habitação regular, estável e que seja percebida como de qualidade, de modo a capitalizar oportunidades de acesso aos diversos recursos comunitários disponíveis, potencializando deste modo o envolvimento e a participação activa na matriz comunitária de forma equitativa, considerando a interacção dos elementos individuais e contextuais (Kelly, 2006; Nelson et al., 2014). Neste sentido, estes aspectos previamente mencionados, geram um interesse crescente no modelo HF, uma vez que consiste numa abordagem que rompe com as práticas mais tradicionais, definindo objectivos orientados para uma vida plena na comunidade, visando como missão estratégica acabar definitivamente com as situações de sem-abrigo, através da integração e participação das mesmas na comunidade (Aubry, & Myner, 2009; Ecker, & Aubry, 2016; Greenwood et al., 2005; Gillis et al, 2010; Kloos, & Shah, 2009; Nelson et al., 2014; Ornelas et al., 2010; Ornelas, Martins et al., 2014; Tsemberis et al., 2003; Tsemberis et al., 2004; Yanos et al., 2004).

3. Housing First e o Processo de *Recovery*

a. Uma Leitura Ecológica sobre a Percepção da Escolha/Controlo e da Qualidade da Casa como Percursos Naturais do *Recovery* no Modelo *Housing First*

Segundo Case (1996) e Moore (2000) a concepção de casa (“lar”), desempenha um papel de influência crítica, no processo sobre o qual as pessoas definem e experienciam o seu contexto ambiental e social. A aquisição de uma habitação percebida como sendo de qualidade, permite o desenvolvimento progressivo de sentimentos que se prendem com o conforto e a comodidade, assim como permite o crescimento de sentimentos de segurança física e emocional, que constituem os pilares para a estruturação do desenvolvimento de rotinas diárias, enquadradas numa perspectiva de controlo e de *empowerment* (Borg et al., 2005). Ao abordar a questão da qualidade da habitação, é importante salientar ambas as componentes e características físicas e psicossociais. A qualidade física da habitação, refere-se à qualidade estrutural e contextual da casa, abrangendo aspectos como o conforto e a decoração interior, contemplando questões como o estado de conservação habitacional, incluindo o estado dos móveis da casa, do chão, das paredes e odores que possam eventualmente manifestar-se. Engloba igualmente aspectos do âmbito contextual, como os níveis de ruído do contexto local, a facilidade de acesso à habitação, os recursos comunitários locais, entre outros (Evans, 2003; Nelson et al., 2007). Por outro lado, a dimensão psicossocial da qualidade da habitação, está relacionada com a promoção do sentimento de pertença, com a identificação com o contexto habitacional, fomentando deste modo a cidadania, a privacidade e o sentimento de segurança nas pessoas (Cuba, & Hummon, 1993; Nelson, Hall, & Walsh- Bowers, 1998; Ornelas, Martins et al., 2014; Smith, 1994; Townley, Miller, & Kloos, 2013; Ware et al., 2008; Wells & Harris, 2007; Wright & Kloos, 2007). Como tal, a percepção da qualidade da habitação, considerando ambas as dimensões, detém uma grande influência na vida das pessoas, uma vez que é onde as mesmas geralmente passam a maior parte do seu tempo (Evans, Wells, & Moch, 2003; Evans, Wells, Chan, & Saltzman, 2000; Nelson et al., 2007). Fisk et al. (2007) argumentam neste sentido, defendendo que a promoção de um ambiente seguro e estável, geralmente fornecido pelo contexto habitacional, potencia simultaneamente sentimentos de capacitação e fortalece as redes de suporte social nas comunidades locais, onde as pessoas residem (Fisk et al., 2007; Sachetto et al., 2018). Este aspecto detém um papel de relevo em torno do contexto ambiental

em que as pessoas se encontram inseridas, facilitando a emergência de um estatuto de cidadania plena e de reconstrução do capital social das pessoas (Fisk et al., 2007; Ornelas, Duarte et al., 2014; Zimmerman, 1995).

Outro processo que é afectado pela percepção da qualidade da habitação, é o nível de escolha percebida ou de controlo pessoal, uma vez que as pessoas geralmente sentem-se melhor e apresentam melhorias a nível da sua saúde mental, quando sentem que vivem em habitações de qualidade e possuem controlo sobre a escolha nos contextos onde residem (Evans, 2003; Krieger, & Higgins, 2002). O princípio da escolha dos residentes, como foi mencionado anteriormente, constitui uma das grandes temáticas centrais do modelo HF, onde as práticas interventivas baseadas nas preferências individuais dos residentes, estão desenhadas para deterem um papel activo na promoção do *empowerment* das pessoas (Greenwood et al., 2005). Martins et al. (2016), ao conduzirem uma investigação no âmbito do modelo HF, descobriram que a percepção da qualidade da habitação tem um impacto significativo na percepção da escolha dos residentes, sendo que este aspecto influencia positivamente os resultados ao nível da saúde mental (Ver Capítulo 2). Assim Tsemberis et al. (2003), enaltecem a importância dos serviços contemplarem a escolha individual das pessoas, uma vez que a existência da mesma sobre as opções habitacionais, está directamente correlacionada com maiores níveis de satisfação e de estabilidade habitacional, assim como de bem-estar psicológico. Adicionalmente, quando o residente tem a possibilidade de escolher onde e como vive, ganhando uma “voz” activa sobre os serviços de suporte que melhor se adequam às suas necessidades, o número de internamentos tende a diminuir substancialmente e o número de experiências positivas em locais comunitários como o trabalho, escola e actividades sociais aumentam significativamente.

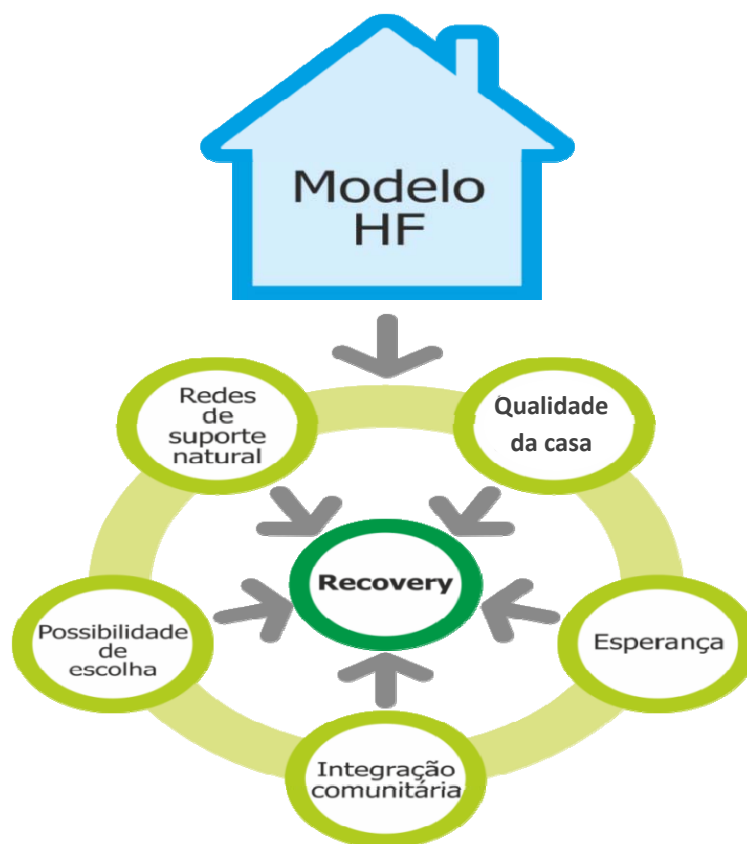
Neste sentido, o papel da percepção da qualidade da casa aliada à percepção da escolha/controlo como uma prática ligada ao princípio de *empowerment*, constituem elementos condutores para a promoção do processo de *recovery* na saúde mental, cimentados em princípios ecológicos (Greenwood et al., 2005; Greenwood, & Manning, 2016; Kelly, 2006; Martins et al., 2016; Nelson et al., 2007; Ornelas et al., 2014; Patterson, Rezansoff, Currie, & Sommers, 2013; Zimmerman, 2000) Uma vez que a perspectiva ecológica, encontra o seu fundamento ideológico na contemplação de factores de ordem individual e contextual, é de realçar a importância desta perspectiva aliada ao papel central do processo de *recovery*, na abordagem a pessoas que se encontravam em situação de sem-abrigo, com problemáticas associadas de doença mental (Gillis et al., 2010; Kelly, 2006; Martins et al., 2016; Nooe, & Patterson, 2010; Ornelas et al., 2017; Macnaughton et al., 2016; Manning, & Greenwood,

2018; Tsemberis, 2010). Como tal, o modelo HF ao efectuar uma leitura ecológica entre a interacção de elementos de ordem contextual e individual, incorpora aspectos tais como a percepção da escolha/controlo e a qualidade da casa, como veículos catalisadores do processo de *recovery* individual (Greenwood, & Manning, 2016; Kirst et al., 2014; Martins et al., 2016; Nelson et al., 2007; Ornelas et al., 2010; Ornelas et al., 2014; Tsemberis et al., 2012) (Ver Capítulo 2). Assim, consoante a conceptualização proposta por Piat et al. (2015) e por Manning e Greenwood (2018), a natureza multidimensional do processo de *recovery* pode ser espoletada pela mudança de contextos que toldam os diferentes percursos que as pessoas podem optar no seu processo individual. Neste sentido, a inexistência de uma habitação percepcionada como segura e estável coloca sérias limitações na fomentação e na manutenção dos processos de *recovery* individuais (Gillis et al., 2010; Greenwood et al., 2005; Kirst et al., 2014; O'Campo et al., 2016; Piat et al., 2015; Polvere, Macnaughton, & Piat, 2013; Shinn, 2007; Tsemberis & Eisenberg, 2000). Para Deegan (1988), o processo de *recovery* surge como uma oportunidade no meio de uma situação de crise e que pode fomentar a alteração do modo de vida da pessoa, abrindo assim caminho para a descoberta de novas possibilidades e potencialidades únicas. A conceptualização contextual de Gillis et al. (2010), de Greenwood e Manning (2016), tal como Piat et al. (2015) vai neste sentido, ao descrever o papel basilar da existência de uma habitação estável na potenciação do processo de *recovery*, através de um processo profundamente pessoal e único de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objectivos, competências e papéis, que conduz a uma forma de viver a vida com satisfação e esperança gerando o desenvolvimento de novos significados (Deegan, 1988; Kirst et al., 2014; Piat et al., 2015; Polvere et al., 2013). Assim, a esperança desempenha um papel proeminente na consolidação e desenvolvimento deste processo, permitindo às pessoas o restabelecimento dos níveis de confiança nos próprios e nas redes de suporte social, maximizando deste modo a crença que é possível reganhar controlo sobre as suas próprias vidas (Deegan, 1988; Gillis et al., 2010; Greenwood & Manning, 2016; Manning & Greenwood, 2018; Martins et al., 2016; Zimmerman, 2000). Contudo, estes processos, como Davidson, Sells, Sangster e O'Connell (2005), e Ralph (2005) salientaram, não surgem num vazio privado de um contexto ambiental. Os serviços que intervêm junto das pessoas que se encontram em situação de sem-abrigo com doença mental, deverão mobilizar esforços no sentido de adoptar práticas e políticas, que embora baseados em princípios orientados para o *recovery*, actuem englobando valores ecológicos que possibilitem às pessoas, a reaquisição de controlo sobre as suas vidas, promovendo oportunidades de acesso a papéis sociais relevantes na comunidade (Gillis et al., 2010; Kirst et al., 2014). Assim, o modelo HF além de deter um papel fulcral na finalização

definitiva das situações de sem-abrigo, assume uma importância vital na promoção do aumento da percepção de escolha por parte das pessoas em relação ao “*house matching*” e em relação à tipologia de tratamento mais adequado às suas necessidades, potencializando uma melhoria significativa em termos da sua saúde física, mental e conseqüentemente, da sua qualidade de vida (Greenwood et al., 2005; Nelson et al., 2007; Polvere et al., 2013; Srebnik, Connor, & Sylla, 2013).

Relativamente à evidência científica neste âmbito, Raine e Marcellin (2007) defendem que o modelo HF promove o aumento dos níveis de saúde dos residentes no plano físico e mental, tendo igualmente influência na adopção de hábitos alimentares mais saudáveis e na diminuição dos níveis de *stress* dos residentes. Como tal a aquisição de uma habitação estável e segura permite o restabelecimento de ciclos de sono padronizados e a consolidação de um sentimento de segurança duradouro, sendo estes factores essenciais na promoção e manutenção do processo de *recovery*. De modo complementar, Meshede (2007), verificou que diversos residentes inseridos num programa HF, apresentavam altos níveis de satisfação com as suas casas, verificando-se igualmente um aumento exponencial dos níveis de independência, autonomização e controlo sobre diversas áreas das suas vidas. Assim, Brown et al. (2016) sustentam que a fomentação de um ambiente habitacional considerado como seguro e estável, possibilita a edificação e o reforço de redes de suporte social, assim como potencializa a ostentação de processos de participação activa em actividades promovidas de significado para as pessoas em áreas como a educação ou o emprego, indispensáveis para a emergência e posterior sustentação do processo de *recovery* (Yanos et al., 2007). Por sua vez, Tsemberis et al. (2012), defendem a importância totalmente fulcral do papel da casa e do suporte da equipa, na potencialização da estabilidade habitacional e na promoção do processo de *recovery* individual. Deste modo, algumas investigações apontam para a importância fulcral da existência de uma escolha individual, que possibilite a satisfação dos residentes em relação às suas casas, o que fundamenta a catalisação de variados elementos, subjacentes aos serviços orientados para o *recovery*, como o envolvimento participativo em actividades promovidas de significado para as pessoas e uma redução significativa de potenciais consumos ou situações de “crise”, factores estes totalmente basilares para a promoção e conservação do processo de *recovery* (Collins et al., 2012; Henwood, Stanhope, & Padjett, 2011; Kertesz, Crouch, Milby, Cusimano, & Shumacher, 2009; Mericle, & Grella, 2016; Robbins, Callahan e Monahan, 2009).

Figura 4 – Modelo esquemático da influência da habitação e do contexto habitacional na promoção do *recovery*



Fonte: Greenwood et al., 2005; Piat et al., 2015; Wrigh e Kloos, 2007; Jorge-Monteiro e Ornelas, 2016

Como tal, com o princípio da integração comunitária a assumir centralidade entre os objectivos programáticos dos serviços e programas no âmbito da saúde mental comunitária, o processo de *recovery* surge como um resultado psicológico esperado ao nível individual. O *recovery* na doença mental pode ser por isso, progressivamente conotado como o restabelecimento da participação na vida da comunidade (integração) e do poder pessoal de cada indivíduo em relação à sua própria vida (*empowerment*) (Greenwood et al., 2005; Fisher, 2011; Nelson et al., 2014; Ornelas et al., 2017). Assim, através do reconhecimento que as pessoas abrangidas por programas de base comunitária poderão estar em diferentes etapas do seu processo de *recovery* e que a eficácia da intervenção, poderá encontrar-se parcialmente ancorada na consideração desse factor, cada pessoa deverá ter a possibilidade de escolha (consumir álcool ou não; tomar a medicação ou não) sendo que o suporte disponibilizado e as suas respostas habitacionais, não sejam colocados em risco (Tsemberis et al. 2004). Ao equacionar e disponibilizar a percepção de escolha/controlo às pessoas, considerando as suas preferências e objectivos individuais e pessoais, assiste-se a uma proliferação de melhorias

nos resultados ao nível da saúde mental, em concomitância com uma maior satisfação perante os diversos serviços disponíveis, o que contribui por sua vez para uma maior adesão e permanência nesses mesmos serviços (Calsyn et al., 2003; Ornelas et al., 2014; Padgett, Henwood, Abrams, & Davis, 2008) Um olhar sobre a evidência, demonstra que os níveis de escolha percebidos em relação às opções habitacionais, têm sido correlacionados com uma maior satisfação com a habitação, maior estabilidade habitacional, maiores níveis de bem-estar psicológico e maior integração comunitária (Brown et al., 2016; O'Connell, Rosenheck, Kaspro, & Frisman, 2006; Srebnik et al., 1995; Yanos et al., 2004). Deste modo, os serviços que seguem uma orientação de *recovery*, como o modelo HF, deverão promover o aumento de oportunidades de escolha aos seus residentes, respeitando as suas preferências individuais e a qualidade habitacional percebida, uma vez que o conceito de escolha é considerado como central, numa perspectiva orientada para a integração e para o *recovery* da doença mental em pessoas com experiência de sem-abrigo (Martins et al., 2016; O'Connell et al., 2006; Padgett et al., 2008). Como tal, de acordo com Ornelas et al. (2014), apesar de o *recovery* ser um processo profundamente individual, detém uma dimensão social e política que suplanta o plano meramente individual. Neste sentido, os autores defendem que a adopção de uma leitura ecológica, permite-nos aceder a aspectos contextuais e individuais relevantes, que podem ser maximizados por programas de inovação social, fundamentais para a criação e desenvolvimento de um sentimento progressivo de cidadania, de *advocacy* e do envolvimento activo por parte das pessoas (como cidadãos actuantes), na edificação e consolidação de comunidades mais diversificadas.

4. *Housing First* e a Qualidade de Vida

a. Modelo *Housing First* como Catalisador de Integração Comunitária, do Processo de *Recovery* e de Qualidade de Vida

Em termos gerais, existe um consenso sistematizado em que a integração comunitária e o aumento da qualidade de vida, devam consistir em objectivos primários e prioritários nos serviços de base comunitária, que intervenham com pessoas que se encontram em situação de sem-abrigo, com problemáticas associadas de doença mental e/ou problemáticas aditivas (Aubry & Myner, 2009; Carling, 1995; Kloos & Shah, 2009; Nelson et al., 1995, Ornelas et al., 2010, Ornelas et al., 2014, Patterson et al., 2013, Tsemberis et al., 2004; Yanos et al.,

2004). Assim, Nelson (1995) conceptualizou do termo “qualidade de vida” como uma componente avaliativa multidimensional, que abrange diversos aspectos ligados à percepção das pessoas em relação à sua condição de vida, onde se incluem as relações de suporte social, os rendimentos, a tipologia habitacional onde residem, lazer e tempos livres...assim como pretende igualmente avaliar o nível de satisfação e bem-estar das pessoas, relativamente a essas mesmas condições e em relação à sua vida em termos gerais. Como tal, a implementação de uma abordagem que encerre uma cultura de *empowerment*, que contemple a dimensão psicológica inerente ao processo de *recovery* e o carácter multidimensional da integração comunitária, contribuem em larga medida para a potenciação da qualidade de vida, sendo esta um resultado natural da combinação de ambas (Aubry, & Myner, 2009; Macnaughton et al., 2016; Nelson et al., 1995; O’Connell et al., 2006; Martins, Ornelas, & Silva, 2018; Zimmerman, & Rappaport, 1988) (Ver Capítulo 3). Deste modo, o modelo HF ao defender princípios de ordem individual e contextual, como o direito à escolha/controlo de cada pessoa em relação às suas preferências habitacionais, considerando a qualidade habitacional percebida, circunda estes mesmos princípios, consolidando uma filosofia de *empowerment*, onde os mesmos actuam como “veículos” catalisadores do potencial da integração comunitária, de melhorias ao nível da saúde mental e conseqüentemente da qualidade de vida dos seus residentes (Martins et al., 2016; Nelson et al., 2007; Ornelas, Martins et al., 2014; Patterson et al., 2013; Yanos et al., 2007). Assim, ao analisarmos a evidência científica neste campo, verificamos que Srebnik et al. (1995) reforçam a importância das abordagens ligadas à habitação apoiada, onde se incluem os programas HF, ao demonstrarem que o papel da escolha habitacional, desempenha um lugar de destaque no aumento dos níveis de satisfação com a habitação e com os serviços de suporte, existindo uma correlação directa com os níveis de satisfação de vida, na estabilidade habitacional, na integração comunitária e no bem-estar psicológico. Por sua vez, Nelson et al. (2005), defendem que o modelo HF detem uma importância basilar na promoção do bem-estar individual, da satisfação com a qualidade da casa, assim como ao nível do aumento da qualidade de vida em geral. Os autores referiram que alguns residentes relataram sentir um maior controlo sobre o recurso à utilização de substâncias psicoactivas e que desenvolveram novas relações e redes sociais de suporte com a equipa técnica do programa e com outros membros da comunidade onde residiam, sendo este um aspecto fundamental para a maximização do seu bem-estar. Outros aspectos a realçar neste estudo, que surgiram igualmente nos discursos da maioria dos residentes, relacionam-se com a presença de um maior sentimento de independência, controlo, autonomia e privacidade, após a aquisição da

casa, assim como temáticas que se interligam com uma maior acessibilidade aos recursos comunitários, uma maior participação em actividades promovidas de significado e uma maior estabilidade. Neste seguimento, Nelson et al. (2007) sublinham igualmente a importância dos programas HF, ao defenderem que o mesmo, ao permitir que os seus residentes tenham um papel activo na percepção da escolha e da qualidade habitacional, em relação ao espaço onde querem viver e aos serviços de suporte que recebem, ganha um papel de relevo na promoção dos níveis de integração comunitária e de melhorarias ao nível da qualidade. Neste seguimento, Wright e Kloos (2007) defendem que o contexto habitacional constitui um factor fundamental, no modo como as pessoas experienciam e definem a sua realidade social, argumentando que modelos de habitação apoiada como o HF, têm um papel determinante na promoção de variáveis, como o bem-estar psicológico. Os autores referem igualmente, a importância da percepção da qualidade da casa na fomentação da estabilidade habitacional, da satisfação habitacional, na redução do recurso exacerbado a serviços de âmbito psiquiátrico e na predominância de um sentimento de controlo sobre o contexto onde vivem. Assim, os autores Tsai et al (2012), realçam a importância do cariz relacional da integração social, argumentando que esta dimensão tem um funcionamento independente do quadro ligado aos sintomas clínicos, na medida em que a manifestação de sintomas psiquiátricos, como o diagnóstico clínico ou o historial individual de internamentos psiquiátricos, não constituem factores determinantes da quantidade e da qualidade, inerente à rede de suporte social dos residentes. Contudo, os resultados da investigação não evidenciaram a existência de uma correlação acentuada entre os níveis de integração social e os níveis de satisfação geral com a vida. Estes resultados, sugerem a potencial existência de outros factores, além de integração social, que terão igualmente impacto em termos da qualidade de vida e de bem-estar individual, uma vez que a apresentação de maiores índices de integração em termos sociais, poderá não ostentar necessariamente a presença de maiores níveis de satisfação geral com a sua vida. Deste modo, dever-se-á enaltecer o reconhecimento da interligação existente entre a integração da comunidade e a qualidade de vida dos residentes (Carling, 1995; Nelson et al., 1995; Ornelas et al., 2014). Para Patterson et al. (2013), a qualidade de vida está directamente relacionada com os processos psicológicos, envolvidos na análise intrapessoal do bem-estar individual, tendo em consideração diversos domínios, tais como as redes de suporte social, as actividades de ócio e de lazer, assim como as responsabilidades quotidianas inerentes à manutenção do contexto habitacional. Neste sentido, a estimulação das oportunidades proporcionadas pelas configurações do contexto comunitário, permite a potenciação de um envolvimento activo e significativo, totalmente fulcral para a qualidade de vida dos residentes

(Carling, 1995; Ornelas et al., 2014). Assim, a evidência científica aponta para a relação profunda que a integração comunitária estabelece com a qualidade de vida, uma vez que o envolvimento significativo na comunidade, se encontra relacionado com maiores níveis de bem-estar pessoal e com uma maior satisfação geral com a vida (Nelson et al., 1995).

Ornelas et al., (2017) aborda-nos a integração comunitária, como uma consequência de um conjunto de pressupostos e valores, que implicam que as pessoas com experiência de doença mental, tenham oportunidades de acesso e de participação nos mesmos contextos habitacionais, profissionais e sociais, como qualquer outro cidadão. Como tal, vale a pena recordar, que sendo o processo de *recovery* uma experiência de cariz individual, única e real da aceitação, incorporamento e de suplantação dos desafios impostos pela problemática existente (Deegan, 1988), não é algo que acontece de modo isolado e descontextualizado, nem surge num vazio interpessoal (Martins et al., 2016; Piat et al., 2015; Ralph et al., 2005). Este processo abrange uma dimensão profundamente contextual e social, na qual a participação comunitária possibilita o estabelecimento de relações sociais e envolvimento com os outros, fundamental para o bem-estar integral, para o exercício pleno de cidadania e para a autodeterminação, que por sua vez catalisam a integração comunitária, o processo de *recovery* e conseqüentemente a qualidade de vida (Kloos, & Shah, 2009; Nelson et al., 1995; Ornelas et al., 2017; Ornelas et al., 2014; Ralph, 2005). Assim, Greenwood et al. (2005) e Padgett et al. (2008), argumentam que os serviços de suporte deverão ser responsivos às necessidades de autonomia dos seus residentes, enquanto seres sociais com relações sociais significativas e promovidas de significado. Contudo, a existência de assunções generalizadas e abstractas, de que a mesma medida se pode adaptar a todos os indivíduos, obscura a complexidade e o carácter evolutivo de tais relações. Das conclusões a que os autores chegaram através dos seus estudos, é de realçar que o processo de *recovery*, manifestou-se como estando profundamente relacionado, com o ganho de controlo sobre o uso de substâncias e a obtenção de uma habitação independente e estável, em vez de estar exclusivamente associado com a redução da sintomatologia psiquiátrica por si só. Como tal, podemos entender a integração comunitária, como um elemento de união central, do processo de *recovery* individual aliado à vivência de integração na comunidade onde a pessoa se insere, considerando a plenitude de interacções de âmbito social significativas associadas. Assim, para a Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2012), o processo de *recovery*, consiste “num processo de mudança através do qual as pessoas melhoram o seu bem-estar, vivem uma vida com objectivos e visam atingir o seu potencial na sua plenitude” (p.3). Deste modo, verificamos que os programas que se enquadram no modelo HF, ao providenciarem uma casa

e um suporte individualizado e sistematizado, contribuem em larga medida para a promoção da integração comunitária, o que por sua vez potencia melhorias significativas ao nível da saúde mental, bem-estar individual e consequentemente, maximiza o nível da qualidade de vida das mesmas (Duarte, 2007; Greenwood et al., 2005; Gulcur et al., 2007; Nelson, 2010; Nelson, & Macleod, 2017; Martins et al., 2016; Ornelas et al., 2014, Townley et al., 2013).

Figura 5 – Representação gráfica da influência relacional do modelo de HF na promoção da integração comunitária, do *recovery* e da qualidade de vida.



Fonte: Aubry et al., 2013; Nelson et al., 2007; Nelson, 2010

Neste sentido, a evidência científica neste campo aponta para a importância da existência de uma casa, uma vez que a mesma estimula uma sensação de conforto e bem-estar que, por sua vez, permite que as pessoas abrangidas por programas inovadores como o HF desenvolvam rotinas diárias, promovendo um reganho do controlo pessoal sobre as suas próprias vidas nos mais diversos domínios, de modo a catalizar o aumento da qualidade de vida dos residentes (Borg et al., 2005; Evans, 2003; Krieger & Higgins, 2002; Ornelas, Martins et al., 2014; Nelson et al., 2007; Nelson, 2010). Como tal, torna-se fulcral desafiar as assunções existentes e construir uma visão assente numa matriz de valores que constitui a base da abordagem HF. Actualmente existem diversas concepções totalmente desacertadas acerca das pessoas com experiência de doença mental, que abarcam assunções baseadas numa

filosofia de “*blaming de victims*”, como o facto das pessoas com experiência de doença mental serem consideradas incapazes de tomar decisões, de serem pessoas perigosas e/ou imprevisíveis, que necessitam permanentemente de cuidados de saúde continuados. Todas estas concepções e crenças profundamente estigmatizantes, encerram a índole e a essência estrutural dos macrossistemas envolventes na vida da pessoa (Nelson, 2010; Ornelas et al., 2017). Neste sentido, torna-se necessário um corte na corrente epistemológica vigente, reunindo assim as condições necessárias para a culminação e consolidação de uma mudança social transformativa ao nível sociopolítico. Esta visão de ruptura com os padrões mais rígidos e tradicionais, ao nível de práticas e culturas organizacionais, contribuiu para a emergência um novo paradigma no panorama da saúde mental comunitária. Neste novo paradigma, a pessoa com experiência de doença mental é percebida como um inquilino na sua casa, como um morador, um vizinho, um cidadão com direitos, capacidades e potencialidades, sendo capaz de contribuir para a sociedade, adquirindo um papel de relevância em processos de tomada de decisão e na participação cívica activa e não como um paciente ou um utente, que necessita de supervisão permanente e sistemática. Deste modo a tónica é posicionada de modo a promover competências, capacidades e o potencial de *recovery* de cada pessoa, descentralizando deste modo, o foco nas limitações individuais ou na sintomatologia psiquiátrica. Esta visão inovadora da saúde mental comunitária, instiga e impulsiona uma mudança transformativa profunda ao nível das políticas sociais, onde as pessoas desempenham um papel activo nos seus próprios projectos de vida, na procura de recursos que melhor se adaptem às suas especificidades e idiossincrasias, na participação e envolvimento com a comunidade local, dotados de poder, de “voz”, de escolha e de controlo sobre as suas vidas, visando em última instância, a melhoria da qualidade de vida das pessoas (Gillis et al., 2010; Nelson, 2010; Nelson et al., 1995; Nelson, Lord & Ochocka, 2001; Ornelas et al., 2017; Ornelas et al., 2014; Ridgway, 2001; Sachetto et al., 2018; Zimmerman, 2000). Assim, torna-se essencial a promoção de programas de inovação social como o Modelo HF, ancorados em princípios e valores como a participação comunitária e a escolha, que fomentem oportunidades de acesso a casas de qualidade, inseridas em ambientes inclusivos e em contextos *mainstream*, equacionando o desenvolvimento de abordagens capazes de mudar contextos, políticas e sistemas, estabelecendo o contraponto com a filosofia inerente a programas que fomentam a institucionalização e transinstitucionalização sistemática das pessoas (Carling, 1995; Goering & Tsemberis, 2014; Kloos & Shah, 2009; Ornelas et al., 2014; Nelson et al., 2014)

5. Objetivos e Procedimentos Gerais

Considerando objecto de estudo da investigação e as questões supramencionadas na revisão de literatura, torna-se vital o reconhecimento da proximidade relacional entre a ciência e a academia, sendo a mesma uma ferramenta vital, na compreensão da realidade social e no aumento e expansão de soluções, perante um determinado fenómeno social (Maton & Bishop-Josep, 2006). Assim, a redacção do presente relatório encerra uma análise crítica e reflexiva, ancorada numa visão científica e de pesquisa, que abarca igualmente a experiência prática de intervenção do investigador, perante o objecto de estudo. Segundo Kelly (2010), o pensamento ecológico dos fenómenos sociais é compatível com a junção entre a investigação em contexto comunitário e a prática profissional. Assim, o envolvimento reflexivo e prático do investigador, pretende potenciar uma perspectiva mais ampla e abrangente acerca das suposições implícitas, de correntes baseadas em pressupostos de âmbito mais tradicionalista, permitindo assim, a emergência de uma consciencialização crítica e analítica, acerca dos valores e do *status* social das suas pesquisas. Assim, esta dialética inerente ao papel do investigador, pretende potenciar uma reflexão mais aprofundada, acerca dos desafios e das vulnerabilidades vivenciadas, ao intervir directamente com fenómenos sociais que se interligam com determinados grupos ou comunidades (Harrell & Bond, 2006; Kelly, 2006; Reed, Miller, Nnawulezi, & Valenti, 2012; Reinhartz, 1992; Stein, & Mankovsky, 2004; Trickett, 1996). Neste sentido, o envolvimento e participação dualista do investigador neste estudo, pode ser percebido como um envolvimento reflexivo na experiência interventiva e de pesquisa científica, de modo a providenciar um contributo sólido para a construção de um conhecimento socialmente consciente e crítico, perante o fenómeno de emergência social em estudo (Campbell, & Wasco, 2000; Oakley, 1981; Reinhartz, 1992).

Como tal, a presente investigação intitulada: “Modelo Housing First como precursor da mudança social transformativa: Uma perspectiva ecológica sobre o impacto da percepção da escolha e da qualidade da casa na integração comunitária, no recovery e na qualidade de vida”, tendo por base a consideração pelos diversos pressupostos, valores e princípios defendidos pelo modelo HF e abordados ao longo da revisão de literatura, definiu como principais objectivos gerais:

- 1- Compreender e analisar através de uma perspectiva ecológica, as mudanças inerentes à individualidade dos percursos e das experiências vivenciadas em termos de integração comunitária, considerando para o efeito o período temporal de situação de sem-abrigo e o período após a entrada no programa HF dos diversos residentes que colaboraram nesta investigação;
- 2- Aprofundar o conhecimento existente, através da adopção de uma leitura ecológica, acerca do papel e da importância da percepção da escolha e da qualidade da casa, na promoção do processo de *recovery*, considerando a perspectiva dos diferentes residentes do programa HF que participaram neste estudo;
- 3- Examinar e complexificar o entendimento existente, acerca da importância da percepção da qualidade da casa e da percepção de escolha individual na catalisação da integração comunitária e da qualidade de vida das pessoas do programa HF.

De modo a operacionalizar os objectivos gerais da Tese supramencionados, o presente relatório, descreve uma investigação de cariz transversal, assente numa abordagem multimétodo (mista), onde a sua construção foi organizada e estruturada, originando a materialização de três artigos de âmbito científico, dos quais, os dois primeiros artigos já se encontram publicados e disponíveis em revistas internacionais (*European Journal of Homelessness*; *Journal of Environmental Psychology*) e apenas o último artigo científico, encontra-se em processo de revisão (*American Journal of Community Psychology*). Os artigos publicados e submetidos, serão apresentados na Seccção Empírica, onde os mesmos foram designados por capítulos no presente relatório de tese. Neste sentido, a opção por metodologias e técnicas mistas (de foro quantitativo e qualitativo) foi equacionada de forma a potenciar uma maior triangulação dos dados obtidos. Como tal, a opção estratégica da adopção de um pluralismo metodológico, particularmente abrangido pelo campo da psicologia comunitária, prendeu-se essencialmente com a aquisição de uma compreensão mais profunda, complexificada e ampla acerca do objecto de estudo. Assim o recurso a um método misto, permite o acesso a um maior conhecimento acerca do impacto do modelo HF, na potencialização da integração comunitária, do processo de *recovery* e da qualidade de vida, fomentando um entendimento mais penetrante e incisivo, acerca desta tipologia interventiva, suscitando assim novas ideias, perspectivas, concepções criativas e significados (Greene, Kreider, & Mayer, 2005).

Método Qualitativo

No presente estudo, a opção de recorrermos a metodologias qualitativas, incidiram na oportunidade de dar a “voz” aos residentes (Rappaport, 1995), uma vez que as vivências experienciais relatadas pelos próprios residentes permitem um maior enriquecimento dos conteúdos, assim como possibilitam uma melhor intelecção acerca do objecto de estudo. Neste sentido, optou-se pelo recurso a entrevistas semi-estruturadas e pela elaboração de uma análise temática, de forma a permitir a partilha e a organização de informação de modo fluido, espontâneo e estruturado por parte dos residentes, em relação às suas experiências de vida individuais, através das suas próprias palavras, gerando assim conversas contextualizadas e naturais (Kloos, & Townley, 2011). Além disso, considerando a estrutura de cariz flexível inerente ao método qualitativo, a mesma permite ao residente a liberdade de introduzir e elaborar assuntos que considere pertinentes e simultaneamente permite ao investigador, esclarecer ou reforçar alguns pontos no discurso.

Método Quantitativo

De modo a possibilitar a organização, estruturação e medição da informação obtida (Marôco, 2007), considerando para o efeito, as diversas componentes e variáveis presentes no objecto de estudo, optou-se igualmente pelo recurso a uma metodologia quantitativa. Desta forma, esta opção foi equacionada para efeitos de descrição quantitativa dos residentes que participaram no presente estudo, assim como foi considerada para a avaliação ao nível da integração comunitária, de percepção de escolha, de *recovery* e qualidade de vida. Como tal, recorreu-se a uma analogia de índole quantitativa de forma a explorar as diferenças expressas pelos diversos residentes, ao nível da integração comunitária, potenciadas pela entrada no programa “Casas Primeiro”. Pretendeu-se igualmente, analisar quantitativamente a influência da percepção da qualidade da casa ao nível da escolha individual, assim como o impacto desta última ao nível da saúde mental. Por último, a análise quantitativa foi igualmente utilizada para avaliar a relação entre a percepção de escolha e da qualidade da casa, ao nível da integração comunitária e da qualidade de vida dos residentes. Para o efeito, de modo a determinar a natureza e a intensidade das relações estabelecidas entre as diferentes variáveis, foi realizado um desenho correlacional, seguido por uma análise de regressão linear, a fim de determinar a natureza relacional e causal entre as diversas variáveis em estudo (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003).

Processo de Recolha de Dados e Instrumentos

Nesta secção, por motivos de ordem prática, é realizada apenas uma descrição geral dos procedimentos de análise, uma vez que as descrições aprofundadas das diversas análises efectuadas, se encontram presentes em cada um dos capítulos descritos na Secção Empírica. Contudo, efectuando uma breve descrição acerca dos procedimentos de recolha de dados, os mesmos, realizaram-se no âmbito do programa “Casas Primeiro”, onde os residentes que colaboraram na investigação, foram seleccionados com base na sua disponibilidade em participarem no presente estudo, o que lhe confere uma natureza de recolha dos dados por conveniência (Marôco, 2007). Como tal, o critério de elegibilidade para a participação na investigação, consistia em estarem incluídos no programa “Casas Primeiro”, há pelo menos um ano (≥ 1 ano). Todos os residentes que colaboraram, tiveram experiência de situação de sem-abrigo e tinham igualmente diagnóstico de doença mental grave (maioritariamente esquizofrenia). As entrevistas foram realizadas por diversos elementos da equipa de investigação do ISPA-IU, uma vez que o próprio investigador, desempenha funções de profissional na organização em questão, como tal de modo a evitar potenciais enviesamentos de respostas e a garantir a validade dos dados, optou-se por ser uma equipa de investigação externa ao programa “Casas Primeiro”, a aplicar os diversos instrumentos. Assim, numa fase primária, os residentes foram convidados a colaborar voluntariamente nesta pesquisa. Para aqueles que concordaram em participar na presente investigação ($n = 45$), foi-lhes explicado a natureza e os objectivos gerais e específicos da presente investigação. Deste modo, após o preenchimento do consentimento informado¹⁰, da clarificação da confidencialidade dos dados e do objecto de estudo, foi então aplicado a todas os residentes que colaboraram nesta investigação, a versão portuguesa do questionário “*Demographics, Service & Housing History*” (DSHH – PT)¹¹. Este questionário foi aplicado com o intuito de aceder a algumas características e idiossincrasias, alusivas às suas histórias de vida e aos seus percursos vivenciais individuais, permitindo assim, uma melhor caracterização e representatividade dos diversos residentes em estudo. Após a aplicação do questionário dos dados sócio-demográficos, procedeu-se então à aplicação da entrevista semi-estruturada e das quatro escalas em estudo (CIS - PT, PHQ – PT, RAS – PT e QOLI-PT) que iremos caracterizar adiante. Neste sentido, o tempo total de aplicação dos diversos instrumentos rondava aproximadamente os 120 minutos. Durante a aplicação destes instrumentos, foi perguntado diversas vezes aos residentes, se os mesmos sentiam necessidade de efectuarem uma pausa, de modo a garantir a validade e a fidelidade dos dados obtidos.

¹⁰ Consultar o Consentimento Informado (convite de participação no estudo) incluído no Anexo 1

¹¹ A escala *Demographics, Service & Housing History* (DSHH – PT) está disponível para consulta no Anexo 1

Neste sentido, os instrumentos utilizados na presente investigação, derivaram de um estudo, desenvolvido e conduzido pela Mental Health Commission of Canada (2009), no âmbito do projecto “*At Home / Chez Soi*” a decorrer igualmente no Canadá, sendo que todas estas escalas foram devidamente traduzidas e adaptadas à população portuguesa, pela unidade de investigação na área do projeto Casas Primeiro do ISPA – IU.

Assim, o protocolo adoptado para a recolha dos dados quantitativos e qualitativos, foi composto e organizado do seguinte modo:

- a) Consentimento Informado;
- b) Caracterização Individual (dados biográficos e contextuais – DSHH-PT);
- c) Entrevista Semi-Estruturada;
- d) Community Integration Scale (CIS-PT) – (10 itens);
- e) Perceived Housing Quality (PHQ-PT) – (versão reduzida de 19 itens);
- f) Recovery Assessment Scale (RAS-PT) – (versão reduzida de 24 itens);
- g) Quality of Life Index (QoLI-PT) - (versão reduzida de 20 itens);

Entrevista Semi-estruturada

Para a entrevista, recorreu-se a um guião semi-estruturado pré-existente, baseado nas entrevistas *baseline* e *follow-up*, desenvolvidas pela Mental Health Commission of Canada (2009), em relação ao projecto “*At Home / Chez Soi*” a decorrer no Canadá, sendo que a sua génese estrutural, foi criada e desenvolvida por Nelson et al. (2005). Este guião, pretende aceder a vivências chave nos percursos individuais dos residentes de programas HF, visando deste modo, a obtenção de uma visão mais clara e aprofundada, acerca das experiências dos residentes, considerando as suas perspectivas individuais, acerca dos factores que potenciaram a situação de sem-abrigo, das vivências em situação de sem-abrigo e das mudanças geradas com a entrada no programa “Casas Primeiro”. Assim, para o presente estudo, apenas se incluíram as três temáticas principais do guião da entrevista “*Overview of Quality Research*”: (i) percurso para a situação de sem-abrigo, (ii) vida na rua ou num abrigo, e (iii) vida na casa (projecto “Casas Primeiro”). O guião da entrevista, debruça-se assim sobre as experiências do participante antes e depois do seu envolvimento no programa “Casas Primeiro”. De seguida, apresenta-se num quadro (tabela 2), os temas e sub-temas compreendidos no guião:

Tabela 2 - Guião da entrevista semi-estruturada

Temas e sub-temas do guião da entrevista semi-estruturada	
Parte I	Vida antes da condição de sem-abrigo
Percurso para a situação de sem-abrigo	Como é que a pessoa se tornou sem-abrigo (factores que precipitaram a condição de sem-abrigo) Experiências recorrentes de sem-abrigo (factores que precipitaram a recorrência de situações de sem-abrigo) Experiência mais recente de sem-abrigo (factores que precipitaram a experiência recente de sem-abrigo)
Parte II	Um dia típico
Vida na rua ou num abrigo	Apoios, serviços e organizações comunitárias Experiências de habitação Como vê a sua situação habitacional no futuro Vida na rua ou num abrigo
Parte III	O que significa casa para si? (lar)
Vida na Casa (Programa “Casas Primeiro”)	Situação habitacional ideal Programa “Casas Primeiro”

O guião da entrevista encontra-se disponível no Anexo 1, sendo que a analogia dos conteúdos do mesmo, encontra-se igualmente descrito com maior detalhe e precisão no Capítulo 1, da Secção Empírica.

Community Integration Scale (CIS-PT)¹²

A integração comunitária foi analisada, através do recurso à *Community Integration Scale (CIS-PT)*. Deste modo, torna-se importante destacar que integração comunitária é considerada um dos principais *outcomes* das abordagens HF, visando assim a análise da integração das pessoas na comunidade a diversos níveis. Um dos níveis que este instrumento aborda, é a integração física, onde avalia o grau de participação dos residentes em actividades

¹² A escala *Community Integration Scale (CIS-PT)* está disponível para consulta no Anexo 1

comunitárias locais. Outros dois aspectos a destacar por este instrumento é a integração social, que aporta questões ligadas às redes de suporte social locais das pessoas, assim como a integração psicológica, que explora a importância da presença de um sentimento de pertença, em relação à comunidade onde a pessoa reside. A nível estrutural, a escala é composta essencialmente por um total de dez itens, resultantes de três instrumentos pré-existentes: Segal e Aviram (1976); Aubry e Myner (2009); e Chavis, Hogge, McMillan e Wandersman (1986). Seis dos itens da escala medem o nível de integração física, sendo solicitado aos residentes que indiquem se no último mês, participaram ou não (resposta fechada), num conjunto diferente de actividades. Dois itens medem o nível de integração social e outros dois, medem o nível de integração psicológica. Em relação à integração social e à integração psicológica, as possibilidades de resposta assentam numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos, variando entre 1=“discordo totalmente” a 7=“concordo totalmente” ($\alpha = .50$).

Perceived Housing Quality (PHQ-PT)¹³

A escala *Perceived Housing Quality* (PHQ – PT), é constituída basicamemnte por duas sub-escalas, a *Perceived Housing Quality* e a *Perceived Choice*. Relativamente à sub-escala *Perceived Housing Quality*, a mesma reflecte o grau de satisfação dos residentes sobre a qualidade da casa, abordando aspectos como a segurança e a qualidade do espaço, sendo a mesma avaliada, através de cinco itens. Estes itens, desenvolvidos por Toro et al., (1997), são respondidos através de respostas fechadas numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos, onde as possibilidades de resposta variam entre 1 = “muito má” a 5 = “muito bom” ($\alpha = 0,80$). A *Perceived Choice* por sua vez, consiste numa sub-escala composta por catorze itens, que combina dois instrumentos distintos, um desenvolvido por Srebnik et al. (1995) e o outro por Tsemberis et al. (2003). Estes itens, são respondidos através de respostas fechadas, numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos, onde as possibilidades de resposta variam entre 1 = “muito insatisfeito” a 5 = “muito satisfeito”. As pontuações mais altas, reflectem uma maior satisfação com o nível de escolha/controlo de aspectos relacionados com a habitação, tratamento e o serviço de suporte ($\alpha = 0,77$).

Recovery Assessment Scale (RAS-PT)¹⁴

A escala *Recovery Assessment Scale* (RAS-PT), desenvolvida por Corrigan, Salzer, Ralph, Songster e Keck (2004), tem como objectivo aceder a aspectos fulcrais da vida e do *recovery* dos residentes. As possibilidades de resposta, assentam numa escala de tipo *Likert*,

¹³ No nosso estudo, nomeadamente no segundo artigo publicado, intitulado “*The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon*”, optou-se por utilizar as sub-escalas da *Perceived Housing Quality* (PHQ-PT) separadamente, esta opção foi efectuada devido ao facto de se pretender analisar a relação correlacional e causal entre a percepção da qualidade da casa e da escolha . O Instrumento está disponível para consulta no Anexo 1

¹⁴ A escala *Recovery Assessment Scale* (RAS-PT) está disponível para consulta no Anexo 1

de cinco pontos variando entre 1 = “discordo completamente” a 5 = “concordo completamente”. Esta escala é composta essencialmente por vinte e quatro itens, sendo que os mesmos encontram-se repartidos por cinco subescalas: A presença de um sentimento de esperança e de auto-confiança (nove itens); disponibilidade em recorrer por auxílio (três itens); orientação para o sucesso e o cumprimento de objectivos (cinco itens); confiança depositada nos outros (quatro itens); para além dos sintomas (três itens) ($\alpha = 0,87$).

Quality of Life Index (QOLI-PT)¹⁵

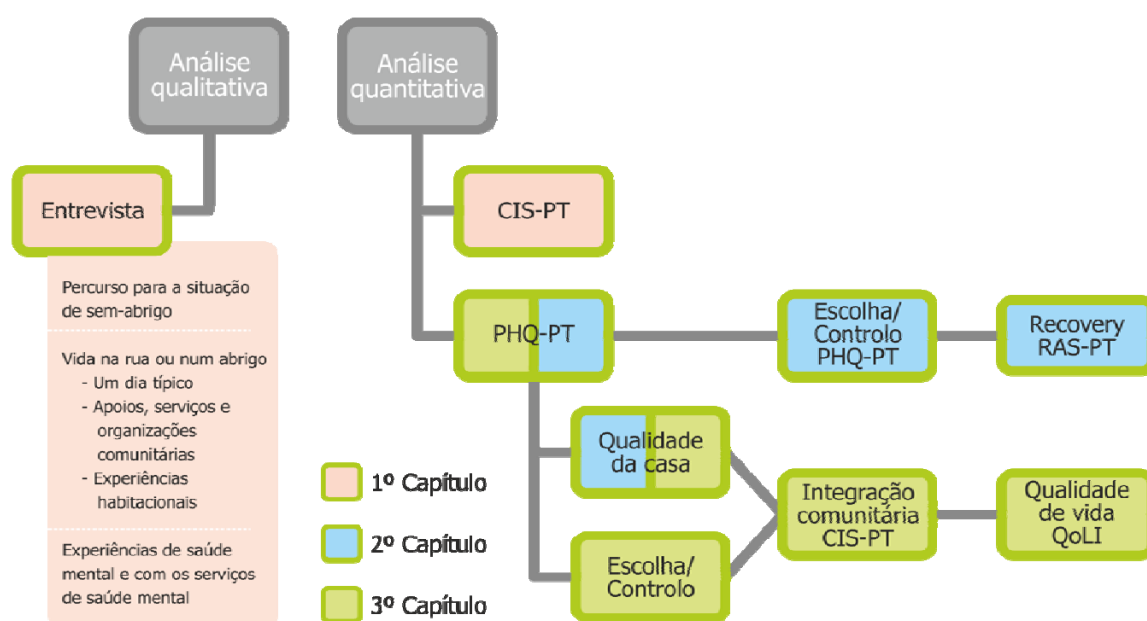
A escala *Quality of Life Index* (QOLI-PT) consiste num dos instrumentos, mais utilizados para analisar o nível de qualidade de vida das pessoas, sendo este um dos principais *outcomes* no processo avaliativo actual, dos serviços ligados aos sistemas de cuidados de saúde. Este instrumento foi desenvolvido e revisto por Uttaro e Lehman (1999). Em termos estruturais, consiste essencialmente numa escala estruturada e composta por vinte itens, que examinam o grau de satisfação dos residentes em relação a várias áreas da sua vida, como a habitação, a segurança pessoal e *hobbies*. As possibilidades de resposta, assentam numa escala de tipo *Likert*, de sete pontos, variando entre 1=“muito insatisfeito” a 7=“muito satisfeito”, sendo que os maiores níveis de *scores*, reflectem uma maior qualidade de vida ($\alpha = 0,81$).

Assim, considerando a revisão de literatura presente ao longo do presente relatório, a mesma salientou a importância fulcral que o modelo HF detém, em termos da implementação de valores referenciais, de práticas interventivas e de políticas organizacionais inclusivas, que promovam a adopção de uma perspectiva ecológica, considerando variáveis individuais e ambientais por parte dos serviços de base comunitária. Deste modo, estes valores e princípios subjacentes ao modelo HF, captam a atenção dos serviços e organizações comunitárias que manifestam interesse na filosofia deste modelo, enaltecendo assim a importância da individualidade e flexibilização dos serviços na comunidade, de forma a promover direitos essenciais como a escolha individual e as preferências habitacionais de cada pessoa, agilizando deste modo, mecanismos para a fomentação da integração comunitária, do processo de *recovery* e conseqüentemente do aumento da qualidade de vida. Neste sentido, a dimensão estrutural do presente relatório em formato de artigos científicos, foi organizada de forma a permitir a criação, desenvolvimento e difusão de um conhecimento científico mais alargado e complexificado ao nível do impacto individual e organizacional do modelo HF,

¹⁵ A escala *Quality of Life Index* (QOLI-PT) está disponível para consulta no Anexo 1

nomeadamente do programa “Casas Primeiro” na maximização dos *outcomes* supramencionados. Assim, esta opção permite-nos contribuir e abrir caminho para uma mudança transformadora ao nível social, que possibilite a adopção e consolidação de práticas interventivas, culturas organizacionais e políticas sociais mais justas, inclusivas e humanas. Como tal, a Secção Empírica do presente relatório, foi organizada de modo a explorar cientificamente as ramificações resultantes do modelo HF, considerando aspectos como a promoção da escolha individual e o acesso a uma habitação de cariz individual, independente, permanente e dispersa na comunidade, percebida como sendo de qualidade, considerando o seu impacto na integração comunitária, na saúde mental dos residentes e na sua qualidade de vida. Assim, na Secção Empírica serão então descritas as análises qualitativas e quantitativas, realizadas no âmbito da investigação. O Capítulo 1 descreve essencialmente, os processos que conduziram os residentes em estudo, a uma situação de sem-abrigo, assim como explora as mudanças que os mesmos sentiram com a entrega no programa “Casas Primeiro”, colocando deste modo, o enfoque na integração comunitária. O Capítulo 2, por sua vez, destaca a importância da relação existente entre o papel da percepção da escolha em termos da percepção da qualidade habitacional e o impacto desta em termos de saúde mental (*recovery*). Por último, o Capítulo 3 pretende analisar, de que modo é que a percepção da escolha e da qualidade habitacional, influencia a integração comunitária e se esta última contribui para a fomentação da qualidade de vida das pessoas.

Figura 6 – Organigrama estrutural do desenho de investigação



Referências

- Aubry, T., Duhoux, A., Klodawsky, F., Ecker, J., & Hay, E. (2016). A longitudinal study of predictors of housing stability, housing quality, and mental health functioning among single homeless individuals staying in emergency shelters. *American Journal of Community Psychology*, 58(1/2), 123-135, doi: 10.1002/ajcp.12067
- Aubry, T., Flynn, R., Virley, B., & Neri, J. (2013) Social Role Valorization in Community Mental Health Housing: Does it Contribute to the Community Integration and Life Satisfaction of People with Psychiatric Disabilities? , *Journal of Community Psychology* 41(2) pp.218-235.
- Aubry, T., & Myner, J. (2009). Community integration and quality of life: A comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15(1), 5–20.
- Baron, J. (2004). The “No Property” problem: Understanding poverty by understanding wealth. *Michigan Law Review*, 102, 1000–1023.
- Blanch, A. K., Carling, P. J., & Ridgway, P. (1988). Normal housing with specialized supports: A psychiatric rehabilitation approach to living in the community. *Rehabilitation Psychology*, 33 (1), 47–55.
- Borg, M., Sells, D., Topor, A., Mezzina, R., Marin, I., & Davidson, L. (2005). What makes a house a home: The role of material resources in *recovery* from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 243-256. doi: 10.1080/15487760500339394
- Brofenbrenner, U. (1974). Ecological models of human development. In International

- Encyclopedia of Education, vol. 3, 2nd, Ed. Oxford: Elsevier. Reprinted in M. Gauvain & M. Cole (Eds.), *Readings on the development of children*, 2nd, Ed. (pp. 37-43). NY: Freeman.
- Brown, M. M., Jason L. A., Malone, D. K., Srebnik, D., & Sylla, L. (2016). Housing first as an effective model for community stabilization among vulnerable individuals with chronic and nonchronic homelessness histories. *Journal of Community Psychology*, 44(3), 384-390. doi: 10.1002/jcop.21763
- Cairns, R. B., & Cairns, B. D. (1986). On social values and social development: Gender and aggression. In L. Friedrich-Cofer (Eds.). *Human nature and public policy: Scientific views of women, children and families*. (pp. 177-201). New York: Praeger.
- Calsyn, R. J., Morse, G. A., Yonker, R. D., Winter, J. P., Pierce, K. J., & Taylor, M. J. (2003). Client choice of treatment and client outcomes. *Journal of Community Psychology*, 31 (4), 339– 348.
- Campbell, R., & Wasco, S. M. (2000). Feminist approaches to social science: Epistemological and methodological tenets. *American Journal of Community Psychology*, 28(6), 773–791. doi:10.1023/a:1005159716099
- Carling, P. J. (1990). Major mental illness, housing, and supports: The promise of community integration. *American Psychologist*, 45(8), 969-975.
- Carling, P. J. (1995). *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York: Guildford Press.
- Case, D. (1996). Contributions of journeys away to the definition of home: an empirical study of a dialectical process. *Journal of Environmental Psychology*, 16, 1-15
- Chavis, D.M., Hogge, J.H., McMillan, D.W., & Wandersman, A. (1986). Sense of community through Brunswick's lens: A first look. *Journal of Community Psychology*, 14(1), 24-40.

- Cohen, J., Cohen, P., West, S., & Aiken, L. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*, 3. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collins, S., Malone, D., Seema, C., Ginzler, J., Garner, M., Burlingham, B., Lonczak, H., Dana, E., Kirouac, M., Tanzer, K., Hobson, W., Marlatt, A., & Larimer, M. (2012). Project-based housing first for chronically homeless individuals with alcohol problems: Within-subjects analyses of 2-year alcohol trajectories. *American Journal of Public Health*, 102 (3), 511 – 519.
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Songster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the *recovery* assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035 – 1041.
- Cuba, L., & Hummon, D. M. (1993). A place to call home: Identification with dwelling, community and region. *Sociological Quarterly*, 34(1), 111-131.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. H. (2001). *Community psychology: Linking Individuals and Communities*. Stamford: Wadsworth Publishing
- Davidson, L., Sells, D., Sangster, S., & O'Connell, M. (2005). Qualitative studies of *recovery*. What can we learn from the person. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness* (pp. 147-170). Washington DC: American Psychological Association.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 25 (1), 127-133.
- Duarte, T., Costa, P., Ornelas, J. (2018). Housing first in Lisboa, Portugal. *Manuscript submitted for publication*.
- Ecker, J., & Aubry, T. (2016). Individual, housing, and neighborhood predictors of

- psychological integration among vulnerably housed and homeless individuals. *American Journal of Community Psychology*, 58(1/2), 111-122. doi: 10.1002/ajcp.12066
- Espino, S. L., & Trickett, E. (2008). The spirit of ecological inquiry and intervention research reports: A heuristic elaboration. *American Journal of Community Psychology*, 42, 60-78. doi: 10.1007/s10464-008-9179-7
- Evans, G.W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of Urban Health*, 80(4), 536–55.
- Evans, G. W., Wells, N. M., Chan, H. E., & Saltzman, H. (2000). Housing quality and mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 526-530
- Evans, G. W., Wells, N. M., & Moch, A. (2003). Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of Social Issues*, 59(3), 475-500
- Farrell, S., Aubry, T., & Coulombe, D. (2004). Neighbourhoods and neighbours: Do they contribute to personal well-being? *Journal of Community Psychology*, 32(1), 9–25.
- Fisher, D. (2011). *The evolution of the concept of recovery*. Retrieved from www.dsgonline.com/rtp/rtp_enewsletter/Enewsletter_Final_7_22_10.html
- Fischer, S., Shinn, M., Shrout, P., & Tsemberis, S. (2008). Homelessness, mental illness, and criminal activity: Examining patterns over time. *American Journal of Community Psychology*, 42(3-4), 251-265. doi: 10.1007/s10464-008-9210-z
- Fisk, D., Sells, D., & Rowe, M. (2007). Sober housing and motivational interviewing: The treatment access project. *Journal of Primary Prevention*, 28, 281–29. doi: 10.1007/s10935-007-0096-6
- Garbarino, J. (1995). *Raising children in a socially toxic environment*. San Francisco,

CA: Jossey-Bass.

- Gillis, L., Dickerson, G., & Hanson, J. (2010). *Recovery and homelessness services: New directions for the field. The Open Health Services and Policy Journal, 71(3), 71-79.*
- Goering, P., & Tsemberis, S. J. (2014). *Housing First and system/community transformation.* In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 278-291). Oxford University Press.
- Greene, J., Kreider, H., & Mayer, E. (2005). Combining qualitative and quantitative methods in social inquiry. In B. Somekh & C. Lewin (Eds.). *Research Methods in the Social Science.* (pp. 274-281). SAGE pub.
- Greenwood, R. M., & Manning, R. M. (2016). Mastery matters: Consumer choice, psychiatric symptoms and problematic substance use among adults with histories of homelessness. *Health & Social Care in the Community, 25,* 1050–1060.
- Greenwood, R. M., Schaefer-McDaniel, N. J., Winkel, G., & Tsemberis, S. J. (2005). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology, 36(3/4), 223-238.* doi: 10.1007/s10464-005-8617-z
- Greenwood, R. M., Stefancic, A., & Tsemberis, S. (2013). Pathways housing first for homeless persons with psychiatric disabilities: Program innovation, research, and advocacy. *Journal of Social Issues, 69(4), 645-663.*
- Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S., & Fischer, S. N. (2003). Housing, hospitalization and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 13(2), 171-186.* doi: 10.1002/casp.723

- Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefanic, A. and Greenwood, R. (2007) Community Integration of Adults with Psychiatric Disabilities and Histories of Homelessness. *Community Mental Health Journal* 43(3) pp.211-228.
- Hall, G., Nelson, G. and Smith Fowler, H. (1987) Housing for the chronically mentally disabled: Part I – conceptual framework and social context. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6(2), 65-78.
- Harrell, S. P., & Bond, M. A. (2006). Listening to diversity stories: Principles for practice in community research and action. *American Journal of Community Psychology*, 37(3–4), 293–301. doi:10.1007/s10464-006-9042-7
- Henwood, B., Stanhope, V., & Padgett (2011). The role of housing: A comparison of front-line provider views in housing first and traditional programs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 77-85.
- Hogan, M. F., & Carling, P. J. (1992). Normal housing: A key element of a supported housing approach for people with psychiatric disabilities. *Community Mental Health Journal*, 28 (3), 215–226.
- Hurlburt, Wood, & Hough. (1996). Providing independent housing for the homeless mentally ill: A novel approach to evaluating long - term longitudinal housing patterns. *Journal of Community Psychology*, 24 (3), 291-310
- Hwang, S., Stergiopoulos, V., O' Campo, P. and Gozdzik, A. (2012) Ending Homelessness among People with Mental Illness: The At Home/Chez Soi Randomized Trial of a Housing First Intervention in Toronto, *BMC Public Health*, 12(1) 787.
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (2016). What's wrong with the seed? A

- comparative examination of an empowering community-centered approach to recovery in community mental health. *Community Mental Health Journal*, 52(7), 821-33. doi: 10.1007/s10597-016-0004-8
- Kelly, J. G. (2006). *Becoming Ecological: An Expedition into Community Psychology* (New York: Oxford University Press).
- Kelly, J. G. (2010). Ecological thinking: Four qualities. *Análise Psicológica*, 3(28), 389-393.
- Kertesz, S., Crouch, K., Milby, J., Cusimano, R., & Shumacher, J. (2009). Housing first for homeless persons with active addiction: Are we overreaching?. *The Milbank Quarterly*, 87(2), 495–534.
- Kirst, M., Zerger, S., Harris, D. W., Plenert, E., & Stergiopoulos, V. (2014). The promise of *recovery*: Narratives of hope among homeless individuals with mental illness participating in a *Housing First* randomized controlled trial in Toronto, Canada. *BMJ Open*, 4. doi:10.1136/bmjopen-2013-004379
- Kloos, B., & Shah, S. (2009). A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 44(3/4), 316-326. doi: 10.1007/s10464-009-9277-1
- Kloos, B., & Townley, G. (2011). Investigating the relationship between neighborhood experiences and psychiatric distress for individuals with serious mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 105-116, doi:10.1007/s10488-010-0307-y.
- Krieger, J., & Higgins, D. (2002). Housing and health: Time again for public health action. *American Journal of Public Health*, 92 (5), 758-768.
- Levine, M., Perkins, D. D., & Perkins, D. V. (2005). *Principles Of Community*

- Psychology: Perspectives And Applications* (3rd). New York: Oxford University Press.
- Macnaughton, E., Townley, G., Nelson, G., Caplan, R., Macleod, T., Polvere, L., & Nolin, D. (2016). How does housing first catalyze recovery?: Qualitative findings from a Canadian multisite randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 19, 136–159.
- Manning, R. M. and Greenwood, R. M. (2018). Microsystems of recovery in homeless services: The influence of service provider values on service users' recovery experiences. *American Journal of Community Psychology*. Advance online publication. <https://doi:10.1002/ajcp.12215>
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS (3ª Edição)*. Edições Sílabo Lda.
- Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A. C. (2016). The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon, *Journal of Environmental Psychology*, 47,44 - 52. doi: [10.1016/j.jenvp.2016.05.004](https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2016.05.004)
- Martins, P., Ornelas, J., & Silva A. C. (2018). How perceived housing quality contributes to community integration and quality of life in a Housing First Program. *Manuscript submitted for publication*.
- Maton, K. (2000). Making a difference: The social ecology of social transformation. *American Journal of Community Psychology*, 28 (1), 25-57.
- Maton, K. I., & Bishop-Josef, S. J. (2006). Psychological research, practice, and social policy: Potential pathways to influence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(2), 140-145.
- Mental Health Commission of Cana

- Meshede, T. (2007). *The first two years of Housing First in Quincy, Massachusetts. Final Report*. The Center for Social Policy
- Mericle, A. A., & Grella, C. E. (2016): Integrating housing and recovery support services: Introduction to the special section. *Journal of Dual Diagnosis, 12*(2), 150-152. doi: 10.1080/15504263.2016.1176408
- Moore, J. (2000). Placing home in context. *Journal of Environmental Psychology, 20*, 207-217.
- National Coalition for the Homeless. (2009). *Why are people homeless?* Retrieved from, <http://www.nationalhomeless.org/publications>
- Nelson, G. (2010). Housing for People with Serious Mental Illness: Approaches, Evidence, and Transformative Change. *Journal of Sociology & Social Welfare, 37*(4), 123-146
- Nelson, G., Wiltshire, C., Hall, C. B., Peirson, L., & Walsh-Bowers, R. (1995). Psychiatric consumer/survivors' quality of life: Quantitative and qualitative perspectives. *Journal of Community Psychology, 23*, 216-233.
- Nelson, G., Lord, J. and Ochocka, J. (2001) *Shifting the Paradigm in Community Mental Health: Towards Empowerment and Community* (Toronto: University of Toronto Press).
- Nelson, G., Clarke, J., Febraro, A., & Hatzipantelis, M. (2005). A Narrative Approach to the Evaluation of Supportive Housing: Stories of Homeless People who have Experienced Serious Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 29* (2), 98-104.
- Nelson, G., Hall G. B., & Walsh-Bowers, R. (1998). The relationship between housing characteristics, emotional well-being, and the personal empowerment of psychiatric consumer/survivors. *Community Mental Health Journal, 34*, 57-69.

- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health & Mental Health Services Research*, 34(2), 89-100. doi: 10.1007/s10488-006-0083-x
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014). Transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 3-20). Oxford University Press.
- Nelson G., & Macleod, T. (2017). Theory and research on housing programs for people with serious mental illness. In J. Sylvester, G. Nelson, & T. Aubry (Eds.). *Housing, Citizenship, and Communities for People with Mental Illness: Theory, Research, Practice, and Policy Perspectives* (pp. 155-185). Oxford University Press.
- Nemiroff, R., Aubry, T. and Klodawsky, F. (2011) From Homelessness to Community: Psychological Integration of Women who have Experienced Homelessness, *Journal of Community Psychology* 39(8) pp.1003-1018.
- Newman, S. and Goldman, H. (2008) Putting housing first, making housing last: Housing policy for persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry* 165(10) pp.1242-1248.
- Nooe, R. M. & Patterson, D. A. (2010). The Ecology of Homelessness. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20 (2), 105-152.
- Oakley, A. (1981). Interviewing women: A contradiction in terms. In H. Roberts (Ed.), *Doing feminist research* (pp. 30–61). New York, NY: Routledge.
- O'Campo, P., Stergiopoulos, V., Nir, P., Levy, M., Misir, V., Chum, A., Arbach, B.,

- Nisebaum, R., To, M., & Hwang, S. (2016). How did a housing first intervention improve health and social outcomes among homeless adults with mental illness in Toronto? Two-year outcomes from a randomised trial. *BMJ Open*, 6, 1-12. doi:10.1136/bmjopen-2015-010581
- O'Connell, M., Rosenheck, R., Kaspro, W., & Frisman, L. (2006). An examination of fulfilled housing preferences and quality of life among homeless persons with mental illness and/or substance use disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(3), 354-365. doi:10.1007/s11414-006-9029-z
- Ornelas, J. (2000). *Diversidade e desenvolvimento comunitário*. In J. ORNELAS (Ed.), *Actas da 2ª Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental*. (pp. 5-18). Lisboa: ISPA.
- Ornelas, J. (2013) *Casas Primeiro, Lisboa. Final Report for Housing First Europe Project* (Lisbon).
- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community psychology and social change: A story from the field of mental health in portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(1), 21-31.
- Ornelas, J., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, F. (2014). Transformative organizational change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community psychology and community mental health: Towards transformative change* (pp. 253-277). Oxford University Press.
- Ornelas, J., Martins, P., Zilhão, T., & Duarte, T. (2014). Housing First: An ecological approach to promoting community integration. *European Journal of Homelessness*, 8(1), 29-56.
- Ornelas, J. H; Nelson, G.; Kloos, B.. 2017. Creating transformative change in community

- mental health: Contributions from community psychology. In APA handbook of community psychology: Methods for community research and action for diverse groups and issues, ed. M.A. Bond, I. Serrano-García, & C.B. Keys, 377 - 392. . Washington DC: American Psychological Association.
- Padgett, D. K., Henwood, B., Abrams, C., & Davis, A. (2008). Engagement and retention in care among formerly homeless adults with serious mental illness: Voices from the margins. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(3), 226–233.
- Padgett, D. K., Henwood, B., Tsemberis, S. (2016): *Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems, and Changing Lives*. New York: Oxford University Press.
- Parkinson, S., Nelson, G. and Horgan, S. (1999) From Housing to homes: A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18(1), 145-164.
- Patterson, M. L., Rezanoff, S., Currie, L., & Sommers, J. M. (2013). Trajectories of recovery among homeless adults with mental illness who participated in a randomized controlled trial of housing first: a longitudinal, narrative analysis. *BMJ Open*, 3, 1-8. doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003442.
- Perlman, J. & Parvensky, J. (2006) *Denver Housing First Collaborative Cost Benefit Analysis and Programme Outcomes Report* (Denver: Colorado Coalition for the Homeless
- Pearson, C., Montgomery, A. and Locke, G. (2009) Housing Stability among Homeless Individuals with Serious Mental Illness Participating in Housing First Programs, *Journal of Community Psychology* 37(3) pp.404-417.
- Piat, M., Boyer, R., Fleury, M., Lesage, A., O'Connell, M., & Sabetti, J. (2015).

- Resident and proprietor perspectives of a recovery orientation in community-based housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 88–95. doi:10.1037/prj0000104
- Polvere, L., Macnaughton, E., & Piat, M. (2013). Participant perspectives on housing first and *recovery*: Early findings from the at home/chez soi project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 110-112. doi: 10.1037/h0094979
- Prince, P. N., & Gerber, G. J. (2005). Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment. *Quality of Life Research*, 14, 161–169.
- Raine, L., & Marcellin, T. (2007). *What Housing First Means for People – Results of Streets to Home 2007 Post-Occupancy Research*. Toronto Shelter, Support and Research.
- Ralph, R. O. (2005). Verbal definitions and visual models of *recovery*. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of Wellness* (pp. 131-145). Washington DC: American Psychological Association.
- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research and action*. Nova Iorque: Holt, Rinehart & Winston.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121–148.
- Rappaport, J. (1995). Empowerment meets narrative: Listening to stories and creating settings. *American Journal of community psychology*, 23(5), 795-807.
- Reed, S. J., Miller, R. L., Nnawulezi, N., & Valenti, M. T. (2012). Erecting closets and outing ourselves: Uncomfortable reflexivity and community-based research. *Journal of Community Psychology*, 40(1), 11–26. doi:10.1002/jcop.20491
- Reinharz, S. (1992). *Feminist methods in social research*. New York, NY: Oxford

Press.

- Ridgway, P. (2001). Restorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.
- Ridgway, P., & Zipple, A. M. (1990). The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4), 11–31.
- Robbins, P., Callahan, L., & Monahan, J. (2009). Perceived coercion to treatment and housing satisfaction in housing-first and supportive housing programs. *Psychiatric Services*, 60(9), 1251 – 1253.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's working definition of recovery*. Retrieved from <http://www.webcitation.org/6aRHZ0R8X>
- Salzer, M. (1998). Narrative approach to assessing interactions between society, community, and person. *Journal of Community Psychology*, 26(6), 569–580.
- Salzer, M., & Baron, R. (2006). *Community integration and measuring participation* (Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Collaborative on Community Integration).
- Salzer, M., & Baron, R.C. (2014). Who is John?: community integration as a paradigm for transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 228-249). New York: Oxford University Press.
- Sachetto, B., Ornelas, J., Calheiros, M. M., & Shinn, M. (2018). Adaptation of Nussbaum's capabilities framework to community mental health: A consumer-based capabilities measure. *American Journal of Community Psychology*. doi:10.1002/ajcp.12221
- Sampson, R. J. (1999). What 'Community' Supplies. In R. Ferguson, & W. Dickens

- (Eds.), *Urban Problems and Community Development* (pp. 241-292). Washington, D.C: Brookings Institution Press.
- Sarason, S. B. (1996). *Barometers of change: Individual, educational, and social transformation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Segal, S. P., & Aviram, U. (1976). Transition from mental hospital to community. In *Social welfare forum 1975* (pp. 121-130). New York: Columbia University Press.
- Shinn, M. (2007). International homelessness: Policy, socio-cultural, and individual perspectives. *Journal of Social Issues*, 63(3), 657-677. doi: 10.1111/j.1540-4560.2007.00529.x
- Shinn, M. (2009). *Bringing research to bear on public policy: Waltzing with a monster*. Comunicação apresentada no ciclo de conferências em psicologia e ciências do comportamento. Lisboa:ISPA
- Shinn, M., Baumohl, J., & Hopper, K. (2001). The Prevention of Homelessness Revisited. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 1(1), 95-127. doi: 10.1111/1530-2415.00006
- Shinn, M., Greer, A. L., Bainbridge, J., Kwon, J., & Zuiderveen, S. (2013). Efficient Targeting of Homelessness Prevention Services for Families. [Article]. *American journal of public health*, 103(S2), S324-S330. doi: 10.2105/ajph.2013. 301468
- Siegel, C., Samuels, J., Tang, D. I., Berg, I., Jones, K., & Hopper, K. (2006). Tenant Outcomes in Supported Housing and Community Residences in New York City. *Psychiatric Services*, 57 (7), 982-991.
- Smith, S. G. (1994). The essential qualities of home. *Journal of Environmental Psychology*, 14, 31-46
- Srebnik, D., Livingston, J., Gordon, L., & King, D. (1995). Housing choice and

- community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal*, 31,139-152.
- Srebnik, D., Connor, T., & Sylla, L. (2013). A pilot study of the impact of housing first–supported housing for intensive users of medical hospitalization and sobering services. *American Journal of Public Health*, 103(2), 316-321.
- Stein, C., & Mankovsky, E. (2004). Asking, witnessing, interpreting, knowing: Conducting qualitative research in community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 33(1–2), 21–35. doi:10.1023/b:ajcp.0000014316.27091.e8
- Stefanic, A., & Tsemberis, S. (2007). Housing first for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: A four-year study of housing access and retention, *Journal of Primary Prevention*, 28(3/4), 265-279.
- Stefancic, A., Tsemberis, S., Goering, P., Drake, R. E., & Messeri, P. (2013). The pathways housing first fidelity scale for individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16(4), 1–22.
- Sullivan, G., Burnam, A., & Koegel, P. (2000). Pathways into homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (10), 444-450.
- Thomson, H., Petticrew, M., & Morrison, D. (2001). Health effects of housing improvement: Systematic review of intervention studies. *BMJ*, 323(7306), 187-190
- Toro, P. A., Trickett, E., Wall, D., & Salem, D (1991). Homeless in the United States: An ecological perspective. *American Psychologist*, 46(11), 1208-1218
- Toro, P. A., Rabideau, J. M., Bellavia, C. W., Daeschler, C. V., Wall, D. D., Thomas, D. M., & Smith, S. J. (1997). Evaluating an intervention for homeless persons: Results of a field experiment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 476-484.
- Townley, G., Kloos, B., & Wright, P. A. (2009). Understanding the experience of place:

Expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health Place*, 15 (2), 520-531.

Townley, G., Miller, H., & Kloos, B. (2013). A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and *recovery* of individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 52(1/2), 84-96. doi: 10.1007/s10464-013-9578-2

Trickett, E. J. (1996). A future for community psychology: The contexts of diversity and the diversity of contexts. *American Journal of Community Psychology*, 24(2), 209–234. doi:10.1007/bf02510399

Tsai, J., Mares, A. S., & Rosenheck, R. A. (2012). Does housing chronically homeless adults lead to social integration?. *Psychiatric Services*, 63 (5), 427-434.

Tsai, J., & Rosenheck, R. A. (2012). Conceptualizing social integration among formerly homeless adults with severe mental illness. *Journal of Community Psychology*, 40(4), 456-467.

Tsemberis, S. (1999). From streets to homes: an innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 27, 2, 225-241.

Tsemberis, S. (2010). *Housing first: The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction*. Hazelden.

Tsemberis, S. & Asmussen, S. (1999). From Streets to Homes. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 17 (1), 113-131.

Tsemberis, S., & Eisenberg, R. F. (2000). Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 51(4), 487-493.

Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). *Housing First*, consumer choice, and

- harm reduction for homeless individuals with dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651-656.
- Tsemberis, S., Kent, D., & Respress, C. (2012). Housing Stability and Recovery among Chronically Homeless Persons with Co-Occurring Disorders in Washington, DC, *American Journal of Public Health*, 102(1), 13-16.
- Tsemberis, S., McHugo, G., Williams, V., Hanrahan, P., & Stefancic, A. (2007). Measuring homelessness and residential stability: The residential time-line follow-back inventory. *Journal of Community Psychology*, 35(1), 29-42.
- Tsemberis, S., Rogers, E. S., Rodis, E., Dushuttle, P., & Skryha, V. (2003). Housing satisfaction for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 31, 581-590.
- Uttaro, T., & Lehman, A. (1999). Graded response modeling of the quality of life interview. *Evaluation and Program Planning*, 22(1), 41-52
- Wandersman, A., & Nation, M. (1998). Urban neighborhoods and mental health: Psychological contribution to understanding toxicity, resilience, and interventions. *American Psychologist*, 53, 647-656.
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2008). A theory of social integration as quality of life. *Psychiatric Services*, 59(1), 27-33. doi: 10.1176/appi.ps.59.1.27
- Watzlawick, P., Wakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Wells, N. M., & Harris, J. D. (2007). Housing quality, psychological distress and the mediating role of social withdrawal: a longitudinal study of low-income women. *Journal of Environmental Psychology*, 27, 69-78.
- Wright, P. A., & Kloos, B. (2007). Housing environment and mental health outcomes:

- A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology*, 27(1), 79 -89.
doi: 10.1016/j.jenvp.2006.12.001
- Wong, Y.-L. I., & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4(1), 13-28. doi: 10.1023/a:1014093008857
- Yanos, P., Barrow, S. and Tsemberis, S. (2004) Community integration in the early phase of housing among homeless persons diagnosed with severe mental illness: Successes and challenges, *Community Mental Health Journal*, 40(2), 133-150.
- Yanos, P., Felton, B., Tsemberis, S. and Frye, V. (2007) Exploring the housing type, neighborhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness, *Journal of Mental Health*, 16(6), 703-717.
- Yanos, P., Stefanic, A., & Tsemberis, S. (2012). Psychological community integration among people with psychiatric disabilities, *Journal of Community Psychology*, 39(4), 390-401
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 581-599.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 43-64). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Zimmerman, M. A., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 6, 725-750.

SECÇÃO EMPÍRICA
Investigação baseada em artigos científicos

Capítulo 1

Housing First: An Ecological Approach to Promoting Community Integration¹⁶

José Ornelas, Paulo Martins, Maria Teresa Zilhão and Teresa Duarte

ISPA - Instituto Universitário, AEIPS

Abstract _This article present the findings from an evaluation which examined the impacts of a Housing First program on participants' community integration. Using an ecological approach, the programme Casas Primeiro provides individualised and scattered apartments in mainstream neighbourhoods to homeless people with severe mental illness. The programme seeks to link participants to community resources, to facilitate neighbourhood relationships and to support participants' projects and activities in the community that could lead to higher levels of social participation. Qualitative and quantitative methods were used to determine whether the acquisition of a stable and independent housing is associated with improvements in participants' community integration. The research also sought to explore the degree to which the project users were participating in community activities, the nature of interaction with other neighbours and whether they feel a sense of belonging to their community. In all, 45 participants were interviewed. The results of the study highlight the possibilities that a Housing First approach could offer in promoting community integration. After being housed, participants reported that they began to use local resources and to participate in community activities and they developed a sense of belonging within their neighbourhoods.

Key words _Community integration, Housing First, homelessness, mental illness

Introduction

Housing First is increasingly seen as an effective intervention to end homelessness for people with severe mental illness and co-occurring addictions. By separating treatment from housing issues whilst providing immediate access to permanent, independent and mainstream apartments scattered throughout a community, combined with the provision of flexible, individualised support services that are consumer-driven, this approach has demonstrated significantly better outcomes in terms of housing stability and satisfaction, well-being and community integration (Greenwood *et al*, 2005; Tsemberis and Eisenberg, 2000; Tsemberis *et al*, 2004). The integration of homeless people with mental illness at all levels within their communities is a main goal of supported housing programs (Carling, 1995; Yanos, Barrow

¹⁶ O conteúdo deste capítulo foi publicado no seguinte artigo: Ornelas, J., Martins, P., Zilhão, T., & Duarte, T. (2014). Housing First: An ecological approach to promoting community integration. *European Journal of Homelessness*, 8(1), 29-56.

and Tsemberis, 2004; Wong and Solomon, 2002). As a guiding principle, community integration advocates that every person has the right to a stable regular housing setting, with access to opportunities and community resources, and to participate in community life in the same way as everyone else (Salzer and Baron, 2006; Townley *et al*, 2013; Wong and Solomon, 2002).

Community integration has been deemed a multidimensional concept that encompasses three elements of integration: *physical integration*, *social integration* and *psychological integration* (Aubry *et al*, 2013; Wong and Solomon, 2002). Physical integration is defined as the extent to which an individual has access to a wide range of community resources and services, whilst also participating in community activities. Social integration refers to social interactions within the local community (e.g. chatting with neighbours or staff at the local grocery stores). Finally, psychological integration reflects a sense of belonging, the perception of oneself as a valid member of the local community. The social and psychological domains of integration are particularly relevant to people who have experienced chronic or long-term homelessness and who have a mental illness, since they often experience feelings of loneliness, rejection and isolation, and do not have the same opportunities to engage in community activities or develop social networks (Nelson *et al*, 2005; Siegel *et al*, 2006; Townley *et al*, 2009; Tsai and Rosenheck, 2012; Yanos *et al*, 2004).

It is useful to approach community integration through an ecological framework (Kelly, 2006; Levine *et al*, 2005). A contextual and ecological approach helps to avoid exclusive focus on individual characteristics. It provides frameworks for a better understanding of environmental factors that either hinder or foster community integration, and how resources could be mobilised to overcome social barriers and increase opportunities for social inclusion. Community integration relies on opportunities to access resources, to develop social networks, to contribute to society and engage in activities that connect people to their community (Aubry *et al*, 2013; Ornelas, 2008; Ware *et al*, 2007). An ecological perspective helps to better understand homelessness and social exclusion phenomena by taking into consideration both individuals and contextual risk factors and the interplay between them.

Causes of homelessness are complex and multi-layered. Several studies indicate that mental illness and/or substance use disorders are risk factors for homelessness (Lehman and Cordray, 1993; Lowe and Gibson, 2010) and that the experience of homelessness is a risk factor for the

development of health and mental health problems, including substance use issues (Mojtabai, 2005; Newman and Goldman, 2008). Other studies suggest that stressful life events, such as loss of relationships, family conflict, foster care history, major financial crises, as well as weak social support systems (Calsyn and Winter, 2002; Padgett *et al*, 2012) are also contributing factors to causing homelessness. While those risk factors are important, research indicates that structural conditions such as poverty, particularly so when there is insufficient social welfare support and a lack of affordable housing, are the most significant factors contributing to homelessness (Gould and Williams, 2010; Shinn *et al*, 2001; Shinn and Gillespie, 1994).

Recently, a number of research studies have examined the relationship between housing environments and housing support services and their contribution to community integration (Gulcur *et al*, 2007; Kloos and Shah, 2009; Yanos *et al*, 2004; Yanos *et al*, 2007). With regards to the location and the type of housing, several studies have shown that individualised, independent and scattered housing have an important influence on community integration (Gulcur *et al*, 2007; Kloos and Shah, 2009; Yanos *et al*, 2004; Yanos *et al*, 2007). Housing in integrated neighbourhoods with access to diverse community resources, such as local amenities and public transport, has also been associated with positive community integration (Hall *et al*, 1987; Parkinson *et al*, 1999). Others studies have found that higher standards of housing and its environment (i.e. home and neighbourhood) is associated with housing stability, psychological wellbeing and positive community participation (Evans *et al*, 2000; Kloos and Shah, 2009). By contrast, neighbourhood disorder is associated with weaker community cohesion and poorer sense of community belonging (Brodsky, O'Campo and Aronson, 1999).

Other key aspects of community integration rely on the importance of permanent housing. Yanos *et al* (2012) found that the length of time living in a neighbourhood boosts social integration. When there is more stability across a neighbourhood, people tend to engaged in developing support networks and positive relationships (e.g. with landlords and neighbours). This in turn can strengthen social capital in their own lives (Fisk *et al*, 2007). Farrell *et al* (2004) have demonstrated that neighbours can play an important role in community integration and they found a positive correlation between neighbours' support and residents' positive sense of community and well-being.

Prince and Gerber (2005) found that participation of people with mental illness in meaningful activities have a greater sense of community belonging, which in turn has a positive effect on their quality of life and their psychological well-being. Townley *et al* (2009), obtained similar results, showing that people participating in a greater number of activities reported improved life satisfaction. According to these authors, participation in community activities provides opportunities for interaction with other members of the community, contributing to expanding social support networks of people with mental illness. The study by Yanos *et al* (2007), evaluated the impact of objective and subjective factors of the neighbourhood that could shape the relationship between housing and psychological integration of formerly homeless people with mental illness, who resided stably in independent apartments or group homes. The results showed that the perception of neighbourhood social cohesion was strongly correlated with psychological integration and that, in turn, the sense of community was moderately related to physical and social integration. On the other hand, most people residing in independent apartments performed meaningful activities in the neighbourhood or were employed, unlike those residing in group homes. They reported a greater sense of community and higher levels of social interaction in the neighbourhood.

Gulcur *et al* (2007) conducted a longitudinal study to examine the impact of housing characteristics (independent apartments and congregated settings) on physical, social and psychological integration of participants. The results of this study have shown that higher levels of choice and the dispersion of houses in mainstream neighbourhoods (rather than institutional contexts), contributed significantly to participants' psychological and social integration. According to the authors, a greater sense of autonomy by participants in independent apartments contributes to their wellbeing and a greater sense of belonging to the community. Nemiroff *et al* (2011) obtained similar results in a study that aimed to examine the levels of psychological integration of homeless women recently housed in permanent housing. The authors concluded that higher housing satisfaction contributed to higher levels of psychological integration. The housing satisfaction, in turn, is associated with housing choice, privacy, security and quality (Srebnik *et al*, 1995; Tsemberis *et al*, 2003) – all of which are fundamental dimensions of Housing First approaches. Aubry *et al* (2013) also found that housing environments that support participants to live independently in regular neighbourhoods can positively impact on community integration.

Tsai and Rosenhek (2012) conducted a study with a group of participants in a Housing First program, who had a long history of homelessness and mental illness. Their aim was to understand whether there was a correlation between psychiatric symptoms and social integration of participants, and to ascertain if higher levels of social integration were related to greater life satisfaction. As shown in other studies (Gulcur *et al*, 2007; Yanos *et al*, 2012), social integration is independent of clinical symptoms. In other words, the severity of psychiatric symptoms, clinical diagnosis or history of psychiatric hospitalisation are not necessarily determining factors of the quantity and quality of participants' social support network. In summary, research has indicated that independent, permanent and scatter-site housing solutions are linked with more positive outcomes of community integration and improved wellness of formerly homeless people.

Casas Primeiro Project in Lisboa

Casas Primeiro was the first Housing First project in Portugal. The project aims to support homeless people with dual diagnosis of mental health problems and addiction issues, in accessing and maintaining independent apartments in the cities of Lisboa and Cascais. The project started in 2009 and is operated by the non-profit organisation AEIPS (Associação para o Estudo e Integração Psicossocial). Separating housing from treatment, the project provides immediate access to permanent housing, and project users are not required to engage in psychiatric treatment or maintain a period of sobriety. Apartments are rented from the private housing market, and are scattered throughout the city's boroughs, in affordable buildings in mainstream neighbourhoods, with access to various resources, such as public transport, shops and others amenities. The apartments range from studios to one-bedroom units. All apartments have a kitchen and a bathroom. If they wish, participants may share their home with someone else that they know or a family member.

Support services are flexible, individualised and tailored to participants' needs and goals. Service support is available 24 hours a day, 7 days a week (on-call). This support is delivered within the participants' apartments (at least one pre-arranged home visit per week), and support is also offered within the neighbourhood and in other community contexts. Once a week, the program organises a group meeting, in AEIPS's headquarters, where the participants have the opportunity to raise and discuss with their peers and the staff, issues of

concern or shared experiences in a way that contribute to the program's development and improvement.

Using an ecological and collaborative approach with a focus on recovery and community integration, the project's team works with participants in order to address their needs and interests in terms of housing management (e.g. domestic organisation, meals, shopping), citizen documents and legal issues, access to health services (physical and mental health), income and social benefits, employment and educational projects, community activities (sports and leisure), or neighbourhood social relations. The program evaluation results have shown a housing retention rate of 80 percent, a drastic decrease in the use of emergency services and psychiatric hospitalisations, as well as significant improvements in quality of life (Ornelas, 2013).

Method

The present study is part of a broader research and ongoing evaluation, conducted by ISPA – University Institute for Casas Primeiro Program. The purpose of this study is to have a better understanding of the impact of the access to a permanent, scattered-site and independent housing of formerly homeless people with mental illness, with specific interest the effects on community integration. To address this goal, we used a qualitative approach to explore lived experiences of participants and to determine whether independent housing is associated with improvements to community integration.

Participants

In total, 45 adults living in Casas Primeiro apartments were interviewed. Demographic characteristics of the participants were representative of Casas Primeiro residents: 64.5 percent were male and 35.5 percent were female. Their ages ranged from 30 to 67 years. With regards mental health diagnoses, 80 percent were diagnosed schizophrenia and 26.6 percent had co-occurring substance abuse disorders. All participants had histories of homelessness, 51.1 percent were homeless for more than five years and 13.3 percent were homeless for more than fifteen years. All participants had a source of income, mainly a minimum social welfare income and a disability pension, and 22.2 percent reported engaging in some form of employment: subsidised traineeships within the labour market (n=5), full-time employment (n=1), and ad-hoc “odd jobs” (n=4). Two participants had returned to education.

Measures

A semi-structured interview was conducted with participants based on *Baseline and Follow-up* interviews developed by the Mental Health Commission of Canada At Home/Chez Soi Project (2009). This interview set out to explore the factors that led to their homelessness, the experience of homelessness itself, and the changes to people's lives after moving into stable housing. Additionally, we used the Community Integration Scale (CIS) adapted by At Home/Chez Soi program in Canada (2010) to examine the degree to which they are participating in community activities, their interaction with other neighbours and their sense of belonging in their community. Six items measured physical integration where participants were asked to indicate if in the last month they participated in a different set of activities, two items measured social integration and two measured psychological integration on a 5-point scale, ranging from totally disagree (1) to totally agree (5).

Procedures

At the time we conducted the study, 59 people lived in Casas Primeiro apartments. Data was collected from 45 participants that had been in the program for more than one year. The interviews were scheduled with each participant according to the time and place they preferred (e.g. in their homes or AEIPS' office). The interviews were conducted face-to-face by members of the research team. All participants were informed about confidentiality of their responses, and that they reserved the right not to answer all questions. All participants signed an informed consent form. The team asked participants their permission for audio recording the interviews and only one did not consent to recording, so the answers had to be written in note-form. The duration of the interviews was about sixty minutes.

Data analysis

The data obtained through the interviews was analysed through thematic analysis (Braun and Clarke, 2006). Thematic analysis is a method for identifying, analysing and reporting patterns, making possible to describe the themes in detail, which aims to capture a holistic perspective. Once the data was collected, the next step was to transcribe the interviews and discuss emerging themes and codes. To simplify the data and to allow a better understanding of the differences in participants' lives from being homeless to living in stable housing, we used a matrix display with two dimensions: main themes and timeframes (Nelson *et al*, 2005). The first dimension consists of four broad themes: wellness, physical integration, social

integration and psychological integration. The second is a life period dimension with two timeframes: homelessness timeframe and Casas Primeiro timeframe. Using this coding framework the research team members coded the interviews. Table cells were filled with the themes that emerged from the data analysis.

Results

Qualitative findings: What led participants to homelessness?

Most participants lived with their family until adulthood. Though, some were institutionalised at a young age, and some spoke of their desire to start a new ‘chapter’ in their lives upon leaving this institution, hoping to get a job and be independent and autonomous. Their housing history was marked by instability, characterised by several housing transitions, before eventually becoming homeless. Four main themes were identified in their pathways into homelessness: unemployment and lack of income, inadequate housing conditions, lack of social support and the first signs of mental health problems.

Unemployment and lack of income:

The majority of participants reported that they did not have sufficient income, which in turn affected their housing stability. Unemployment and insecure sources of income during the period of housing instability appears as one of the main reasons that led to homelessness. This financial strain largely contributed to not being able to afford a house of their own, pushing them into an unstable housing circuit until they ended up homeless.

“...I tried to get a house but it was too expensive (...) when I left my parents’ house, I found a job and I was hoping that I could afford a place of my own. I ended up in a room, rented by an old woman, but I couldn’t continue to pay the rent because meanwhile I was fired and I couldn’t afford anything...”

Lack of adequate and affordable housing:

Poverty and financial strain significantly limited the access to adequate and suitable dwellings. Many participants shared stories of overcrowding, unsafe and poor housing conditions. They described leaving the family home to try to find a better place of their own, but the lack of affordable housing available led them to homelessness.

“The place where I was living with my grandparents was a living nightmare (...), everything was broken. I left and tried to find some place of my own but I didn’t...”

Lack of social support:

Lack of family or other social support was also mentioned as being one of the main factors leading to homelessness. Family support was present during their childhood and youth at a basic level, like food and accommodation. However, participants felt that they could not rely on family support as adults, mainly because families themselves had scarce economic resources. Some participants reported they left home because of family conflicts or were kicked out, others stated that they became homeless after the death or emigration of their parents.

“I don’t like to talk much about my childhood because I have some painful memories. I didn’t have any brothers or sisters and my parents were always fighting with each other. They only provided me the essential things but I never felt loved by them, so, one day, I decided to leave...”

First signs of mental illness:

Participants recalled the first signs of their mental health problems which they believed contributed to their homelessness. They also reported on the first signs of their mental illness, they were in stressful and vulnerable housing situations, characterised by instability poor conditions. These impacted on their lack of social support and income, exacerbating their mental health which consequently led to homelessness.

“...I was living in a room with a friend of mine when I first heard voices...they told me to do some things like quitting the job and they gave me indications who were my real friends...”

Qualitative findings: Homeless Timeframe and Casas Primeiro Timeframe Regarding Community Integration and Well-being

Table 1 reports findings on participants’ life experiences while homeless and after being housed by Casas Primeiro. The findings were organised according to community integration dimensions: physical, social and psychosocial integration. Also the qualitative changes

experienced by participants regarding health concerns, empowerment, and expectations towards the future were included on the main theme of personal wellness.

	Homelessness Timeframe	Casas Primeiro Timeframe
Physical	<ul style="list-style-type: none"> • Lack of housing 	<ul style="list-style-type: none"> • Having a home
Integration	Barriers to accessing documents <ul style="list-style-type: none"> • No income • Homeless services • Lack of activities • Unemployment • Low engagement in education 	<ul style="list-style-type: none"> • Access to documents • Access to income • Mainstream services • Activities in the community • Employment • Education projects
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Weak social support 	<ul style="list-style-type: none"> • Social support
Integration	<ul style="list-style-type: none"> • Negative relationships with others • Weak contact with family members 	<ul style="list-style-type: none"> • Positive interactions • Contact with family members
Psychological	<ul style="list-style-type: none"> • Feeling “invisible” • Sense of “not fitting in” • Sense of non citizen status 	<ul style="list-style-type: none"> • Sense of community membership • Sense of “fitting in” • Sense of citizenship
Wellness	Lack of empowerment <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisations • Addiction • Legal issues • “Survival mode” • No orientation towards the future 	Empowerment <ul style="list-style-type: none"> • Decreased hospitalisation • Reduced substance abuse • Fewer legal issues • Normal daily routines • Planning for the future

Table 1. Life experiences while homeless and after accessing independent, permanent, scatter-site housing

Physical Integration:

Physical integration refers to the extent to which participants became involved in community activities and had access to resources that contributed to the improvement of their life circumstances. The greatest amount of change was noted in community integration.

Changes in housing:

Many of the participants had previously lived in extremely impoverished situations without any type of human or sanitary conditions. Some had to sleep on cardboard in walkways or in public parks. This denied them any sense of privacy, safety, and an inability to retain personal belongings or food. Participants described the hardship of homelessness experience and their feelings of vulnerability associated with this time.

“I was always scared when I went to sleep (...) I was afraid that somebody could steal my things, that’s why I was always alone, I didn’t really trust anyone back then (...).”

“I lived in a hole in the bushes (...) there was worms and I remember seeing a snake there”

Housing was a significant turning point for the Casas Primeiro’s participants. Housing provided them with an opportunity to start their lives again. Overall the participants reported high levels of satisfaction with their housing, outlining several benefits of having their own, permanent, high quality space, where they can sleep in a bed with sheets, where they can cook and eat in a kitchen and have a healthier diet, where they can keep their personal belongings in drawers or in hangers, where they can take care of their personal hygiene in a bathroom with a shower and a toilet, and where they can feel safe and protected.

“A house is a house! For me it’s everything!”

“Having a house is great. To have my belongings safe kept... I feel more secure.”

“Now I sleep as I should, with no problems. (...) I sleep with both eyes closed.”

Changes in citizen documentation:

Many participants reported how they could not access official documentation. The main reason was because they did not have an address, nor did they have the guidance or support them to facilitate these bureaucratic processes. Since they have been housed, however, they have succeeded in accessing documents (e.g. ID card, VAT number and more). While the practical benefits are obvious with this, it also enabled them to feel more accepted, recognised; finally feeling like a full and participating citizen.

“Back then I didn’t have any documentation, even the identification card because I didn’t have an address. Now I have all documentation that I need.”

Changes in income:

The majority of participants did not have any income while they were homeless. Without money, they were not able to afford basic provisions, such as clothes, or food. Moreover, the lack of income hindered them from attaining housing and trapped them into prolonged homelessness. With an address and with their citizen documentation in order, participants were able to apply for social welfare benefits. Participants reported that now they have some source of secure income and they are able to manage their daily expenses.

“I didn't have any money or any income back then. If I had I would probably tried to get a house by my own”

“Now I have money. I don’t need to beg like I used to”

Changes in social services use:

Access to mainstream social and healthcare services, which target all community members as opposed to separate services for homeless people, represents a shift towards community integration. Participants reported that, when they were homeless, they would frequently resort to emergency social services, food centres and outreach teams, public baths, harm-reduction street teams and other services that are designed just for homeless people. Now they use their community resources, such as local health centres, local social services, neighbourhood organisations and local city councils, alongside other citizens.

“In the streets I used to meet homeless street teams who could provide me food, clothes and some blankets to protect me from the cold. Now it is different, when I need something I ask my neighbours’ or the local council to help me if I need something.”

“Since I have my home everything became easier. I feel that I have better access to community resources because I have an address to give.”

Changes in community activities:

When living in the streets participants were only able to attend to their immediate survival needs, with little opportunity for involvement in community activities. This process, coupled with acute poverty, further marginalised them from community life. Access to housing created more opportunities for participation in community contexts and activities. Many participants talked about being able to enjoy activities such as going to a coffee shop, attending the local church, and generally going out and conversing with others in a context where they felt welcome. Some participants become involved with local organisations such as sports clubs, and others participating in community festivities.

“When I was homeless I was always in the same place every day...I didn't feel motivated to do anything.”

“I use to go to Belem to the cultural centre with two other friends. We hang out and then we go our separate ways.”

Changes in employment and education:

The majority of participants said they did not have any job prospects whilst living on the streets. Many attempted to secure employment whilst they were homeless, but were unable as they had no place to rest after a days' work, nor could they provide a postal address to their employers. Participants also reflected that they would have liked to have continued their studies in order to secure better standard of employment with a better salary, but that it was not possible when they were on the streets. After Casas Primeiro, participants were in a better position to get a job, and some of them already entered the labour market. They reported that employment not only increased their economic autonomy, but also their sense of self-worth and a renewed sense of competence to contribute to society. Moreover, it was an opportunity to meet new people. Some participants returned to school to complete second-level education or engaged in a university course.

“Back then I didn’t have any money, I couldn’t find a job, I was desperate (...) it was horrible. Now I’m working and I can save some money, I have better quality of life, I feel more autonomous, it’s like a new life has begun for me.”

“This house helped me to have a job because I have added conditions and better ones...I feel more active and able to do further things.”

“The house made it possible to go back to school. It was really hard, but I’m really glad. I never thought I could do it.”

In summary, living in an independent, permanent and scattered-site housing was played a critical role in accessing resources, which enabled participation in community activities.

Social integration

Social integration refers to social interactions and relationships with others that foster social support. A stable and integrated housing environment enabled opportunities for such relationships to develop. Above all, participants perceived those mainstream social connections as more positive and reassuring, than previous homelessness social networks.

Changes in social support:

Participants described that while they were homeless; they were less likely to rely on others. They felt that no one cared, that they had no friends, no family and no one with whom they could rely on. When they moved into their new house, they felt they had more opportunities to meet other people and had a higher standard of living in which they could develop new social networks. Participants reported that, since they moved to their new neighbourhood, they had the chance to meet and talk with different people, e.g. neighbours, shop owners, staff members of local businesses, coffee shops waiters, postmen, and other members of the community. They describe how those routine interactions were nourishing and gave them a sense of social inclusion. Some participants highlighted that they have already established good friendships in the neighbourhood. Others mentioned that they themselves also offered support to their neighbours, for instance by helping them to carry groceries.

“..I was always alone because I was afraid of other groups that I saw in the streets (...). With this house I have more ability to communicate with other people (...) to make new friends, to invite someone to go to the coffee shop with me.”

“I felt I couldn't really count with anyone in the street (...) was everyone by their own (...) Now I feel more supported (...) I get along with my neighbours’ and I know most of the people here.”

“...my neighbours helped me a lot, they're always available and I have an excellent relationship with all of them. Sometimes I spend hours talking to them...”

“When I came to this house I started to go to a grocery store in the end of the street. The lady there is really nice. I remember one day when I went there. I wanted to buy some carrots and potatoes to make a soup, but I didn't have enough money. She let me take what I needed and told me that when I had money I could pay her. Since then, every time I go there I talk to her for a while. I feel that she cares about me and that we've become friends.”

Changes in social interactions:

The participants reported that while they were homeless, they felt safer when they were on their own, because they found it difficult to trust anyone. While some participants stated that they made genuine friendships on the streets, for the majority, street relations were not perceived as positive. They described self-centred interests of their acquaintances relating to addiction, exchange of favours and money. When they moved into their new house, they felt they needed to distance themselves from those harmful relationships, particularly for those who have had substance abuse issues. Participants comment that, since they moved into the neighbourhood, they have established new and more positive interactions with people of different backgrounds and have different topics of conversation.

“The people that I used to hang out with in the streets were a bad influence for me. Most of them were addicted and I started also to consume. I can't forget what I was going through.”

“I think I have a good relationship with my neighbours’, in fact some neighbours’ are friends, and most of them are always willing to talk to me about everything like politics, football...”

Changes in family relationship:

The participants communicated the strained and sometimes non-existent relationships they had with their families while they were homeless. Indeed, many associated their homelessness was a direct result of family conflict and lack of family support. But after securing accommodation, some participants conveyed a re-establishment or improvement of social ties with family members and some participants restored parenting roles with their children.

"When I was homeless I lost contact with my mother. She tried to reach me once but I wasn't interested because we had conflicts with each other all the time (...) now our relation is better, I have a cell phone and sometimes she calls to know if everything is ok"

"(...) with this house I can see my daughter more often and who knows, even perhaps invite her to come live with me. Now I can have a space where I can be with my daughter, where we can seat and ask her how was school, where I can help her to do her homework, where I can just be with her (...)"

"(...) fortunately I had the opportunity to have this home which helped me a lot in being able to be more present in my daughter's life. Without Casas Primeiro it sure would be impossible for me to be able to help her (...)"

Psychological integration:

In terms of psychological integration, participants recounted how they have a more positive view of themselves as members of the community since entering Casas Primeiro. Being a tenant and maintaining a household seemed to help to overcome the extreme segregation that they experienced while homeless. Furthermore, access to resources and to more positive social interactions contributed to their sense of community and belonging. Above all, they felt that they regained their sense of citizenship.

Changes in sense of community membership:

Participants reported they often felt "invisible" while homeless. The majority described numerous times where they felt excluded, cast aside by society, and described feelings of shame and stigma when engaging in activities such as begging. Now, they felt that there are

people who care for them. This gives them a sense of confidence, enabling them to form new social relationships and feel part of the community.

"It was really hard for me, when people were passing by. I felt like I didn't exist. (...) Ever since I move to this house I felt a big difference in my life. I feel that is easier to talk with other people without feeling shame (...) Now I feel that I am part of society not an outcast."

Changes in sense of fitting in:

The participants also described that while homeless, they sensed that they did not fit into society; that when they entered a space, they felt people staring, regarding them with suspicion and sometimes making unpleasant or hostile remarks. Currently, most participants feel that they are welcomed, accepted and respected by other community members.

"I wasn't welcome and in some coffee shops they banned me to enter. (...) Now I feel that I'm part of the neighbourhood that I'm living in"

"...I feel appreciated in this neighbourhood..."

Changes in sense of citizenship:

Participants also mentioned that, while homeless, they felt like having no rights as citizens, like they didn't belong to society. After securing housing, participants feel they regained their status as citizens.

"People looked at me like I wasn't a citizen, like I didn't have any rights. This house gave me the opportunity to be somebody, to feel like a citizen"

Wellness:

Overall, participants identified improved well-being, autonomy and personal empowerment after being housed. They felt a sense of purpose and hope in their lives, as well as the emergence of more positive prospects for their future.

Changes in empowerment:

The participants related this renewed sense of empowerment with secure housing. While homeless, they felt powerless, without the resources to control and change their own lives.

Homelessness encompassed disempowerment characterised by little or no access to community resources. Moving to a house gave them a sense of autonomy and a greater sense of control. Participants described that they can establish their own daily routines, who they invite to their home, and they have improved access to community resources. Their home is seen to be a safe space that provides the foundation to set their personal goals, make choices and regain the control over their lives.

“I felt like I was nothing when I was in the streets...I wanted to do something to get out of that situation (...) but I wasn't motivated, I felt like I was trapped.

(...) Now I feel I have control over my life (...) I feel empowered to overcome barriers...”

Changes in health:

Many participants reported that when they were on the streets they were hospitalised on multiple occasions due to physical or mental health issues. The fact that they had to live in stressful and vulnerable conditions contributed significantly to their deteriorating health. Since they moved into secure housing, the number of hospitalisations decreased significantly. Most of them point out the fact that they now are living in a stable and secure environment, which contributes considerably for improved physical and mental health.

“I remember when I was homeless I heard voices all the time...I don't know how many times I was hospitalised. On the other hand, it was a positive thing for me; at least I could sleep in washed sheets and have food (...). Four years ago, when I entered the Casas Primeiro project, everything changed for me. I hear less voices and I stopped being hospitalised since I have this house...”

Changes in addiction:

Participants noted that the Casas Primeiro program did not oblige them to take part in any type of traditional addiction treatment, and despite this, they have substantially reduced their drug use. According to the participants, they reduced their alcohol and substance intake after the program. Some participants pointed out that their housing signalled a new chapter in their lives and with this, reduced substance use. Others said that they had established new friendships since they moved and as such, do not want to be labelled “drug addict” anymore.

“...my daily routine was sleep, wake up, consume drugs, eat, consume drugs, eat again, ask for more drugs and get back to sleep (...) every day was the same routine for me (...). Since I’m no longer homeless I stopped consuming drugs and hopefully will continue that way...”

Changes in legal issues:

Some participants discussed their involvement with the criminal justice system while they were homeless. These offences related to drug possession, theft, or public disorders. They also revealed that since being housed they no longer engage in that kind of behavior. The support team of Casas Primeiro also had an important role in assisting with their interaction with law enforcement and local courts, so as to resolve minor legal issues that may not have been followed up on in the past.

“I got busted when I was out of the country (...) It was a really hard experience for me.”

“When I was in the street I had some troubles with the law (...) luckily now I have my house and it’s a turned page in my life”

Changes in stress levels:

Many described the dramatic difference of their daily routines before and after housing. While they were homeless, they operated in ‘survival mode’ in which they lived on a day-by-day basis, attempting to remain protected from the elements such as the cold and the rain, and to continually try to find food. After housing everything changed, they could rest comfortably and organise their routines and normal daily activities without this need to consider survival strategies.

“I couldn’t think about anything beyond survival. (...) Now I have more peace and quiet.”

“My main concern during the time I was in the streets was how to survive, how to get money to buy food, to protect myself from the rain and the cold. (...) Now I have better conditions and better quality of life.”

Changes in their future prospects:

Participants revealed that, due too many hardships while homeless, they had no expectations for the future, preferring to live day-by-day. They had difficulties in conceiving that one day they might exit homelessness. Once they joined Casas Primeiro, participants started to focus

on what to do next and to have an active role on accomplishing their own personal ambitions, in order to lead a more fulfilling life.

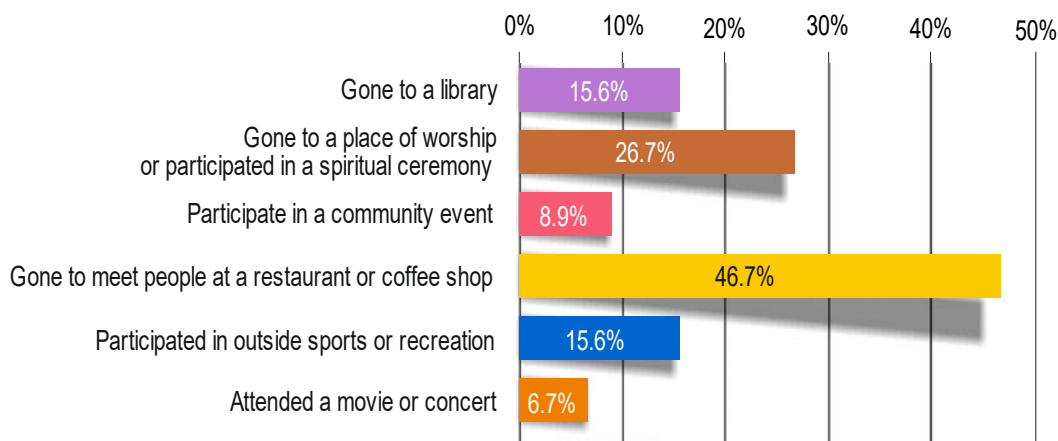
“When I was homeless I didn’t have any future expectations (...). Now I have hope. This house made a lot of changes in my life.”

“The house gave me the possibility to think about my future, to study and ultimately to find a job if I’m lucky (...) When I was homeless I couldn’t even think about the future to avoid suffering.”

Quantitative Findings

As is illustrated in Figure 1, when we asked the participants to identify from a list of community activities what they have done in the past month, 46.7 percent reported that they went to meet others at a restaurant or coffee shop and 26.7 percent reported that they attended a place of worship or participated in a spiritual ceremony. Furthermore, 15.6 percent reported they went to a library and another 15.6 percent participated in outside sports or a recreational event, 8.9 percent participated in a community event and another 6.7 percent attended a movie or concert.

Figure 1. CIS results concerning physical integration



We compared these results with those that were obtained through the interviews, and that were coded in the theme *activities in the community*. We found that, in addition to the activities listed in CIS, the participants mentioned mainly activities related to daily life, such

as going to a supermarket, going to the post office or newsagent, attending the community health centre, attending local food banks, or take a walk in the local parks.

Table 2. CIS results of Social Integration and Psychosocial integration (%)

Social integration	Strongly disagree	Disagree	Neither	Agree	Strongly agree
I know most people that live near me	31.1	22.2	13.3	15.6	17.8
I interact with the people that live near me	46.7	15.6	15.6	11.1	11.1
Psychosocial integration					
I feel at home where I live	8.9	4.4	15.6	28.9	42.9
I feel that I belong to my community	20	2.2	22.2	26.7	28.9

To assess social integration, we asked participants if they knew the majority of their neighbours and if they interacted with them. As can be seen in Table 2, less than half (33.4 percent) of participants reported that they know most of the people who live near them and only 22.1 percent interact with their neighbours.

We compared these results with the information obtained from the interviews. We have observed that, in the interviews, participants referred to their social contacts in a more comprehensive manner. Social interactions, even in the context of the neighbourhood, are not restricted to neighbours. They seem to be more common with people who are in community contexts that participants use more frequently, as employees of grocery stores, who may live elsewhere.

To assess psychological integration, participants were asked if they felt at home where they lived, and if they felt they belonged to their community. We observed that 71.1 percent of participants felt at home in their neighbourhood. Regarding the sense of community

belonging, the majority of participants (55.6 percent) felt they belonged to their community. However, it should be noted that 22.2 percent did not this way. Overall, these results are consistent with the information obtained from the interviews. Qualitative data also showed that most participants felt comfortable in their neighbourhoods. Furthermore, it indicates that participants felt that they are restoring their status as a valued member of society, and fostering a sense of community belonging. Thus, it should be noted, that the sense of community belonging was described by some participants as a process and not necessarily as an established outcome.

Discussion

The main goal of the study was to examine the impact of a Housing First program on community integration of formerly homeless people. For this purpose, the study sought to understand the participants' perspectives regarding both the pathways that led them into homelessness, as well as their experiences of community integration after entering the Casas Primeiro program. In terms of the first question, the findings indicate that unemployment and lack of income, coupled with the lack of adequate and affordable housing were the main causes of homelessness. Further, participants describe that they were unable to rely on the support from their family for reasons often related to acute poverty. Moreover, participants stressed that the lack of these critical resources kept them trapped into homelessness for several years. These findings are consistent with previous research which has demonstrated that, regardless of individual risk factors, the main reasons for homelessness are structural conditions such as poverty and the lack of affordable housing (Gould and Williams, 2010; Shinn *et al*, 2001). By addressing the structural causes of the problem, Housing First programs have been very effective in reducing homelessness and promoting housing stability (Hwang *et al*, 2012; Pearson *et al*, (2009); Stefanic and Tsemberis, 2007; Tsemberis *et al*, 2012). This was seen in the life histories of the participants in this study.

Overall, our findings provided evidence that access to an independent, permanent and scatter-site housing, coupled with support services, is associated with improvements in community integration. It is argued that an ecological approach is optimum when considering community integration, facilitating people's access to critical resources and community opportunities. Further, the axiom of ecological theory is interdependence, that is, change in one part will have an impact on the other parts of the system (Kelly, 2006). Providing access to independent housing not only to addresses the structural cause of homelessness but also

removes the most pressing stressor from participants' lives experiencing homeless: the daily struggle to survive. Having a permanent house and privacy gave participants a sense of safety and stability, which is essential to address other stressors, and to reorganise various aspects of their lives.

Having a house and an address was essential to organise participants' documentation that, in turn, allowed them to access to a source of secure income. Additionally, efforts were made to link participants to mainstream health and social community services that are used by the general population. That allowed participants to break away from the homeless services circuit, which improved community integration. Living in the community also creates more opportunities for people to participate in community life. In our study, participants reported that they started to discover their neighbourhoods and to use the local resources, like coffee shops, grocery stores, churches and leisure contexts. Some participants even started work or return to school. Several studies also indicated that independent housing is associated with greater involvement in activities in the community (Nemiroff *et al*, 2011; Yanos *et al*, 2007). Our findings also revealed that community participation is mainly related to daily life activities, like shopping or going to the hairdresser, than to leisure or cultural activities, such as going to cinema or a concert. But, the opportunity to have regular routines, and perform daily life activities in community contexts, like any other citizen, represents a major change in peoples' lives, and is a valuable way to connect to community. However, this is an issue that should be discussed. Community integration is not a straightforward process and support providers should work collaboratively with participants and with communities to guarantee that people take advantage of all local opportunities. Moreover, the participation in community contexts, such as sport clubs or neighbourhood organisations, creates opportunities for social interactions and for fostering sense of community belonging (Nelson, Lord, & Ochocka, 2001).

Social connections play a large role in community integration (Wong and Solomon, 2002). In our study, participants described how, after housing; they felt that they have more opportunities to establish relationships with neighbours and other community members. But, although some participants reported that they have regular interactions with their neighbours and had developed friendly relationships with them, quantitative findings indicate that the majority of participants do not interact with people that lived nearby. Previous research also indicates that people with mental health problems living in supported housing programs have

low levels of contact with their neighbours (Aubry *et al*, 2013). However, our qualitative findings suggest that social integration should not only be a measure of interactions with neighbours. In fact, many participants mentioned others with whom they interact regularly in community contexts, such as grocery owners or coffee shops waiters. They have described that those social interactions gave them a sense of social acceptance and inclusion. Previous research explored the role of informal supports, that is, casual relationships existing in community, and found that distal supports predicted community integration (Townley, Miller, and Kloos, 2013). Another finding of our study, related to social support is that housing also allowed the rapprochement with family members. This finding is in line with previous research that stressed the significance of housing stability for people with long histories of homelessness, and how this stability can restore social relationships with family and friends, with many restoring their roles of parents or as sons or daughters (Kirkpatrick and Byrne, 2009; Padgett, 2007; Patterson *et al*, 2013; Polvere *et al*, 2013). Nevertheless, social inclusion could be further fostered. Increasing participation in neighbourhood organisations or other community contexts could lead to wider sources of social support. An ecological intervention strives to link people to community social settings as well as help those settings being supportive resources (Kelly, 2006). Housing First support teams could help people develop social support networks by facilitating the bridging and bonding within community contexts.

Community activities and social relationships that are a source of support in the community have been suggested as predictors of higher levels of psychological integration (Aubry *et al*, 2013; Nemiroff *et al*, 2011). In our study, participants expressed that having a house and regular daily activities contributed to others viewing them as community members. Furthermore, access to housing and to other critical resources, such as income, also gave them a sense of recovering their citizenship and sense of belonging. As is reported in the literature, we also found that independent and scatter-site housing increased participants' wellness. Participants highlighted improved health and quality of life, a greater sense of freedom and control over their lives, a wider range of opportunities to fulfilling personal projects, and optimism towards the future. This is consistent to previous research that suggested that the feeling of control over housing and over life promoted housing stability, increased satisfaction and perceived quality of life and the pursuit of individual goals (Nelson *et al*, 2007; Padgett, 2007; Polvere *et al*, 2013).

The limitations of the current study ought to be highlighted. First, the research design targets only one group. The use of a comparison group would allow assessing the impact in community integration of Housing First versus other type of housing programs for homeless people. Moreover, given the contextual nature of community integration, future studies should also include comparison groups of non-program neighbours. Secondly, this study only accounts for data taken at one point in time. Future research should use a longitudinal approach to evaluate whether community integration outcomes remain stable or change over time, as well as track those changes. Another limitation relates to the physical integration measure where participants reported six potential community activities. Likewise, social integration measure was limited to the interactions with neighbours. Future studies should seek to extend the list of community activities options to measure physical integration in a more diverse and comprehensive way. Also, social integration should be evaluated in a broader perspective including the analysis of the dimension, quality and reciprocity of social support networks. Finally, future studies should strive to use a collaborative method and include participants as research collaborators in order to ensure that all research aspects are relevant and useful for them..

Conclusion

This article argues that access to independent, permanent and scatter-site housing is associated with significant improvements in community integration and enhanced wellness of formerly homeless people. Although these results are consistent with what has been reported across the literature, the qualitative nature of this study provides a comprehensive understanding of participants' lived experiences and perspectives about what led them into homelessness, as well as how they evaluated their life changes after entering in a Housing First program. This study also demonstrated the importance of incorporating an ecological approach in the way services are provided. Thinking ecologically helps to understand the importance of contexts in people's lives, and direct the focus of interventions to higher levels of the ecological system in order to provide opportunities and resources that facilitate community integration. Finally, we believe that these results could contribute to informed social policy. Defining homelessness as an ecological problem, rather than an individual one, requires that social policies address those environmental stressors, in order to be effective. To tackle homelessness is on the agenda of social policies. For this purpose, Housing First has much to contribute.

References

- Aubry, T., Flynn, R., Virley, B., & Neri, J. (2013). Social role valorization in community mental health housing: Does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychiatric disabilities? , *Journal of Community Psychology*, 41(2), 218-235.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brodsky, A., O'Campo, P. and Aronson, R. (1999). PSOC in community context: Multi-level correlates of a measure of psychological sense of community in low income, urban neighbourhoods. *Journal of Community Psychology*, 27(6), 1-21.
- Calsyn, R.J., & Winter, J.P. (2002). Social support, psychiatric symptoms, and housing: A causal analysis. *Journal of Community Psychology*, 30(3), 247–259.
- Carling, P. (1995). *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. (New York: Guilford).
- Cross, C. & Seager, J. (2010). Skeletons at the feast: A review of street Homelessness. *HSRC Review*, 8(2), 4-5.
- Evans, G., Wells, N., Chan, H.-Y., & Saltzman, H. (2000). Housing quality and mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 526–530.
- Farrell, S., Aubry, T., & Coulombe, D. (2004). Neighbourhoods and neighbours: Do they contribute to personal well-being? *Journal of Community Psychology*, 32(1), 9-25.
- Fisk, D., Sells, D., & Rowe, M. (2007). Sober housing and motivational interviewing: The treatment access project. *Journal Primary Prevention*, 28(3/4), 281-293.
- Frankish, C., Hwang, S., & Quantz, D. (2005). Homelessness and health in Canada: Research lessons and priorities. *Canadian Journal of Public Health*, 96(2), 23-29.
- Greenwood, R.M., Schaefer-McDaniel, N., Winkel, G, & Tsemberis, S. (2005). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology*, 36(3/4), 223-238.
- Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefanic, A., & Greenwood, R. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal*, 43(3), 211-228.
- Gould, T. E., & Williams, A. R. (2010). Family homelessness: An investigation of structural effects. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(2),

170-192.

- Hall, G., Nelson, G., & Smith Fowler, H. (1987). Housing for the chronically mentally disabled: Part I – conceptual framework and social context. *Canadian Journal of Community Mental Health, 6*(2), 65-78.
- Hwang, S., Stergiopoulos, V., O' Campo, P., & Gozdzik, A. (2012). Ending homelessness among people with mental illness: The At Home/Chez Soi randomized trial of a housing first intervention in Toronto. *BMC Public Health, 12*(1), 787.
- Kelly, J. (2006) *Becoming ecological: An expedition into community psychology* (New York: Oxford University Press).
- Kirkpatrick, H., & Byrne, C. (2009). A narrative inquiry: Moving on from homelessness for individuals with a major mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nurse, 16*(1), 68-75.
- Kloos, B., & Shah, S. (2009). A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology, 44*(3/4), 316-326.
- Lehman, A.F., & Cordray, D.S. (1993). Prevalence of alcohol, drug and mental disorders among the homeless: One more time. *Contemporary Drug Problems, 20*, 355-383.
- Levine, M., Perkins, D., & Perkins, D. (2005). *Principles of community psychology: Perspectives and applications* (3rd Ed) (New York: Oxford University Press).
- Low, J., & Gibson, S. (2011). Reflections of a homeless population's lived experience with substance abuse. *Journal of Community Health Nursing, 28*(2), 92-100.
- Mojtabai, R. (2005). Perceived reasons for loss of housing and continued homelessness among homeless persons with mental illness. *Psychiatric Services, 56*(2), 172-178.
- Nelson, G., Clarke, J., Febraro, A., & Hatzipantelis, M. (2005). A narrative approach to the evaluation of supportive housing: Stories of homeless people who have experienced serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 29*(2), 98-104.
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). *Shifting the paradigm in community mental health: Towards empowerment and community* (Toronto: University of Toronto Press).
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support

- as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(2), 89-100.
- Nemiroff, R., Aubry, T., & Klodawsky, F. (2011). From homelessness to community: Psychological integration of women who have experienced homelessness. *Journal of Community Psychology*, 39(8), 1003-1018.
- Newman, S., & Goldman, H. (2008). Putting housing first, making housing last: Housing policy for persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1242-1248.
- Ornelas, J. (2008) *Psicologia comunitária* (Lisboa: Fim de século).
- Ornelas, J. (2013) *Casas primeiro, Lisboa. Final report for housing first europe project* (Lisbon).
- Padgett, D. (2007) There's no place like (a) home: Ontological security in the third decade of the "homelessness crisis" in the United States. *Social Science and Medicine*, 64(9), 1925-1936.
- Padgett, D.K., Smith, B.T., Henwood, B.F., & Emmy Tiderington, E. (2012). *Life course adversity in the lives of formerly homeless persons with serious mental illness: Context and meaning. American Journal of Orthopsychiatry*. 82(3), 421–430.
- Parkinson, S., Nelson, G., & Horgan, S. (1999). From housing to homes: A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/ Survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18(1), 145-164.
- Patterson, M., Rezansoff, S., Currie, L., & Somers, J. (2013). Trajectories of recovery among homeless adults with mental illness who participated in a randomized controlled trial of housing first: A longitudinal, narrative analysis. *BMJ Open*, 3, 1-8.
- Pearson, C., Montgomery, A., & Locke, G. (2009). Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in housing first programs. *Journal of Community Psychology*, 37(3), 404-417.
- Polvere, L., Piat, E., & Mcnaughton, M. (2013). Participant perspectives on housing first and recovery: Early findings from the At Home/Chez Soi project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 110-112.
- Prince, P., & Gerber, G. (2005). Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment. *Quality of Life Research*, 14(1), 161–169.

- Salzer, M., & Baron, R. (2006). *Community integration and measuring participation* (Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Collaborative on Community Integration).
- Shinn, M., & Gillespie, C. (1994). The roles of housing and poverty in the origins of homelessness. *American Behavioral Scientist*, 37(4), 505-521.
- Shinn, M., Baumohl, J., & Hopper, K. (2001). The prevention of homelessness Revisited. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 1(1), 95-127.
- Siegel, C., Samuels, J., Tang, D., Berg, I., Jones, K., & Hopper, K. (2006). Tenant outcomes in supported housing and community residences in New York city. *Psychiatric Services*, 57(7), 982-991.
- Srebnik, D., Livingston, J., Gordon, L., & King, D. (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal*, 31(2), 139-152.
- Stefanic, A., & Tsemberis, S. (2007). Housing first for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: A four-year study of housing access and retention. *Journal of Primary Prevention*, 28(3-4), 265-279.
- Townley, G., Kloos, B., & Wright, P. (2009). Understanding the experience of place: Expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health Place*, 15(2), 520-531.
- Townley, G., Miller, H., & Kloos, B. (2013). A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 52(1-2), 84-96.
- Tsai, J., Mares, A., & Rosenheck, R. (2012). Does housing chronically homeless adults lead to social integration? *Psychiatric Services*, 63(5), 427-434.
- Tsai, J., & Rosenheck, R. (2012). Conceptualizing social integration among formerly homeless adults with severe mental illness. *Journal of Community Psychology*, 40(4), 456-467.
- Tsemberis, S., & Eisenberg, R. (2000). Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 51(4), 487-493.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651-656.
- Tsemberis, S., Kent, D., & Respress, C. (2012). Housing stability and recovery

- among chronically homeless persons with co-occurring disorders in Washington, DC. *American Journal of Public Health*, 102(1), 13-16.
- Tsemberis, S., Rogers, S., Rodis, E., Dushuttle, P., & Skryha, V. (2003). Housing satisfaction for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 31(6), 81-590.
- Yanos, P., Barrow, S., & Tsemberis, S. (2004). Community integration in the early phase of housing among homeless persons diagnosed with severe mental illness: Successes and challenges. *Community Mental Health Journal*, 40(2), 133-150.
- Yanos, P., Felton, B., Tsemberis, S., & Frye, V. (2007). Exploring the housing type, neighborhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness. *Journal of Mental Health*, 16(6), 703-717.
- Yanos, P., Stefanic, A., & Tsemberis, S. (2012). Psychological community integration among people with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 39(4), 390-401.
- Ware, N., Hopper, K., Tuggenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58(4), 469-474.
- Wong, Y., & Solomon, P. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4(1), 13-28

Capítulo 2

The role of housing quality and perceived choice/control to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon¹⁷

Paulo Martins; José Ornelas; Ana Cristina Silva

ISPA – IU

ABSTRACT

Despite the evidence supporting the Housing First model as a consumer choice driven intervention which successfully addresses several aspects such as housing quality, perceived choice/control, empowerment and recovery for homeless individuals with severe mental illness or/and substance misuse, further research is needed on how its intervention mechanisms shape and interact with recovery processes testified by its users. The present study aims to explore the relationship of housing quality to choice/control, and choice/control to recovery, through an ecological perspective, of 45 Housing First Lisbon participants. For this purpose we used a quantitative method and applied three instruments measuring housing quality, choice and control perceptions and severe mental illness recovery. Findings reveal a significant and positive association between housing quality and perceived choice/control, and between perceived choice/control and recovery, with choice/control being predicted by housing quality, and recovery being predicted by choice/control. These results reinforce the scientific evidence regarding the success of Housing First models addressing pertinent environmental aspects that contribute to housing stability, demonstrating that recovery processes can be maximized through services that empower their consumers by allowing them to choose and control the priority and order of the support services they receive.

Keywords: *Housing First; Ecology; Housing quality; Perceived choice/control; Recovery*

1. INTRODUCTION

The ecological paradigm of human experience enhances the importance of true knowledge regarding the relationship individuals establish with their habitat, taking into consideration both individual and environmental factors (Brofenbrenner, 1979; Levine, Perkins & Perkins, 2005; Kelly, 2006; Wright & Kloos, 2007). The ecological perspective is therefore essential

¹⁷O conteúdo deste capítulo foi publicado no seguinte artigo: Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A. C. (2016). The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon, *Journal of Environmental Psychology*, 47,44 - 52. doi: [10.1016/j.jenvp.2016.05.004](https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2016.05.004)

when we approach the subject of formerly homeless persons with severe mental illness (SMI) and their individual recovery processes. The multidimensional nature of recovery, as defined by Anthony (1993), can be triggered by the shifting of contexts, shaping the different paths a person can choose in their individual journey. Such journeys however, as noted by Davidson, Sells, Sangster and O'Connell (2005) as well as Ralph (2005) do not happen in a depleted of environmental and social context void. Taking this into account, it is evident that the housing services assisting this population should strive to adopt policies and practices that, while based on recovery-oriented principles, act within an ecological approach that allows them to (re)claim their lives and roles as citizens in the community (Gillis, Dickerson and Hanson, 2010; Kirst, Zerger, Harris, Plenert & Stergiopoulos, 2014).

Carling (1995) advocated that housing program users should be given the choice and control over the type of housing that they want and this should be the guiding line of supported housing approaches. This ought be done taking into account the flexibility of the context that surrounds the individual, with its natural and community support services sensitive to the individual needs, personal goals and housing preferences of each person (Ornelas, Martins, Zilhão & Duarte, 2014b; Tsemberis & Eisenberg, 2000). Thus, housing recovery-oriented programs should promote affordable, safe and quality housing in integrated settings, establishing a counterpoint with the institutionalization care philosophy (Kloos & Shah, 2009). The ecological values here presented should be integrated into collaborative methods that scope the technical and experiential knowledge of their users, developing approaches capable of changing the environments, policies and systems in which we operate (Carling, 1995; Goering & Tsemberis, 2014; Ornelas, Duarte & Jorge-Monteiro, 2014a; Nelson, Kloos & Ornelas, 2014).

1.1. Theoretical Framework

Given the ecological foundations previously established, and in which formerly homeless persons navigate through their individual recovery processes, we propose to examine the influence that environment plays on the recovery of this population. We do this by exploring the relationship between 3 key variables of a supported housing approach: housing quality, perceived choice and recovery. By doing this we propose that the housing quality plays a significant role on the perception of choice and control, and that perception in turn interacts with the recovery processes of the consumers of a Housing First program. The hypotheses presented here are grounded in the literature that demonstrates consumer choice/control over

housing features and support services as contributors of a person's recovery process (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel & Tsemberis, 2005; Nelson & Parkinson, 2003; Nelson; Sylvester; Aubry, George & Trainor, 2007; Srebnik, Livingston, Gordon and King, 1995). Furthermore, we extend that knowledge through an ecological perspective that links environment features, such as housing quality, to recovery in its full potential as a profoundly individual yet fully contextual process (Kloos & Shah, 2009; Borg, Sells, Topor; Mezzina, Marin & Davidson, 2005).

1.2. Housing First, an ecological perspective on housing quality and perceived choice/control

According to Case (1996) and Moore (2000) the concept of home has a critical influence on how people experience and define social context. Having a house enables feelings of comfort and warmth, as well as physical and emotional security, which in turn allows individuals to develop daily routines within a frame of empowerment and control over their lives (Borg et al., 2005).

Regarding the population at study, Padgett (2007) found that formerly homeless persons are not only able to live without vigilance or supervision, but also display ontological security markers such as control perception and reassuring daily routines, therefore taking advantage from the benefits of having a home. When addressing housing quality it is important to consider both the physical and psychosocial characteristics. Physical quality refers to the comfort found within not only the house itself, furniture, floor, walls and odors, but also the local neighborhood noise levels, access and amenities (Nelson et al., 2007). The psychosocial dimension of housing quality is related to the sense of belonging, place identity, citizenship and safety (Cuba & Hummon, 1993; Nelson, Hall & Wash-Bowers, 1998; Ornelas et al., 2014b; Townley, Kloos & Wright, 2009; Ware, Hopper, Tuggenberg, Dickey & Fisher, 2007, Wright & Kloos, 2007). Therefore, the quality of housing taking into account both dimensions has great influence on a person's life, since it's where people usually spend most of their time (Evans, Wells & Moch, 2003; Nelson et al., 2007). Fisk, Sells and Rowe (2007) argue that promoting a safe and stable housing environment largely enables feelings of empowerment, whilst at the same time strengthening the social support networks in local communities where people live. This is crucial for the transformation between a null citizenship status to a critical and analytical awareness surrounding the context where one is immersed, thus facilitating the

emergence of full citizenship awareness, and rebuilding social capital (Fisk et al., 2007; Ornelas et al., 2014a; Zimmerman, 1995).

Research studies reinforce the importance of support services providing conditions for their users to feel comfortable and satisfied with their environment. Enabling the possibility of making choices about the placement of the furniture, or to decorate as they please, provides people with a place of control where they feel empowered, not just because they can once again control the surroundings of their existence, but their lives as a whole, in both personal and environmental arenas (Cloutier-Fisher & Harvey, 2009; Kloos & Shah, 2009; Tsemberis & Eisenberg, 2000; Wright & Kloos, 2007). Nelson et al. (1998) found that participants' levels of choice/control over housing features was positively correlated with the participants' independent functioning. Tsemberis et al., (2003) found that individuals in supported housing settings scored higher levels of satisfaction with several aspects of their homes than would individuals in more restrictive settings, and were overall more satisfied with their level of choice and privacy. Finally, Piat, Lesage, Boyer, Dorvil, Couture, Grenier, and Bloom (2008), found that individuals living in independent housing settings met by their individual preferences revealed higher levels of autonomy.

1.3. Housing First, the role of housing perceived choice/control to promote recovery

Without access to housing, homeless persons with SMI are considered to hold several limitations in engaging their recovery processes (Tsemberis & Eisenberg, 2000). Recovery can be comprehended as a deeply individualized process, characterized by their uniqueness of changing values, attitudes, goals, skills and roles in a person's life (Anthony, 1993). As such, hope plays a prominent role as one of the foundations present in this process, since it drives the individual in regaining confidence on both self and others, and in the belief that it is possible to reclaim control over their lives (Gillis et al., 2010). Recovery-oriented services should then call for greater choice, considering individual preferences, aiming to maximize hope for a better future (Gillis et al., 2010; Nelson & Parkinson, 2003; Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004). Despite this, traditional housing programs do not usually advocate empowering practices and policies anchored in the principles of choice and control over aspects such as housing type, treatment and support services (Ornelas et al., 2014a; Tsemberis et al., 2004; Tsemberis & Eisenberg, 2000). Tsemberis and Eisenberg (2000) argue that the step-by-step nature of such programs impedes not only the achievement of housing stability, but also recovery by undermining control over choice, autonomy and promoting dependency through

an uneven consumer-provider relationship (Gaetz, 2014; Stefancic & Tsemberis, 2007). Moreover, the absence of control over aspects such as housing features and treatment course may even aggravate the SMI experience by frustrating what consumers believe they need against what they are actually provided with by services. This can in fact exacerbate a sense of helplessness, determining yet again the decision to come back to the streets as an alternative to complying with treatment demands (Greenwood et al., 2005; Howie the Harp, 1990).

Through the recognition that consumers may be in different stages of their individual recovery processes, and keeping in mind that for an intervention to be successful it has to account for an empowering anchored culture to aid such processes (Gillis et al., 2010), each individual should have the right to control what choices determine their lives, without them jeopardizing their homes or the support services they receive (Tsemberis et al., 2004). Naturally, not all of those choices will necessarily reflect a desired outcome. This however opens a path for learning and responsibility gained from making mistakes, not only for the consumer, but for the provider as well (Greenwood et al., 2005). Here lies the growing interest in the Housing First approach, because it allows the immediate access to housing on a permanent and stable setting, where people have the right to choose how and where they want to live. Such settings allow for the creation of fulfilling and reassuring daily routines, and future goals, promoting and sustaining recovery (Borg et al., 2005; Padgett, 2007; Pearson, Montgomery & Locke, 2009; Tsemberis et al., 2004). Furthermore, having the possibility to choose a house that matches individual preferences, whilst allowing access to several of the same opportunities as the domiciled population, is positively related with the meaning of having a home, reduced hospitalization and homelessness rates, which plays a significant role in the recovery process (Borg et al., 2005).

The Housing First Lisbon (HFL) is an example of a recovery-oriented service seeking to support people with SMI by retrieving them from the streets and promoting choice and recovery, advocating the participants' access to basic rights such as independent and permanent housing. At the same time, it facilitates "bringing" and "bonding" with local community resources such as landlords and local neighbors (Goering & Tsemberis, 2014; Kelly, 2006; Ornelas et al., 2014b). As such, the ideological foundation of this program is based on the belief that every single person has the right to a house, enhancing a sense of empowerment and control over one's life. This allows people to resort to several community resources, reinforcing their natural support networks and potentiating the emergence and

maintenance of the individual recovery process (Fisk et al., 2007; Gillis et al., 2010; Ornelas et al., 2014b; Tsemberis et al., 2004; Tsemberis et al., 2012).

1.4. Housing First Lisbon

HFL is the first Housing First program in Portugal, created in 2009 by a non-profit organization, AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial. The program aims to support homeless people with a dual diagnosis of SMI and substance misuse, in accessing and maintaining independent apartments in the cities of Lisboa and Cascais.

Following the consumer-driven philosophy at the core of the Housing First model, it operates through recovery-oriented services and views housing as a basic right. Separating housing from treatment, the program provides immediate access to permanent housing whilst not demanding its users to engage in psychiatric treatment or maintain sobriety. Apartments are rented from the private housing market and are scattered throughout the city's affordable houses in mainstream neighborhoods, with access to diverse local resources, like public transportation and other local amenities. The apartments vary from studio apartments to one-bedroom units. All apartments have a fully equipped kitchen and a bathroom. Support services are flexible, individualized and tailored to meet participants' needs and goals, available on-call 24 hours a day and delivered at their apartments (at least one pre-arranged home visit per week), within the neighborhood or in other community settings.

The program organizes a weekly group meeting at AEIPS's head office, where participants have the opportunity to raise and discuss issues they find relevant or share experiences with their peers and program staff, thus contributing to the program's development and improvement. Using an ecological and collaborative approach, the staff works with its users in order to address their needs regarding housing management, citizenship documents and legal issues, access to health services, income and social benefits, employment and education projects, community activities and neighborhood relationships. Evaluation reports have shown a housing retention rate of 80%, a significant decrease in the use of emergency services and psychiatric hospitalizations, as well as a significant improvement in the recovery process (Ornelas, 2012).

1.5. Conceptual framework and Hypothesis

This study intends to explore the relationship of housing quality to choice/control, and choice/control to recovery. Hypotheses considered were that housing quality and perceived choice/control over housing and treatment would be positively correlated, and that housing perceived choice would be correlated with SMI recovery (Patterson, Rezansoff, Currie & Sommers, 2013). Furthermore, we proposed to explore the predictive nature of housing quality in the perceptions of choice/control, and of the latter in SMI recovery. This framework is based on the belief that housing environment has a crucial role on recovery. Former homeless persons can regain a sense of control through the possibility of being able to make once again choices over housing features, which in turn can potentiate feelings of efficiency and empowerment, including one's mental health and recovery (Tsemberis et al., 2004). Programs like Housing First also provide perception of choice concerning treatment, which promotes and facilitates engagement in the program itself. Nevertheless, recovery goes beyond choice and involves the reestablishment of a positive sense of self through the existence of mental illness (Borg et al., 2006; Polvere, Macnaughton & Piat, 2013).

The hypotheses in this study are (a) Housing quality is a predictor of perceived choice/control; (b) Perceived choice/control is a predictor to SMI recovery; (c) Perceived choice/control influences specific recovery dimensions.

2. METHOD

2.1 Procedure and sample

The findings reported in this paper originate from a comprehensive evaluation presently being conducted on the implementation of the Housing First program in Lisbon. Eligibility criteria required only for the participants to be living in one of the program's apartments, and to be doing so for at least 1 year. All the participants had a history of homelessness and a co-occurring diagnosis of SMI and substance misuse. The interviews were conducted either at the AEIPS head office or at the participants' houses. After research interviewers explained the terms of the study, participants gave written informed consent and immediately replied face to face to several instruments assessing their demographic characteristics, house quality, perceived choice/control recovery, community integration, quality of life, satisfaction and evaluation over their experience in the program. For this study only we resort to data

indicative to housing quality, perceived choice/control and SMI recovery. Table 1 provides a summarized description of participants on social demographic, economical and homelessness history, assessed by the Demographics, Housing, Vocational and Service Use History, developed by the Homelessness Demonstration Project – At Home/Chez Soi.

The majority of participants (73.3%) are male, while 26.7% are female. Nearly half (55.6%) are within 36 and 45 years of age, 17.8% range between 26 and 35, 17.8% between 46 and 55, and 8.9% are within 56 to 65. Most (77.8%) are of Portuguese nationality, whilst 6.7% were born in Angola, 6.7% in Cape Green, 4.4% in Guinea-Bissau, 2.2% in Mozambique and 2% reported another European country. At the time of the interviews, most participants (73.3%) were unemployed, single (84.4%) and lived alone (84.4%). Regarding time spent homeless, participants reported the following: 17.8% were homeless for less than a year, 15.6% for 1 to 3 years, 31.1% for 4 to 9 years, 13.3% for 10 to 15 years and 17.8% for more than 15 years. A small proportion of the sample (4.4%) could not recall the exact amount of time spent living in a homeless condition. Nearly half (57.8%) of the participants had their first homeless experience between the ages of 15 and 35 years old.

2.2 Measures

The present study uses a quantitative approach for assessing the relationship between the results given by the three instruments to ascertain housing quality, choice/control and recovery. To determine the nature and the intensity of the relationships established between measures, we performed a correlational design, followed by a linear regression analysis in order to determine the relationships between the variables (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003).

Housing Quality

The degree of satisfaction that participants perceive over the quality of the house regarding aspects such as safety and spaciousness was assessed through a 5-item specific scale. These items were chosen from Toro, Bellavia, Daeschler, Wall and Smith (1997) and are analyzed through a 5-point Likert scale response set ranging from “Very bad” to “Very good” ($\alpha=.8$).

Choice/Control

A modified combined version of a 14-item choice specific sub-scale was used based on measures found in Srebnik et al. (1995) and Tsemberis, Rogers, Rodis, Dushuttle and Skryha (2003). The items are rated on a 5-point Likert scale with anchor points ranging from “highly unsatisfied” to “highly satisfied” with higher scores reflecting a greater amount of satisfaction with choice/control over aspects related to housing, treatment and support ($\alpha=.77$).

Recovery

Recovery was measured by the Recovery Assessment Scale developed by Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster and Keck (2004). This 24-item scale yields 5 factors: personal confidence and hope (RAS_1), willingness to ask for help (RAS_2), goal and success orientation (RAS_3), reliance on others (RAS_4) and no domination by symptoms (RAS_5). The items are rated on a 5-point scale from “totally disagree” to “totally agree” with higher scores reflecting a greater assessment of recovery ($\alpha=.87$).

3. RESULTS

Table 1 presents the mean and standard deviation of the variables examined in the study.

Table 1. Means and standard deviations on variables in the study (N=45)

	Choice	Quality	RAS	RAS_1	RAS_2	RAS_3	RAS_4	RAS_5
mean (SD)	3.99 (.59)	3.84 (.85)	3.63 (.67)	3.62 (.82)	3.89 (.84)	3.79 (.91)	3.61 (1.11)	3.17 (1.15)

In a first stage, correlation analyses were used to assess the nature of the relation between housing quality, choice/control, and recovery. The Pearson product-moment correlation coefficient was run to measure the strength of the linear relationship between variables ($p>.05$). Correlation was also run to measure the relationship between choice/control and all 5 recovery factors. For this purpose, the Spearman's rank-order correlation coefficient was calculated for the relationship between choice/control and factor 4 and 5 ($p<.05$). After correlations were asserted we then performed regression analyses to further explore the associations found and to establish how housing quality (predictor variable) relates to

choice/control (outcome variable), and how choice/control (predictor variable) relates in turn to recovery (outcome variable). Results are presented in Table 2.

Table 2. Relationship of housing quality to choice/control, and choice/control to recovery, N=45

		Choice		RAS						
		<i>R2</i>		<i>R2</i>		RAS_1	RAS_2	RAS_3	RAS_4	RAS_5
Quality	Pearson's R	<u>.383**</u>		<u>0,147**</u>						
Choice	Pearson's R			<u>.381**</u>		<u>.145**</u>				
						<u>.331*</u>	<u>.217</u>	<u>.115</u>	<u>rho</u>	<u>.446**</u>

* = p < .05 ** = p < .01

3.1 Overview of results

Hypothesis 1 - Housing quality is a predictor of perceived choice/control

To ascertain whether the measure of housing quality was related to the measure of choice/control perception, we performed a correlation analysis. Results as shown in Table 2 reveal a significant positive association between both measures, with an increase in one of the variables reflecting an increase in the other (p<.01). The regression analysis performed revealed that housing quality, as a predictor, explained 14.7% of the variance in choice/control perception $F(1, 43) = 7.39, p<.01$.

Hypothesis 2 - Perceived choice/control is a predictor of recovery

Again, results found show a significant positive association between both measures, with an increase in one of the variables reflecting an increase in the other (p<.01). For the following regression analysis, perceived choice/control accounted for 14.5% of the variance in recovery $F(1, 43) = 7.28, p<.01$.

Hypothesis 3 - Perceived choice/control influences specific recovery dimensions

Greater perception of choice and control over housing, treatment and support was found to be significantly and positively related to the recovery dimensions of personal confidence and hope ($p<.05$) and to reliance on others ($p<.01$).

4. DISCUSSION

The present study aims to contribute to the existing literature on the ecological impact played by housing over the recovery process of former homeless persons with SMI. We proposed to do so by exploring the relationship between housing quality, through the perspectives of 45 participants of a Housing First program in Lisbon, and their perceived choice/control over housing, treatment and support services. Additionally, we proposed that the perceptions of choice and control interact in different ways with the also different recovery domains. It was hypothesized that housing quality would positively correlate with perceived choice/control, and perceived choice/control would in turn correlate with recovery. Further, housing quality would predict perceived choice/control, and perceived choice/control would predict recovery. Fig.1 is a schematic representation of the model we proposed and over which our hypotheses were drawn upon, which includes the measures used and each level of analysis.

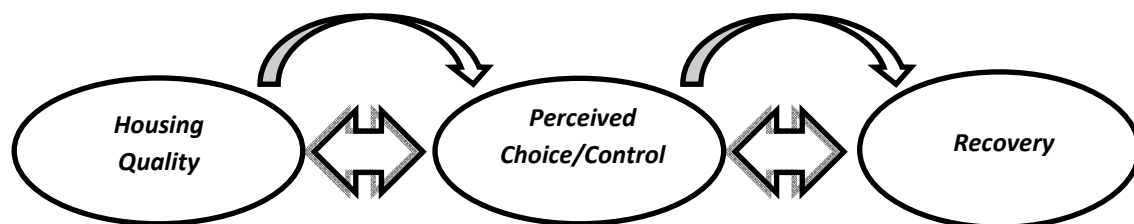


Fig.1 Correlation and regression model tested in current study

4.1. The role of housing quality on perceived choice/control

This research examines the influence housing environment (more specifically housing quality) has on SMI recovery of formerly homeless individuals, through an ecological

perspective. As Kelly (2006) tells us, such perspective should look for the “informal community places for well-being” (p.254), through the connections established between persons and places. With this ecological perspective as background, the findings reported here add to the existing literature on only supported housing. Our results are in congruence with the stated hypothesis by revealing a significant and positive correlation between housing quality and perceived choice/control. Furthermore, the results show housing quality added to the prediction of perceived choice/control. This is consistent with previous research. As Evans et al. (2003) and Borg et al., (2005) found, having the structure provided by quality housing translates into a sense of physical and emotional security and protection, through the reacquired control over one’s life. Our results support this argument. The empowerment theory assists on this matter, advocating that by changing context, people can regain control over their lives (Zimmerman, 1995). Nelson et al., (2007) also found that housing quality was related to perceptions of choice/control and subjective quality of life, with the first two measures acting as predictors of the last. There is a vast body of research that argues towards the fundamental right that all individuals should have to a house. More than just a house, a home, that offers them comfort, privacy and safety. Just as the domiciled population, homeless individuals with SMI should be able to take advantage of choosing, getting and keeping a house (Tsemberis et al., 2004). Such process will open the possibility to actively participate in negotiation processes regarding all aspects of their lives, and regain control over the type of technical support that they receive. And just as important decision making processes, the possibility of creating for themselves reassuring daily routines (Borg et al., 2005; Padgett, 2007) and control over aspects such as decoration, will assist in providing the grounds to a sense of security and control.

4.2. The relationship of perceived choice/control and SMI recovery

This research examined one of the main premises of consumer-driven supported housing: that consumer choice and control over housing and support are key elements to enhance and maintain recovery. Our results give a great deal of support to this premise, by indeed revealing that perceived choice/control adds to the prediction of recovery. If we perceive recovery through an ecological lens, we understand that services should adopt practices that include consumer choice. Only by doing so will the services achieve policy changes, in order to empower the relation between individuals and natural settings. By fostering choice over housing, recovery-oriented services like Housing First, endorse a sense of control and the

development of feelings of self-efficacy over several aspects in its consumer's mental health and recovery (Tsemberis et al., 2004). Greenwood et al. (2005) argued that choice perception on Housing First consumers is related with a decrease on psychiatric symptoms. Our results support those findings, but also allow us to have a broader understanding of SMI recovery that goes beyond the manifestation of symptomatology on mental illness. We do so through a comprehension of the ecological factors that are connected with recovery. Several other studies reinforced the importance of choice/control in community mental health outcomes. Srebnik et al. (1995) found that sense of control has a direct impact on housing stability, housing satisfaction and psychological stability. Nelson et al. (2007) reported higher levels of sense of control over housing and support services in housing first consumers, compared with group arrangement residents. Our results meet and expand such findings enhancing how independent, permanent, quality housing and support services are able to promote and sustain the recovery of former homeless persons, through an empowering and ecological approach. This is possible by regaining access to natural contexts where individuals can resort to local community resources, rebuild and strengthen mainstream interactions with local support networks. This will naturally boost their community integration and assist in maintaining a healthy progression over the course of their recovery processes (Fisk et al., 2007; Gillis et al., 2010; Ornelas et al., 2014a, 2014b). Thereby, we support Srebnik et al. (1995) who highlighted consumer "voice" and choice as basic foundations when we strive to address community mental health.

4.3. Perceived choice/control and the different domains of recovery

Gillis et al. (2010) define hope as the core principle on recovery. According to Ornelas et al. (2014b), recovery relies on supportive environments that provide opportunities and resources, where individuals can exercise significant roles and participate in meaningful community activities. The ecological perspective through which we examine this relationship can be better understood if we consider how the participants' recovery perceptions can be related to regaining personal control, which will in turn boost the sense of independence after a period of time under feelings of helplessness and powerlessness over the course of one's lives. The confidence felt in regaining this right will provide the grounds to the construction of new social connectedness webs within community and citizenship contexts.

Consistent with previous research (Kirst et al., 2014; Polvere, et al., 2013) the findings of this study reveal a link between choice and not only hope for a better future, but also confidence

on both self and others as means to achieve it. However, the present research provides a broader comprehension on the relationship of choice/control to recovery that goes beyond the scope of hope and confidence. The results found here suggest other recovery arenas of significance that should be paramount to support services, namely the consumer's willingness to ask for help and their goal and success orientation. Padgett, Henwood, Abrams and Drake (2008) found participants to be critical of the quality of support that was offered. In light of this, being provided with control over the choices that matter the most over housing and treatment can greatly boost reliance and trust on others, sustaining the establishment of positive relations between users and stakeholders, through an empowering intervention over the way formerly homeless persons perceive their future with or after mental illness. The establishment of such empowering relationships is supported by the results found in the relationship of choice/control with willingness to ask for help, and with goal and success orientation. Whilst having a nonlinear correlation, both measures scored the highest values through the Recovery Assessment Scale, underlying the need for the service's quick and effective responses that facilitate its users' willingness to ask for help whenever they feel it's needed, and the development of individual recovery plans. The concept of choice is central to a recovery philosophy, whether in treatment (Deegan & Drake, 2006) or housing decisions. Thus, services must adopt practices that are permeable and sensible to users' needs and wishes, through the construction of joint plans that allow personal growth.

4.4. Limitations

There are some limitations in this study that should be taken into consideration. First, the research design targets only one sample of a Housing First program. The use of a comparison group would allow for a broader and more accurate understanding on the relationship established between housing quality, perceived choice/control and recovery. Second, data was collected at one moment in time. Future research should adopt a longitudinal approach in order to keep track of possible changes in the variables at study, contributing to a more holistic perception of their evolution through time. Future studies should also consider the possible existence of mediating effects played by other variables, both measured and not, on the recovery processes of Housing First consumers. Finally, future research should work upon collaborative methodologies that include participants as research collaborators, in order to guarantee that all research aspects are pertinent and worthwhile.

5. CONCLUSION

The results found by the present research add to the vast literature consolidating the argument that environment factors, like housing quality, interact closely with psychological variables, such as choice and control perceptions. These variables will in turn potentiate the birth and maintenance of psychological outcomes, such as an empowered recovery. The finding that housing quality added to the prediction of perceived choice/control, and that perceived choice/control added to the prediction of SMI recovery, strengthens the evidence that both environmental factors, and psychological variables are important contributors to SMI recovery. This is the most significant contribution of the present study to the literature on consumer choice-driven programs for the homeless population. Allowing consumers to choose their preferred housing and supporting settings is still not part of the general professional culture in mental health services. Just as severe mental illness cannot be fully explainable by homelessness or the other way around, recovery is also not an exclusive result of the (re)acquired right to control and choose over housing and support. However, results found in the present study contribute to the literature advocating that, even in such hard to reach populations, recovery can be maximized by empowering and ecological interventions.

As we previously mentioned, literature tells us that choice is related to housing satisfaction (Srebnik et al., 1995), that housing characteristics are related to community integration (Nelson et al., 1998), that housing quality and perceptions of choice /control are related to perceptions of quality of life (Nelson et al., 2007) and finally that lower levels of psychiatric symptoms are associated with higher levels of choice in housing and treatment (Greenwood et al., 2005). Our findings expand this knowledge, providing a link between environment, individuals and recovery. With this in mind, support services should assume practices that are recovery-oriented, permeable and sensible to consumers' needs and personal goals, through an ecological and integrated perspective. Supported housing approaches, like HFL, are a means to achieve this. The findings presented here have implications for both policy and future research, supporting the need for consumer-driven approaches that foster the recovery processes of former homeless persons with SMI, shifting the existing paradigm and re-directing new resources towards a transformative change in community mental health services.

References

- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Borg, M., Sells, D., Topor, A., Mezzina, R., Marin, I., & Davidson, L. (2005). What makes a house a home: The role of material resources in recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 243-256. doi: 10.1080/15487760500339394
- Brofenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In International Encyclopedia of Education, vol. 3, 2nd, Ed. Oxford: Elsevier. Reprinted in M. Gauvain & M. Cole (Eds.). *Readings on the development of children*, 2nd, Ed. (pp. 37-43). NY: Freeman.
- Carling, P. (1995). *Return to Community: Building Support systems for people with psychiatric disabilities*. New York: Guilford Press.
- Case, D. (1996). Contributions of journeys away to the definition of home: an empirical study of a dialectical process. *Journal of Environmental Psychology*, 16, 1-15.
- Cloutier-Fisher, D., & Harvey, J. (2009). Home beyond the house: Experiences of place in an evolving retirement community. *Journal of Environmental Psychology*, 29(2), 246-255. doi: 10.1016/j.jenvp.2008.07.002
- Cohen, J., Cohen, P., West, S., & Aiken, L. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*, 3. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Corrigan, P., Salzer, M., Ralph, R., Songster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035 – 1041.
- Cuba, L., & Hummon, D. (1993). A place to call home: Identification with dwelling, community and region. *Sociological Quarterly*, 34(1), 111-131.
- Davidson, L., Sells, D., Sangster, S., & O'Connell, M. (2005). Qualitative studies of recovery. What can we learn from the person. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds). *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of Wellness* (pp. 147-170). Washington DC: American Psychological Association.
- Deegan, P., & Drake, R. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57, 1636-1639.
- Evans, G., Wells, N., & Moch, A. (2003). Housing and mental health: A review of the

- evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of Social Issues*, 59(3), 475-500.
- Fisk, D., Sells, D., & Rowe, M. (2007). Sober housing and motivational interviewing: The treatment access project. *Journal Primary Prevent*, 28, 281-293. doi: 10.1007/s10935-007-0096-6
- Gaetz, S. (2014). *A Safe and decent place to live: Towards a housing first framework for youth*. Executive summary. Toronto: The Homeless Hub Press.
- Gillis, L., Dickerson, G., & Hanson, J. (2010). Recovery and homelessness services: New directions for the field. *The Open Health Services and Policy Journal*, 71(3), 71-79.
- Harp, H. (1990). Independent living with support services: the goal and future for mental health consumers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 85-89.
- Goering, P., & Tsemberis, S. (2014). Housing First and system/community transformation. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 278-291). Oxford University Press.
- Greenwood, R., Schaefer-McDaniel, N., Winkel, G., & Tsemberis, S. (2005). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology*, 36(3/4), 223-238. doi: 10.1007/s10464-005-8617-z
- Kelly, J. (2006). *Becoming Ecological: An Expedition into Community Psychology* (New York: Oxford University Press).
- Kirst, M., Zerger, S., Harris, D., Plenert, E., & Stergiopoulos, V. (2014). The Promise of recovery: narratives of hope among homeless individuals with mental illness participating in a Housing First randomized controlled trial in Toronto, Canada. *BMJ Open*, 4. doi:10.1136/bmjopen-2013-004379
- Kloos, B., & Shah, S. (2009). A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 44(3/4), 316-326. doi: 10.1007/s10464-009-9277-1
- Levine, M., Perkins, D., & Perkins, D. (2005). *Principles Of Community Psychology: Perspectives And Applications* (3rd) (New York: Oxford University Press).
- Moore, J. (2000). Placing home in context. *Journal of Environmental Psychology*, 20, 207-217.

- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health & Mental Health Services Research*, 34(2), 89-100. doi: 10.1007/s10488-006-0083-x
- Nelson, G., Hall G., & Walsh-Bowers, R. (1998). The relationship between housing characteristics, emotional well-being, and the personal empowerment of psychiatric consumer/survivors. *Community Mental Health Journal*, 34, 57-69.
- Nelson, G., & Parkinson, S. (2003). Consumer/survivor stories of empowerment and recovery in the context of supported housing. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 7, 103-118. Retrieval
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014). Transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 3-20). Oxford University Press.
- Ornelas, J. (2012) Final Evaluation Report Of Casas Primeiro Program. *Housing First Europe Local Evaluation Report Lisbon*. Retrieved From <http://www.socialstyrelsen.dk/housingfirsteurope>
- Ornelas, J., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, F. (2014a). Transformative organizational change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 253-277). Oxford University Press.
- Ornelas, J., Martins, P., Zilhão, T., & Duarte, T. (2014b). Housing First: An ecological approach to promoting community integration. *European Journal of Homelessness*, 8(1), 29-56.
- Padgett, D. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science & Medicine*, 64, 1925-1936. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.011
- Padgett, D., Henwood, B., Abrams, R., & Drake, C. (2008). Social relationships among persons who have experienced serious mental illness, substance abuse, and homelessness: implications for recovery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 333-339. doi: 10.1037/a0014155333
- Patterson, M., Rezansoff, S., Currie, L., & Sommers, J. (2013) Trajectories of

- recovery among homeless adults with mental illness who participated in a randomized controlled trial of housing first: A longitudinal, narrative analysis. *BMJ Open* 3, 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2013-003442
- Pearson, C., Montgomery, A., & Locke, G (2009). Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in housing first programs. *Journal of Community Psychology*, 37(3), 404-417. doi: 10.1002/jcop.20303
- Piat, M., Lesage A., Boyer, R., Dorvil, H., Couture, A., Grenier, G., & Bloom, D. (2008). Housing for persons with serious mental illness: Consumer and service provider preferences. *Psychiatric Services*, 59(9), 1011-1017.
- Polvere, L., Macnaughton, E., & Piat, M. (2013). Participant perspectives on housing first and recovery: Early findings from the at home/chez soi project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 110-112. doi: 10.1037/h0094979
- Ralph, R. (2005). Verbal definitions and visual models of recovery. In R. Ralph & P. Corrigan (Eds). *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of Wellness* (pp. 131-145). Washington DC: American Psychological Association.
- Smith, S. (1994). The essential qualities of home. *Journal of Environmental Psychology*, 14, 31-46.
- Srebnik, D., Livingston, J., Gordon, L., & King, D. (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal*, 31,139-152.
- Stefanic, A., & Tsemberis, S. (2007). Housing first for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: A four-year study of housing access and retention, *Journal of Primary Prevention*, 28(3/4), 265-279. doi: 10.1007/s10935-007-0093-9
- Toro, P., Bellavia, C., Daeschler, C., Wall, D., & Smith, S. (1997). Evaluating an Intervention for Homeless Person: Results of a Field Experiment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 476-484.
- Townley, G., Kloos, B. & Wright, P. (2013). A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 52(1/2), 84-96. doi: 10.1007/s10464-013-9578-2
- Tsemberis, S., & Eisenberg, R. (2000). Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services*, 51(4), 487-493.

- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with dual diagnosis. *American Journal of Public Health, 94*(4), 651-656.
- Tsemberis, S., Rogers, E., Rodis, E., Dushuttle, P., & Skryha, V. (2003). Housing satisfaction for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology, 31*, 581-590.
- Ware, N., Hopper, K., Tuggenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services, 58*(4), 469- 474 doi: 10.1176/appi.ps.58.4.469
- Wright, P., & Kloos, B. (2007). Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology, 27*(1), 79 -89. doi: 10.1016/j.jenvp.2006.12.001
- Zimmerman, M. (1995) Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*, 581-599.

Capítulo 3

How perceived housing quality contributes to community integration and quality of life in a Housing First Program

Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A.

ISPA-IU

Abstract

This study aims to explore the relationship between perceived housing quality, community integration, and quality of life, of a sample of Housing First participants'. A quantitative method was used to obtain reports of the relationship established between the variables. Findings reveal a causal relationship between perceived housing quality and community integration and also between community integration and quality of life. The results reinforce the scientific evidence regarding the success of Housing First models as a consumer choice-driven intervention that addresses relevant contextual factors contributing to community integration and improving the quality of life of its participants.

Keywords: Housing First; Perceived housing quality; Community integration; Quality of life

Introduction

There is a general and growing consensus that community integration and improved quality of life should be vital goals in community mental health services that support homeless people with mental illness (Aubry & Myner, 2009; Carling, 1995; Ecker & Aubry, 2016; Kloos & Shah, 2009; Nelson, Kloos & Ornelas, 2014; Nelson, Wiltshire, Hall, Peirson, & Walsh-Bowers, 1995; Ornelas, Vargas-Moniz, & Duarte, 2010; Padgett, Henwood, & Tsemberis 2016; Patterson, Moniruzzaman et al., 2013; Sachetto, Ornelas, Calheiros, & Shinn, 2018; Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004; Yanos, Barrow, & Tsemberis, 2004). According to

Carling (1995), one of the key premises of supported housing approaches is that people should be able to choose the type of housing that they want to live in. Therefore, it is vital to consider the natural and community-based support services that are sensitive to the individual needs, personal goals, and housing preferences of each person (Brown, Jason, Malone, Srebnik, & Sylla, 2016; Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel, & Tsemberis, 2005; Manning & Greenwood, 2018; Nelson, Kloos & Ornelas 2014; Padgett et al., 2016; Pruitt et al., 2018; Tsemberis et al., 2004). Supported housing provides people the opportunity to choose a house that matches their individual preferences, giving people the same opportunities available to the general population. Providing choice and control over where one lives is positively related to the meaning of having a home, reduced hospitalization, and decreased homelessness rates, resulting in a ripple effect, widely evidenced throughout the literature, and with a significant role in community integration and quality of life (Aubry & Myner, 2009; Aubry, Duhoux, Klowdowsky, Ecker, & Hay, 2016; Greenwood et al., 2005; Nelson et al., 1995; Ornelas, Martins, Zilhão, & Duarte, 2014; Tsai, Mares, & Rosenheck, 2012; Tsemberis et al., 2004; Yanos et al., 2004).

Perceived housing quality and choice as rockstones of supported housing approaches

Previous research advocates that the perception of good quality housing clearly impacts one's sense of safety, and has a direct impact on mental health outcomes and community integration (Aubry et al., 2016; Brown et al., 2016; Ecker & Aubry, 2016;; Nelson, Sylvestre, Aubry, George, & Trainor, 2007; Patterson, Rezanoff, Currie, & Sommers, 2013; Pruitt e al., 2018; Yanos, Felton, Tsemberis, & Frye, 2007). According to Srebnik, Livingston, Gordon and King (1995), consumer choice plays a major role in housing and services satisfaction by having a direct impact on life satisfaction, housing stability and psychological wellbeing. Nelson and colleagues (2007) underline the importance of fostering choice and control in

Housing First (HF) residents regarding their housing and the support services they receive, in order to promote community integration and improve quality of life. Moreover, as reported by Wright and Kloos (2007), the housing environment constitutes a key element in how people experience and define their social setting. Therefore, scientific evidence enhance that the perception of housing quality influences people choices, and thus positively influences mental health outcomes. Having a house stimulates a sense of comfort and wellbeing which, in turn enables individuals to develop daily routines, allowing them to rebuild a sense of empowerment and regain control over their own lives (Borg, Sells, Topor, Mezzina, Marin, & Davidson, 2005; Ecker & Aubry, 2016; Evans, 2003; Krieger & Higgins, 2002; Martins, Ornelas, Silva, 2016; Nelson et al., 2007, Padgett et al., 2016; Pruitt et al., 2018).

The perception of housing quality is mainly covered by two main dimensions: Physical quality and psychosocial quality. Physical quality addresses the structural quality of housing, like the condition of walls, furniture, and floorings, and also neighborhood features like access to local resources and amenities (Evans, 2003; Nelson et al., 2007). The psychosocial dimension of housing quality is related to the sense of belonging, safety, and citizenship (Nelson, Hall, & Wash-Bowers, 1998; Townley, Kloos, & Wright, 2009; Ware, Hopper, Tuggenberg, Dickey, & Fisher, 2007; Wells & Harris, 2007; Wright & Kloos, 2007). For this reason, the perception of housing quality that takes into consideration both dimensions has a significant impact on Housing First (HF) residents' decision making processes, since the residents have a choice and a true sense of control over their housing. They will most likely choose places and surroundings to live in that are physically desirable and comfortable (Nelson et al., 2007). For this reason, we chose to operationalize "perceived housing quality" as a variable relating to the relationship between housing quality and perceived choice. This was done once are two main principles of HF approach and also in order to best reflect the perception of housing quality and the level of choice that residents consider they have over

the housing and the support services they receive. Therefore, housing and all its associated dimensions, including choice, are critical and protective factors in promoting community integration (Kloos & Shah, 2009, Nelson et al., 2007; Manning & Greenwood, 2018; Martins et al., 2016).

The importance of community integration and quality of life of former homeless persons with mental illness

Another core premise of supported housing approaches is the integration of homeless people with mental illness into the community. Integration provides people with access to community resources. Engaging with these resources normalizes their experience and enriches their community life. This community integration process will in turn establish the foundation to build and strengthen new social networks where people can feel empowered and improve their quality of life (Aubry & Myner, 2009; Carling, 1995; Greenwood et al., 2005; Kloos & Shah, 2009; Nelson et al., 2007; Nelson et al., 2014; Ornelas, Martins et al., 2014; Padgett, Henwood, & Tsemberis, 2016; Salzer & Baron, 2006; Townley, Miller, & Kloos, 2013; Yanos et al., 2004; Wong & Solomon, 2002).

The benefits in approaching community integration through an ecological framework are consistently seen throughout the literature, emphasizing people's needs to participate actively in community life (Kelly, 2006; Levine, Perkins, & Perkins, 2005; Rappaport, 1987; Zimmerman, 2000). When we refer to community integration, we should take into consideration the multidimensional nature of this concept, including practices that address personal needs that are essential to ensuring full participation in community life. (Aubry, Flynn, Virley, & Neri, 2013; Chan et al., 2014; Coltman et al., 2015; Salzer & Baron, 2006; Wong & Solomon, 2002). In order to do so, we must acknowledge not only the extent to which individuals access community resources and services, known in literature as physical

integration, but also the social and psychological elements of the construct, with the former being defined by the interactions people establish with local members of their community, and the latter referring to the emergence of a sense of belonging to the community as a valued member. The social and psychological domains of integration are particularly relevant to people who have experienced chronic or long-term homelessness and who have a mental illness, since they often experience feelings of loneliness, rejection, and isolation, and do not have the same opportunities to engage in community activities or develop social networks (Ecker & Aubry, 2016; Nelson, Clarke, Febbraro, & Hatzipantelis, 2005; Pruitt et al., 2018; Siegel, Samuels, Tang, Berg, Jones, & Hopper, 2006; Townley et al., 2009; Tsai & Rosenheck, 2012; Yanos et al., 2004; Wong, Metzendorf, & Min, 2006).

Research has found that community integration is directly related to residents' quality of life (Aubry & Myner, 2009; Carling, 1995; Nelson et al., 1995; Nelson et al., 2007). According to Patterson, Moniruzzaman and colleagues (2013), quality of life is related to psychological processes involved in the personal analysis of one's wellbeing through a range of domains such as social networks, occupational activities, income, and housing. Therefore, the leverage of opportunities provided by community settings enables an active and meaningful engagement for residents' quality of life (Carling, 1995; Kloos & Shah, 2009). Thus, community integration is intimately related to quality of life since one's meaningful engagement in the community is related to higher life satisfaction and personal wellbeing (Nelson et al., 1995).

HF as a mean to support communities to end homelessness and to increase community integration and quality of life

The aspects previously mentioned provide arguments for the increasing interest in the HF model, an evidence-based approach demonstrated to be an effective recovery-oriented

intervention model to end homelessness for people with mental illness and co-occurring addictions (Aubry, Nelson, & Tsemberis, 2015; Greenwood et al., 2005; Gillis, Dickerson, & Hanson, 2010; Gulcur, Stefanic, Shinn, Tsemberis, & Fisher, 2003; Nelson et al., 2014; Ornelas et al., 2010; Padgett, Gulcur & Tsemberis, 2006; Padgett et al., 2016; Tsemberis et al., 2004; Tsemberis, Moran, Shinn, Asmussen & Shern, 2003; Yanos et al., 2004). By separating housing from treatment, providing immediate access to permanent, independent, and mainstream apartments scattered throughout the community, and by combining the provision of consumer-driven, flexible, and individualized support services, this approach has achieved significantly better outcomes in terms of housing retention (Aubry et al., 2016; Brown et al., 2016; Tsemberis et al., 2004); housing and services satisfaction (Nelson et al., 2007; Srebnik et al., 1995; Tsemberis, Rogers et al., 2003) cost effectiveness (Tsemberis, Moran et al., 2003; Gulcur et al., 2003); mental illness and substance misuse recovery (Greenwood et al., 2005; Greenwood & Manning, 2017; Manning & Greenwood, 2018; Martins et al., 2016); community integration (Kloos & Shah, 2009; Ornelas, Martins et al., 2014; Yanos et al., 2004); and quality of life (Nelson et al., 1995; Nelson et al., 2007; Patterson, Moniruzzaman et al., 2013).

Providing permanent, individualized, affordable, and scattered-site housing is a huge step towards community integration and the improvement of the quality of life of formerly homeless persons with mental illness (Aubry & Myner, 2009; Dunn, 2007; Nelson et al., 1995; Nelson et al., 2014). Research studies reinforce the importance of exploring the relationship between housing environments and support services, with relation to their contribution to promoting community integration and quality of life (Aubry & Myner, 2009; Gulcur, Stefanic, Tsemberis, & Greenwood, 2007; Kloos, & Shah, 2009; Nelson et al., 1995; Nelson et al., 2007; Yanos et al., 2004; Yanos et al., 2007). Housing in mainstream neighborhoods with access to diverse community resources, such as local amenities and

public transport, has also been associated with positive community integration (Hall, Nelson, & Smith Fowler, 1987; Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999; Ornelas, Martins et al., 2014). Others studies found that housing quality and its environment are associated with the level of choice, housing stability, psychological wellbeing, recovery, and positive community participation (Aubry et al., 2015; Ecker & Aubry, 2016; Evans, Wells, Chan, & Saltzman, 2000; Greenwood & Manning, 2017; Kloos & Shah, 2009; Manning & Greenwood, 2018; Nelson et al., 2007; Padgett et al., 2016; Pruitt et al., 2018; Tsemberis, Kent & Respress, 2012). Farrell, Aubry, and Coulombe (2004), demonstrated that neighbors can play a key role in community integration and found a positive correlation between neighbors' support and residents' sense of community and well-being. Prince and Gerber (2005) found that people with mental illness who actively participate in meaningful activities have a greater sense of community belonging, which has a positive effect on their quality of life and their psychological wellbeing. Gulcur and colleagues (2007), attempted to further understand the effect of housing characteristics (independent apartments versus congregated settings) on the physical, social and psychological integration of residents. The results showed that independent apartments, where people were able to choose the location, accounting for the fact that they are scattered in mainstream neighborhoods (rather than institutional contexts), greatly promoted residents' psychological and social integration. The authors concluded that residents in independent apartments have a greater sense of autonomy which contributes to improving their personal wellbeing and enables a greater sense of belonging to the community. Adding to this body of research, Nelson and colleagues (2007) studied the relationship between housing quality, choice and control, subjective quality of life, and community adaptation. The results suggested that those who have more choice and control over housing type and characteristics perceive their homes as having higher quality. Furthermore, choice, control, and housing quality were also considered to be important

protective factors in promoting subjective quality of life and community adaptation. Townley and colleagues (2009) encountered similar results to Farrel and colleagues (2004), demonstrating that people who participate in a greater number of community activities reported higher levels of life satisfaction. According to these authors, participation and engagement in community activities provides opportunities for the development and expansion of social support networks with other community members. Yanos, Stefancic, and Tsemberis (2012), found that the longer people live in neighborhoods, fosters a growing social integration. They also found a positive correlation between perceived neighborhood and life satisfaction and community integration. Aubry and colleagues (2013) add to these findings by showing that housing environments that support residents to enable them to live independently in regular neighborhoods can have a significant impact on community integration. In light of this previous research, Ornelas, Martins and colleagues (2014) examined how HF contributes to boosting community integration, through the means of an ecological approach. They found that permanent, scattered-site, and individualized housing combined with individualized and tailored support services play a key role in physical, social, and psychological areas of community integration, and contribute to improving the quality of life of its residents. According to the authors, having a house enabled the residents to have access to the natural community resources available to the general population, and to participate in community activities. This in turn provides them with the tools to rebuild and create new social networks which contribute to the development of a sense of belonging to the local community where they live, improving their overall life satisfaction and quality of life.

To summarize, the research found in the literature of the wellbeing of former homeless people with mental illness points to a key relationship between their community integration and quality of life, and the individual, permanent, and scattered-site housing nature of supported housing programs such as the HF program.

Purpose of the study and hypotheses

The goal of this study is to explore the relationship between housing characteristics and residents' outcomes. Thus, the purpose of this research is to explore through a cross-sectional design the potential relationship between perceived housing quality (including perceived choice) and community integration, as well as the relationship between community integration and quality of life. The hypotheses considered in this study are: (a) Perceived housing quality is a predictor of community integration; (b) Community integration is a predictor of quality of life; (c) Community integration mediates the relationship between perceived housing quality and quality of life.

The foundation of this framework is built on the importance that housing characteristics, choice, technical support, and setting have on promoting community integration and improving quality of life (Aubry & Myner, 2009; Manning & Greenwood, 2018; Ornelas, Martins et al., 2014; Nelson et al., 1995; Nelson et al., 2007; Wright & Kloos, 2007; Yanos et al., 2004).

Method

Residents and procedure

Findings reported in this paper resulted from a comprehensive evaluation conducted on a HF program in Lisbon, Portugal. In total, forty five adults living in HF apartments were interviewed. The eligibility criteria required only that the residents had been living in one of the program's apartments for at least one year. All of the residents had a history of homelessness and a co-occurring diagnosis of mental illness and substance misuse. In terms

of housing options, about 51% of residents looked at more than one housing option, and all reported living in the house they chose.

The interviews were conducted either at the head office of the Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) or at the residents' houses. After the research, interviewers explained the terms of the study. The residents gave their written informed consent and immediately replied to face to face interviews assessing several measures. The instruments used for this purpose intended to collect data regarding demographic characteristics, perceived housing quality (which includes the perception of housing quality per se, physical, and psychosocial dimension) and perceived choice, community integration, and finally quality of life. A concise description of the residents, regarding their social demographic factors and economic and homelessness history, was obtained using the Demographics, Housing, Vocational, and Service Use History, developed by the Homelessness Demonstration Project – At Home/Chez Soi. (Goering et al., 2011).

Measures

This study uses a quantitative approach to assess three core aspects of the HF approach. We aim to explore the relationship between the results given by the three instruments that assess these core aspects, namely perceived housing quality, community integration, and quality of life. To determine the nature and intensity of the relationships established between measures, we used a linear regression analysis in order to define the relationships between variables (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003).

Perceived Housing Quality

In order to capture the contextual nature of housing quality, it is impossible to dissociate choice from housing quality, once the perception of housing quality is deeply connected with choice, and the opportunity of residents being able to choose where they want to live is also linked with perceived housing quality. Therefore, we choose to operationalize “perceived housing quality” as a variable relating to the relationship between housing quality and perceived choice. This was done in order to best reflect the perception of housing quality and the level of choice that residents consider they have over housing and the support services they receive. Therefore, housing and all its associated dimensions, including choice are critical and protective factors in promoting community integration (Kloos & Shah, 2009).

The residents’ satisfaction with housing quality was assessed using a five item scale that encompassed topics such as safety and spaciousness. The items related to perceived housing quality were chosen from Toro and colleagues (1997), and were analyzed using a five point Likert scale response set ranging from “Very bad” to “Very good” ($\alpha = .8$).

The perception of choice was also included in this scale. A fourteen item scale was used to measure the level of choice and control perceived by residents, since this is one of the pillars of the HF model. The subscale assessing perceived choice was derived from two previous existing instruments taken from Srebnik and colleagues (1995) and also Tsemberis, Rogers and colleagues (2003). Some items were modified in order to broaden the scope regarding choice and control perceived by the residents’. The items were rated on a five point Likert scale, with anchor points ranging from “highly unsatisfied” to “highly satisfied” ($\alpha = .77$).

Community Integration

Community integration was measured using the Community Integration Scale (CIS). Community integration is considered one of the main outcomes of HF approaches, measuring the degree to which the person is participating in community activities, their local and natural support network, and their sense of belonging to their community. The scale has a total of ten items which are the result of three existing instruments: Segal and Aviram (1976); Aubry and Myner (2009); and Chavis, Hogge, McMillan, and Wandersman (1986). Six items measure physical integration, with residents being asked to indicate if, in the last month, they participated in a different set of activities, two items measure social integration, and another two measure psychological integration. The items were rated on a five point scale, ranging from “totally disagree” (1) to “totally agree” (5), ($\alpha = .50$).

Quality of Life

The measure relating to quality of life was assessed using the Quality of Life Index (QOLI). Quality of life is considered to be one of the main outcomes in modern care assessment. This instrument is one of the most well-known quality of life instruments for persons with mental illness and is widely used. The scale was developed and revised by Uttaro and Lehman (1999). It is a structured self-report interview composed of twenty items examining the degree to which residents are pleased with their lives in several areas such as housing, personal safety, and hobbies. Items were rated on a seven point scale from “terrible” to “delighted” with higher scores reflecting a greater quality of life ($\alpha = .81$).

Data analysis

A cross sectional design (N = 45) was used with a two stage statistical approach in order to analyze the relationship between perceived housing quality, community integration and quality of life. We started by conducting a linear regression analysis, ANOVA one-way ($p < .05$) to explore the causal relationship between the variables. In a second stage, we examined the possibility of community integration acting as a mediator in the relationship between perceived housing quality and quality of life. For that purpose, we performed a linear regression analysis, ANOVA one-way ($p < .05$). According to Baron and Kenny (1986), to establish mediation, three conditions must be met: the first condition is to regress the potential mediator (community integration) on the independent variable (perceived housing quality). The independent variable must affect the mediator. The second condition consists in regressing the dependent variable (quality of life) on the independent variable (perceived housing quality), in which the independent variable must affect the dependent variable. Finally, the last condition resides in regressing the dependent variable (quality of life) on the potential mediator (community integration). In this last stage, the mediator must affect the dependent variable. The software package used was SPSS v. 22.

Results

Table 1. Participant characteristics

Variable	Number (n)	Percentage (%)
Gender		
Female	12	73.3
Male	33	26.7
Age		
26–30 years	8	17.8
36–45 years	25	55.6
46–55 years	8	17.8
56–65 years	4	8.9

Birth Country		
Portugal	35	77.8
Angola	3	6.7
Cape Green	3	6.7
Guinea-Bissau	2	4.4
Mozambique	1	2.2
Other European Country	1	2.2
Marital status		
Married	1	2.2
Common law marriage	4	8.9
Divorced	1	2.2
Widowed	1	2.2
Never married	38	84.4
Employment situation / Income		
Employed	2	4.4
Unemployed	33	73.3
Retirement pension	6	13.3
Ad-hoc "odd jobs"	4	8.9
Homeless timeframe		
< 1 year	8	17.8
1–3 years	7	15.6
4–9 years	14	31.1
10–15 years	6	13.3
> 15 years	8	17.8
No recall of the amount of time	2	4.4

Table 2 presents the causal relationship between perceived housing quality and the results regarding community integration.

Table 2. Relationship between perceived housing quality and community integration

Correlations (Person's R)			
		-	CIS
PHQ	Pearson Correlation	-	,31*
	Sig. (2-tailed)	-	,04
	N	-	45

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ANOVA ^a (R ²)						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,57	1	,57	4,48	,04 ^b
	Residual	5,36	42	,12		
	Total	5,93	43			

a. Dependent Variable: CIS

b. Predictors: (Constant), PHQ

* = p < .05 ** = p < .01

Hypothesis 1 - Perceived housing quality is a predictor of community integration

To determine whether the measure of perceived housing quality was related to the measure of community integration, we performed a regression analysis. The results, shown in Table 2, reveal a significant and positive relationship between both measures, with an increase in one of the variables reflecting an increase in the other ($p < .05$). The regression analysis revealed that perceived housing quality, as a predictor, explained 9.6% of the variance in community integration $F(1, 42) = 4.48, p < .05$.

Table 3. Relationship between community integration and quality of life

		Correlations (Person's R)				
				QoLI		
CIS	Pearson Correlation	-				,33 [*]
	Sig. (2-tailed)	-				,02
	N	-				45
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).						
ANOVA ^a (R2)						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,64	1	3,64	5,23	,02 ^b
	Residual	28,57	41	,69		
	Total	32,21	42			
a. Dependent Variable: QoLI						
b. Predictors: (Constant), CIS						
* = $p < .05$ ** = $p < .01$						

Hypothesis 2 - Community integration is a predictor of quality of life

The results seen in Table 3 indicate a significant and positive relationship between both measures, with an increase in one of the variables reflecting an increase in the other ($p < .05$). For the following regression analysis, community integration accounted for 11.3% of the variance in quality of life $F(1, 41) = 5.23, p < .05$.

Table 4. Relationship between perceived housing quality and quality of life

Correlations (Person's R)						
		-	QoLI			
PHQ	Pearson Correlation	-	,51**			
	Sig. (2-tailed)	-	,00			
	N	-	45			
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).						
ANOVA ^a (R ²)						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8,55	1	8,55	14,83	,00 ^b
	Residual	24,20	42	,57		
	Total	32,75	43			
a. Dependent Variable: QoLI						
b. Predictors: (Constant), PHQ						
* = p < .05 ** = p < .01						

Hypothesis 3 - Community integration mediates the relationship between perceived housing quality and quality of life.

Once more, as is shown in Table 4, the results indicate a significant and positive causal relationship between the results of PHQ and results of QoLI, with an increase in one of the variables reflecting an increase in the other ($p < .01$). For the regression analysis, PHQ accounted for 24.3% of the variance in QoLI $F(1, 42) = 14.83, p < .01$.

Therefore, taking into account tables 2, 3, and 4, the results reflect community integration as a mediator of the relationship between perceived housing quality and quality of life ($p > .05$). As we have seen before, according to Baron and Kenny (1986), three conditions must hold to establish mediation. The first condition is confirmed in Table 2, as the first hypothesis shows, perceived housing quality is a predictor of community integration ($p > .05$). The second condition is established by the second hypothesis, as table 3 shows, community integration has a predictive nature regarding quality of life ($p > .05$). Finally, the third condition is proven by the existing causal relationship between perceived housing quality and quality of life, where the first variable is a predictor of the last ($p > .05$), confirming the

hypothesis that community integration mediates the relationship between perceived housing quality and quality of life.

Figure 1 illustrates the structured representation from which our hypotheses were drawn, whilst at the same time providing a summarized overview of our results.

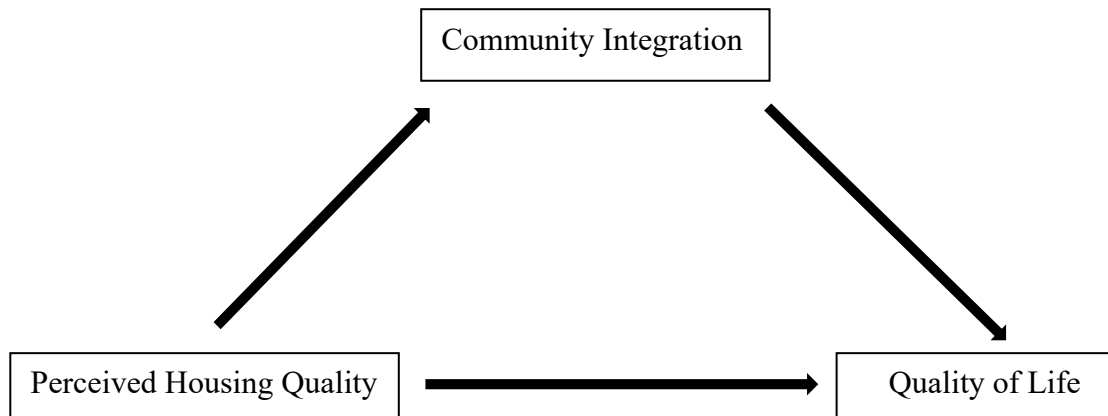


Figure 1. Relationship between perceived housing quality, community integration and quality of life

Discussion and implications for practice

The main goal of this research was to conduct an ecological examination on the impact of a HF program on the community integration and quality of life of its residents. For this purpose, we sought to analyze and explore the relationship between a few key variables widely recognized throughout the vast literature in this scientific areas. Specifically, we looked at perceived housing quality (including choice), community integration and quality of life, considering the individual perspectives of 45 residents of the HF program in Lisbon. Thus, we hypothesized that perceived housing quality would predict community integration, that community integration would predict quality of life, and lastly, that community integration would mediate the relationship between perceived housing quality and quality of life.

With the objective of examining the role of housing characteristics and choice in promoting community integration and quality of life of formerly homeless persons with mental illness, and doing so through an ecological perspective, we found the results supported our hypotheses. A positive causal relation was found between perceived housing quality (including choice) and community integration, and between community integration and quality of life. Additionally, and perhaps most notably, the findings revealed that community integration mediates the relationship between perceived housing quality and quality of life.

The research conducted in this area argues in favor of the fundamental right of every person to a house. More than just a house, a home that offers privacy, comfort and safety. Like the general population, homeless individuals with mental illness should be able to choose, get, and keep a house (Tsemberis et al., 2004), in a process that will contribute to an active participation in negotiation processes regarding different aspects of their lives. This true sense of empowerment will in turn potentiate the re-birth of a sense of control and choice, a feeling that was lost during the individual life experiences under conditions of homelessness. This sense of control is felt not just in a broad sense over one's life, but in specific domains, such as the different type and frequency of technical supports available to the individual, or the decoration of their homes. In the same way, the sense of control reported by residents in supported housing is also felt in the arena of daily life, in the form of reassuring routines that people can again create for themselves (Borg et al., 2005; Padgett, 2007; Pruitt et al., 2018), building the grounds for feelings of security and control that were once lost.

Our findings are therefore consistent with previous research (Nelson et al., 1998; Nelson et al., 2007; Ornelas et al., 2014; Wright & Kloos, 2007, Yanos et al., 2007) and we add to the literature advocating that providing access to quality housing, and giving people the opportunity to choose where they want to live, will lead to the feeling of having a "home".

This feeling combined with the individualized technical support that is provided by the model promotes the engagement in mainstream health and social community resources commonly used by domiciled population (Greenwood et al., 2005; Kloos & Shah, 2009; Nelson et al., 2007; Nelson et al., 2014; Ornelas, Martins et al, 2014; Padgett et al., 2016; Yanos et al., 2007). Research shows that people with mental illness are aware of housing and support preferences and can also articulate those preferences in order to boost community integration. As we have seen, housing configuration greatly contributes to an emergent sense of security and protection, enabling the reacquisition of control and choice over one's life (Borg et al., 2005; Evans, Wells, & Moch, 2003; Manning & Greenwood, 2018; Pruitt et al., 2018). Our results meet this argument and allow a broader understanding regarding the impact of the perception of quality housing and choice in terms of community integration. Previous research indicates that independent, permanent, and scattered-site housing is associated with greater engagement in community activities (Aubry et al., 2013; Kloos & Shah, 2009; Nemiroff et al., 2011; Ornelas, Martins et al., 2014; Yanos et al., 2007). Several other studies have reinforced the importance of choice and control in terms of community integration and psychological outcomes. Srebnik and colleagues (1995) revealed that the level of choice reported by residents in supported housing approaches had a positive effect on housing stability, housing satisfaction, wellness, and contributed to community integration, through a longitudinal perspective. Nelson and colleagues (2007) found that the perception of choice over housing and especially support services is correlated with higher levels of community adaptation. Our results corroborate and expand on these findings, by enhancing our understanding of how independent, permanent, scattered-site quality housing and support services, based on innovative ecological and recovery-oriented approaches that advocate consumer-choice, are able to promote community integration and increase the quality of life of formerly homeless persons. With this in mind, it becomes vital to acknowledge that

community integration is not a linear process, and support providers should work collaboratively with HF residents and with local communities to ensure people can take full advantage of local resources that can satisfy their personal needs (Srebnik et al., 1995). In the same line of intervention, the active participation in community-based settings also generates opportunities for social interactions whilst fostering a sense of community belonging (Kloos & Shah, 2009; Townley et al., 2013). In light of this, it is essential to underline the impact that an ecological approach has in an intervention such as this one, fostering connections between people and communities, in order to transform those communities into supportive resources (Kelly, 2006). Accordingly, combining quality housing with support teams that address individual goals will enable residents to connect and develop social support networks, by scoping processes like bridging and bonding within community settings, and by allowing personal growth (Ecker & Aubry, 2016; Manning & Greenwood, 2018; Townley et al., 2013; Tsai et al., 2012). By having quality housing, people are able to improve their sense of safety, their self-esteem and feel part of a larger community (Pruitt et al., 2018; Yanos et al., 2004). This is underlined by our results pointing towards a significant causal relation between community integration and quality of life. This means that through housing, people are able to have access to critical resources like income or documentation, which have a significant impact in providing a sense of belonging and citizenship. Thus, our results endorse the findings of Nelson and colleagues (1995) that reinforce the importance of individual, scattered-site and permanent housing in promoting community integration, and establishing a relationship with this measure and quality of life.

Perhaps most notably, our results highlight community integration as a mediator in the relationship between perceived housing quality and quality of life. This brings a new meaning to the nature of the relationship between the perception of housing quality (including choice) and quality of life. The role quality housing plays in promoting quality of life is an undeniable

one. It is however essential for people to feel they belong in the community where they live. According to Nelson and colleagues (1998) when residents can actively participate in their settings, they experience control, personal growth, and well-being. Therefore, by allowing people to engage in community activities and to develop new social support relationships in mainstream settings, this will foster a sense of belonging to the community (Aubry et al., 2013; Ecker & Aubry, 2016; Kloos & Shah, 2009; Ornelas, Martins et al., 2014). Furthermore, by allowing people to have an active role in decision-making processes, by choosing where they want to live according to their individual preferences, and thus empowering feelings of control over housing and other aspects, the HF program promotes housing stability, increases life and services satisfaction, perceived quality of life and fosters the pursuit of set individual goals (Brown et al., 2016; Ornelas, Martins et al., 2014; Martins et al., 2016; Nelson et al., 1998; Nelson et al., 2007; Nelson et al., 2014; Padgett et al., 2016; Polvere, Macnaughton, & Piat, 2013; Pruitt et al., 2018). Our findings reveal how truly important it is for people in supported housing programs to have access to opportunities that will enable them to engage in local community activities, like going to the coffee shops or church, starting a process that will lead to the development of new social relationships within the community. This empowering source of support will be essential in reacquiring a status of citizenship and feeling a part of the community where formerly homeless people can lead a fulfilled life and navigate through their recovery journeys.

Limitations and Directions for Future Research

This study provides important insights about psychological outcomes that are related to ecological settings. Nevertheless it has limitations that we should consider, the first one being the sample size and its impact on data analysis. Even though the present research was able to collect data from forty five persons from a universe of fifty Housing First residents, which is a

strength in itself, future studies should aim to increase this number in order to acquire greater variance that will increase internal validity and prevent Type I and II errors.

This study adopted a cross-sectional research design, thus targeting one sample at one point in time. Further research should strive to collect longitudinal data when analyzing the causal relationships between the variables, and make use of a control group to allow accurate understanding of the relationship established between perceived housing quality, community integration, and quality of life. This will add to the already existing holistic approach shown by the present study, by focusing on the perception of the variables' evolution over time. To guarantee the causality assessment and the internal research consistency, a random assignment to conditions should also be considered. Due to the self-reported nature of the measures provided by the three instruments, Perceived Housing Quality (PHQ), Community Integration Scale (CIS), and Quality of Life Index (QoLI), this study is vulnerable to mono-method bias, which can potentially threaten its internal validity. This can also undermine our ability to make causal conclusions, because part of the relationship between these three variables is due to shared methods variance. Future research should also apply a pre-test and post-test in order to preserve external validity. Nonetheless, the present research provides valid data that enables future studies to further analyze the relationship between the variables present here, and to extend the current literature knowledge on ecological approaches to supported housing programs, and how they interact to promote recovery.

Because of this, future studies should also consider the possible existence of mediating and/or moderating effects played by other measured and/or unmeasured variables on the community integration and quality of life of HF residents.

Lastly, previous research has shown that recovery can be maximized through services that empower their consumers to choose and control the priority of the support services they receive (Ornelas et al 2016). In light of this ethos, further research should go beyond and

strive to develop collaborative methodologies that encompass residents as research-collaborators in order to ensure that all research aspects are pertinent and worthwhile.

Conclusion

This study argues that environmental factors combined with psychological variables, such as perceived housing quality and choice perceptions have a significant impact on community integration and quality of life. The finding that perceived housing quality added to the prediction of community integration, and that community integration added to the prediction of quality of life, strengthens the evidence that both environmental factors, and psychological variables are important contributors to community integration and quality of life of formerly homeless persons with mental illness and substance misuse. Another significant finding of this research is that community integration mediates the relationship between perceived housing quality and quality of life. This finding reinforces the importance of people feeling integrated where they live, allowing them to engage in community activities available to the domiciled population. This engagement helps towards the rebuilding of empowering and mainstream social relations that in turn reinforce the webbing of natural social support networks, fostering a sense of membership of the community. These aspects are key ingredients for people to gain more quality of life through quality housing of their choice. These findings are therefore significant contributors to the literature on consumer choice-driven programs for the homeless population. Allowing residents to choose their preferred housing and support settings is unfortunately still not part of the general professional culture in mental health services. However, the results found in the present study contribute to the scientific literature in this area advocating that even for such a difficult to reach population, community integration and quality of life can be maximized by both empowering and ecological interventions. Therefore, our findings provide a structured link between

individuals, settings, and psychosocial outcomes. With this in mind, support services should adopt practices having an ecological and integrated perspective that are recovery-oriented, permeable and sensitive to residents' needs and personal goals. The Housing First model is a perfect means of achieving this. Its innovation is rooted within the ideological foundation of community psychology values and principles such as empowerment – it matches individual preferences with quality mainstream housing; collaboration – it works side by side with its residents, and recovery, promoted by a holistic view that accounts for people's needs and wishes. Moreover, its ecological nature promotes new practices and new concepts that are better suited to address complex social problems, effectively connecting people with their local communities and all that they have to offer in terms of resources, in a two sided relationship between individual and community where both parties assume active roles and reap the benefits and opportunities of community integration, which ultimately increases the quality of life of everyone involved.

This collaborative ecological way of thinking and acting has the ability to create a spillover effect on other social problems existing within different communities. Thinking ecologically helps to understand the importance of context in people's lives and directs the focus of interventions to higher levels of ecological systems.

The findings presented here have implications for both policy and future research, and support the need for consumer-driven approaches that foster the recovery processes of formerly homeless persons with mental illness shifting the existing paradigm and re-directing new resources towards a transformative change in community mental health services.

References

- Aubry, T., Duhoux, A., Klodawsky, F., Ecker, J., & Hay, E. (2016). A longitudinal study of predictors of housing stability, housing quality, and mental health functioning among single homeless individuals staying in emergency shelters. *American Journal of Community Psychology, 58*(1/2), 123-135, doi: 10.1002/ajcp.12067
- Aubry, T., Flynn, R., Virley, B., & Neri, J. (2013) Social role valorization in community mental health housing: Does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychiatric disabilities? *Journal of Community Psychology, 41*(2), 218–235.
- Aubry, T., & Myner, J. (2009). Community integration and quality of life: A comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. *Canadian Journal of Community Mental Health, 15*(1), 5–20.
- Aubry, T., Nelson, G., & Tsemberis, S. (2015). Housing First for people with severe mental illness who are homeless: A review of the research and findings from the At Home–Chez Soi demonstration project. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60*(11), 467-474.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173–1182.
- Borg, M., Sells, D., Topor, A., Mezzina, R., Marin, I., & Davidson, L. (2005). What makes a house a home: The role of material resources in recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 8*(3), 243–256. doi: 10.1080/15487760500339394

- Brown, M. M., Jason, L. A., Malone, D. K., Srebnik, D., & Sylla, L. (2016). Housing First as an effective model for community stabilization among vulnerable individuals with chronic and non-chronic homelessness histories. *Journal of Community Psychology, 44*, 384–390.
- Carling, P. J. (1995). *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York: Guildford Press.
- Chan, D. V., Helfrich, C. A., Hursh, N. C., Rogers, E. S., & Gopal, S. (2014). Measuring community integration using Geographic Information Systems (GIS) and participatory mapping for people who were once homeless. *Health & Place, 27*, 92–101, doi: org/10.1016/j.healthplace.2013.12.011
- Chavis, D.M., Hogge, J.H., McMillan, D.W., & Wandersman, A. (1986). Sense of community through Brunswick's lens: A first look. *Journal of Community Psychology, 14*(1), 24-40.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences, 3*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coltman, L., Gapka, S., Harriott, D., Koo, M., Reid, J., & Zsager, A. (2015). Understanding community integration in a Housing-First approach: Toronto At Home/Chez Soi community-based research. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice, 4*(2), 39-50.
- Dunn, J. R. (2007). Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: A review. *Health & Social Care in the Community Journal, 16*(1), 1–14. doi: 10.1111/j.1365-2524.2007.00723.x
- Ecker, J., & Aubry, T. (2016). Individual, housing, and neighborhood predictors of

- psychological integration among vulnerably housed and homeless individuals. *American Journal of Community Psychology*, 58(1/2), 111-122, doi: 10.1002/ajcp.12066
- Evans, G.W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of Urban Health*, 80(4), 536–55.
- Evans, G. W., Wells, N. M., Chan, H. E., & Saltzman, H. (2000). Housing quality and mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 526–530.
- Evans, G. W., Wells, N. M., & Moch, A. (2003). Housing and mental health: A review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of Social Issues*, 59(3), 475–500.
- Farrell, S., Aubry, T., & Coulombe, D. (2004). Neighbourhoods and neighbours: Do they contribute to personal well-being? *Journal of Community Psychology*, 32(1), 9–25.
- Gillis, L., Dickerson, G., & Hanson, J. (2010). Recovery and homelessness services: New directions for the field. *The Open Health Services and Policy Journal*, 71(3), 71–79.
- Goering, P., Streiner, D. L., Adair, C., Aubry, T., Barker, J., Distasio, J., Hwang, S. W., Komaroff, J., Latimer, E., Somers, J., & Zabkiewicz, D. M. (2011). The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *British Medical Journal Open*, 1(2), e000323.
- Greenwood, R. M., & Manning, R. M. (2017). Mastery matters: Consumer choice, psychiatric symptoms and problematic substance use among adults with histories of homelessness. *Health & Social Care in the Community*, 25, 1050–1060.
- Greenwood, R. M., Schaefer-McDaniel, N. J., Winkel, G., & Tsemberis, S. J. (2005).

Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology*, 36(3/4), 223–238. doi: 10.1007/s10464-005-8617-z

Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S., & Fisher, S. N. (2003). Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programs. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13, 171–186.

Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A., & Greenwood, R. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of Homelessness. *Community Mental Health Journal*, 43(3), 211–228.

Hall, G., Nelson, G., & Smith Fowler, H. (1987) Housing for the chronically mentally disabled: Part I – conceptual framework and social context, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6(2), 65–78.

Kelly, J. G. (2006). *Becoming Ecological: An Expedition into Community Psychology*. New York: Oxford University Press.

Kloos, B., & Shah, S. (2009). A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 44(3/4), 316–326. doi: 10.1007/s10464-009-9277-1

Krieger, J., & Higgins, D. L. (2002). Housing and health: Time again for public health action. *American Journal of Public Health*, 92(5), 758–768. doi: 10.2105/AJPH.92.5.758

Levine, M., Perkins, D. D., & Perkins, D. V. (2005). *Principles Of Community Psychology: Perspectives And Applications* (3rd). New York: Oxford University Press.

- Manning, R. M. and Greenwood, R. M. (2018). Microsystems of recovery in homeless services: The influence of service provider values on service users' recovery experiences. *American Journal of Community Psychology*. Advance online publication. <https://doi:10.1002/ajcp.12215>
- Nelson, G., Clarke, J., Febraro, A. & Hatzipantelis, M. (2005) A narrative approach to the evaluation of supportive housing: Stories of homeless people who have experienced serious mental illness, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(2), 98–104.
- Nelson, G., Hall G. B., & Walsh-Bowers, R. (1998). The relationship between housing characteristics, emotional well-being, and the personal empowerment of psychiatric consumer/survivors. *Community Mental Health Journal*, 34, 57–69.
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014). Transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 3–20). Oxford University Press.
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health & Mental Health Services Research*, 34(2), 89–100. doi: 10.1007/s10488-006-0083-x
- Nelson, G., Wiltshire, C., Hall, C. B., Peirson, L., & Walsh-Bowers, R. (1995). Psychiatric consumer/survivors' quality of life: Quantitative and qualitative perspectives. *Journal of Community Psychology*, 23, 216–233.
- Nemiroff, R., Aubry, T., & Klodawsky, F. (2011). From homelessness to community: Psychological integration of women who have experienced homelessness. *Journal of Community Psychology*, 39(8), 1003–1018.

- Ornelas, J., Martins, P., Zilhão, T., & Duarte, T. (2014). Housing First: An ecological approach to promoting community integration. *European Journal of Homelessness*, 8(1), 29–56.
- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community psychology and social change: A story from the field of mental health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(1), 21–31.
- Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A. C. (2016). The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon, *Journal of Environmental Psychology*, 47, 44 – 52. doi: 10.1016/j.jenvp.2016.05.004
- Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science & Medicine*, 64, 1925–1936. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.011
- Padgett, D. K., Gulcur, L., & Tsemberis, S. (2006). Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on Social Work Practice*, 16 (1), 74–83.
- Padgett, D., Henwood, B., & Tsemberis, S. (2016). *Housing first: Ending homelessness, transforming systems and changing lives*. Oxford Press.
- Parkinson, S., Nelson, G., & Horgan, S. (1999) From housing to homes: A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18(1), 145–164.
- Patterson, M. L., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C. J., Krausz, M., & Somers, J. M. (2013). Housing first improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized

- controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1245-1259. doi: 10.1007/s00127-013-0719-6
- Patterson, M. L., Rezansoff, S., Currie, L., & Sommers, J. M. (2013). Trajectories of recovery among homeless adults with mental illness who participated in a randomized controlled trial of housing first: A longitudinal, narrative analysis. *BMJ Open* 3, 1–8. doi:10.1136/bmjopen-2013-003442
- Prince, P., & Gerber, G. (2005). Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment. *Quality of Life Research*, 14(1), 161–169.
- Polvere, L., Macnaughton, E., & Piat, M. (2013). Participant perspectives on housing first and recovery: Early findings from the At Home/Chez Soi project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 110–112. doi: 10.1037/h0094979
- Pruitt, A. S., Barile, J., Ogawa, T., Peralta, N., Bugg, R., Lau, J., Lamberton, T., Hall, C., & Mori, V. (2018). Housing first and photovoice: Transforming lives, communities, and systems. *American Journal of Community Psychology*. Advance online publication. <https://doi:10.1002/ajcp.12226>
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121–148.
- Salzer, M., & Baron, R. (2006). *Community integration and measuring participation*. (Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Collaborative on Community Integration).
- Sacchetto, B., Ornelas, J., Calheiros, M., & Shinn, M. (2018). Adaptation of

- Nussbaum's capabilities framework to community mental health: A consumer-based capabilities measure. *American Journal of Community Psychology*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12221>.
- Salzer, M., & Baron, R. C. (2006). Community integration and measuring participation. *University of Pennsylvania School of Medicine Philadelphia, Pennsylvania*.
- Segal, S. P., & Aviram, U. (1976). Transition from mental hospital to community. In *Social welfare forum 1975* (pp. 121-130). New York: Columbia University Press.
- Siegel, C., Samuels, J., Tang, D., Berg, I., Jones, K., & Hopper, K. (2006). Tenant outcomes in supported housing and community residences in New York City, *Psychiatric Services*, 57(7), 982–991.
- Srebnik, D., Livingston, J., Gordon, L., & King, D. (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal*, 31,139–152.
- Toro, P. A., Rabideau, J. M., Bellavia, C. W., Daeschler, C. V., Wall, D. D., Thomas, D. M., & Smith, S. J. (1997). Evaluating an intervention for homeless persons: Results of a field experiment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 476–484.
- Townley, G., Kloos, B., & Wright, P. (2009). Understanding the experience of place: Expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness, *Health Place*, 15(2), 520–531. doi: 10.1016/j.healthplace.2008.08.011
- Townley, G., Miller, H., & Kloos, B. (2013). A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 52(1/2), 84–96. doi: 10.1007/s10464-013-9578-2
- Tsai, J., Mares, A., & Rosenheck, R. (2012). Does housing chronically homeless

- adults lead to social integration? *Psychiatric Services*, 63(5), 427–434.
- Tsai, J., & Rosenheck, R. (2012). Conceptualizing social integration among formerly homeless adults with severe mental illness, *Journal of Community Psychology*, 40(4), 456–467.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651–656.
- Tsemberis, S., Kent, D., & Respress, C. (2012). Housing Stability and Recovery among Chronically Homeless Persons with Co-Occurring Disorders in Washington, DC, *American Journal of Public Health*, 102(1), 13-16.
- Tsemberis, S., Moran, L., Shinn, M., Asmussen, S., & Shern, D. (2003). Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: a drop-in center and a supported housing program. *American Journal of Community Psychology*, 32 (3–4), 305–317.
- Tsemberis, S., Rogers, E. S., Rodis, E., Dushuttle, P., & Skryha, V. (2003). Housing satisfaction for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 31, 581–590.
- Uttaro, T., & Lehman, A. (1999). Graded response modeling of the quality of life interview. *Evaluation and Program Planning*, 22(1), 41-52
- Ware, N. C., Hopper, K., Tuggenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58(4), 469– 474 doi: 10.1176/appi.ps.58.4.469
- Wells, N. M., & Harris, J. D. (2007). Housing quality, psychological distress and the mediating role of social withdrawal: A longitudinal study of low-income women. *Journal of Environmental Psychology*, 27, 69–78.

- Wright, P. A., & Kloos, B. (2007). Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology, 27*(1), 79–89. doi: 10.1016/j.jenvp.2006.12.001
- Wong, Y. I., Metzendorf, D., & Min, S. (2006). Neighborhood experiences and community integration: Perspectives from mental health consumers and providers. *Social Work in Mental Health, 4*(3), 45–59, doi.org/10.1300/J200v04n03_03
- Wong, Y., & Solomon, P. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations, *Mental Health Services Research, 4*(1), 13–28.
- Yanos, P., Barrow, S., & Tsemberis, S. (2004). Community integration in the early phase of housing among homeless persons diagnosed with severe mental illness: Successes and challenges, *Community Mental Health Journal, 40*(2), 133–150.
- Yanos, P., Felton, B., Tsemberis, S., & Frye, V. (2007). Exploring the housing type, neighborhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness, *Journal of Mental Health, 16*(6), 703–717.
- Yanos, P., Stefanic, A., & Tsemberis, S. (2012). Psychological community integration among people with psychiatric disabilities, *Journal of Community Psychology, 39*(4), 390–401.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 43-64). New York: Kluwer Academic/Plenum.

CONCLUSÃO GERAL

Conclusão Geral

Considerando os diversos resultados das diferentes investigações apresentadas ao longo da Secção Empírica, é possível verificarmos que existem diversos factores, que podem gerar potenciais situações de sem-abrigo. No estudo desenvolvido por Ornelas, Martins, Zilhão e Duarte (2014), verifica-se que o desemprego e a falta de rendimentos; a falta de condições de habitabilidade; a inexistência de redes de suporte social; e os primeiros sinais de doença mental, estiveram na génese das diversas situações de sem-abrigo, abarcadas pelo programa “Casas Primeiro”. Estes resultados, reforçam as conclusões de Sullivan, Burnam e Koegel (2000), onde se assiste a uma predominância de factores de ordem económica, social, familiar e pessoal. Assim Shinn, Baumohl e Hopper (2001), enaltecem igualmente a importância da existência de respostas habitacionais acessíveis à população geral, no combate estrutural deste fenómeno. Deste modo, é possível verificarmos a importância fulcral que a existência de uma habitação de qualidade e o direito à escolha da mesma, desempenha em termos de prevenção de situações de sem-abrigo, assim como a nível da maximização de *outcomes* positivos. Neste sentido, considerando os resultados obtidos no estudo desenvolvido por Ornelas, Martins et al., (2014), são notórias as mudanças experienciadas pelos residentes, desde que entraram no programa “Casas Primeiro”, tendo em consideração aspectos como o nível de acessibilidade e de utilização dos recursos comunitários disponíveis, a diversificação das relações de suporte social e a nível da percepção pessoal dos mesmos. Assim, ao contemplarmos as diversas dimensões (física, social e psicológica) da integração comunitária, verificámos que a obtenção de uma habitação independente, individualizada, permanente e dispersa na comunidade, deteve repercussões a diversos níveis na vida dos residentes em estudo. A providenciação do acesso a um espaço privado e permanente, proporcionou aos residentes um sentimento de estabilidade, segurança e autonomia, essenciais para a promoção de diversas áreas nas suas vidas, nomeadamente no sentido de ampliar e diversificar a sua rede de suporte social, na procura da retoma de papéis sociais relevantes para o próprio (papel de vizinho, de cidadão, de membro activo e integrante da comunidade onde reside...), da participação nas suas comunidades e de possibilitar o cuidado da saúde física e mental. Os residentes referiram igualmente, a importância da existência de uma casa, para poderem voltar a cuidar de si próprios e da sua higiene pessoal, de deterem a possibilidade de possuírem um espaço que lhes viabilize guardar os seus pertences em segurança, proporcionando-lhes e conferindo-lhes deste modo, a autonomia para a realização de rotinas diárias domésticas e de participação activa e efectiva em actividades na comunidade, com base nas suas preferências

e escolhas individuais. Este sentimento de controlo sobre o espaço habitacional e sobre a sua vida, confere aos residentes um papel de destaque ao nível da estabilização habitacional, assim como na fomentação do empenho dos mesmos, na conquista de objectivos e ambições pessoais (Nelson, Sylvestre, Aubry, George, & Trainor, 2007; Ornelas, Duarte, & Jorge-Monteiro, 2014; Padgett, 2007; Polvere Piat, & Mcnaughton, 2013).

“Uma casa é uma casa! Para mim é tudo...”

“Não era bem-vindo, em alguns cafés as pessoas proibiram-me de entrar (...) agora sinto que faço parte do sítio onde vivo...”

“Agora posso dormir como deve ser, sem problemas. (...) agora consigo dormir com os dois olhos fechados.”

Os residentes demonstraram ao longo desta investigação, o desejo de melhorar as suas vidas, tendo inclusivamente tomado medidas nesse sentido. Através dos resultados obtidos, verificámos que os residentes com problemas de saúde física e mental, começaram a cuidar de si próprios, assim como tentaram restabelecer e desenvolver as suas relações de suporte social. Algumas pessoas conseguiram inclusivamente ampliar as suas redes de suporte social, através do estabelecimento de interacções com os vizinhos, referindo igualmente com satisfação, o facto de se terem conseguido distanciar de relações, que consideravam ter um impacto negativo no seu bem-estar. Outro aspecto a salientar, é a presença de expectativas positivas e de esperança em relação ao futuro, contribuindo deste modo, para a motivação no processo de procura activa no mercado de trabalho, para o restabelecimento de laços familiares e para o alargamento da rede social. De acordo com Gillis, Dickerson e Hanson (2010), Padgett (2007) e Ornelas et al. (2014), ter esperança e poder imaginar um futuro diferente, é para as pessoas que vivenciaram vários anos em situação de sem-abrigo, preocupadas com a sua segurança e sobrevivência, uma “ostentação” à qual, apenas se podem entregar, depois de terem a sua situação habitacional estabilizada. A obtenção de uma casa permanente, após vários anos em situação de sem-abrigo, permitiu assim, que os residentes voltassem a ter o controlo sobre o rumo das suas vidas, uma condição essencial e básica para os seus processos de bem-estar e de integração comunitária (Henwood et al., 2013; Kirkpatrick, & Byrne, 2009; Nelson, Clarke, Febbraro, & Hatzipantelis, 2005; Ornelas, Nelson, Kloos, 2017; Ornelas et al., 2014; Padgett, 2007; Patterson, Rezansoff, Currie, & Somers, 2013; Polvere et al., 2013).

Deste modo, ao considerarmos os resultados obtidos no presente relatório que suportam o papel predominante de princípios como a escolha, o controlo pessoal e a participação comunitária, inerentes ao modelo HF, dever-se-á igualmente enaltecer a importância da perspectiva ecológica, na catalisação de oportunidades que promovam a integração das pessoas na comunidade. Para o efeito, torna-se então fundamental uma compreensão mais clara e aprofundada, acerca do papel da abordagem ecológica na perspectiva da qualidade habitacional. Deste modo, o modelo HF ao promover o acesso a habitações no mercado de arrendamento privado e à escolha individual, potencia a ligação e o efeito causal entre a escolha e a qualidade habitacional, uma vez que tendencialmente, as pessoas propendem a escolher sítios para viver, que sejam perspectivados como locais de qualidade e que lhes providenciem uma sensação de bem-estar. Deste modo, o presente estudo pretendeu avaliar o efeito da percepção da qualidade habitacional, na promoção da percepção a escolha individual, avaliando a influência desta última, na maximização de uma vida plena na comunidade (Fisher, 2011). Assim e salientando o papel fulcral da perspectiva ecológica, torna-se essencial considerar a importância de factores de índole contextual, tal como a percepção da qualidade da habitação e da ligação que os mesmos, estabelecem com factores de ordem psicológica, como a percepção de escolha e de controlo. A ligação entre estas variáveis, encerra uma potencial contribuição para uma melhor compreensão acerca do impacto de ambas na saúde mental das pessoas. Como tal, os resultados do estudo desenvolvido por Martins, Ornelas e Silva (2016), reforçam a importância da equação de factores ambientais (qualidade da casa) e psicológicos (escolha), na promoção da saúde mental dos residentes do programa “Casas Primeiro”. Kelly (2006), refere que a perspectiva ecológica, deve olhar para os "lugares comunitários informais para o bem-estar" (p. 254), através das ligações estabelecidas entre as pessoas e os seus contextos. Assim e considerando este *framework* teórico, os resultados do estudo desenvolvido por Martins et al., (2016), confirmam a existência de uma relação positiva e significativa, a nível correlacional e causal, entre a percepção da qualidade da casa e o nível de percepção de escolha/controlo, sendo que a ligação das mesmas, potenciam uma melhoria a nível da saúde mental e bem-estar das pessoas. Como Evans (2003) e Borg Sells, Topor, Mezzina, Marin e Davidson (2005) comprovam, o acesso a uma casa de qualidade, traduz-se em sentimentos de segurança, de conforto e privacidade, possibilitando a reacquirição de uma noção de controlo sobre o espaço onde vivem. A teoria do *empowerment* permite igualmente uma compreensão mais profunda sobre este aspecto, defendendo que ao mudar o contexto, as pessoas podem reganhar controlo sobre as suas vidas (Zimmerman, 1995). Assim, os resultados apresentados por Martins et al.,

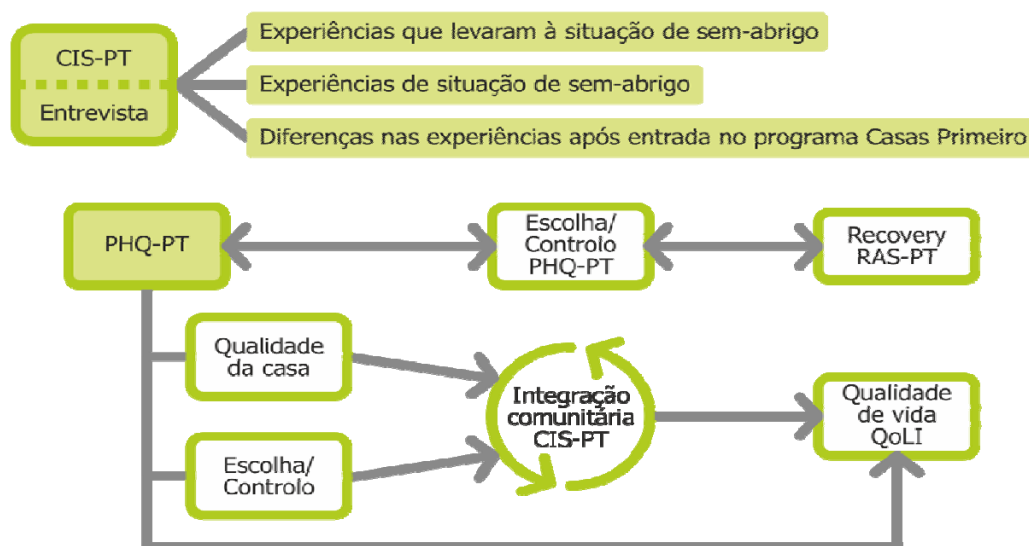
(2016) são reforçados pelas conclusões de Nelson et al. (2007), que reforçam a evidência que a qualidade da casa, encontra-se relacionada com a percepção de escolha e com a qualidade de vida. Assim, esta investigação analisou uma das principais premissas do modelo HF, que a escolha/controlo da pessoa sobre a casa e os serviços de suporte são elementos-chave, para a fomentação e manutenção do processo de vivenciação e suplantação da problemática da saúde mental. Deste modo, os resultados da investigação reforçam a importância desta premissa, revelando que as organizações que prestam serviços de suporte de âmbito comunitário, ao conferirem o aumento do nível de escolha/controlo às pessoas que prestam auxílio, catalisam de modo substancial, a promoção de um sentimento de plenitude na vida dessas mesmas pessoas, contribuindo deste modo, para a maximização de processos que se interligam com o bem-estar individual e com a promoção da saúde mental (Fisher, 2011). Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel, e Tsemberis (2005), verificaram que a percepção da escolha de residentes de programas HF, está associada a uma diminuição dos sintomas psiquiátricos. Os nossos resultados suportam essas conclusões e permite-nos uma compreensão mais ampla do processo de *recovery*, que vai além da manifestação dos sintomas da doença mental, possibilitando-nos uma leitura contextual dos factores ecológicos, que estão subjacentes e interligados com este processo. Como Carling (1995) e O'Connell, Rosenheck, Kaspro e Frisman (2006) defenderam, os residentes de programas de habitacionais inovadores, devem ter o direito de escolher e de terem controlo sobre onde, como e com quem querem viver. Assim, é importante considerar as percepções de escolha/controlo, ao abordar a relação entre a qualidade da casa e a saúde mental, visto que a fundação de uma ligação entre estas duas últimas variáveis, apenas fazem sentido se as pessoas tiverem o direito à escolha individual, através de um processo profundamente *empowering* de reganho de controlo pessoal sobre o espaço onde vivem. Deste modo, os resultados apresentados pretendem gerar implicações a nível de práticas interventivas e políticas organizacionais, providenciando um quadro teórico que conteste a proliferação de uma cultura de respostas sociais massificadas, assentes em princípios rígidos e tradicionais, que não contemplem aspectos essenciais como a percepção de escolha individual e de qualidade habitacional. Deste modo, estes resultados pretendem sustentar a necessidade do desenvolvimento e replicação de abordagens inovadoras como o programa “Casas Primeiro”, que promovam um vida comunitária participativa, a pessoas que se encontravam em situação de sem-abrigo com doença mental, pretendendo dar assim um contributo para uma mudança nos serviços comunitários de saúde mental, tornando-os mais maleáveis e adaptáveis às necessidades individuais das pessoas a que se destinam.

Como tal, dada a importância de princípios como a percepção de escolha individual e a percepção de qualidade habitacional, como princípios fulcrais no modelo HF que visam a promoção da saúde mental e do bem-estar, verificamos que objectivo geral dos serviços de suporte de base comunitária, consiste essencialmente na promoção da integração comunitária e no aumento da qualidade de vida, das pessoas a quem prestam suporte (Aubry & Myner, 1996; Carling, 1995; Kloos & Shah, 2009; Ornelas et al., 2014). Neste sentido, considerando os resultados obtidos, é notória a importância do papel da percepção da escolha individual e da qualidade habitacional, na promoção da integração comunitária, assim como do papel da integração comunitária, na potenciação da qualidade de vida. Nelson et al. (2007), defendem igualmente o papel preponderante das abordagens HF, na fomentação da percepção de escolha e de controlo pessoal, em relação ao seu contexto habitacional e aos serviços de suporte que os residentes recebem, assim como da percepção da qualidade da casa na promoção da integração comunitária e da qualidade de vida das pessoas. Wright e Kloos (2007) reforçam igualmente esta ideia, sustentando que o ambiente habitacional detém um papel de relevo na forma como as pessoas experienciam e definem o seu contexto social. Deste modo, a combinação de factores ambientais e psicológicos, como a percepção da escolha e da qualidade da casa, detém um papel de relevo na promoção da integração comunitária e na qualidade de vida dos residentes do programa “Casas Primeiro”. Segundo Srebnik, Livingston, Gordon e King (1995), o nível de escolha dos residentes de programas HF, encontra-se directamente relacionado, com os níveis de estabilidade habitacional, de satisfação habitacional, de bem-estar e de integração comunitária. Nelson et al. (2007) reforçam estes resultados, demonstrando que a percepção da escolha, encontra-se interligada com o nível de funcionamento da pessoa na comunidade. Como tal, os nossos resultados pretendem expandir a compreensão, acerca dos serviços comunitários que prestam respostas ao nível habitacional, tendo por base um enquadramento ecológico, assente numa filosofia de *empowerment* e orientada para a promoção da escolha individual e do processo de *recovery*, capaz de fomentar a integração comunitária e a qualidade de vida dos seus residentes. Outro aspecto que devemos ressaltar, foi o facto de os nossos resultados evidenciarem o carácter mediador da integração comunitária, na relação entre a percepção da escolha e da qualidade da casa, com a qualidade de vida. Apesar de existir uma ligação clara, entre a percepção da qualidade da casa e da escolha, na promoção da qualidade de vida, este aspecto salienta a importância vital das pessoas se sentirem integradas na comunidade onde vivem, de modo a participarem activamente em recursos e actividades promovidas de significado, para os mesmos. Esta participação activa e crítica por parte das pessoas, permite o desenvolvimento,

diversificação e enriquecimento das suas redes de suporte social na comunidade onde vivem, promovendo e conferindo “qualidade” à ligação dos residentes com as suas comunidades locais. Sendo este aspecto, segundo Aubry, Flynn, Virley e Neri (2013), assim como Kloos e Shah (2009), essencial para a fomentação e consolidação de um sentimento de comunidade.

Como tal, a presença dos factores supramencionados, desempenham um papel determinante na relação entre a qualidade de vida e a percepção da qualidade habitacional e de escolha. Assim, os serviços de base comunitária que prestam suporte à população em estudo, como os modelos HF, deverão promover práticas interventivas, que privilegiem o acesso à escolha individual e a diversas opções de habitações de qualidade, respeitando as preferências individuais das pessoas, de modo a potenciar processos, como a integração na comunidade e accionar os seus percursos vivenciais na comunidade de modo pleno e completo, reunindo as condições necessárias, para a maximização da sua qualidade de vida em diversas áreas. Neste sentido, o presente relatório pretende dar uma visão geral, acerca da importância dos princípios e valores organizacionais anteriormente descritos, na maximização de *outcomes* individuais, pretendendo reflectir e difundir, uma cultura organizacional de boas práticas, inerente à implementação de programas baseados no modelo HF, de modo a produzir uma mudança epistemológica que potencie novas políticas sociais, produzindo deste modo, sociedades mais abertas e diversificadas.

Figura 7 – Representação estrutural dos principais resultados do presente relatório



Contudo, ao longo da investigação geral, a mesma enfrentou algumas limitações que devemos ter em consideração, devendo por esse motivo, serem enunciadas. Uma limitação geral que este estudo defrontou foi o facto de a amostra em estudo ter sido constituída por conveniência (Marôco, 2007), o que potencialmente pode causar constrangimentos na interpretação causal dos efeitos das variáveis em estudo. No entanto, dever-se-á ter em consideração que num universo de cinquenta residentes, quarenta e cinco pessoas participaram na presente investigação, o que representa, cerca de noventa e cinco por cento do universo da amostra e por isso, reúne as condições necessária para a representatividade da amostra em estudo. Assim, a obtenção deste nível de representatividade amostral, constitui um “ponto forte” do estudo e não exactamente, uma limitação a nível metodológico. Outro dos aspectos a ter em consideração, prende-se com o facto da presente investigação deter uma natureza de cariz transversal. No desenvolvimento de investigações futuras neste domínio, dever-se-á proceder à recolha de dados de carácter longitudinal, que permitam a clarificação de análises de potenciais relações causais entre as variáveis em estudo, assim como o recurso a um grupo de controlo, de modo a possibilitar uma compreensão mais exacta e aprofundada acerca da natureza das relações estabelecidas entre a percepção da qualidade habitacional e da escolha, da integração comunitária, do processo de *recovery* e da qualidade de vida. A adopção destas medidas, irá contribuir de forma activa para uma maior visão holística do estudo, enaltecendo e realçando deste modo, potenciais mudanças e/ou alterações das variáveis em estudo, considerando uma perspectiva de temporalidade. Outra questão que devemos considerar para investigações futuras neste domínio, prende-se com a aplicação de um pré-teste e pós-teste, de modo a garantir a validade externa do estudo. No entanto, o presente estudo providencia uma colecção de dados bastante válidos, que permitem uma exploração analítica futura, mais aprofundada acerca das variáveis em estudo, primando pela ampliação do conhecimento actual, presente na literatura, acerca da importância da perspectiva ecológica para programas de inovação social, no espectro habitacional.

Deste modo, a introdução de programas baseados na metodologia HF, têm a capacidade de alterar, não apenas a vida da população a que se destina, mas de abranger igualmente, os sistemas ecológicos envolventes (Goering & Tsemberis, 2014). Esta dialética entre o plano individual e o framework contextual, reúne as condições necessárias para o potencial da mudança ao nível comunitário e contextual, assim como das próprias pessoas com experiências de exclusão social, promovendo deste modo, a abertura e o espaço para a diversidade e inclusão, abrangendo os sistemas contextuais locais e as pessoas com

experiência de sem-abrigo (Kelly, 2006; Ornelas et al., 2014; Wright, & Kloos, 2007). Deste modo, a implementação de princípios por parte das organizações de base comunitária, que encerrem uma visão baseada em princípios ecológicos, assim como uma cultura de *empowerment* e orientada para o *recovery*, promovem em larga medida, o contributo efectivo para a mudança social transformativa, visando a promoção de metodologias interventivas que actuem e reforcem a maximização da integração comunitária e do processo de *recovery* de pessoas com problemáticas de saúde mental (Jorge-Monteiro, & Ornelas, 2016). Estes contributos presentes na psicologia e na ciência comunitária, detêm uma posição de centralidade, na promoção da mudança social transformativa. Segundo Nelson et al. (2014), a importância basilar desta corrente comunitária, manifesta-se essencialmente através do enfoque em três aspectos essenciais: a presença de valores como a auto-determinação, a diversidade e a justiça social; a contemplação da importância do contexto social e a adopção de uma perspectiva ecológica que efectue a ponte entre factores de ordem individual e contextual; e a presença de um sentimento de *empowerment* e de participação activa por parte das pessoas na comunidade onde residem. Assim, o presente estudo denota a presença de um desenvolvimento progressivo de uma posição de participação activa a nível comunitário e político, por parte dos residentes no programa “Casas Primeiro”. Assim, o acesso a uma casa individual, permanente e dispersa na comunidade, aliada a um suporte individualizado que recorre a uma matriz referencial que fomente o controlo e a escolha pessoal e que promova a relação entre profissionais e residentes, com base em princípios de colaboração, desempenha um papel de destaque a diversos níveis. A importância destes aspectos mencionados, manifestam-se ao nível da proliferação de oportunidades de participação comunitária, do desenvolvimento de relações sociais empoderadoras e de processos que se interligam com o sentimento de comunidade e conseqüentemente com impacto a nível de melhorias na saúde mental e na qualidade de vida das pessoas, aos quais estes programas se designam (Nelson et al., 2014; Ornelas et al., 2014; Sachetto, Ornelas, Calheiros, & Shinn, 2018). Deste modo, ao considerarmos os resultados desta investigação, devemos reflectir sobre os potenciais efeitos “*spill-over*” provenientes deste estudo. Ao analisarmos os resultados da presente investigação, verificamos que estes princípios e valores descritos ao longo do presente relatório, não são exclusivos da população em situação de sem-abrigo. Como tal, este estudo pretende dar um contributo na replicação de valores organizacionais e de práticas interventivas aplicadas a uma pluralidade de grupos sociais. Princípios como a escolha individual, ou o acesso a habitações de qualidade, deverão ser práticas universais e transversais a diversos grupos. Como exemplo, podemos destacar o grupo das pessoas vítimas de violência doméstica, onde a

resposta social comum, assenta num serviço de âmbito social, que geralmente providencia uma resposta habitacional transitória e massificada. Deste modo, diversos grupos sociais como vítimas de violência doméstica, pessoas que se encontram institucionalizadas, devido a problemáticas de saúde mental, entre outros, deverão usufruir e beneficiar de respostas sociais humanas e inovadoras, que respeitem os princípios defendidos ao longo do relatório, primando pela defesa dos direitos humanos e respeitando a individualidade e especificidade, presente em cada pessoa. Assim, este estudo realça a importância basilar da implementação de valores como o *empowerment*, a colaboração, o direito à escolha individual, a intervenção orientada para o processo de *recovery* numa cultura interventiva, cimentada na adopção de uma perspectiva ecológica, na equação da criação, desenvolvimento e planeamento de programas sociais inovadores, que visem a mudança social transformativa, gerando e potenciando a criação de políticas sociais mais justas, diversificadas e humanas (Nelson et al., 2014; Ornelas 2008; Ornelas et al., 2014; Sachetto et al., 2018). Assim, os princípios e valores subjacentes a este modelo, podem ser replicados e deter diversas aplicações de forma a combater a proliferação massificada de respostas perante problemas sociais complexos. Neste sentido, programas de HF como o programa “Casas Primeiro”, detêm uma importância fulcral neste processo, uma vez que ao efectuar o *advocacy* de pessoas em situação de sem-abrigo com problemáticas de doença mental e/ou questões adictivas, deverão ser mobilizados esforços, no sentido de garantir a sustentabilidade e replicabilidade deste tipo de respostas, tornando este modelo, num modelo *mainstream*, junto das autoridades locais e nacionais, afirmando-o como uma resposta e uma solução referencial.

Em suma, o presente relatório pretende através da análise do impacto do programa “Casas Primeiro”, baseado no modelo HF, potenciar ao nível do plano micro-interventivo e macro-político, a disseminação e consolidação da mudança transformativa nos sistemas da saúde mental comunitária, de modo a fomentar a implementação de práticas e políticas sociais inovadoras, que operem seguindo uma matriz de inclusão e de diversidade, advogando a flexibilização dos recursos, de modo a catalisar o encontro das necessidades individuais de populações vulneráveis e um suporte sistematizado e individualizado, seguindo uma cultura de *empowerment*, providenciada por parte dos serviços de base comunitária. Neste sentido, a fomentação de princípios como o direito à escolha individual, o acesso a diversas opções habitacionais de qualidade independentes, individuais, permanentes, dispersas na comunidade, disponíveis no mercado de arrendamento privado, que se enquadrem nas preferências individuais de cada pessoa, a participação activa das pessoas nas suas

comunidades, o desenvolvimento e consolidação de redes sociais diversificadas e *mainstream*, a promoção de um sentimento de pertença das pessoas ao contexto onde vivem, a adopção de práticas colaborativas e *empowering*, enquadradas numa perspectiva ecológica, que promovam o fortalecimento de laços entre as pessoas e os seus contextos ambientais, constituem factores totalmente basilares, na promoção de aspectos como a integração comunitária, o processo de *recovery* e a qualidade de vida. Deste modo, consideramos que a investigação realizada no âmbito do presente relatório da Tese, alcançou resultados que geram um interesse crescente a nível teórico-prático para a prevenção, identificação e solução definitiva de problemas sociais prementes. Deste modo e seguindo os valores e princípios descritos ao longo da investigação, dever-se-á realçar a importância da identificação e replicação de programas de inovação social de base comunitária, que tenham conseguido resultados positivos, de modo a efectuar a disseminação dos seus valores, princípios orientadores, da sua prática interventiva, do seu quadro teórico subjacente e dos seus resultados de forma a potenciar a implementação de “práticas baseadas na evidência”, gerando a produção de políticas públicas mais inclusivas e humanas (Miller & Shinn, 2005). Assim, o modelo HF, à luz de princípios e valores subjacentes à psicologia comunitária, como o *empowerment*, a perspectiva ecológica, a colaboração e a promoção de capacidades, pretende efectuar o contraponto com a corrente epistemológica inerente aos serviços tradicionais que prestam respostas sociais no âmbito habitacional. Deste modo, contribui para a despromoção da institucionalização sistematizada e a transinstitucionalização de pessoas em situação de exclusão social extrema, visando o direccionamento dos decisores políticos para a criação e difusão de políticas sociais mais diversificadas e inclusivas, de modo a potenciar a sustentabilidade e a replicabilidade de respostas sociais inovadoras que respeitem e apliquem práticas interventivas como o direito à escolha individual e o acesso a habitações providas de qualidade e disponíveis à população geral.

Referencias

- Aubry, T., & Myner, J. (1996). Community integration and quality of life: A comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. *Canadian Journal of Community Mental Health, 15*(1), 5–20.
- Aubry, T., Flynn, R., Virley, B., & Neri, J. (2013) Social Role Valorization in Community Mental Health Housing: Does it Contribute to the Community Integration and Life Satisfaction of People with Psychiatric Disabilities? , *Journal of Community Psychology 41*(2) pp.218-235.
- Borg, M., Sells, D., Topor, A., Mezzina, R., Marin, I., & Davidson, L. (2005). What makes a house a home: the role of material resources in recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 8*(3), 243e256. <http://dx.doi.org/10.1080/15487760500339394>.
- Carling, P. J. (1995). *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York: Guildford Press.
- Evans, G. W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of Urban Health, 80*(4), 536-555.
- Fisher, D. (2011). *The evolution of the concept of recovery*. Retrieved from www.dsgonline.com/rtp/rtp_enewsletter/Enewsletter_Final_7_22_10.html
- Henwood, B. F., Hsu, H-T., Dent, D., Winetrobe, H., Carranza, A., & Wenzel, S. (2013). Transitioning from homelessness: A “fresh-start” event. *Journal of the Society for Social Work and Research, 4*, 47-57.
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (2016). What's wrong with the seed? A

comparative examination of an empowering community-centered approach to recovery in community mental health. *Community Mental Health Journal*, 52(7), 821-33. doi: 10.1007/s10597-016-0004-8

Kelly, J. (2006) *Becoming ecological: An expedition into community psychology* (New York: Oxford University Press).

Kirkpatrick, H., & Byrne, C. A narrative inquiry: moving on from homelessness for individuals with a major mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nurse*, 16, 68–75.

Kloos, B., & Shah, S. (2009). A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 44(3/4), 316-326. doi: 10.1007/s10464-009-9277-1

Gillis, L., Dickerson, G., & Hanson, J. (2010). Recovery and homelessness services: New directions for the field. *The Open Health Services and Policy Journal*, 71(3), 71-79.

Greenwood, R. M., Schaefer-McDaniel, N. J., Winkel, G., & Tsemberis, S. J. (2005). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology*, 36(3/4), 223-238. doi: 10.1007/s10464-005-8617-z

Marôco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS (3ª Edição)*. Edições Sílabo Lda.

Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A. C. (2016). The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon, *Journal of Environmental Psychology*, 47,44 - 52. doi: [10.1016/j.jenvp.2016.05.004](https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2016.05.004)

Miller, R.L., & Shinn, M. (2005). Learning form communities: Overcoming difficulties in

dissemination of prevention and promotion efforts. *American Journal of Community Psychology*, 35(34),169–183.

Nelson, G., Clarke, J., Febbraro, A., & Hatzipantelis, M. (2005). A Narrative Approach to the Evaluation of Supportive Housing: Stories of Homeless People who have Experienced Serious Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (2), 98-104.

Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health & Mental Health Services Research*, 34(2), 89-100. doi: 10.1007/s10488-006-0083-x

O’Connell, M., Rosenheck, R., Kaspro, W., & Frisman, L. (2006). An examination of fulfilled housing preferences and quality of life among homeless persons with mental illness and/or substance use disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(3), 354-365. doi:10.1007/s11414-006-9029-z

Ornelas, J., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, F. (2014). Transformative organizational change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community psychology and community mental health: Towards transformative change* (pp. 253-277). Oxford University Press.

Ornelas, J., Martins, P., Zilhão, T., & Duarte, T. (2014). Housing First: An ecological approach to promoting community integration. *European Journal of Homelessness*, 8(1), 29-56.

Ornelas, J. H; Nelson, G.; Kloos, B.. 2017. Creating transformative change in community mental health: Contributions from community psychology. In APA handbook of community psychology: Methods for community research and action for diverse

groups and issues,, ed. M.A. Bond, I. Serrano-García, & C.B. Keys , 377 - 392. .

Washington DC: American Psychological Association.

- Padgett, D. (2007) There's no place like (a) home: Ontological security in the third decade of the "homelessness crisis" in the United States. *Social Science and Medicine*, 64(9), 1925-1936.
- Patterson, M., Rezansoff, S., Currie, L., & Somers, J. (2013). Trajectories of recovery among homeless adults with mental illness who participated in a randomized controlled trial of housing first: A longitudinal, narrative analysis. *BMJ Open*, 3, 1-8.
- Polvere, L., Piat, E., & McNaughton, M. (2013). Participant perspectives on housing first and recovery: Early findings from the At Home/Chez Soi project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 110-112.
- Sachetto, B., Ornelas, J., Calheiros, M. M., & Shinn, M. (2018). Adaptation of Nussbaum's capabilities framework to community mental health: A consumer-based capabilities measure. *American Journal of Community Psychology*. doi:10.1002/ajcp.12221
- Shinn, M., Baumohl, J., & Hopper, K. (2001). The Prevention of Homelessness Revisited. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 1(1), 95-127. doi: 10.1111/1530-2415.00006
- Srebnik, D., Livingston, J., Gordon, L., & King, D. (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal*, 31,139-152.
- Sullivan, G., Burnam, A., & Koegel, P. (2000). Pathways into homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (10), 444-450.
- Wright, P. A., & Kloos, B. (2007). Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology*, 27(1), 79 -89. doi: 10.1016/j.jenvp.2006.12.001
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 581-599.

ANEXOS

Anexo 1

Instrumentos de recolha de dados

Consentimento de participação

ID-IND

--	--	--	--	--

Data / /

A equipa de investigação do Departamento de Psicologia Comunitária do ISPA-IU de Lisboa, coordenada pelo Prof. Doutor José Ornelas, em colaboração com a AEIPS, gostaria de convidá-lo/a para participar neste estudo. Com este estudo pretendemos conhecer a sua opinião sobre o Programa Casas Primeiro e o impacto que este projecto tem tido na sua vida. A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária e não influenciará o apoio que recebe na associação. Pode desistir de responder ao questionário a qualquer momento e caso o faça os dados que já nos tiver fornecido não serão usados nesta investigação. Todas as informações que nos prestar são confidenciais, não havendo divulgação de nomes ou dados individuais, mas apenas dados e conclusões gerais.

Se concordar em participar, agradecemos que assine este formulário de consentimento, o qual será arquivado em separado dos questionários, nos quais constará apenas um código e não o seu nome. Deverá guardar uma cópia deste documento para si.

Li a informação acima fornecida e aceito participar neste estudo. Compreendo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir em qualquer altura e sem que o apoio que recebo seja afectado.

Assinatura do(a) participante _____

Assinatura do(a) investigador(a) _____

DSHH - PT ¹

ID-IND

Data / /

1. Sexo Homem Mulher

2. Data de nascimento ____/____/____

3. Naturalidade Portugal.
Qual a localidade? _____ *Se respondeu Portugal passe para a questão 7*

<input type="checkbox"/> Angola	<input type="checkbox"/> Brasil
<input type="checkbox"/> Cabo-verde	<input type="checkbox"/> Guiné-Bissau
<input type="checkbox"/> Moçambique	<input type="checkbox"/> S. Tomé e Príncipe
<input type="checkbox"/> Ucrânia	<input type="checkbox"/> Moldávia
<input type="checkbox"/> Roménia	<input type="checkbox"/> Rússia
<input type="checkbox"/> Outro país europeu _____	
<input type="checkbox"/> Outro _____	
<input type="checkbox"/> Não respondo	

4. Se é imigrante, qual a data de entrada em Portugal? ____/____/____

5. Quando chegou a Portugal, como estava a sua situação relativamente à documentação de permanência no país?

<input type="checkbox"/> Sem qualquer tipo de visto ou autorização	<input type="checkbox"/> Autorização de residência
<input type="checkbox"/> Visto temporário (trabalho, saúde, estudante)	<input type="checkbox"/> Reagrupamento familiar
<input type="checkbox"/> Refugiado	<input type="checkbox"/> Outro _____
<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não respondo

6. Houve alteração na sua situação relativamente à documentação de permanência no país?

Sim Não Não sei Não respondo

7. Se respondeu sim à pergunta anterior qual é a sua situação relativamente à documentação de permanência no país?

<input type="checkbox"/> Sem qualquer tipo de visto ou autorização	<input type="checkbox"/> Autorização de residência
<input type="checkbox"/> Visto temporário (trabalho, saúde, estudante)	<input type="checkbox"/> Reagrupamento familiar
<input type="checkbox"/> Refugiado	<input type="checkbox"/> Outro _____
<input type="checkbox"/> Não respondo	

8. Estado civil

- | | |
|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casado(a) | <input type="checkbox"/> União de facto |
| <input type="checkbox"/> Viúvo(a) | <input type="checkbox"/> Separação de facto |
| <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> Solteiro(a) |
| <input type="checkbox"/> Não respondo | |

9. Com quem vive?

- | | |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sozinho/a | <input type="checkbox"/> Cônjuge |
| <input type="checkbox"/> Companheiro/a | <input type="checkbox"/> Filhos |
| <input type="checkbox"/> Outros familiares (especifique) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Outras pessoas (especifique) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Não respondo | |

10. Tem filhos?

- Sim Se sim, quantos filhos tem? _____ Não

11. Escolaridade e qualificação

- | | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca frequentei a escola | | |
| 1º ciclo do ensino básico (1º-4ºano) | <input type="checkbox"/> Completei | <input type="checkbox"/> Frequentei |
| 2º ciclo do ensino básico (5º-6ºano) | <input type="checkbox"/> Completei | <input type="checkbox"/> Frequentei |
| 3º ciclo do ensino básico (7º-9ºano) | <input type="checkbox"/> Completei | <input type="checkbox"/> Frequentei |
| Ensino secundário (10º-12ºano) | <input type="checkbox"/> Completei | <input type="checkbox"/> Frequentei |
| Ensino superior: Licenciatura | <input type="checkbox"/> Completei | <input type="checkbox"/> Frequentei |
| Ensino superior: Mestrado ou doutoramento | <input type="checkbox"/> Completei | <input type="checkbox"/> Frequentei |
| Ensino técnico-profissional | <input type="checkbox"/> Completei | <input type="checkbox"/> Frequentei |
| <input type="checkbox"/> Não respondo | | |

12. Alguma vez esteve empregado de forma contínua, durante 1 ano ou mais?

- Sim Não Não sei Não respondo

13. Qual a sua situação profissional actual?

- | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empregado/a | <input type="checkbox"/> Desempregado/a |
| <input type="checkbox"/> Reformado/a | <input type="checkbox"/> Estudante |
| <input type="checkbox"/> Trabalho voluntário, não remunerado | <input type="checkbox"/> Economia informal/biscates |
| <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Não respondo | |
-

14. Se não trabalha, qual a principal razão para não estar a trabalhar?

- Doença mental Doença física
- Doença mental e física Medo de perder benefícios sociais
- Problemas de deslocação / transporte para local de trabalho
- Dificuldade em encontrar trabalho Outra situação _____
- Não respondo

15. Se respondeu desempregado, gostaria de ter um emprego?

- Sim Não Não sei Não respondo

16. Quais as suas fontes de rendimento actuais?

- Salário Subsídio de desemprego
- Remuneração por trabalhos ocasionais Reforma
- Pensão social Rendimento Social de Inserção
- Apoio pontual de serviços sociais Outras actividades _____
- Não respondo

17. No total, qual é o seu rendimento mensal? _____

18. Antes de estar no Projecto Casas Primeiro, esteve hospitalizado por motivos de doença mental?

- Sim Não Não respondo

Se sim, quantas vezes _____

19. Depois de estar no Projecto Casas Primeiro, esteve hospitalizado por motivos de doença mental?

- Sim Não Não respondo

Se sim, quantas vezes _____

20. Antes de estar no Projecto Casas Primeiro, alguma vez recebeu tratamento, aconselhamento ou serviços de redução de danos por consumo de álcool ou drogas?

- Sim Não Não respondo

Não se aplica (não tem abuso de álcool e drogas)

21. Depois de estar no Projecto Casas Primeiro, alguma vez recebeu tratamento, aconselhamento ou serviços de redução de danos por consumo de álcool ou drogas?

- Sim Não Não respondo

Não se aplica (não tem abuso de álcool e drogas)

22. Antes de estar no Projecto Casas Primeiro, foi alguma vez detido ou cumpriu outra medida judicial?

Sim

Não

Não respondo

23. Depois de estar no Projecto Casas Primeiro, foi alguma vez detido ou cumpriu outra medida judicial?

Sim

Não

Não respondo

Não se aplica (não tem abuso de álcool e drogas)

24. Antes de estar no Projecto Casas Primeiro, passou uma ou mais noites num abrigo de emergência?

Sim

Não

Não respondo

Quantas vezes/Quanto tempo _____

25. Quando foi a sua primeira experiência como sem-abrigo (ano ou idade)? _____

26. No total, durante quanto tempo esteve na situação de sem-abrigo? _____

27. Qual foi o maior período de tempo em que esteve na rua? _____

PHQ-PT ¹

 ID-IND

Data / /

Escolha

Gostaria que respondesse a cada uma das perguntas usando as seguintes respostas: muito insatisfeito, insatisfeito, nem insatisfeito nem satisfeito, satisfeito, muito satisfeito.

Como se sente sobre:

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não respondo
1. Por não haver um prazo limite em que pode ficar a viver em sua casa?	1	2	3	4	5	6
2. Ao custo da renda da sua casa?	1	2	3	4	5	6
3. Com a facilidade com que consegue contactar com a equipa do programa, quando tem essa necessidade?	1	2	3	4	5	6
4. Com a margem de escolha que tem no contacto com a equipa do programa?	1	2	3	4	5	6
5. Com a margem de escolha que tem sobre a decisão de tomar ou não medicação?	1	2	3	4	5	6
6. Com a margem de escolha que tem sobre a decisão de participar, ou não, em programas de tratamento?	1	2	3	4	5	6
7. Com a escolha sobre o sítio onde vive?	1	2	3	4	5	6
8. Com a margem de escolha sobre as pessoas com quem vive?	1	2	3	4	5	6
9. Com a margem de escolha sobre decoração e mobília?	1	2	3	4	5	6
10. Com a margem de escolha sobre quem pode ir a sua casa?	1	2	3	4	5	6
11. Com a margem de escolha sobre se pode ter convidados a passar a noite?	1	2	3	4	5	6
12. Com a margem de escolha sobre como passa o seu dia?	1	2	3	4	5	6
13. Com a margem de escolha sobre quem tem a chave da sua casa, para além do senhorio?	1	2	3	4	5	6
14. Com a margem de escolha sobre quando o senhorio pode visitá-lo?	1	2	3	4	5	6

Qualidade

Agora algumas questões sobre a qualidade da casa onde vive. Desta vez as respostas são: muito má, má, nem má nem boa, boa, muito boa.

	Muito má	Má	Nem má nem boa	Boa	Muito boa	Não respondo
15. Como classificaria a sua casa atual quanto à segurança?	1	2	3	4	5	6
16. E quanto ao espaço disponível (se sente que tem espaço suficiente para viver confortavelmente)?	1	2	3	4	5	6
17. E quanto à privacidade? Por privacidade, entende-se que sente que não vai ser perturbado por outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
18. E quanto a ser acolhedora?	1	2	3	4	5	6
19. E como classificaria a sua casa atual quanto à qualidade em geral?	1	2	3	4	5	6

CIS - PT ¹

 ID-IND

Data / /

Abaixo encontra-se um conjunto de afirmações sobre atividades que podem acontecer dentro da sua comunidade. Comprendemos que, se você não faz nenhuma destas coisas no seu bairro ou perto do local onde vive, isso não significa que não esteja ligado à sua comunidade de outras formas. Responda Sim ou Não.

Integração física (Presença comunitária)

No último mês:

1. Foi ao cinema ou a um concerto
 Sim Não Não Sabe Não responde
2. Participou em desportos ou eventos ao ar livre
 Sim Não Não Sabe Não responde
3. Encontrou-se com outras pessoas num café ou restaurante
 Sim Não Não Sabe Não responde
4. Participou num evento comunitário
 Sim Não Não Sabe Não responde
5. Frequentou um espaço de atividade religiosa ou participou numa cerimónia religiosa
 Sim Não Não Sabe Não responde
6. Participou numa atividade de voluntariado
 Sim Não Não Sabe Não responde
7. Foi a uma biblioteca
 Sim Não Não Sabe Não responde

Integração psicológica (Sentimento de pertença)

As próximas afirmações descrevem aquilo que sente sobre o bairro onde vive. Aqui responda utilizando uma escala de 1 a 5, onde 1 significa Discordo totalmente e 5 significa Concordo totalmente.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
8. Eu conheço a maioria das pessoas que vive perto de mim	1	2	3	4	5
9. Eu relaciono-me com as pessoas que vivem perto de mim	1	2	3	4	5
10. Eu sinto-me como se estivesse em casa no bairro onde vivo	1	2	3	4	5
11. Eu sinto que pertenço à minha comunidade	1	2	3	4	5

RAS-PT¹

 ID-IND

Data / /

Abaixo encontra um conjunto de afirmações que descrevem sentimentos das pessoas sobre si próprias e sobre as suas vidas.

Por favor, leia cada uma delas com atenção e faça um círculo no número que melhor descreve até que ponto concorda ou discorda com a afirmação.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O receio não me impede de viver como eu quero.	1	2	3	4	5
2. Eu consigo lidar com o que acontece na minha vida.	1	2	3	4	5
3. Eu gosto de mim próprio(a).	1	2	3	4	5
4. Se as pessoas realmente me conhecessem, gostariam de mim.	1	2	3	4	5
5. Eu tenho uma ideia daquilo que eu quero ser.	1	2	3	4	5
6. Alguma coisa de bom eventualmente acontecerá.	1	2	3	4	5
7. Tenho esperança acerca do meu futuro.	1	2	3	4	5
8. Continuo a ter novos interesses.	1	2	3	4	5
9. Consigo lidar com o stress.	1	2	3	4	5
10. Sei quando devo pedir ajuda.	1	2	3	4	5
11. Estou disposto(a) a pedir ajuda.	1	2	3	4	5
12. Eu peço ajuda quando preciso.	1	2	3	4	5
13. Tenho o desejo de ter sucesso.	1	2	3	4	5
14. Eu tenho o meu próprio plano para estar ou ficar bem.	1	2	3	4	5
15. Tenho objectivos na minha vida que quero alcançar.	1	2	3	4	5
16. Acredito que posso ir ao encontro dos meus objectivos pessoais actuais.	1	2	3	4	5
17. A minha vida tem um propósito.	1	2	3	4	5
18. Mesmo quando eu não me preocupo comigo, outros fazem-no.	1	2	3	4	5
19. Tenho pessoas com quem posso contar.	1	2	3	4	5
20. Mesmo quando não acredito em mim, outros acreditam.	1	2	3	4	5
21. É importante ter uma rede de amigos.	1	2	3	4	5
22. Lidar com a doença mental já não é o foco principal na minha vida.	1	2	3	4	5
23. Os meus sintomas interferem cada vez menos com a minha vida.	1	2	3	4	5
24. Cada vez que ocorrem, os meus sintomas parecem ser um problema por períodos cada vez mais curtos.	1	2	3	4	5

(1) Recovery Assessment Scale. Versão reduzida traduzida por Maria F. Jorge-Monteiro, Beatrice Sacchetto e Rita Aguiar (2011).

QLI-PT ¹

 ID-IND

Data / /

Agora vou ler-lhe uma lista de coisas sobre a sua vida em geral. Percebo que possa ser difícil falar de algumas delas, por isso agradeço a sua disponibilidade. Para cada item, gostaria que me dissesse como se sente, numa escala de 1 a 7, onde 1 é muito insatisfeito e 7 é muito satisfeito.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Ligeiramente insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Ligeiramente satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não respondo
1. Em geral, como se sente em relação à sua família?	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Como se sente em relação à frequência com que contacta a sua família?	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Como se sente em relação à forma como você e os seus familiares se relacionam?	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Como se sente em relação à forma como as coisas estão entre si e a sua família?	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Como se sente em relação à sua situação financeira?	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Como se sente em relação à quantidade de dinheiro que tem disponível para gastar em lazer?	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Como se sente em relação à forma como utiliza o seu tempo livre?	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Como se sente em relação ao tempo que tem para fazer as coisas que quer?	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Como se sente em relação à oportunidade que tem de desfrutar de coisas agradáveis e bonitas?	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Como se sente em relação à quantidade de divertimento que tem?	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Como se sente em relação à quantidade de momentos de relaxamento na sua vida?	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Como se sente em relação às condições da sua casa?	1	2	3	4	5	6	7	8
13. Como se sente em relação à segurança no seu bairro?	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Como se sente em relação à segurança da sua casa?	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Como se sente em relação a encontrar alguém que o ajude numa situação de emergência?	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Como se sente em relação à sua segurança pessoal?	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Como se sente em relação às coisas que faz com outras pessoas?	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Como se sente em relação ao tempo que tem para passar com outras pessoas?	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Como se sente em relação às pessoas com quem contacta socialmente?	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Como se sente em relação à sua vida em geral?	1	2	3	4	5	6	7	8

Agora, duas questões sobre relações.

21. Tem alguma pessoa próxima sua confidente, ou seja, alguém com quem possa partilhar informações pessoais sensíveis?

Sim Não Não sei Não respondo

22. Contacta esta pessoa, pelo menos, uma vez por mês?

Sim Não Não sei Não respondo

ENTREVISTA

Parte I: Percurso para a situação de sem-abrigo

Estou interessado/a em saber como foram as suas experiências em termos habitacionais. Vou fazer-lhe algumas perguntas sobre este tema.

a) Vida antes de se tornar sem-abrigo

Conte-me por favor, como era a sua vida antes de começar a viver na rua ou de recorrer a centros-abrigo.

Fale-me da primeira casa ou apartamento onde se lembre ter vivido

(indagar sobre: quando tinha uma casa, o que é que considera que o/a ajudava a manter-se numa casa)

b) Primeira experiência de sem-abrigo– como é que a pessoa se tornou sem-abrigo

Agora gostava que me contasse o que precipitou a sua primeira experiência de sem-abrigo (problemas ou experiências que o levaram a ir viver para a rua, ou num abrigo – e.g.: relações, pobreza, saúde, exclusão, exigências para aderir a tratamentos/sobriedade, re - hospitalizações, etc.)

Estas experiências e vivências da sua infância estão relacionadas com o facto de ter vivido uma situação de sem-abrigo (colocar a questão por exemplo quando há situações em que saem de casa dos pais)

c) Recorrência de experiências de sem-abrigo

Já foi sem-abrigo mais do que uma vez? Se foi, quando pensa nas suas experiências como sem-abrigo, quais eram as principais barreiras, e obstáculos que o impediam de conseguir arranjar e manter uma casa.

Parte II: Vida nas ruas ou em abrigos

Agora gostava que me contasse um pouco sobre a sua vida enquanto sem-abrigo – como era a sua vida, enquanto vivia na rua ou em abrigos.

d)Um dia típico

Como é que passava os dias enquanto vivia na rua? Por exemplo, se ontem fosse um dia normal, conte-me como teria passado o seu dia.

(indagar sobre: onde dormia, sítios aonde ia, com quem se encontrava, natureza dos encontros, se pedia dinheiro, etc.)

e)Serviços, suportes, e organizações comunitárias

Agora gostava que me falasse sobre os serviços, suportes ou organizações comunitárias que utilizava e que o apoiavam enquanto vivia na rua ou em abrigos.

(como é que eram esses serviços, apoios; que serviços, suportes ou organizações comunitárias foram mais uteis para si, e quais os menos úteis (e.g.: serviços, organizações, família, amigos, igreja). Tinha algum tipo de envolvimento na comunidade enquanto vivia na rua ou em abrigos. Apoios informais: amigos, pares, família, etc.

f)Experiências de alojamento

Agora gostava que me falasse das suas experiências de alojamento na altura (período de tempo) em que a sua situação habitacional era instável

(lugares onde vivia: segurança, qualidade, apoio; relações com os proprietários, senhorios; experiências estigmatizantes, ou onde sofreu discriminação, ou outro tipo de confrontos em relação aos serviços e alojamento; Experiências positivas)

g) Vida na rua ou em abrigo

Gostava de lhe fazer algumas perguntas gerais sobre como era a sua vida na rua ou em abrigos.

Como é que a sua vida mudou, desde que começou a viver nas ruas ou nos centros de alojamento? (como é que se sentia em relação a si próprio/a, nível relacional, família, amigos, saúde, envolvimento comunitário, pobreza, estigma, adições).

O que é que foi mais difícil para si desde que foi viver para as ruas ou para um centro de alojamento? (como é que se sentia, em relação a si próprio, nível relacional, família, amigos, saúde, trabalho, envolvimento comunitário, pobreza, estigma, adições).

Parte III: Vida na Casa (Projecto Casas Primeiro)

h) O que significa casa para si? (lar)

i) Qual seria para si a situação habitacional ideal (viver sozinho, com amigos, família, habitação partilhada numa residência de grupo, localização da casa, questões de segurança, relação com o senhorio; que tipo de desafios teriam de ser lidados para permitir que conseguisse uma situação habitacional mais ideal)

**j) O que pensa do Programa Casas Primeiro em que está envolvido?
(medos, esperanças, desafios)**

Muito obrigado/a pela sua participação nesta entrevista. Agradeço a sua disponibilidade em partilhar a sua perspectiva e experiências.

Anexo 2

Comprovativos dos artigos publicados e submetidos

Housing First: An Ecological Approach to Promoting Community Integration

José Ornelas, Paulo Martins, Maria Teresa Zilhão and Teresa Duarte

ISPA – Institute for Social Psychology and Action, Lisbon, Portugal

AEIPS- Associação para o Estudo e Integração Psicos-social, Lisbon, Portugal

› **Abstract** *This article present the findings from an evaluation which examined the impacts of a Housing First program on participants' community integration. Using an ecological approach, the programme Casas Primeiro provides individualised and scattered apartments in mainstream neighbourhoods to homeless people with severe mental illness. The programme seeks to link participants to community resources, to facilitate neighbourhood relationships and to support participants' projects and activities in the community that could lead to higher levels of social participation. Qualitative and quantitative methods were used to determine whether the acquisition of stable and independent housing is associated with improvements in participants' community integration. The research also sought to explore the degree to which the project users were participating in community activities, the nature of interaction with other neighbours and whether they feel a sense of belonging to their community. In all, 45 participants were interviewed. The results of the study highlight the possibilities that a Housing First approach could offer in promoting community integration. After being housed, participants reported that they began to use local resources and to participate in community activities and they developed a sense of belonging within their neighbourhoods.*

› **Keywords** *Community integration, Housing First, homelessness, mental illness*



The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon



Paulo Martins*, José Ornelas, Ana Cristina Silva

ISPA – IU, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Rua Jardim do Tabaco, 1149-041, Lisboa, Portugal

ARTICLE INFO

Article history:

Received 10 March 2015

Received in revised form

2 May 2016

Accepted 7 May 2016

Available online 9 May 2016

Keywords:

Housing first

Ecology

Perceived housing quality

Perceived choice

Recovery

ABSTRACT

This study explores, from an ecological perspective, the relationship between perceived housing quality and the perception of choice, and between perceived choice and recovery of 45 Housing First Lisbon participants. For this purpose, we used a quantitative method and applied three instruments that report perceived housing quality, perceived choice and severe mental illness recovery. The findings reveal a significant and positive association between perceived housing quality and perceived choice, and between perceived choice and recovery, with choice being predicted by housing quality and recovery predicted by choice. These results reinforce the scientific evidence regarding the success of housing first models as a consumer choice-driven intervention, addressing pertinent environmental factors that contribute to housing stability. The study demonstrates that recovery processes can be maximized through services that empower their consumers by allowing them to choose and control the priority and order of the support services received.

© 2016 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Taking into consideration both individual and environmental factors, the ecological paradigm of human experience emphasizes the importance of a profound knowledge regarding the relationship that individuals establish with their habitats (Bronfenbrenner, 1994; Kelly, 2006; Levine, Perkins, & Perkins, 2005; Wright & Kloos, 2007). This ecological perspective is therefore essential in approaching the subject of formerly homeless persons with severe mental illness (SMI) and their individual recovery processes. The multidimensional nature of recovery, as defined by Anthony (1993), can be triggered by the shifting of contexts which shape the different path a person can choose in their individual journey. Such journeys, however, as noted by Davidson, Sells, Sangster, and O'Connell (2005), as well as Ralph (2005), do not happen in a void depleted of environmental and social context. This is the principle we apply when we refer to "choice". Not an abstract concept, but an empowering one. This is aroused when people have different opportunities provided by empowering settings that

should lead to psychological empowerment. According to Zimmerman (1995), one of the components of psychological empowerment is "domain specific perceived control" (p. 588). One of the goals of this research was to frame the theoretical basis in order to understand the inherent relationship between choice and control. For this reason, the operationalization of the concept of "choice" is identified as the relationship of choice and control, reflecting the level of choice and sense of control that people feel they have over their housing, the support they receive, and the level of control they consider they have regained over their own lives. With this in mind, the option of merging these concepts into "perceived choice" was intentional after we considered that there is no real choice without control and no real control without choice. Taking this into account, it is evident that the housing services assisting this population should strive to adopt policies and practices that, while based on recovery-oriented principles, act within an ecological approach that allows them to (re)claim their lives and roles as citizens in the community (Gillis, Dickerson, & Hanson, 2010; Kirst, Zerger, Harris, Plenert, & Stergiopoulos, 2014).

Carling (1995) advocated that housing program users should be given choice and control regarding the type of housing that they want and that this should be a guideline for supported housing approaches. This ought to be done while taking into account the flexibility of the context that surrounds the individual, with natural

* Corresponding author.

E-mail addresses: paulodfmartins@gmail.com (P. Martins), jornelas@ispa.pt (J. Ornelas), anacvsilva@gmail.com (A.C. Silva).



paulo.martins <paulodmartins@gmail.com>

AJCP: A manuscript number has been assigned to How perceived housing quality contributes to community integration and quality of life in a Housing First Program

1 mensagem

American Journal of Community Psychology (AJCP) <em@editorialmanager.com>

Responder a: "American Journal of Community Psychology (AJCP)" <bstym2@illinois.edu>

Para: Paulo Martins <paulodmartins@gmail.com>

10 de maio de 2018 16:26

Dear Dr. Martins,

Your submission entitled "How perceived housing quality contributes to community integration and quality of life in a Housing First Program" has been assigned the following manuscript number: AJCP-D-18-00096.

You may track the progress of your manuscript from Editorial Manager, logged in as Author, from <https://ajcp.editorialmanager.com/>. Your log in credentials are as follows:

Your username is: HousingFirs2D18

<https://ajcp.editorialmanager.com/asp?i=31635&l=2KE37M0E>

Thank you for submitting your work to the American Journal of Community Psychology.

Kind regards,

Editorial Office

American Journal of Community Psychology

Anexo 3

Exemplos sintéticos dos conteúdos obtidos pela Entrevista

Exemplos sintéticos dos conteúdos qualitativos obtidos nas entrevistas

Parte I: Percurso para a situação de sem-abrigo

Estou interessado/a em saber como foram as suas experiências em termos habitacionais. Vou fazer-lhe algumas perguntas sobre este tema.

Tema 1: Percurso para a condição de sem-abrigo (ou alojamento instável)

a) Vida antes de se tornar sem-abrigo

Conte-me por favor, como era a sua vida antes de começar a viver na rua ou de recorrer a centros-abrigo.

Fale-me da primeira casa ou apartamento onde se lembre ter vivido

(indagar sobre: quando tinha uma casa, o que é que considera que o/a ajudava a manter-se numa casa)

“Andava a trabalhar. Vivia numa barraca com mais dez pessoas, comecei a beber bastante...comecei a ficar maluco, despedi-me e acabei por ser internado no Júlio de Matos...”;

“Eu vivia com os meus pais mas queria sair de casa deles porque havia sempre confusão, eles não se davam bem e às vezes descarregavam em mim...”;

“Vivia numa casa muito degradada com o meu irmão, sem condições nenhuma, sem condições de higiene. Mas eu ia dormir nessa casa degradada e de dia ficava em Algés numa espécie de kimbo construída em capim...”;

“A minha vida era ótima, estava na casa da minha mãe, estava a receber o RSI e estava a fazer um curso de pintura. Tive foi vários problemas de saúde mental e tinha muitos amigos...”;

“A minha vida era normal, estava na Inglaterra a viver com o meu irmão, estava a trabalhar, tinha contato com os meus primos, com os amigos do trabalho e conhecidos...”;

“Era uma vida de conflitos com os meus pais, agente não se entendia, era uma confusão! Estava bem de saúde, não “tinha trabalhava e tinha poucos amigos, enfim...”;

Foi numa barraca, vivi lá desde os meus 3 anos até aos 7 anos. Depois disso fui para a outra barraca, porque essa ardeu...”;

b) Primeira experiência de sem-abrigo– como é que a pessoa se tornou sem-abrigo

Agora gostava que me contasse o que precipitou a sua primeira experiência de sem-abrigo (problemas ou experiências que o levaram a ir viver para a rua, ou num abrigo – e.g.: relações, pobreza, saúde, exclusão, exigências para aderir a tratamentos/sobriedade, re - hospitalizações, etc.)

Estas experiências e vivências da sua infância estão relacionadas com o facto de ter vivido uma situação de sem-abrigo (colocar a questão por exemplo quando há situações em que saem de casa dos pais)

“Quando sai de casa dos meus pais, consegui arranjar um emprego e estava esperançosa que conseguisse arranjar dinheiro para ter um sítio meu. Acabei por ir parar a um quarto alugado por uma senhora idosa, mas infelizmente não conseguia continuar a pagar porque acabei por ser despedida e não tinha dinheiro para nada...”;

“Lembro-me como se fosse ontem, eu estava a viver num quarto com um amigo meu quando ouvi vozes pela primeira vez...elas diziam-me várias coisas, como abandonar o trabalho que tinha na altura e quem eram os meus amigos de verdade...”;

“Estive preso, esse foi o motivo! Na altura quando sai pedi ajuda ao Governo e eles não me queriam ajudar. O meu primo na altura não me quis ajudar, disse que não tinha espaço para mim porque vivia com a namorada e eu também não queria estar apertado. Por isso sai de lá e fui para um albergue através de uma Associação que recorri e que dava ajuda a ex-reclusos mas depois sai de lá porque não aguentava aquilo.”;

“Eu roubei uma vez o cartão de multibanco a minha mãe e a minha mãe achou que eu não estava bem da cabeça. Mandou internar-me no Hospital Psiquiátrico do Barreiro. Depois disso vim para a rua.”;

“Quis sair de casa, não aguentava mais as confusões lá em casa, não era suportável aquele ambiente!”;

“O sítio onde vivia com a minha mãe não tinha condições nenhuma, acabei por sair de lá para tentar arranjar um quarto ou isso para ter o meu próprio espaço, mas como não consegui arranjar trabalho, acabei por ir dormir na rua, ali na zona do Cais do Sodré...”;

“Houve uma complicação no relacionamento com o meu pai. Foi o que fez com que viesse para a rua. De repente fiquei sem dinheiro para pagar a renda de casa, não tinha trabalho...”;

Depois de ter ido viver com o meu pai, não aguentei e fui para a rua. Tinha 18 anos.”;

“Na altura era muito novo, não me aguentava nos trabalhos...bebia bastante, nunca me meti em drogas duras e consegui superar o álcool sem tratamento, conheci muita gente que já morreu dessa vida. E os serviços de apoio (SCML) promovem muito a dependência. Já estive numa casa maternal, depois fui para um colégio na Parede, tive quatro meses na tropa e depois fui para a rua...não estava interessado em pedir ajuda à família...”

c) Recorrência de experiências de sem-abrigo

Já foi sem-abrigo mais do que uma vez? Se foi, quando pensa nas suas experiências como sem-abrigo, quais eram as principais barreiras, e obstáculos que o impediam de conseguir arranjar e manter uma casa.

“Não, uma vez já chega! Perdi 10 anos da minha vida, perdi a minha juventude.”

“Sim, a dificuldade na altura era o emprego e a casa, não tinha dinheiro e na rua estava preocupado era em sobreviver, não pensava em mais nada...”

“Várias vezes, eu não me aguentava muito tempo nos albergues, aquilo era só gente porca lá dentro, roncavam, andavam sempre a roubar e a prometer porrada...eu para aturar aquilo preferia a rua...”

“Sim estive três vezes nesta situação, as duas primeiras tive menos tempo que a última, mas a maior dificuldade era o dinheiro, não conseguia pagar um quarto quanto mais uma casa...”

“...quando estive na rua tentei voltar para a casa da minha mãe e do meu irmão, mas aquilo lá é discussões a toda a hora e as condições não são as melhores, por isso muitas vezes saio de casa e venho dormir para a rua...”

“...eu não andava boa da cabeça, a rua faz mal à cabeça, com a chuva e o frio a pessoa só pensa em estar quente e ter comida para comer...”

“... a minha mãe não tinha condições para eu ficar lá na casa dela, a casa era velha e estava quase a cair, não tinha espaço nenhum, por isso quando sai de lá tentei voltar, mas depois fui para um quarto...”

“Na altura que estava na rua ouvia mais vozes, eu cheguei a pedir ajuda à assistente social mas era para ir para um albergue e isso eu não queria...”

“Foi a medicação e o valor da pensão as principais barreiras. Tive várias vezes na rua. Quando a pessoa vai para rua eu não conseguia dormir, sentia-me muito mal, eu estava na gare do Oriente e não tinha medicação mas tentava dormir sempre abrigada. Na rua a pessoa tem sempre a tendência para tentar deambular porque tal como numa casa as pessoas vão de uma divisão para a outra para terem feedback interno, as pessoas na rua acabam por ter ser itinerantes, no entanto existiam algumas pessoas na rua que tinham tendência em ficarem no mesmo sítio, fixos mas normalmente eram pessoas que tinham problemas com drogas ou com álcool. Mas o mais difícil era o assédio sexual. À pessoas que julgam que podem ter as mulheres todas. Eu sempre tive muita dificuldade em me autonomizar, desde que me lembro, essa para mim sempre foi uma das minhas maiores dificuldades em arranjar uma casa.”

Parte II: Vida nas ruas ou em abrigos

Agora gostava que me contasse um pouco sobre a sua vida enquanto sem-abrigo – como era a sua vida, enquanto vivia na rua ou em abrigos.

d)Um dia típico

Como é que passava os dias enquanto vivia na rua? Por exemplo, se ontem fosse um dia normal, conte-me como teria passado o seu dia.

(indagar sobre: onde dormia, sítios aonde ia, com quem se encontrava, natureza dos encontros, se pedia dinheiro, etc.)

“Era péssimo... estava num buraco cheio de lixo, andava a procura sempre de alguém que nos desse comida. Sentia os bichos todos a passarem-me pelo o corpo todo, era um frio de rachar, era horrível! Continuava a falar com a minha mãe mas ela não queria que eu voltasse para casa. Perdi o contato com os meus amigos, estava arrasada em termos de saúde física e mental! Não conhecia ninguém, andava sempre de internamento em internamento.”;

“Comprei um saco - cama e duas malas, fiquei sem dinheiro que tinha para ir para Portugal e estava na rua. A vida era um bocado má...tive uns meses na rua e depois fui acolhido por um centro que ajudava sem - abrigos. Ia pedir ajuda aos cafés e de vez em quando ia pedir ajuda a minha prima e a pessoas dos café. Conheci muitas pessoas que estavam na rua. Nessa altura não trabalhava e não tinha contato com os meus pais.

Na altura que estive na rua sentia-me livre e que não dependia de ninguém. Na altura em Inglaterra fui apanhado num autocarro sem bilhete, porque tinha caducado, e fui levado à esquadra por policcias. Fui depois deportado para Portugal, fiquei num centro de refugiados. Depois estive numa associação de antigos combatentes, só que começaram a haver problemas com as pessoas de lá e fui para debaixo de uma ponte! Estive lá dois a três meses, depois fui abordado por uma carinha da Camara que me indicaram a Vital. Depois sai de lá e fui para o Oriente, andei nisto algum tempo, dei cinco entradas na Viltal e ficava alguns meses na rua. Tinha sempre contato com a minha mãe de criação.”;

“Andava a arrumar carros...Tinha um colchão num buraco cheio de lixo, tomava banho com um balde, tínhamos que tomar banho nus de dia e ao frio...esse buraco era horrível! Não tinha contato com a minha família, os amigos que tinha nunca que ajudaram, tinha amigos de rua! A saúde estava mais ou menos em termos físicos, a perna é que estava mal!”;

“Tava quase sempre parado, mal me mexia, sentia-me um pouco frustrado mas pronto...Falei com os meus pais uma vez, acho eu, mas não correu bem, dava-me só com o pessoal que estava na rua, não me dava com mais ninguém!”;

“Perdi 10 anos da minha vida. Eu não me envolvia com ninguém, não tinha amigos, ficava sozinha. Passava o dia sentada na rua, sempre no mesmo sítio. E para dormir, dormia na porta de alguns prédios, não era sempre no mesmo. “

“Quando estive na rua, passava muito tempo a consumir drogas para passar o tempo, quando estamos drogados o tempo passa mais rápido, a malta que me dava também consumiam todos, por isso passava os dias assim...”

e)Serviços, suportes, e organizações comunitárias

Agora gostava que me falasse sobre os serviços, suportes ou organizações comunitárias que utilizava e que o apoiavam enquanto vivia na rua ou em abrigos.

(como é que eram esses serviços, apoios; que serviços, suportes ou organizações comunitárias foram mais uteis para si, e quais os menos úteis (e.g.: serviços, organizações, família, amigos, igreja). Tinha algum tipo de envolvimento na comunidade enquanto vivia na rua ou em abrigos. Apoios informais: amigos, pares, família, etc.

“Recorri ao Hospital Psiquiátrico. Estive também cinco dias na Vitae mas não aguentava aquilo. No hospital tratavam-me bem, o meu médico era excelente, só lá estou há 30 anos, são uma equipa excelente! Os serviços de Saúde Mental foi péssimo! Mandava-os todos dar uma volta. Amarravam-me à cama, eu estava incontrolável, levou algum tempo até conseguirem domesticar!”;

“Não tive apoio de ninguém...Não tive serviços nenhum a apoiar-me!”;

“Tive o apoio da igreja, às vezes ia para ao pé da igreja de São Domingos pedir, havia lá uma senhora que me dava sempre uma moeda quando me via, de resto não tinha ajudas de ninguém”;

“Não conhecia nenhum serviço, não conhecia nenhuma assistente social também.

O que às vezes acontecia era as carrinhas que me iam levar comida, porque eles sabiam onde eu estava...”;

“O único serviço que às vezes me ajudou foi a SCML. Ligava para o 144 e no hospital nunca me internaram. Não sei se teve o dedo do meu irmão mas é algo que ainda estou para descobrir. Antes ia muito à Cáritas, mais do que hoje ia lá buscar roupa, Mesmo assim, tive a pedir ajuda aos serviços sociais 10 anos antes de ir para a rua e eles nunca me ajudaram. Amigos praticamente não tinha, pouco contacto tinha com a minha família na altura. Também cheguei também a ir algumas vezes às carrinhas, não ia sempre, uma vez chamaram-me para um espaço aberto ao diálogo e eu não gostei muito, achei aquilo estranho. Eram só homens e eu nunca mais me esqueço que uma vez o senhor da Comunidade Vida e Paz me disseram: “as senhoras não dormem em vãos de escada” e ligou para o 144 para me levarem para o acolhimento.

Na minha opinião as equipas de rua não fazem muito interface, dão comida e tem assim uma filosofia muito assistencialista, coisas imediatas mas pouco mais...”;

“Tive em hospitais por causa dum problema no pulmão e do álcool, tive também no Júlio de Matose tive mais ou menos duas semanas num albergue. Depois estive num centro em São Bento, mas depois vim para a rua por causa da (...), passava o dia com ela, não conseguia deixa-a à noite!” ;

f)Experiências de alojamento

Agora gostava que me falasse das suas experiências de alojamento na altura (período de tempo) em que a sua situação habitacional era instável

(lugares onde vivia: segurança, qualidade, apoio; relações com os proprietários, senhorios; experiências estigmatizantes, ou onde sofreu discriminação, ou outro tipo de confrontos em relação aos serviços e alojamento; Experiências positivas)

“Tive várias vezes em quartos, mas aquilo era um chiqueiro, havia barulho a noite a toda, a única coisa boa era eu ter uma cama e estar no quarto sozinho...”;

“Depois que saí da casa do meu pai vivi sempre na rua. Depois é que vim para aqui (Projeto Casas Primeiro).”;

“Quando estava na rua, tinha sempre medo de adormecer, a sério, tinha receio que alguém pudesse roubar as minhas coisas e por isso andava a maioria das vezes sozinho. Eu na altura também era muito desconfiado, pelo menos eram o que me diziam...”;

“Estive sempre na rua. Quando eu era sem-abrigo, estava sempre no mesmo sitio, ali na zona do Jardim Constatino, na altura não me sentia motivado para fazer nada, só fumava...”;

“Cheguei a estar num quarto na Calçada de Carriche, o quarto era grande, era quase do tamanho desta casa, mas na altura eu lembro que tinha pouco dinheiro e o senhor do quarto deixou-me lá ficar um dia ou dois mas depois expulsou-me de lá porque eu não tinha como pagar. Tive também num centro de acolhimento da Glória. Os funcionários eram pessoas muito bem educadas, eram bastante uniformes com todos os utentes. Ao principio tive algumas dificuldades em me adaptar e deram-me algum apoio. O pior alojamento que tive foi no Beato, na rua Gualdino Pais, não me lembro do nome daquilo mas aquilo era horrível. Conheci lá um jovem bastante interessante mas depois as coisas acabaram por não resultarem. Mas auilo lá em Chabregas era para esquecer. Tínhamos horarios para tudo, acho que os funcionários chegavam mesmo a roubar coisas, muitas das minhas roupas acabaram por desaparece, aquilo tinha uma cama e pouco mais...”;

“Estive em casa de amigos durante algum tempo, depois cansei-me e fui para um quarto na zona dos Anjos, foi assim...”

g) Vida na rua ou em abrigo

Gostava de lhe fazer algumas perguntas gerais sobre como era a sua vida na rua ou em abrigos.

Como é que a sua vida mudou, desde que começou a viver nas ruas ou nos centros de alojamento? (como é que se sentia em relação a si próprio/a, nível relacional, família, amigos, saúde, envolvimento comunitário, pobreza, estigma, adições).

O que é que foi mais difícil para si desde que foi viver pelas ruas ou para um centro de alojamento? (como é que se sentia, em relação a si próprio, nível relacional, família, amigos, saúde, trabalho, envolvimento comunitário, pobreza, estigma, adições).

“Eu senti que só tinha amigos no secundário, desde aí nunca mais considerei que tinha amigos. Sentia-me muito mal comigo mesma, a minha doença estava numa fase crítica, enquanto estive na rua, mesmo quando estava em quartos sentia-me quase como se estivesse na rua, não me sentia feliz, porque seja em quartos ou em centros de acolhimento nunca me senti verdadeiramente à vontade de fazer aquilo que gostava, mas ao menos quando estava em quartos conseguia ganhar algum dinheiro com os poemas. Quando estava no quarto da Calçada de Carriche, que aquilo era numa cave, cheguei a fazer saquinhos de alfavaca verdadeira para vender a 1 euro (risos), mas a verdade é que não me sentia bem comigo própria...”;

Quando vivia na rua só via paredes! (riu-se) Só via pessoas. Era muita confusão! Eu não tinha amigos, ficava lá na rua sozinha.

“Para mim foi não ter o meu próprio espaço, ter que estar sempre com pessoas que fazem barulho e que cheiram mal, foi difícil, a vida nos albergues quando lá estive não foi nada fácil, havia lá um rapaz, o João que dizia que me fazia a folha quando me visse na rua, na rua já estava eu (risos)...”

“As pessoas que eu costumava dar-me na rua eram uma má influência para mim, a grande maioria drogava-se e eu comecei a drogar-me também. Nunca me vou esquecer do que passei na rua, você nem imagina o que eu passei...às vezes as pessoas passavam por mim e era difícil...sentia-me como se eu não existisse”

“Por causa da doença perdi o trabalho, e por causa disso acabei por ir para albergues e quartos o que fez com que me afastasse da minha filha...o que eu mais queria era ter uma casa para poder viver com ela...”

“Tinha amigos na rua, mas uns morreram por causa da droga, outros desapareceram, é assim a rua faz isso (...) foram tempos difíceis, não gosto muito de falar disso...”

Parte III: Vida na Casa (Projecto Casas Primeiro)

h)O que significa casa para si? (lar)

i)Qual seria para si a situação habitacional ideal (viver sozinho, com amigos, família, habitação partilhada numa residência de grupo, localização da casa, questões de segurança, relação com o senhorio; que tipo de desafios teriam de ser lidados para permitir que conseguisse uma situação habitacional mais ideal)

j)O que pensa do Programa Casas Primeiro em que está envolvido?

(medos, esperanças, desafios)

“Lar significa muita coisa... Significa conforto, posso descansar. Não tem confusão, faço as minhas coisas aqui. Na rua tem muitos carros, muita gente. Aqui preocupo-me com a minha higiene. Não é como na rua, ainda que tenha balneários! Acho que eles existem de propósito para não sairmos da rua!”

“...mas, pois, uma pessoa sem casa não pode pensar. Uma pessoa não pensa, é um desparado, não pode programar nada. E se tiver uma casa consegue programar, com uma visão mais ou menos racional. E sem casa isso não se consegue. Portanto, desgraçados daqueles que não têm uma casa. Coitados...”

Um indivíduo não consegue pensar em termos de olhar por si mesmo, entra em degradação acelerada. Deita-se em sítios sujos... portanto é uma desgraça, uma desgraça.”

“Fiquei na rua quase um ano. Alguns meses valentes o meu objetivo era ter uma casa, começar a trabalhar, estar bem de saúde e ter dinheiro para ir ver a minha mãe biológica à Guiné. Soube através da CEPAC sobre o projeto Casas Primeiro. Quando fui pela primeira vez para a casa, senti-me mais a vontade, estava ansioso para ligar para a Guiné a dizer a minha mãe que já tinha uma casa. Ter uma casa fez-me amadurecer, fortaleceu-me a minha fé, a minha saúde física piorou porque engordei (risos), mas em termos mentais melhorei. Estou a fazer um estágio e a qualidade de vida melhorou bastante.

Acho que a casa e o tempo ajudou na minha relação com a minha família. Tenho falado com toda a minha família (irmão, mãe biológica e minha tia (mãe de criação)

A equipa do Casas Primeiro sempre me ajudaram, sempre tiveram imenso respeito por mim...não tenho razões de queixa!”;

“Estive na rua quase um ano...o meu desejo era ter uma casa e um emprego. Mas mais uma casa porque passei muito frio na rua, muito frio mesmo! Foi através de uma Dra. da Vital que soube do projeto casas primeiro e ela apresentou-me a Dra. Inês Almas.

Quando tive a minha casa, foi muito boa. Tinha vindo do Hospital Psiquiátrico, na casa não tinha o regime dos horários do hospital, tinha água quente para tomar banho, foi um grande consolo e um grande alívio! Foi como se uma vida nova começasse! Eu não gosto de ter uma fechadura tão frouxa, não me sinto muito segura!

Acho que os técnicos dão muito suporte, acho importantíssimo as visitas, sempre que eu sei que os técnicos vêm limpo a casa.

Acho que os outros residentes são muito individualistas, cada um deles preocupa-se com cada um e não com todos. Também acho que o acesso aos serviços é muito mais fácil porque temos uma morada para dar!

Quando mudei-me para cá, tornei-me independente, tornei-me autónoma, ser capaz de me alimentar sozinha...melhorou a minha qualidade de vida porque tenho perspectivas de emprego, tenho condições para isso tudo...tenho uma cama para dormir, tenho um duche para tomar banho e comida para comer. A saúde melhorou em grande.

A relação com a minha mãe está na mesma, falo com ela mas ela quer-me longe! Telefonei-lhe para saber se está tudo bem e mais nada. Ela quer que eu esteja bem mas longe! Acho que desde estou na casa a relação melhorou um pouco, há mais respeito sabe... “;

“Com esta casa tenho uma relação mais próxima com a minha filha, quem sabe até estou a pensar em convidá-la a viver comigo (risos). De facto, ter um espaço onde posso estar com a minha filha, onde me posso sentar com ela e lhe perguntar como é que correu a escola é algo fantástico. Posso estar com ela e ajudá-la a fazer os trabalhos de casa, algo que não era possível antes de ter a casa. Aliás, não é assim tão diferente de quando estava com os meus pais, ou seja estou a recuperar memórias, talvez por isso o médico quer que eu faça psicoterapia, porque a forma como decoro a casa não seria diferente da forma como decoraria a casa se vivesse com os meus pais. È quase como se fosse um regresso às origens (risos), sinto-me com mais vitalidade, mais disponível para a minha filha, a única coisa que me deixa triste é o estado de saúde dos meus pais, porque de facto a saúde deles com o passar dos anos deteriorou-se bastante, mas o meu pai era um homem que era capaz de tirar comida do prato dele para por no prato do outro, mas a vida é mesmo assim...”

“Na altura que estava na rua, cada vez que entrava num café ou numa mercearia não me sentia bem-vindo, chegaram várias vezes a expulsar-me de lá a dizer que aquilo não era sítio para pedir, com a casa as coisas mudaram. Graças a deus tenho um sítio que me permite descansar, que posso entrar e sair sem ter que dar justificações a ninguém, sinto que as pessoas têm mais respeito por mim, gosto muito do sítio onde vivo, sinto que faço parte da vizinhança...”

“O que mais queria era arranjar um emprego! Porque trabalho é uma coisa...emprego é outra! Trabalho fazia de vez em quando com os ciganos, emprego nunca tive...Sofri muito!

Soube do projeto Casas Primeiro através da minha companheira e quando tive a minha casa foi o maior alívio da minha vida! Há anos que uma pessoa passou dias e dias num buraco cheio de cobras e ratos e depois vem para uma casa...foi um alívio!

Eu sinto-me bem em casa, acho que não me controlam, dão suporte, sinto-me seguro e tenho mais acesso aos serviços.

Para mim ter uma casa faz uma grande diferença...fiquei legalizado, tinha os papéis todos em dia. Estou pensando em tirar um curso agora, vamos ver! Eu queria arranjar um trabalho, mas não sei, deixa lá ver. A saúde melhorou bastante.”

Tive 20 e tal anos, mais ou menos 25 anos em situação de sem abrigo, o que mais desejava era ter uma casa para descansar, não há nada melhor isso! Soube através do meu assistente social, Dr. Bruno, que existia um projecto para sem abrigos, O Casas Primeiro!

Quando fui pela primeira vez para a casa gostei bastante...para mim foi uma alegria! Tantos anos apanhar frio, ter um sítio para tar sossegado e sem que ninguém me chateasse!

Não tenho nada a dizer mal, gosto de tudo, só vos tenho a agradecer...

Estar numa casa faz toda a diferença, tratei da minha documentação e a minha saúde esta melhor. Não tremia e passo todos os dias com a minha companheira. Os vizinhos também gosto muito deles, eles ajudam bastante, estão sempre prontos a ajudar e tenho uma boa amizade com todos. Às vezes passo horas a falar com a vizinha do Rés do chão, o do primeiro esquerdo também gosta de futebol por isso às vezes passo muito tempo a falar com ele também..."

Graças ao projeto, sinto que a minha vida mudou por completo, graças ao programa consegui voltar a estudar, algo que nunca pensei que fosse possível acontecer. Não foi fácil, mas olhando para trás sinto-me orgulhosa de mim mesma por ter conseguido, nunca pensei que fosse capaz de tirar o curso. Gostava de poder voltar atrás e de o ter terminado mas quem sabe, ainda pode ser que o consiga terminar. Mas de facto a medicação e a vossa ajudav têm sido factores fundamentais para o me empowerment e para o meu recovery, no futuro espero conseguir viver com a minha filha e ser a mãe que ela merece, gostava também de ter o curso de psicoterapeuta derivado ao meu percurso, em relação aos medos tenho receio da questão dos apoios da SCML, que nos cortem o apoio e que podemos ficar sem a casa. De qualquer forma e de grosso modo estou bastante satisfeita com o projeto e com a equipa (sorrisos).

Muito obrigado/a pela sua participação nesta entrevista. Agradecemos a sua disponibilidade em partilhar a sua perspectiva e experiências.

Anexo 4

Outputs do Capítulo 2 e 3

Outputs - Capítulo 2

SEXO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	HOMEM	33	73,3	73,3	73,3
	MULHER	12	26,7	26,7	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

IDADE

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	26-35 anos	8	17,8	17,8	17,8
	36-45 anos	25	55,6	55,6	73,3
	46-55 anos	8	17,8	17,8	91,1
	56-65 anos	4	8,9	8,9	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

ESTADO CIVIL

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	CASADO(A)	1	2,2	2,2	2,2
	UNIÃO DE FACTO	4	8,9	8,9	11,1
	SOLTEIRO(A)	38	84,4	84,4	95,6
	VIUVO(A)	1	2,2	2,2	97,8
	DIVORCIADO(A)	1	2,2	2,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

ESCOLARIDADE E QUALIFICAÇÃO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	NUNCA FREQUENTOU A ESCOLA	1	2,2	2,2	2,2

COMPLETOU 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO	5	11,1	11,1	13,3
FREQUNTOU O 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO	4	8,9	8,9	22,2
COMPLETOU O 2º CICLO DO ENSINO BÁSICO	5	11,1	11,1	33,3
FREQUNTOU O 2º CICLO DO ENSINO BÁSICO	3	6,7	6,7	40,0
COMPLETOU O 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO	6	13,3	13,3	53,3
FREQUNTOU O 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO	6	13,3	13,3	66,7
COMPLETOU O ENSINO SECUNDÁRIO	4	8,9	8,9	75,6
FREQUNTOU O ENSINO SECUNDÁRIO	4	8,9	8,9	84,4
COMPLETOU O ENSINO SUPERIOR: LICENCIATURA	2	4,4	4,4	88,9
FREQUNTOU O ENSINO SUPERIOR: LICENCIATURA	2	4,4	4,4	93,3
COMPLETOU O ENSINO SUPERIOR: MESTRADO OU DOUTORAMENTO	1	2,2	2,2	95,6
COMPLETOU ENSINO TÉCNICO-PROFISSIONAL	2	4,4	4,4	100,0
Total	45	100,0	100,0	

COM QUEM VIVE

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	SOZINHO(A)	38	84,4	84,4	84,4
	COMPANHEIRO(A)	4	8,9	8,9	93,3
	FILHOS	1	2,2	2,2	95,6
	OUTROS FAMILIARES	2	4,4	4,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

SITUAÇÃO PROFISSIONAL ACTUAL

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	EMPREGADO	2	4,4	4,4	4,4
	DESEMPREGADO	33	73,3	73,3	77,8
	REFORMADO/A	6	13,3	13,3	91,1
	ESTUDANTE	1	2,2	2,2	93,3
	ECONOMIA INFORMAL / BISCATES	1	2,2	2,2	95,6
	OUTRA	2	4,4	4,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

GOSTARIA DE TER UM EMPREGO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	SIM	27	60,0	61,4	61,4
	NÃO	6	13,3	13,6	75,0
	NÃO SEI	2	4,4	4,5	79,5
	NÃO SE APLICA	9	20,0	20,5	100,0
	Total	44	97,8	100,0	
Ausente	Sistema	1	2,2		
Total		45	100,0		

FONTES DE RENDIMENTO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	SALÁRIO	1	2,2	2,2	2,2
	REMUNERAÇÃO POR TRABALHOS OCASIONAIS	1	2,2	2,2	4,4
	PENSÃO SOCIAL	4	8,9	8,9	13,3
	APOIO PONTUAL DE SERVIÇOS SOCIAIS	3	6,7	6,7	20,0
	REFORMA	5	11,1	11,1	31,1
	RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO	30	66,7	66,7	97,8
	NÃO RESPONDO	1	2,2	2,2	100,0

Total	45	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

RENDIMENTO MENSAL TOTAL

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	não tem qualquer rendimento	1	2,2	2,2	2,2
	< 100 Euros	5	11,1	11,1	13,3
	101-200 Euros	27	60,0	60,0	73,3
	201-300 Euros	7	15,6	15,6	88,9
	301-400 Euros	2	4,4	4,4	93,3
	401-500 Euros	3	6,7	6,7	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

TOTAL DE TEMPO EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	< 1 ano	8	17,8	17,8	17,8
	1 a 3 anos	7	15,6	15,6	33,3
	4 a 6 anos	10	22,2	22,2	55,6
	7 a 9 anos	4	8,9	8,9	64,4
	10 a 12 anos	4	8,9	8,9	73,3
	13 a 15 anos	2	4,4	4,4	77,8
	> 15 anos	8	17,8	17,8	95,6
	NÃO SABE	2	4,4	4,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Alpha Cronbach – PHQ - PT

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
---------------------	------------

,818	19
------	----

Alpha Cronbach – PHQ – PT (Percepção de Qualidade Habitacional)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,804	5

Alpha Cronbach – PHQ – PT (Percepção de Escolha)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,777	14

Alpha Cronbach – RAS - PT

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,870	24

Teste de Normalidade – Tipo de Distribuição

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a	Shapiro-Wilk
--	---------------------------------	--------------

	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Confiança_Esperança	,127	43	,080	,966	43	,222
Pedir ajuda	,130	43	,065	,936	43	,019
Objectivos	,119	43	,142	,893	43	,001
Apoio de outros	,169	43	,004	,918	43	,005
Não domínio dos sintomas	,137	43	,040	,940	43	,027
PHQ_Escolha	,087	43	,200*	,960	43	,144
PHQ_Qualidade	,148	43	,019	,942	43	,030

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Análise correlacional PHQ – PT e RAS – PT

Correlations

		Escala Recovery	PHQ_Total
Escala Recovery	Pearson Correlation	1	,318*
	Sig. (2-tailed)		,033
	N	45	45
PHQ_Total	Pearson Correlation	,318*	1
	Sig. (2-tailed)	,033	
	N	45	45

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	PHQ_Escolha	Confiança_Esperança	Pedir ajuda	Objectivos	PHQ_Qualidade

PHQ_Escolha	Pearson Correlation	1	,331*	,217	,115	,383**
	Sig. (2-tailed)		,026	,152	,450	,009
Correlations						
			PHQ_Escolha	PHQ_Qualidade	Apoio de outros	Não domínio dos sintomas
	Sig. (2-tailed)	,026		,002	,000	,989
	N	45	45	45	45	45
Pedir ajuda	Pearson Correlation	,217	,440**	1	,386**	,028
	Sig. (2-tailed)	,152	,002		,009	,857
	N	45	45	45	45	45
Objectivos	Pearson Correlation	,115	,563**	,386**	1	-,026
	Sig. (2-tailed)	,450	,000	,009		,864
	N	45	45	45	45	45
PHQ_Qualidade	Pearson Correlation	,383**	-,002	,028	-,026	1
	Sig. (2-tailed)	,009	,989	,857	,864	
	N	45	45	45	45	45

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Análise correlacional PHQ – PT (Qualidade Habitacional e Escolha) com as dimensões da RAS – PT (Distribuição Normal)

Análise correlacional PHQ – PT (Percepção de Qualidade Habitacional e Escolha) com as dimensões da RAS – PT (Sem Distribuição Normal)

Spearman's rho	PHQ_Escolha	Correlation Coefficient	1,000	,439**	,446**	,175
		Sig. (2-tailed)	.	,003	,002	,262
		N	45	45	45	43
	PHQ_Qualidade	Correlation Coefficient	,439**	1,000	,200	,111
		Sig. (2-tailed)	,003	.	,188	,479
		N	45	45	45	43
	Apoio de outros	Correlation Coefficient	,446**	,200	1,000	,122
		Sig. (2-tailed)	,002	,188	.	,436
		N	45	45	45	43
	Não domínio dos sintomas	Correlation Coefficient	,175	,111	,122	1,000
		Sig. (2-tailed)	,262	,479	,436	.
		N	43	43	43	43

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Análise de Regressão Linear – PHQ – PT (Percepção de Qualidade Habitacional) e PHQ-PT (Percepção de Escolha)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,968	,387		7,676	,000
	PHQ_Qualidade	,267	,098	,383	2,718	,009

a. Dependent Variable: PHQ_Escolha

Análise de Regressão Linear – PHQ-PT (Percepção de Escolha) e RAS – PT

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,907	,648		2,944	,005
	PHQ_Control	,433	,160	,381	2,698	,010

a. Dependent Variable: RAS_Total

Outputs - Capítulo 3

Anexo A – Caracterização da Amostra

SEXO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	HOMEM	33	73,3	73,3	73,3
	MULHER	12	26,7	26,7	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

IDADE

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	26-35 anos	8	17,8	17,8	17,8
	36-45 anos	25	55,6	55,6	73,3
	46-55 anos	8	17,8	17,8	91,1
	56-65 anos	4	8,9	8,9	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

ESTADO CIVIL

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	CASADO(A)	1	2,2	2,2	2,2
	UNIÃO DE FACTO	4	8,9	8,9	11,1
	SOLTEIRO(A)	38	84,4	84,4	95,6
	VIUVO(A)	1	2,2	2,2	97,8
	DIVORCIADO(A)	1	2,2	2,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

ESCOLARIDADE E QUALIFICAÇÃO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	NUNCA FREQUENTOU A ESCOLA	1	2,2	2,2	2,2

COMPLETOU 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO	5	11,1	11,1	13,3
FREQUNTOU O 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO	4	8,9	8,9	22,2
COMPLETOU O 2º CICLO DO ENSINO BÁSICO	5	11,1	11,1	33,3
FREQUNTOU O 2º CICLO DO ENSINO BÁSICO	3	6,7	6,7	40,0
COMPLETOU O 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO	6	13,3	13,3	53,3
FREQUNTOU O 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO	6	13,3	13,3	66,7
COMPLETOU O ENSINO SECUNDÁRIO	4	8,9	8,9	75,6
FREQUNTOU O ENSINO SECUNDÁRIO	4	8,9	8,9	84,4
COMPLETOU O ENSINO SUPERIOR: LICENCIATURA	2	4,4	4,4	88,9
FREQUNTOU O ENSINO SUPERIOR: LICENCIATURA	2	4,4	4,4	93,3
COMPLETOU O ENSINO SUPERIOR: MESTRADO OU DOUTORAMENTO	1	2,2	2,2	95,6
COMPLETOU ENSINO TÉCNICO-PROFISSIONAL	2	4,4	4,4	100,0
Total	45	100,0	100,0	

COM QUEM VIVE

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	SOZINHO(A)	38	84,4	84,4	84,4
	COMPANHEIRO(A)	4	8,9	8,9	93,3
	FILHOS	1	2,2	2,2	95,6
	OUTROS FAMILIARES	2	4,4	4,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

SITUAÇÃO PROFISSIONAL ACTUAL

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	EMPREGADO	2	4,4	4,4	4,4
	DESEMPREGADO	33	73,3	73,3	77,8
	REFORMADO/A	6	13,3	13,3	91,1
	ESTUDANTE	1	2,2	2,2	93,3
	ECONOMIA INFORMAL / BISCATES	1	2,2	2,2	95,6
	OUTRA	2	4,4	4,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

GOSTARIA DE TER UM EMPREGO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	SIM	27	60,0	61,4	61,4
	NÃO	6	13,3	13,6	75,0
	NÃO SEI	2	4,4	4,5	79,5
	NÃO SE APLICA	9	20,0	20,5	100,0
	Total	44	97,8	100,0	
Ausente	Sistema	1	2,2		
Total		45	100,0		

FONTES DE RENDIMENTO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	SALÁRIO	1	2,2	2,2	2,2
	REMUNERAÇÃO POR TRABALHOS OCASIONAIS	1	2,2	2,2	4,4
	PENSÃO SOCIAL	4	8,9	8,9	13,3
	APOIO PONTUAL DE SERVIÇOS SOCIAIS	3	6,7	6,7	20,0
	REFORMA	5	11,1	11,1	31,1
	RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO	30	66,7	66,7	97,8
	NÃO RESPONDO	1	2,2	2,2	100,0

Total	45	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

RENDIMENTO MENSAL TOTAL

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	não tem qualquer rendimento	1	2,2	2,2	2,2
	< 100 Euros	5	11,1	11,1	13,3
	101-200 Euros	27	60,0	60,0	73,3
	201-300 Euros	7	15,6	15,6	88,9
	301-400 Euros	2	4,4	4,4	93,3
	401-500 Euros	3	6,7	6,7	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

TOTAL DE TEMPO EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	< 1 ano	8	17,8	17,8	17,8
	1 a 3 anos	7	15,6	15,6	33,3
	4 a 6 anos	10	22,2	22,2	55,6
	7 a 9 anos	4	8,9	8,9	64,4
	10 a 12 anos	4	8,9	8,9	73,3
	13 a 15 anos	2	4,4	4,4	77,8
	> 15 anos	8	17,8	17,8	95,6
	NÃO SABE	2	4,4	4,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Alpha Cronbach – PHQ - PT

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,818	19

Alpha Cronbach – CIS - PT

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of itens
,503	11

Alpha Cronbach – QoLI - PT

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of itens
,814	22

Correlação entre PHQ-PT e CIS – PT

Correlações

		PHQ_PT	CIS_PT
PHQ_PT	Correlação de Pearson	1	,311*
	Sig. (2 extremidades)		,040
	N	45	44
CIS_PT	Correlação de Pearson	,311*	1
	Sig. (2 extremidades)	,040	
	N	44	44

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Correlação entre CIS – PT e QoLI - PT

Correlações

		CIS_PT	QLi_PT
CIS_PT	Correlação de Pearson	1	,337*
	Sig. (2 extremidades)		,027
	N	44	43
QLi_PT	Correlação de Pearson	,337*	1
	Sig. (2 extremidades)	,027	
	N	43	44

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Regressão Linear Simples entre PHQ-PT e CIS – PT

Coefficientes^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Sig.
		B	Erro Padrão	Beta	t	
1	(Constante)	1,455	,385		3,777	,000
	PHQ_PT	,204	,096	,311	2,118	,040

a. Variável Dependente: CIS_PT

Regressão Linear Simples entre CIS – PT e QoLI – PT

Coefficientes^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
1	(Constant)	2,227	,792		2,811	,008
	CIS_PT	,789	,345	,337	2,288	,027

a. Varável Dependente: QLi_PT

Regressão Linear entre PHQ-PT e CIS-PT com a QoLI – PT

Coefficientes^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
1	(Constante)	,307	,945		,325	,747
	CIS_PT	,450	,331	,192	1,362	,181
	PHQ_PT	,680	,217	,442	3,131	,003

a. Variável Dependente: QLi_PT