



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A escolha e o recovery
dos participantes
do programa Casas Primeiro

Ana Cristina Vieira da Silva

Orientador de Dissertação:

Professor Doutor José Henrique Pinheiro Ornelas

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Professor Doutor José Henrique Pinheiro Ornelas

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de José H. Ornelas apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José H. Ornelas, pela orientação do presente trabalho e pela aprendizagem fruto das suas aulas únicas e plenas de sabedoria inovadora, interventiva e transformativa. Ao grupo de investigação pelo apoio e pelas linhas orientadoras prestadas no início deste projeto e durante o processo de recolha de dados. Aos meus colegas de Seminário de Dissertação pelo companheirismo na fase final deste processo.

À minha família, meu pai, meu irmão e meus avós. A João M. F.

À minha mãe, incondicional. Ao Michael Creevy, pelo seu constante apoio e pela ajuda imensurável de revisão. Ao meu avô.

Por último, *last but not least*, aos participantes do programa Casas Primeiro, que não cessam de demonstrar que a colaboração, o empowerment e a justiça social são muito mais do que meros valores ou conceitos.

RESUMO

Apesar das evidências que suportam a implementação do modelo Housing First (HF) enquanto linha de intervenção baseada no princípio da escolha do utilizador, que resolve a problemática das pessoas sem-abrigo com doença mental e uso de substâncias no que diz respeito à estabilidade habitacional, recovery e integração comunitária, não é ainda totalmente compreendido de que forma é que os mecanismos de intervenção do modelo interagem com os processos de recovery testemunhados pelos seus utilizadores. Este trabalho propõe-se a explorar, através de uma metodologia quantitativa, a associação entre a perceção de escolha e o recovery da doença mental dos participantes do programa Casas Primeiro. Através da análise de dados recolhidos por dois instrumentos destinados a medir a satisfação dos participantes com a escolha e os seus níveis de recovery, o presente trabalho conclui que existe uma associação significativa e positiva entre a perceção de escolha e o recovery da doença mental. As dimensões da confiança pessoal e esperança, e a confiança nos outros revelaram-se como sendo as esferas de recovery com uma associação mais intensa com a escolha, e a não dominação pelos sintomas foi a dimensão com menor manifestação de associação. Os resultados deste trabalho contribuem para as evidências do modelo HF enquanto intervenção eficaz e veículo de mudança transformativa numa população considerada de difícil acesso, demonstrando que o recovery pode ser maximizado por serviços que devolvam e empoderem a liberdade de escolha e o controlo dos seus utilizadores sobre a prioridade e a ordem dos apoios que estes consideram serem os mais importantes para si.

Palavras-chave: escolha; recovery; Housing First; Casas Primeiro.

ABSTRACT

Despite the evidence supporting the Housing First model (HFM) as a consumer choice driven intervention which successfully addresses several aspects such as housing stability, recovery and community integration for homeless individuals with a dual diagnosis of serious mental illness (SMI) and substance misuse, further research is needed on how its intervention mechanisms shape and interact with the recovery processes testified by its consumers. This investigation takes on the task of assessing the association established between choice perception and recovery of the Casas Primeiro participants, using for this objective a quantitative method. Through the analysis of two instruments assessing choice perception and measuring recovery, this investigation found a significant and positive association between the perception of choice and SMI recovery. Personal confidence and hope, and reliance on others were the recovery dimensions found to have a more intense association with choice, whilst the no domination by symptoms dimension was the least affected by it. The results found assist the evidence regarding the success of the HFM addressing a difficult to reach population, 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: choice; recovery; Housing First; Casas Primeiro.

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	1
ARTIGO EMPÍRICO	2
ANEXO (I)	16
REVISÃO DE LITERATURA	16
MÉTODO	29
RESULTADOS	37
DISCUSSÃO	42
REFERÊNCIAS	50
ANEXOS (II)	58

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

	Página
Tabela 1 – Estatística descritiva referente a dados sociodemográficos e económicos dos participantes do programa	35
Tabela 2 – Estatística descritiva referente à experiência sem-abrigo dos participantes do programa	36
Tabela 3 – Hospitalizações por doença mental antes e depois da entrada no programa	37
Tabela 4 – Alfa de Cronbach dos instrumentos	38
Tabela 5 – Medidas de dispersão estatística dos instrumentos: média e desvio padrão	38
Tabela 6 – Coeficiente de correlação de Pearson entre PHQ-PT_escolha e RAS-PT	39
Tabela 7 – Coeficiente de correlação de Pearson entre PHQ-PT_escolha e RAS-PT (fator 1, 2 e 3)	40
Tabela 8 – Coeficiente de correlação de Spearman entre PHQ-PT_escolha e RAS-PT (fator 4 e 5)	40
Tabela 9 – Valores médios dos itens do fator 5	42
Figura 1 – Diagrama de dispersão que ilustra a relação não linear entre a escolha e o fator 2	41
Figura 2 – Diagrama de dispersão que ilustra a relação não linear entre a escolha e o fator 3	41

INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no âmbito de uma tese de Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área Clínica, assumindo o formato de um artigo empírico. A questão levantada por este estudo tem uma natureza prática de intervenção, e faz parte de uma investigação de maior dimensão a ser presentemente desenvolvida pelo ISPA-IU em colaboração com a AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial. Desta forma, o presente artigo irá ser parte de integrante de um trabalho submetido a publicação em revista científica internacional.

Fundamentado conceptualmente nos conceitos da Psicologia Comunitária, este estudo apresenta uma metodologia quantitativa, com objetivos de investigação, intervenção e mudança transformativa nas práticas e políticas sociais dos serviços de saúde mental. Mais especificamente, este trabalho concentra-se nos serviços de apoio a pessoas sem-abrigo com doença mental e consumo de substâncias, medindo a associação entre o princípio da escolha do utilizador, elemento orientador em programas de habitação apoiada, e o recovery da doença mental em pessoas com um passado extenso de sem-abrigo a viverem presentemente em apartamentos do programa Casas Primeiro. O programa Casas Primeiro foi fundado em 2009 através da AEIPS, marcando a implementação do modelo Housing First em Portugal. Este modelo foi criado em 1992, em Nova Iorque, através do programa *Pathways to Housing*. Adotando uma política de redução de danos baseada no princípio da escolha do consumidor, este modelo inverteu o paradigma de intervenção com a população sem-abrigo com duplo diagnóstico de doença mental e consumo de substâncias ao declarar que o ponto de partida de uma resposta efetiva de intervenção nesta população consiste na disponibilização de uma habitação permanente, independente e individual. Sendo uma prática baseada em evidências, as diversas investigações existentes na literatura confirmam a eficácia observável do modelo. Os resultados revelam níveis superiores dos seus utilizadores (quando comparados com utilizadores de programas baseados numa abordagem tradicional que privilegia o tratamento e a sobriedade sobre o direito à habitação) relativamente à estabilidade habitacional, custo-benefício, redução de consumos e hospitalizações, qualidade de vida, recovery da doença mental e satisfação com os serviços de suporte. Perante estas evidências o modelo Housing First começa a assumir-se como o novo paradigma nos Estados Unidos da América, estando a ser presentemente implementado também no Canadá, Austrália e outros países da Europa.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte consiste num artigo empírico, apresentado na língua inglesa, com uma secção de introdução teórica à temática em

questão, uma secção de método em que se procede a uma breve descrição do procedimento, instrumentos e participantes, uma secção de resultados e, por último, uma secção de discussão, onde se destaca a relevância técnica de intervenção prática do estudo. A segunda parte consiste numa secção de anexos, que incluem uma revisão de literatura mais vasta, assim como uma apresentação mais extensiva do método, análise e discussão dos resultados, com todo o material utilizado no estudo que poderá assistir a uma melhor compreensão da temática e das questões de investigação levantadas.

ARTIGO EMPÍRICO

Choice in housing and support as a contributor for severe mental illness recovery on formerly homeless persons participating on a Housing First program

ABSTRACT

Despite the evidence supporting the Housing First model (HFM) as a consumer choice driven intervention which successfully addresses several aspects such as housing stability, recovery and community integration for homeless individuals with a dual diagnosis of serious mental illness (SMI) and substance misuse, further research is needed on how its intervention mechanisms shape and interact with the recovery processes testified by its consumers. This investigation takes on the task of assessing the association established between choice perception and recovery of the Casas Primeiro participants, using for this objective a quantitative method. Through the analysis of two instruments assessing choice perception and measuring recovery, this investigation found a significant and positive association between the perception of choice and SMI recovery. Personal confidence and hope, and reliance on others were the recovery dimensions found to have a more intense association with choice, whilst the no domination by symptoms dimension was the least affected by it. The results found assist the evidence regarding the success of the HFM addressing a difficult to reach population, 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: *choice; recovery; Housing First; Casas Primeiro.*

1. INTRODUCTION

Allowing mental health and homeless intervention service consumers to regain control over where they live, with whom they live, and determine the priority of the services they receive is positively associated with greater housing retention (Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004), community integration (Yanos, Barrow & Tsemberis, 2004), cost effectiveness (Tsemberis, Moran, Shinn, Asmussen & Shern, 2003a; Gulcur, Stefanic, Shinn, Tsemberis & Fisher, 2003), housing and services satisfaction (Nelson, Sylvestre, Aubry, George & Trainor, 2007; Srebnik, Livingston, Gordon & King, 1995; Tsemberis, Rogers, Rodis, Dushuttle & Skryha, 2003) and SMI and substance misuse recovery (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel & Tsemberis, 2005; Padgett, Gulcur & Tsemberis, 2006). Carling (1995) advocated that consumers 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. The perception of control regained through consumer-choice driven services is essential to empower its participants and aid their recovery processes as well as other outcomes such as community integration and quality of life (Ornelas, 2005; Zimmerman, 1995). This is the root principle of the HFM, an evidence based practice designed to remove the barriers between homeless persons with a co-occurring diagnosis of SMI and substance misuse and their right to immediate, permanent and independent housing (Tsemberis, 1999).

1.1 SMI population and housing programs

Homeless individuals with a co-occurring diagnoses of SMI and substance misuse are, throughout literature, considered to be one of the most vulnerable and hardest to reach populations (Shinn, Baumohl & Hopper, 2001). However, research has shown (Acosta & Toro, 2000) that the service needs of homeless adults with SMI are the same as homeless adults without. Padgett, Henwood, Drake and Abrams (2008) found that, despite being considered as lacking in social skills and overall socially impoverished, homeless persons with co-occurring diagnoses reported having meaningful relationships in their lives. Furthermore, not only are they able to live without vigilance or supervision, they also display ontological security markers, such as control perception and reassuring daily routines (Padgett, 2007). Shinn (2007) argues that individual characteristics interact with social exclusion patterns and social policies regarding structural variables such as lack of income and housing affordability, shaping who becomes homeless and why. The HFM specifically targets those variables by providing immediate access to permanent, independent housing, reversing the order of the services provided in the standard

frame for addressing homelessness for persons with SMI (Greenwood, Stefancic & Tsemberis, 2013). These traditional models of service delivery are based upon the assumption that being homeless and its surrounding issues, such as SMI and so forth, are the result of poor judgment and past choices, therefore demanding of its consumers a demonstration of what is referred throughout literature as “housing readiness”, based on abstinence and psychiatric treatment compliance. Abiding to these rules will in turn determine the graduation to less and less restrictive residence settings. A relapse into substance misuse or failure to comply with treatment will result into a fall back to a more restrictive residential setting or the eviction from the program altogether, leading to a return to the streets and contributing to the cyclical “institutional circuit” of chronic homelessness mentioned by Hopper, Jost, Hay, Welber and Haugland (1997).

1.2 Control, choice perception and recovery outcomes

Tsemberis and Eisenberg (2000) argue that the step by step nature of such programs impedes not only the achievement of housing stability, but also the recovery processes by undermining control over choice, autonomy and facilitating a debilitating dependency through an uneven consumer-provider relationship (Duarte, 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, by exacerbating a sense of helplessness and 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 (Ornelas, 2008), 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. However, this 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., 2013). Such experiences are essential in empowering homeless persons with SMI by facilitating decision making processes and fulfilling a sense of citizenship regarding their recovery experiences (Ornelas, 2008).

1.3 Choice related outcomes in supported housing research for the SMI homeless population

The research conducted in the area suggests that supported housing boosts the perception of consumer's choice, control and other measures of psychological well-being whilst asserting positive associations between them. Srebnik et al. (1995) found that housing choice was positively related to housing satisfaction and both residential and psychological stability. Tsemberis et al. (2003; 2004) found that those living in supported housing reported higher levels of satisfaction with their living arrangements derived from perceived choice than those in traditional housing programs. Yanos et al. (2004) found that housing choice was positively correlated with a positive reaction towards housing but not with overall life satisfaction. Nelson et al. (2007) found that housing quality, housing choice and control over available support were related with perceptions of quality of life and community integration. Finally, Greenwood et al. (2005) found that supported housing led to an increase in housing choice perception, which in turn led to an increase of personal mastery and a decrease of psychiatric symptoms. As the author demonstrate, programs that are designed to enhance the perception of control by restoring choice may actually be more successful in the reduction of SMI symptoms and therefore assist with recovery processes, challenging concerns stating that without abstinence and treatment, placing homeless persons in permanent independent housing would intensify the substance misuse and psychiatric symptoms (Greenwood et al., 2013). The results of the 2005 investigation revealed that it was in fact the lack of control perception, rather than the availability of choice that was associated with SMI symptoms. Nevertheless, the authors note that further research is needed on just how exactly regaining control through the perception of choice achieves these results.

1.4 Housing First in Portugal – the Casas Primeiro program

Casas Primeiro (CP) is the first Housing First program in Portugal, created in 2009 by the non-profit organization AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial. Following the consumer-driven philosophy at the core of the HFM, 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 housing neighborhoods. Support services are flexible, individualized and tailored to meet participant's 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 also organizes a weekly group meeting at AEIPS's head office, where the 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 quality of life (Ornelas, 2013).

1.5 Conceptual Framework

As a component of a larger evaluation of the CP program being conducted by ISPA – Instituto Universitário, in collaboration with AEIPS, the present investigation attempts to explore the association between perceived choice in housing and treatment services, and the SMI recovery processes of 45 consumers of its users. The purpose of this study is therefore to better understand if there is an association between choice perception and recovery, how that association manifests itself in terms of direction and magnitude, and which recovery elements are more intensely associated with choice.

The specific research questions are:

Research question 1 - Is there an association between choice and recovery?

Research question 2 - How does that association manifests itself?

Research question 3 - Which recovery elements are more intensely associated with choice?

2. METHOD

2.1 Procedure and sample

Eligibility requirements for this study required only for the participants to be living in a Casas Primeiro apartment, 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, recovery, control, choice and house quality perceptions, community integration,

quality of life and satisfaction with their experience in the program. 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*.

Table 1. Sample characteristics, N=45

	%
Gender	
Male	73%
Female	27%
Age (years)	
26-35	18%
36-45	55%
46-55	18%
56-65	9%
Country of nationality	
Portugal	78%
Angola	7%
Cape Verde	7%
Guinea-Bissau	4%
Mozambique	2%
Other european country	2%
Employment status	
Employed	5%
Unemployed	73%
Odd jobs	13%
Retired	2%
Student	2%
Other	5%
First homeless experience (years old)	
>14	7%
15-25	31%
26-35	27%
36-45	22%
46-65	7%
Don't know	6%
Time homeless (years)	
<1	18%
1-3	16%
4-9	31%
10-15	13%
>15	18%

2.2 Measures

The present study uses a quantitative approach for assessing correlation between the results given by two instruments to ascertain choice/control and SMI recovery.

Choice/control

The 15-item choice specific sub-scale used in this study was taken from the Perceived Housing Quality Questionnaire designed by the Homelessness Demonstration Project – At Home/Chez Soi (2010), and adapted by the ISPA/AEIPS investigation team, from the measures found in Srebnick et al. (1995), Toro, Bellavia, Daeschler, Wall and Smith (1997) and Tsemberis et al. (2003). The items (e.g. How do you feel about the choice you have regarding taking part, or not, in mental illness treatment) are rated on a 5-point scale from “highly unsatisfied” to “highly satisfied” with higher scores reflecting a greater amount of satisfaction with choice/control regarding housing and support ($\alpha=.77$).

SMI recovery

SMI recovery was measured by the Recovery Assessment Scale by Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster and Keck (2004). This 24-item scale yields 5 factors: personal confidence and hope (e.g. Fear doesn't stop me from living the way I want to), willingness to ask for help (e.g. I ask for help when I need it), goal and success orientation (e.g. I have goals in life that I want to reach), reliance on others (e.g. I have people I can count on) and no domination by symptoms (e.g. My symptoms interfere less and less with my life). 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 2 presents the mean and standard deviation of the variables examined in the study.

Table 2. Means and standard deviations on variables in the study (N=45)

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

Correlation analyses were used to assess the research questions raised at the present investigation. The Pearson product-moment correlation coefficient was run to measure the strength of the linear relationship of both variables ($pvalue > .05$). Correlation was also run to measure the relationship between choice and all 5 recovery factors. For this purpose, the Spearman's rank correlation coefficient was calculated for the relationship between choice and factor 4 and 5 ($pvalue < .05$). Results are presented in Table 3.

Table 3. Relationship of choice to recovery, N=45

		RAS	RAS_1	RAS_2	RAS_3		RAS_4	RAS_5
PHQ_choice	Pearson Correlation	.381**	.331*	.217	.115	Spearman's rho	.446**	.175
	Sig. (2-tailed)	.010	.026	.152	.450	Sig. (2-tailed)	.002	.262

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

** = $p < .01$

3.1 Overview of results

Research question 1 - Is there an association between choice and recovery?

To ascertain whether the measure of choice over housing and support was related to the measure of SMI recovery, we performed a correlation analysis. Results as shown in Table 3 reveal a significant association between both measures ($pvalue < .01$)

Research question 2 - How does that association manifest itself?

Results found show a positive association between both measures, with an increase in one of the variables reflecting an increase in the other.

Research question 3 - Which recovery elements are more intensely associated with choice?

Greater perception of choice and control over housing and support was found to be significantly related to personal confidence and hope ($pvalue < .05$) and to reliance on others ($pvalue < .01$).

4. DISCUSSION

This research examined the main premise of consumer-driven supported housing: that consumer choice and control over housing and support are important for the wellbeing of formerly homeless persons with mental illness. The findings indicate that there is a significant positive relation between choice perception and SMI recovery, providing some support for the central principle of a supported housing approach, that consumers should have choice and control over where, how and with whom they live. The HF model is throughout literature

strongly associated with change regarding structural outcomes. However, as noted by Greenwood et al. (2005) its direct associations with psychological outcomes, such as SMI recovery, have proven to be more difficult to establish. The results found in this study assist establishing the path for a more comprehensive knowledge of how methodological intervention strategies such as consumer choice shape and help sustain SMI recovery processes.

Consistent with previous research (Kirst, Zerger, Harris, Plenert & Stergiopoulos, 2014; Polvere, Macnaughton & Piat, 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, through the significant association found between choice and factors 1 and 4 measured by the Recovery Assessment Scale. This relation 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. Padgett and Henwood (2008) found participants to be critical of the quality of support that was offered. While negative service portrayals were often addressed in general terms, the positive experiences were vividly recalled. 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 health. The establishment of such empowering relationships is supported by the results found between choice perception and factors 2 and 3, willingness to ask for help, and goal and success orientation. Whilst having a nonlinear correlation between them, 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 user's 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. Padgett et al. (2008) notes that, just as the birth of meaningful social relationships, the search for solitude can sometimes be a means of enhancing recovery.

Not surprisingly the weakest form of association found in this study was the one between choice and symptomology, with its results being nor linear or significant. However, failure to

observe significant values does not necessarily translate into an absence of relation between variables, specifically when there is a possibility of intermediary variables, both measured or not, mediating the effects observed (Shrout & Bolger, 2002). For the specific population at study it is vital to address the often hidden psychological outcomes of previous traumas (Padgett, Smith, Henwood & Tinderington, 2012) in the life histories of homeless persons with mental illness, as well as patterns of poverty and social exclusion (Shinn, 2007), that can all account for individual fluctuations in measures such as choice and recovery. Furthermore, individual experiences of such nature can have a great deal of influence as life stressors, adding to the manifestation of mental illness in a person's life and altering one's perception of control and choice, so that the relation between both measures is reciprocal and intertwined (Greenwood et al. 2005). If taken into account how being deprived of freedom to choose and prioritize what's important in the course of a person's life and treatment can lead to the decision of returning to the streets, as alternative to being in restrictive program settings, (Harp, 1990), and how the stressors of such experience can in turn manifest themselves through an exacerbation of SMI symptoms, it becomes evident why support services must provide their users with choice mechanisms designed to assist them with their recovery processes.

Just as severe mental illness cannot be fully explainable by homelessness or the other way around, its recovery is also not an exclusive result of the (re)acquired right to control and choose over housing and support. However, the 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 collaborative interventions. These findings have therefore implications for both policy and future research, supporting the need for consumer-driven approaches that foster the recovery processes of formerly homeless persons with severe mental illness, shifting the existing paradigm and re-directing new resources towards a transformative change in community mental health services (Nelson, Kloos & Ornelas, 2014).

There are some limitations to this study that should be noted. First, the study design targets one sample of a supported housing approach only. The use of a comparison group would allow for more extensive conclusions to be drawn from the impact of choice in SMI recovery. Second, data was collected at one moment in time. A longitudinal design would make it possible to assess changes in the recovery processes, contributing to a more comprehensive view of its evolution through time under the influence of choice and control perception.

5. REFERENCES

- Acosta, O., & Toro, P. A. (2000). Let's ask the homeless people themselves: A needs assessment based on a probability sample of adults. *American Journal of Community Psychology, 28*, 343-366.
- Carling, P. J. (1995). *Return to Community: Building Support systems for people with psychiatric disabilities*. New York: Guildford Press
- Corrigan, P., Salzer, M., Ralph, R., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin, 30* (4), 1035-1041.
- Deegan, P. & Drake, R. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services, 57*, 1636-1639.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica, 25* (1), 127-133.
- 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*, 223-238.
- Greenwood, R. M., Stefancic, A. & Tsemberis, S. (2013). Pathways housing first for 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., & 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
- Hopper, K., Jost, J., Hay, T., Welber, S., & Haugland, G. (1997). Homelessness, severe mental illness, and the institutional circuit. *Psychiatric Services, 48*, (5), 659-665.

- Harp, H. (1990). Independent living with support services: the goal and future for mental health consumers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 85–89.
- 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.
- Nelson, G., Kloos, B. & Ornelas, J. (2014). Transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (pp. 3-20). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change*. 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. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res*, 24, 89-100.
- Ornelas, J. (2005), O Modelo Comunitário de Intervenção em Saúde Mental na Era Pós-Hospitalar. In J. Ornelas, F. J. Monteiro, M. J. Vargas-Moniz & T. Duarte (Eds). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*. Lisboa: AEIPS Edições.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Fim de Século Edições, Sociedade Unipessoal, Lda. Lisboa.
- Ornelas, J. (2013). *Casas Primeiro, Lisboa. Final report for Housing First Europe project*. (Lisboa).
- 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.

- 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. K. & Henwood, B. (2012a). Qualitative research for and in practice: findings from studies with homeless adults who have serious mental illness and co-occurring substance abuse. *Clinical Social Work Journal, 40*, 187-193.
- Padgett, D. K., Henwood, B., Abrams, R. E. & Drake, C. (2008b). 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.
- Padgett, D. K., Smith, B. T., Henwood, B. F. & Tiderington, E. (2012b). 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.
- 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.
- Shinn, M. (2007). International homelessness: policy, social-cultural, and individual perspectives. *Journal of Social Issues, 63*, 657-677.
- Shinn M., Baumohl J., Hopper K. (2001). The Prevention of Homelessness Revisited. *Analyses of Social Issues and Public Policy 1*(1), 95-127.
- Shrout, P. E. & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods, 7*(4), 422-445.
- 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.

- Toro, P.A., Bellavia, C.W., Daeschler, C.V., Wall, D.D. & Smith, S.J. (1997). Evaluating an Intervention for Homeless Person: Results of a Field Experiment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 476-484
- 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. & Eisenberg, R. F. (2000). Pathways to housing: 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 a dual diagnosis. *American Journal of Public Health, 94*, 651-656.
- Tsemberis, S., Moran, L., Shinn, M., Asmussen, S., & Shern, D. (2003a). 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.
- Yanos, P. T., Barrow, S. M., & 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.
- Tsemberis, S., E. Rogers, S., Rodis, E., Dushuttle, P., & Skryha, V. (2003b). Housing satisfaction for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology, 31*(6), 581-590.
- Zimmerman, M. A. (1995) Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*, 581-599.

ANEXOS (I)

REVISÃO DE LITERATURA

Maiores índices de satisfação com a escolha proporcionada às pessoas sem-abrigo com doença mental sobre as opções disponíveis para resolver a problemática da vivência sem-abrigo estão correlacionados com maior satisfação e confiança destas pessoas nos serviços de suporte, maior integração comunitária, maiores índices de recovery e maior estabilidade habitacional uma vez abandonadas as ruas (Greenwood, Schaefer-MacDaniel, Winkel & Tsemberis, 2005; O'Connell, Rosenheck, Kasproff & Frisman, 2006; Nelson, Sylvestre, Aubry, Geroge & Trainor, 2007; Srebnik, Livingston, Gordon & King, 1995; Tsemberis, Kent & Respress, 2012; Tsemberis, Rogers, Rodis, Dushuttle & Skryha, 2003b; Yanos, Barrow & Tsemberis, 2004). Carling (1995) advoga que a abordagem de habitação apoiada deverá estar enraizada na noção de que os utilizadores devem possuir liberdade de escolha e controlo sobre o tipo de habitação em que vivem, onde e com quem. Zimmerman (1995) e Ornelas (2005) fundamentam que esta perceção de escolha é instrumental para empoderar a perceção de controlo e responsabilidade que os participantes em programas de habitação sentem em relação às suas próprias vidas, o que por sua vez é fundamental não só na promoção dos processos de recovery, empowerment e crescimento pessoal, mas também em outras áreas como a integração comunitária e a qualidade de vida. Este é o princípio fundamental e orientador do modelo Housing First (HF), criado para remover as barreiras que existem entre a população sem-abrigo considerada mais vulnerável – com experiência de doença mental e consumo de substâncias - e o acesso à habitação (Gulcur, Stefanic, Shinn, Tsemberis & Fischer, 2003; Tsemberis, 1999; Tsemberis & Asmussen, 1999; Tsemberis & Eisenberg, 2000; Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004; Tsemberis, Moran, Shinn, Asmussen, & Shern, 2003a).

A população sem-abrigo com doença mental e consumo de substâncias

Shinn, Baumohl e Hopper (2001) dizem-nos que as pessoas sem-abrigo com experiência de doença mental e consumo de substâncias (o presente trabalho utiliza o termo consumo e não abuso, mesmo sendo este transversalmente mais comum na literatura, uma vez que, de acordo com Kelly, cit. por White e Kelly em 2011, se entende que o conceito abuso contribui frequentemente para a formação de um estigma social, o que pode inibir os processos de recovery e fomentar desta forma a rejeição social e o sentimento de alienação comunitária) fazem parte de uma das populações mais vulneráveis e de difícil acesso. Os índices de

prevalência variam, no entanto segundo Drake, Osher e Wallach, Koegel et al. e Toro, citados por Tsemberis et al. (2003a) 20 a 37% da população sem-abrigo experienciou em algum momento da sua vida doença mental, sendo que 50% tem igualmente um quadro clínico de adição de substâncias. Já Herman, Susser e Struenin, citados por Greenwood et al. (2005) falam numa prevalência de doença mental mais de duas vezes superior àquela reportada na população domiciliada. No entanto, as necessidades desta população a nível do tipo de serviços de suporte são as mesmas que as necessidades da restante população sem-abrigo sem o duplo diagnóstico de doença mental e consumos (Acosta & Toro, 2000). De acordo com Shinn (2002), a literatura sobre as causas da situação sem-abrigo diverge em abordagens centradas no indivíduo e abordagens centradas em fatores estruturais. Para a autora, a problemática individual da pessoa sem-abrigo – quer seja a toxicomania, doença mental, desemprego ou educação empobrecida – não causa o ser sem-abrigo. Este tipo de condicionantes determina sim a vulnerabilidade e suscetibilidade a ser sem-abrigo no mercado económico e financeiro atual. Independentemente dos fatores considerados de risco presentes na literatura, as principais causas desta problemática assentam em condições estruturais como a pobreza e a oferta de habitação sustentável a preços acessíveis (Shinn, Baumohl & Hopper, 2001). Shinn (2007; 2013) considera assim que o número de pessoas sem-abrigo com doença mental não aumentou quando os hospitais psiquiátricos encerraram, mas sim quando a renda das habitações aumentou, defendendo que as características individuais interagem com as políticas e padrões de exclusão social, influenciando quem se torna sem-abrigo. O modelo HF intervém diretamente nestas condições estruturais ao proporcionar o acesso direto a uma casa, reduzindo eficazmente o número de pessoas a viverem sem abrigo e promovendo a estabilidade habitacional destas pessoas (Hwang, Stergiopoulos, O’Campo & Gozdzik, 2012; Pearson, Montgomery & Locke, 2009; Stefanic & Tsemberis, 2007; Tsemberis et al., 2012).

Os estudos efetuados no âmbito desta temática revelam que esta população tende a utilizar diversos serviços e instituições de carácter residencial transitório como abrigos noturnos, centros de acolhimento temporários ou residências vigiadas com controlo clínico, não conseguindo sair definitivamente dos circuitos da vida sem-abrigo, uma vivência pautada pela instabilidade habitacional, sem que o objetivo de possuir um abrigo estável e permanente – uma casa – seja alcançado (Drake, Osher & Wallach, 1991; Hopper, Jost, Hay, Welber & Haugland, 1997). Esta linha de respostas não soluciona o problema das pessoas sem-abrigo com duplo diagnóstico – a ausência de uma casa. Pelo contrário, a passagem por estes serviços dificulta a obtenção do objetivo principal (a estabilidade habitacional) e condiciona aspetos adjacentes como o recovery da doença mental e a integração comunitária das pessoas que a eles recorrem

(Tsemberis & Eisenberg, 2000), mantendo o enfoque nas dificuldades sentidas por esta população e promovendo a dependência dos profissionais através do desequilíbrio da relação estabelecida com os utilizadores (Duarte, 2007).

Housing First

É na procura de uma resposta que quebre o ciclo rua-instituições-rua que surge o programa *Pathways to Housing, Inc* (daqui para a frente referido como *Pathways*) na cidade de Nova Iorque em 1992. O *Pathways* desenvolveu o modelo HF que procura responder às necessidades habitacionais e de tratamento da população sem-abrigo crónica (Gulcur et al., 2003; Tsemberis, 1999; Tsemberis & Asmussen, 1999; Tsemberis & Eisenberg, 2000; Tsemberis et al., 2003a; Tsemberis et al., 2003b; Tsemberis et al., 2004). O programa facilita o acesso imediato a casas arrendadas independentes e a serviços de suporte individualizados no contexto habitacional e comunitário a pessoas sem-abrigo com doença mental e adições, sem que a participação prévia em programas de reabilitação, desintoxicação e tratamento da doença mental sejam pré-requisitos obrigatórios. Os participantes têm a possibilidade de escolher o tipo de tratamento e a frequência com que a ele recorrem, integrando assim uma política de redução de danos face às necessidades por eles identificadas e priorizadas. Esta abordagem de redução de danos centrada no utilizador reduz os sintomas da doença mental e o uso de substâncias uma vez que os participantes atingem a perceção de que esses problemas interferem com a obtenção de metas como por exemplo, encontrar e manter um emprego ou ter uma vida social satisfatória (Tsemberis et al., 2003a). O tipo de tratamentos disponíveis varia entre gestão habitacional, reabilitação vocacional, tratamento para a doença mental e consumo de substâncias, entre outros. No entanto a participação neste tipo de tratamentos não é obrigatória e não constitui impedimento ao acesso à habitação. O *Pathways* assume apenas a premissa de que os seus participantes contribuam com 30% do seu rendimento médio mensal para a renda da casa e que se encontrem com um elemento da equipa técnica pelo menos duas vezes por mês. Mais uma vez, estes elementos não são rígidos e podem ser adaptados com flexibilidade.

Adotando uma atuação respeitante pela escolha, o modelo HF remove inteiramente o papel autoritário tradicional dos serviços de suporte até então existentes. O técnico não age mais como um guardião (do acesso a uma habitação, dos processo de recovery, das escolhas e decisões que foram deliberadas como sendo as mais apropriadas), mas sim assume-se como parte integrante de uma equipa que trabalha em conjunto com o utilizador de forma não coerciva e respeitadora das escolhas do mesmo (Padgett & Henwood, 2012a). Este modelo possibilita aos seus participantes a oportunidade de reassumirem o controlo sobre as vidas, tendo como ponto de

partida o contexto habitacional que vai por sua vez acionar outros aspetos a ele associados. A escolha sobre onde e com quem querem viver, a decisão sobre o consumo de substâncias ou ausência do mesmo e a participação em serviços de tratamento é novamente o direito e o dever do participante. E a percepção de controlo sobre as possibilidades de escolha disponíveis é fundamental na medida em que devolve o sentimento de controlo sobre a própria vida, assistindo em constructos como a autodeterminação e autonomia, sendo crucial para os processos de empowerment, recovery e estabilidade habitacional (Greenwood et al., 2005; Tsemberis et al., 2003a; Tsemberis et al., 2003b; Tsemberis et al., 2004; Tsemberis et al., 2012; Zimmerman, 1995). No entanto, embora exista um consenso na literatura sobre o impacto positivo que a oportunidade de escolha tem nas pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental e consumos, a relação entre a escolha e recovery da doença mental não é ainda totalmente compreendida (Greenwood et al., 2005).

Housing First e *Continuum of Care*

O modelo HF assume-se assim como uma alternativa ao modelo que ainda é predominante nas práticas atuais que procuram solucionar a problemática da vivência sem-abrigo e que se baseiam no modelo de *Continuum of Care* (CC) uma abordagem contínua no qual os participantes completam uma progressão passo-a-passo por diversos serviços que iniciam pelo outreach – assistência social no terreno - passando por diversos centros de acolhimento e abrigos temporários, progredindo gradualmente e mediante condições rígidas por residências congregadas sob vigilância e supervisão, até que alcançam o patamar final, uma habitação permanente. Esta abordagem é baseada em duas diretrizes inalteráveis: o provedor do programa é quem decide se o participante está apto para se graduar para este último patamar, e a participação em programas de tratamento para a doença mental e consumo de substâncias é obrigatória e não negociável (Greenwood et al., 2005; Gulcur et al., 2003; Tsemberis et al., 2003). Se o participante voltar a consumir substâncias (por exemplo) regride na sua régua de progressão, sendo colocado no patamar anterior àquele em que se encontrava. O tratamento do duplo quadro clínico é obrigatório e considerado como fator determinante na preparação para a vivência independente numa casa, sendo que o participante avança nos degraus do programa consoante o seu sucesso nessas duas problemáticas. Os programas que seguem este modelo frustram as expectativas de acesso a uma habitação ao impor o tratamento e a sobriedade. No ponto de vista dos profissionais, é a psicopatologia e as adições do indivíduo que interferem com a capacidade e vontade de participar nos programas. Já a perspectiva dos utilizadores encara estes programas como uma série de barreiras que representam uma fraca possibilidade de

alcançar o objetivo: uma habitação permanente e individual. Adicionalmente é esperado do participante que desenvolva relações sociais e de trabalho com os técnicos enquanto progride no *continuum*. No entanto o carácter unilateral de imposição de regras e objetivos frustra possíveis tentativas de negociação por parte do utilizador, sem que haja lugar a um acompanhamento individual ou a uma construção de um plano pessoal de crescimento. Esta abordagem assume que as pessoas com doença mental não têm a capacidade para manter uma habitação estável sem que antes o quadro clínico seja estabilizado, através de uma convicção inabalável de que as pessoas sem-abrigo com doença mental e uso de substâncias são incapazes de fazer escolhas ou tomar decisões sobre o tipo de tratamentos e serviços que lhes serão mais benéficas (Greenwood, Stefancic & Tsemberis, 2013). Existe igualmente a premissa de que as competências necessárias para viver numa casa independente são adquiridas através da vivência prévia em residências comuns, onde os participantes treinam essas competências que, na perspetiva dos provedores, nunca possuíram ou perderam ao longo da experiência de sem-abrigo (Greenwood et al., 2005). O modelo de CC assume que as competências necessárias a um determinado tipo de vivência podem ser adquiridas num local completamente diferente do local em que essa vivência irá futuramente decorrer. No entanto, de acordo com Tsemberis et al (2004) a investigação feita na área da reabilitação psiquiátrica indica que a aprendizagem de competências necessárias a um tipo de vivência específico é melhor aprendida no local em que essa vivência se vai desenrolar. Pessoas na situação de sem-abrigo com duplo diagnóstico são muitas vezes consideradas como indivíduos socialmente empobrecidos, i.e. com competências sociais debilitadas, no entanto Padgett, Henwood, Drake e Abrams verificaram que vários dos participantes do estudo que os autores conduziram em 2008(b) foram capazes de desenvolver relações significativas nas suas vidas, apesar de todos os fatores condicionantes impostos pela vida nas ruas, como a exposição ao crime, drogas e outras ameaças ao bem-estar. Padgett (2007) conclui também que mais do que conseguirem viver sem vigilância e supervisão, as pessoas sem-abrigo e com duplo diagnóstico demonstram igualmente os benefícios em ter uma casa, na medida em que revelam elementos constituintes de segurança ontológica (perceção de controlo, rotinas diárias tranquilizadoras e reconfortantes, privacidade e capacidade em reconstruir um sentimento de identidade). Para Tsemberis et al. (2003) existem diversos problemas associados com o modelo de CC. Os programas baseados neste modelo não proporcionam qualquer tipo de possibilidade de escolha ou poder de decisão na obtenção de uma casa, ao mesmo tempo que a concordância em participar em programas de reabilitação é usada como moeda de troca para obter o bem mais desejado – a casa. Isto conduz a que o valor do tratamento seja comprometido nos olhos dos participantes, uma vez que a obtenção da casa é explorada em

troca de uma participação em tratamentos muitas vezes não desejados. O *Pathways* foi assim desenhado para servir a população sem-abrigo com duplo diagnóstico de doença mental e uso de substâncias de Nova Iorque, concentrando-se especificamente nos indivíduos rejeitados por outros programas. A pedra basilar do *Pathways* é a defesa de que a habitação é um direito básico e elementar, e que habitação e tratamento são dois conceitos distintos com critérios de avaliação igualmente separados.

Estudo de investigação presentes na literatura.

De forma a melhor compreender a evolução da metodologia HF segue-se um olhar atento sobre a investigação conduzida na área das respostas interventivas para a população sem-abrigo com doença mental e consumos. Estes estudos contribuíram para o reconhecimento do modelo HF ao comprovarem que este apresenta resultados superiores ao nível da estabilidade habitacional dos seus participantes (Tsemberis et al. 2004), maior perceção de escolha (Greenwood et al. 2005), recovery da toxicodependência (Padgett, Gulcur & Tsemberis, 2006) e menores custos associados (Tsemberis et al. 2003a; Gulcur et al. 2003).

Tsemberis (2003a) defende que a doença mental e o consumo de substâncias constituem um impedimento menor do que aquele que é considerado pelos defensores da linha de CC, e testou a hipótese de que indivíduos com doença mental e consumo de substâncias podem e conseguem viver, trabalhar e decidir sobre aspetos da sua vida quando estão inseridos em comunidade, a viver numa habitação considerada normal. Este estudo avaliou dois programas:

Programa 1: Choices Unlimited.

Este programa consistiu numa abordagem experimental de assistência no terreno e centro de apoio e foi desenvolvido especificamente para responder à dificuldade que existe em envolver a população sem-abrigo e com doença mental em programas desenhados para a assistir. Esta população experiencia efeitos negativos e diversos que incluem depressão, hospitalização frequente, tendências suicidas, relações familiares disfuncionais, vitimização e consumos (Osher & Drake; Goodman, Dutton & Harris; citado por Tsemberis et al., 2003), e tendencialmente apresenta um histórico de recusa a tratamentos e problemas comportamentais, sendo frequente episódios de violência e encarceramento. No entanto, independentemente das necessidades subjacentes a este tipo de situações, os programas tradicionais de habitação reportam grande dificuldade em abordar com sucesso esta população (Asmussen, Romano, Beatty, Gasarch, & Shaughnessey; Bybee, Mowbray, & Cohen; Osher & Drake; Rowe, Hoge, & Fisk; citado por Tsemberis et al., 2003). O programa *Choices Unlimited* difere do modelo CC em 4 aspetos:

- A equipa no terreno e do centro de apoio trabalha de acordo com uma filosofia que enfatiza a escolha do utilizador;
- Existe continuidade na relação entre equipa de técnicos e utilizador;
- Os utilizadores podem recorrer ao centro de apoio e aos seus técnicos sempre que assim o desejarem, sendo que não existe um limite de utilização ou condição de tratamento prévio;
- Os utilizadores influenciam a tomada de decisões que afetam o programa.

O programa teve uma participação de 168 indivíduos com doença mental e a viverem nas ruas que foram distribuídos aleatoriamente pelo grupo experimental (*Choices*) e de controlo. Foram administradas entrevistas no início do estudo e em intervalos de 6 meses durante a duração total de 24 meses. O grupo experimental revelou maior facilidade em obter comida, encontrar um lugar para dormir e manter a higiene pessoal. Participaram em mais serviços de apoio como por exemplo grupos de ajuda mútua e programas de desintoxicação e tiveram menor contato com as forças policiais, revelando melhorias significativas nos níveis de satisfação com a qualidade de vida e reduções nos níveis de ansiedade e depressão. Os níveis de autoestima mantiveram-se estáveis duramente a realização do estudo para ambos os grupos. O tempo passado nas ruas diminuiu em ambos os grupos, mas a diminuição no grupo experimental (55%) foi quase o dobro do grupo de controlo (28%). No fim do estudo 38% da amostra do grupo experimental residia em comunidade, comparado com apenas 24% no grupo de controlo. Os autores sublinham o fraco sucesso absoluto que o *Choices* obteve ao fim dos dois anos. Apesar de revelarem melhorias significativas nas suas vidas, a maioria dos participantes do grupo experimental não conseguiu mesmo assim cumprir com as condições rígidas e necessárias impostas pelos programas de habitação então existentes. O *Choices* foi eficaz em envolver a população sem-abrigo e com doença mental nas fases iniciais e conseguiu com sucesso a integração em serviços de apoio, mas não alcançou níveis satisfatórios de redução da situação de sem-abrigo. Face a estes resultados os autores propuseram que para terminar efetivamente a situação de sem-abrigo, o acesso à habitação tem de ser parte integrante e livre de restrições de um programa. Surge assim o programa *Pathways to Housing*.

Programa 2: *Pathways*.

A investigação utilizou um design longitudinal de 48 meses, e os resultados apresentados pelos autores na avaliação feita ao programa que consta no artigo de 2003 são preliminares e incidem sobre os primeiros 6 meses. O tipo de estudo conduzido contou com 255 participantes, é experimental e com amostras aleatórias, respondendo assim às críticas feitas a estudos precedentes que não usaram esse tipo de amostra, e compara a eficácia do *Pathways* com programas CC. De forma consistente com as características de ambos os modelos, após 6 meses

3% do grupo experimental (*Pathways*) e 30% do grupo de controlo continuava a viver na situação de sem-abrigo. Os resultados obtidos suportam a hipótese colocada pelos autores de que o *Pathways* é particularmente eficaz em reduzir a situação de sem-abrigo para indivíduos com um passado extenso nessa situação. Notoriamente 79% dos participantes do grupo experimental encontravam-se estavelmente a viver numa habitação após 6 meses, comparativamente com apenas 27% do grupo de controlo. Este resultado desafia a teoria de que as pessoas sem-abrigo com doença mental não estão preparadas para viver sozinhas. Mais ainda, demonstra que o diagnóstico clínico não interfere com a capacidade de adquirir e manter uma casa individual e independente (Tsemberis et al., 2004). Nenhum dos resultados obtidos pelo grupo experimental foi à custa do bem-estar físico ou psicológico dos participantes: após 6 meses não se registaram diferenças entre os dois grupos nos níveis do *Colorado Symptom Index*, autoestima, qualidade de vida e uso de substâncias psicoativas. Os resultados não suportam os receios partilhados pelos defensores do modelo CC de que proporcionar uma casa sem obrigar a uma desintoxicação prévia irá aumentar o consumo de substâncias. Os autores provam assim com este estudo que proporcionar o acesso a uma habitação estável e independente potencia a motivação dos utilizadores a controlar os consumos de modo a manter as suas casas. Os níveis de poder de escolha percebido pelo grupo experimental indicam que os participantes do *Pathways* experienciam níveis significativamente mais altos de controlo e autonomia. Esta perceção é fundamental para o sucesso que estas pessoas revelam em manter uma casa e em envolverem-se proactivamente com as equipas de saúde mental em comunidade após saírem das ruas, resultado que evidencia uma vez mais a importância da escolha do utilizador ao transitar das ruas para uma casa. Ao proporcionar uma habitação permanente a pessoas sem-abrigo e com doença mental vindas diretamente das ruas, o programa *Pathways* ultrapassou as barreiras identificadas no fim do estudo avaliativo do *Choices Unlimited*.

Gulcur et al. (2003) comparou a taxa de sucesso e os custos de ambos os modelos em 225 participantes provenientes das ruas e internamentos em hospitais psiquiátricos ao longo de 48 meses. Os resultados obtidos pelos autores demonstraram o sucesso do modelo HF na redução da situação de sem-abrigo, na redução da prevalência de hospitalização e na redução de custos: os participantes do *Pathways* tiveram acesso a uma habitação mais rapidamente que os participantes dos programas de CC, e apresentaram uma taxa mais elevada de estabilidade habitacional, sendo que o grupo HF passou menos dias internado em hospitais psiquiátricos durante a duração do estudo. A redução de custos foi assim superior para o primeiro grupo, especialmente durante o primeiro ano. Mais uma vez, os autores comprovam a eficácia do modelo HF contrastando com o modelo de CC que argumenta que proporcionar o acesso direto

das ruas para uma casa equivale a abrir o caminho para o fracasso das pessoas sem-abrigo com experiência de doença mental em manter uma casa. O *Pathways* obtém o seu sucesso sem obrigar os participantes à desintoxicação e tratamento psicológico, sendo que o acesso a este tipo de serviços está imediatamente disponível caso os participantes assim o desejarem. Os autores fornecem assim mais evidências e adiantam que tal fator – a escolha - constitui uma dimensão crucial do modelo. Padgett, Stanhope, Henwrod e Stefancic (2011) mediram o consumo de substâncias e o uso de serviços de saúde nessa área. Dos 31 participantes dentro do grupo de controlo que reportaram uso de drogas e/ou álcool, 26 abandonaram o programa sem aviso prévio (os restantes 5 foram dispensados por incumprimento das regras) e 14 experienciaram uma recaída total no consumo de substâncias. Dentro do grupo experimental, dos 8 participantes que reportaram consumo de substâncias todos permaneceram com o programa, incluindo 2 que recaíram totalmente em consumo continuado. Três participantes abandonaram o programa para irem viver com familiares – nenhum voltou às ruas. No ano após a participação nos programas, o grupo de controlo apresentou maior incidência de consumo de substâncias e recorreu 10 vezes mais aos serviços de saúde especializados na área. Os autores apresentam assim fortes evidências de que os participantes de programas HF têm uma probabilidade significativamente menor em consumirem substâncias psicotrópicas quando comparados com participantes de programas CC. Além disso, recorrem menos aos serviços especializados de saúde na área da adição ao mesmo tempo que apresentam uma taxa inferior de abandono desses mesmos serviços. Tal pode ser explicado como o reflexo de uma necessidade menor de consumo de substâncias por parte dos participantes e também devido à política de redução de danos que tolera um consumo baixo a moderado sem obrigatoriedade de desintoxicação prévia. Os autores concluem que a segurança de ter uma casa para viver proporciona oportunidade e motivação para controlar o consumo de substâncias quando comparado com as alternativas de residências agregadas acompanhadas de tratamento ou o regresso às ruas. O modelo HF assiste assim no processo de recovery do consumo de substâncias e estabelece o caminho para o recovery da doença mental (Padgett et al. 2011; Tsemberis et al. 2004). As diferenças reveladas pelos resultados destes estudos são mais evidentes em fases iniciais, o que para Gulcur et al. (2003) evidencia que a abordagem HF aniquila eficazmente as barreiras que existem entre as pessoas sem-abrigo e uma casa.

Em 2010, através de um estudo de observação com 709 participantes, Tsai, Mares e Rosenheck colocaram a hipótese de que os participantes de programas CC incorrem em maiores custos ao longo do tempo, mas apresentam melhores resultados a nível psicossocial e de

consumo de substâncias, quando comparados com participantes em programas HF. Os resultados do estudo não confirmaram a hipótese colocada.

Integrando já a perspectiva de que o modelo HF é eficaz e constitui a resposta à problemática das pessoas sem-abrigo com doença mental, Watson, Wagner e Rivers (2012) procuraram responder à questão levantada pelo facto de que a maioria da investigação sobre o modelo HF avalia programas que seguem exatamente todas as linhas do *Pathways*, conduzindo nesse sentido um estudo que comparou 4 programas dentro do modelo HF, mas que diferem significativamente em termos de a) número de participantes; b) população; c) há quanto tempo seguem o modelo e d) tipo de habitação. O objetivo dos investigadores consistiu em identificar os elementos críticos e essenciais do modelo HF de forma a melhor compreender como é que variações do modelo em diferentes programas podem afetar os utilizadores. Os autores entrevistaram técnicos e participantes e identificaram seis elementos:

Política de admissão – os requerimentos de admissão foram considerados pelos técnicos de todos os programas como o elemento essencial, desenhados para intervir de forma rápida e eficaz numa população alargada. O tempo de espera até a colocação numa casa variou entre 1 dia e 1 ano, sendo que mesmo os utilizadores que aguardaram mais tempo referiram-se ao processo como rápido e simples;

Redução de danos – sendo a política admissão o mecanismo através do qual os participantes acedem a uma habitação independente, a redução de danos é encarada como a ferramenta que torna isso possível. Tanto equipa de técnicos como utilizadores concordam que esta abordagem reduz eficazmente o stress e/ou o medo causado pela ameaça de perder a casa caso ocorram consumos, o que melhora significativamente a qualidade da relação entre os dois grupos;

Prevenção da ação de despejo – esta linha de intervenção é acionada através do desenvolvimento conjunto de um plano entre técnico e participante, estando intimamente ligada com a redução de danos, na medida em que promove a segurança e a estabilidade habitacional;

Opção de participação em programas de tratamento – devolver ao utilizadores a responsabilidade pelas suas próprias decisões, possibilitando que sejam eles a determinar quais são os tratamentos mais adequados para si é fundamental no âmbito de um processo de mudança e crescimento positivo;

Separação entre técnico e senhorio – esta separação é crucial na relação técnico-participante na medida em que destitui o técnico da posição de executor de regras ao mesmo tempo que fortalece a vertente de advocacia face ao participante nas relações com os senhorios, elemento essencial para a promoção de um saudável empowerment e recovery;

Participação informada e apoiada numa metodologia de educação – é importante que os participantes estejam informados sobre as políticas e práticas do modelo HF, uma vez que é a posse dessa informação que atribui significado às escolhas que o participante faz, causando por isso o sentimento de satisfação aquando da obtenção de um objetivo.

Numa outra perspetiva de investigação é importante entender de que modo é que as políticas e filosofias inerentes aos dois modelos influenciam as práticas de intervenção dos técnicos que neles trabalham (Henwood, Stanhope & Padgett, 2010). As conclusões a que os autores chegaram indicam que os técnicos em ambos os modelos priorizam a obtenção de habitação. No entanto, devido às diferenças estruturais entre os modelos, em que um encara o tratamento como a área primária de intervenção que conduzirá ao acesso a uma habitação, e em que o outro assume a habitação como o meio de intervenção que termina a experiência sem-abrigo, os técnicos do programas CC revelaram-se consumidos pela pressão colocada no sucesso do tratamento necessário para obter uma casa, focando formas de contornar o sistema em detrimento de trabalhar efetivamente o bem-estar psicológico dos utilizadores. Inversamente, os técnicos dos programas HF podem focalizar o tratamento em ação conjunta com o utilizador uma vez que o objetivo em obter uma habitação já está preenchido.

A escolha e o recovery

Já vimos que o percurso de vida de um indivíduo adulto sem-abrigo e com doença mental é pautado por uma vertente cíclica na passagem por hospitais, estabelecimentos prisionais, abrigos e de volta novamente às ruas. Existe uma des satisfação com o conjunto de serviços que proporcionam o apoio que pensam (os serviços) ser o mais apropriado, em vez do apoio que estas pessoas dizem, sentem e advogam como real, útil e necessário, e esta é a raiz da fragilidade do elo de ligação constantemente quebrado entre as pessoas sem-abrigo e este tipo de programas (Greenwood et al., 2005). Os autores sublinham ainda que a estadia em serviços do tipo abrigo temporário ou semelhantes está igualmente associada com um sentimento de desempoderamento e outras consequências negativas. Fisher, Shinn, Shrouf e Tsemberis conduziram um estudo em 2008 onde 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 ambiente experienciado nos abrigos potenciar a tendência para o crime devido ao contato entre indivíduos que experienciam altos níveis de stress causados pela ausência de elementos fundamentais como a segurança que só uma habitação única e individual pode proporcionar.

Srebnik, Livingston, Gordon e King avançaram em 1995 que o poder de escolha sobre o tipo de habitação e tratamento para a doença mental está associado com uma maior estabilidade e satisfação habitacional, bem-estar psicológico e constitui um elemento crítico no nível de envolvimento e permanência dos participantes nos programas. Já em 1990 Harp considera que tal se deve à percepção que os participantes têm em como estão a usufruir da assistência que mais se adequa à problemática individual. Tsemberis et al. (2003) menciona que a investigação conduzida em populações com doença mental indica-nos que o poder de escolha sobre as opções habitacionais está correlacionado com uma maior satisfação e estabilidade habitacional, e bem-estar psicológico. Mais ainda, quando o indivíduo tem a possibilidade de escolher onde e como vive, decidindo sobre que serviços melhor se adequam às suas necessidades, o número de hospitalizações diminui e aumenta o número de experiências positivas em locais como o trabalho, escola e atividades sociais. O modelo HF funciona com base neste princípio, sendo que as políticas baseadas na escolha do utilizador estão desenhadas para participarem ativamente numa promoção do empowerment dos seus participantes (Greenwood et al., 2005). Através do reconhecimento de que os participantes poderão estar em níveis diferentes de recovery e que uma intervenção para ser eficaz tem que ter esse fator em causa, cada indivíduo tem o poder de escolher – consumir álcool ou não, tomar a medicação ou não – sendo que o apoio à sua disposição e a sua casa não sejam postos em causa (Tsemberis et al. 2004). Quando a opção de escolha é possibilitada aos participantes com base nas preferências e objetivos individuais, são verificados melhores resultados no que diz respeito à saúde mental acompanhados de uma maior satisfação com os serviços, o que contribui por sua vez para uma maior adesão e permanência nesses mesmos serviços (Calsyn, Morse, Yonker et al., 2003; Padgett, Henwood, Abrams, & Davis, 2008a; Tsemberis et al., 2003b). Nelson et al. (2007) demonstrou que a percepção de escolha e de controlo sobre os aspetos habitacionais e de tratamento encontram-se positivamente correlacionados com a percepção de qualidade de vida e com a integração comunitárias. Mais ainda, a escolha e o controlo apresentaram-se como preditores da qualidade de vida. Os participantes nos programas HF têm a oportunidade de entender as consequências das suas escolhas através de um processo que pode passar pela tentativa e erro no qual se abre a possibilidade de aprendizagem e sentido de responsabilidade sobre os erros que se vão cometendo ao longo do caminho, ao mesmo tempo que sentem novamente nas suas vidas o sucesso pelas pequenas (ou grandes) vitórias que vão alcançando ao longo do seu processo de recovery (Greenwood et al., 2013).

A integração na comunidade é outro fator privilegiado na abordagem HF, sendo reconhecida como elemento fundamental que une os processos de recovery internos com a vida

dita normal, em comunidade e plena de interações significativas. Ornelas (2005) fala-nos da integração comunitária como sendo consequência de um conjunto de pressupostos e valores que implicam que as pessoas com experiência de doença mental tenham acesso aos mesmos contextos habitacionais, profissionais e sociais como qualquer outro cidadão. Mas antes de avançarmos com um olhar mais atento a este aspeto, vale a pena recordar que sendo o recovery uma experiência individual, única e real da aceitação, incorporamento e suplantação dos desafios impostos pela problemática existente (Deegan, 1988), não é algo que acontece de modo isolado nem surge num vazio interpessoal. Este processo abrange uma dimensão social em que a participação comunitária torna possível 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 o processo holístico essencial do recovery (Ornelas, 2008; Duarte, 2007).

Yanos, Felton, Tsemberis e Frye estudaram em 2007 o impacto da habitação no sentimento de comunidade e integração. Os autores avançaram com o constructo de foco de atividade significativa que se refere à ideia de que a relação que estabelecemos com o ambiente que nos rodeia é condicionada pela perceção e entendimento que fazemos da localização primária das atividades que consideramos mais importantes, e por isso significativas para nós. Os resultados encontrados pelos autores revelam que ter um foco de atividade significativa no nosso prédio ou vizinhança traduz-se num sentimento de comunidade elevado assim como um maior sentimento de pertença a essa comunidade, quando comparado com ter esse foco centrado na residência/quarto, ou não ter um foco de todo. O constructo fornece um elo de ligação entre o tipo de habitação e a integração na comunidade e os autores concluem que a capacidade de decidir proactivamente procurar e estabelecer relações dentro da comunidade, ao invés de ficar limitado a atividades dentro da habitação, revela-se mais forte dentro das pessoas com passado de sem-abrigo que residem em casas independentes. As pessoas que frequentam residências comuns são encorajadas a conviver com os outros habitantes dentro da mesma residência, mas falham na procura ativa de ir mais além transpondo as paredes (físicas e psicológicas) da habitação. Similarmente, Gulcur, Tsemberis, Stefanic e Greenwood (2007) concluíram que níveis mais altos de escolha e a dispersão geográfica das habitações por diversas comunidades *mainstream* contribuem significativamente para a integração social e psicológica dos participantes em programas da habitação.

Ornelas (2008) diz-nos que o recovery “não é um processo solitário. A família, os amigos, os pares, os colegas de trabalho, os vizinhos são fontes significativas de suporte” (Ornelas, 2008, p.114). O autor reforça a noção de recovery como linha orientadora de reestruturação dos

serviços na área da saúde mental, focando a integração comunitária de pessoas com doença mental e a prestação dos serviços no contexto da comunidade. Esta reestruturação terá que estar necessariamente “ancorada numa cultura de empowerment” (Ornelas, 2007, in Ornelas, 2008, p.116). Para o autor o empowerment é essencial na promoção da ligação entre indivíduo e meio envolvente, impulsionando as oportunidades de que as pessoas sem-abrigo e com doença mental necessitam (assim como o resto da população) em se tornarem ativas nos processos de tomada de decisão sobre os seus processos de recovery, dispondo das ferramentas necessárias para estabelecer objetivos e definir estratégias.

O conceito de escolha é central numa perspetiva orientada para a integração e o recovery da doença mental em pessoas com experiência de sem-abrigo (Padgett et al., 2008a). Os autores argumentam que os serviços de suporte podem ser responsivos às necessidades de autonomia dos seus utilizadores enquanto seres sociais com relações significativas com amigos e família. A assunção 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 do seu estudo é de realçar que o recovery revelou-se como estando mais intensamente relacionado com ganhar controlo sobre o uso de substâncias e a obtenção de uma habitação independente e estável, do que com a redução dos sintomas psiquiátricos por si só.

Os serviços de suporte às pessoas sem-abrigo com doença mental e consumo de substâncias devem ser disponibilizados para a pessoa de acordo com os diferentes tipos de necessidades individuais, tendo em consideração que essas necessidades podem alterar-se com o tempo, devem respeitar as suas escolhas e preferências e assumir como prioridade a disponibilização de habitação individual e permanente, uma vez que esta constitui a única resposta imediata, e acima de tudo, eficaz. (Ornelas, 2005; Tsemberis, 1999; Tsemberis & Einseberg, 2000; Tsemberis et al., 2003a).

O presente estudo propõe-se a contribuir para a literatura existente no campo dos serviços de apoio à população sem-abrigo com duplo diagnóstico, explorando a importância da escolha do utilizador nos processos de recovery da doença mental.

MÉTODOS

I – ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

O presente trabalho foi elaborado no âmbito de uma cooperação entre o ISPA-IU e a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) com o objetivo de testar e avaliar

o impacto do programa Casas Primeiro, mais especificamente o elemento orientador da escolha que este programa facilita, no recovery da doença mental. A AEIPS foi constituída em 1987 com a inauguração de um Centro Comunitário, a primeira estrutura de suporte para pessoas com doença mental a funcionar diariamente na comunidade. O programa Casas Primeiro foi instaurado em 2009 marcando a implementação do modelo HF (Tsemberis, 1999) em Portugal que consiste em, mais do que uma alternativa, uma solução inovadora que visa diminuir o número de pessoas a viver na situação de sem-abrigo, prevista na Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo (AEIPS, 2011). O Casas Primeiro colabora com uma equipa de investigadores da Comissão de Saúde Mental do Canadá (*Mental Health Commission of Canada*), que se encontra igualmente a avaliar o seu próprio programa de habitação apoiada para pessoas em situação de sem-abrigo, o programa *Homelessness Demonstration Project – At Home/ Chez Soi*. Resultados revelados pelo estudo de avaliação aos níveis de fidelidade relativamente ao modelo HF revelaram elevados níveis para o Casas Primeiro relativamente à disponibilização de habitação imediata e escolha do consumidor, em grande parte devido à relação de confiança estabelecida com entre equipa de técnicos e senhorios (Greenwood, Stefancic, Tsemberis & Busch-Geertsema, 2013).

O programa Casas Primeiro

O Casas Primeiro tem como objetivo apoiar pessoas sem-abrigo com experiência de doença mental na obtenção e manutenção de uma habitação considerada como tipicamente normal, i.e., estável, independente e integrada na comunidade, disponibilizando para isso apoio ao arrendamento e proporcionando um conjunto diversificado de serviços de suporte individualizados não só no contexto habitacional mas igualmente na comunidade, apoiando o participante no estabelecimento de uma rede de conexões com outros recursos na comunidade. Ao facilitar este tipo de intervenção, o programa almeja promover o aumento da qualidade de vida e o bem-estar individual dos seus participantes. Este apoio é disponibilizado consoante as necessidades e prioridades estabelecidas por cada participante, sem que exista uma limitação temporal desse apoio (Ornelas, Duarte, Almas & Madeira, 2011). Para poderem participar no programa, os participantes têm que concordar com uma contribuição de 30% do seu rendimento total mensal para o arrendamento da casa, e aceitar uma visita domiciliária pelo menos uma vez por semana de um elemento da equipa de técnicos do programa. Fora estes dois aspetos, não existem outras condições prévias que condicionem a participação no Casas Primeiro, exceto a aceitação das condições gerais do contrato de arrendamento subjacentes ao arrendamento de qualquer imóvel, por qualquer pessoa. Uma vez por semana o programa

organiza uma reunião de grupo na sede da AEIPS onde se possibilita a discussão em conjunto de técnicos e participantes sobre os temas considerados mais importantes e a partilha de testemunhos e experiências que contribuem para o planeamento e evolução do programa. Utilizando uma abordagem ecológica e colaborativa com foco no recovery e integração comunitária, os técnicos do programa trabalham em conjunto com os seus participantes tendo em conta as necessidades e interesses dos últimos, prestando apoio onde e sempre que necessário, quer seja em assuntos legais como obtenção de documentos ou registo em instituições, acesso a serviços de saúde, atividades em comunidade ou gestão doméstica. Os resultados da avaliação ao programa revelam uma taxa de retenção habitacional de 80%, decréscimo significativo na utilização de serviços de emergência e hospitalizações/internamentos e um aumento na qualidade de vida dos seus participantes (Ornelas, 2013).

II – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Esta investigação tem como objetivo examinar qual o tipo de associação existente entre duas variáveis (a escolha e o recovery) e a intensidade e direção desta associação. Mais especificamente, pretende-se verificar de que forma é que a perceção de escolha dos participantes do programa Casas Primeiro se relaciona com os índices de recovery da doença mental dos mesmos, questionando nesse sentido e em primeiro lugar (i) se a escolha e o recovery estão associados, (ii) de que forma é que esta associação se manifesta, e (iii) quais são os elementos presentes no processo de recovery mais impactados pela perceção de escolha.

- (i) Existe uma associação entre a perceção de escolha e o recovery da doença mental?
- (ii) Qual é a natureza dessa associação?
- (iii) Quais são os elementos presentes no processo de recovery mais influenciados pela perceção de escolha?

III – INSTRUMENTOS

O presente estudo recorre aos dados recolhidos por três questionários (Anexo A).

PHQ-PT

O *Perceived Housing Quality*, versão traduzida e adaptada pela Equipa de Investigação ISPA-IU/AEIPS em 2012 de uma adaptação efetuada pelo *Homelessness Demonstration Project – At Home/Chez Soi* (2010), um projeto que implementou o modelo HF no Canadá. Este questionário pretende estudar as perceções dos participantes relativamente a aspetos relacionados com a qualidade da habitação e vários aspetos a ela relacionados. Mais especificamente, este

questionário pretende avaliar a satisfação com a escolha e a qualidade percebida do utilizador relativamente à casa, ao tratamento e a outros aspetos do modelo HF, uma vez que esta percepção de escolha consiste num dos princípios fundamentais do modelo. O questionário foi elaborado a partir do instrumento utilizado por Tsemberis et al. em 2003(b) num estudo em que os autores desenvolveram e testaram um questionário destinado a avaliar a satisfação com a habitação percebida por pessoas com doença mental a participarem em programas de habitação, e inclui também itens presentes no estudo de Toro, Bellavia, Daeschler, Wall e Smith (1997) que avaliou um programa de apoio a pessoas sem-abrigo no que diz respeito a diversas esferas entre elas a qualidade da habitação. A Equipa de Investigação ISPA-IU/AEIPS (2012) adaptou o questionário acrescentando 7 itens baseados no trabalho de Srebnik et al. (1995). O PHQ-PT está dividido em duas partes: uma primeira parte com 14 itens, parte essa utilizada no presente estudo e que avalia a satisfação dos participantes com a escolha que lhes foi facilitada face a diversos aspetos relacionados com a habitação e outros aspetos do modelo HF (daqui para frente referido como PHQ-PT_escolha). As questões são específicas ao avaliarem não só a satisfação do participante com a escolha sobre a decisão em participar em programa de tratamento e medicação, sobre o contacto e interações estabelecidas com a equipa do programa, mas também a satisfação com a escolha em aspetos práticos sobre a vivência numa casa, como por exemplo a renda, a escolha da localidade, a decoração, o facto de não existir um prazo limite de permanência na casa e o contacto com o senhorio. A maioria das questões poderia assim ser colocada a qualquer outra pessoa que arrenda uma habitação individual e independente, o que torna este instrumento particularmente sensível ao aspeto da escolha que o programa Casas Primeiro facilita aos seus participantes, elemento esse que se encontra tradicionalmente ausente nos modelos tradicionais. O questionário inclui igualmente uma segunda parte que incide sobre a satisfação que o participante sente sobre a qualidade de outros aspetos relacionados com a casa, como por exemplo a segurança e a privacidade. As opções de resposta consistem, para a primeira parte, numa escala de Likert de 1 a 5, em que 1 significa Muito Insatisfeito e 5 significa Muito Satisfeito. De acordo com o protocolo do *Homelessness Demonstration Project – At Home / Chez Soi* (2010) uma vez que este é um questionário desenhado para recolher informações e não uma escala de medida de um constructo, as propriedades psicométricas não foram consideradas elementos críticos para a avaliação do programa. No entanto foi efetuado um pré-teste para os itens de maior interesse.

RAS-PT

O segundo instrumento a ser aplicado consiste no *Recovery Assessment Scale*, versão reduzida traduzida por Jorge-Monteiro, Sacchetto & Aguiar (2011). A versão utilizada no presente

trabalho consiste em 24 afirmações que descrevem sentimentos das pessoas sobre si próprias e sobre as suas vidas, e pretende avaliar o recovery da doença mental. Os 24 itens foram retirados da versão original com 41 itens por Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster e Keck no estudo de 2004 sobre os níveis de confiabilidade do instrumento. De acordo com os autores estes 24 itens distribuem-se por 5 fatores que dividem a escala. Os autores estabelecem que cada fator está relacionado com as dimensões do recovery identificadas por Ralph (2000) e que consistem em fatores internos, fatores externos, empowerment e a dimensão denominada por Ralph como *self managed care*.

Fator 1 – Confiança pessoal e esperança. Este fator corresponde ao domínio dos fatores internos do processo de recovery, que incluem a tomada de consciência e aceitação do impacto e das alterações que a doença mental tem na vida da pessoa, reconhecer e assumir a vontade de iniciar um processo de mudança e adaptação, e determinação em recuperar. Os 9 itens que fazem parte deste fator incluem questões que remetem para a autoestima, esperança e capacidade em lidar com stress.

Fator 2 – Vontade de pedir ajuda. Este fator remete para a dimensão externa do recovery, isto é, a vontade e o desejo de vocalizar o pedido de ajuda e confiar nos outros quando tal acontece. Estão incluídas neste fator 3 questões relacionadas especificamente com essa procura ativa de ajuda nos outros, como a frequência com que isso acontece e a vontade em o fazer.

Fator 3 – Orientação para o sucesso e estabelecimento de metas. Este fator relaciona-se com a dimensão do empowerment, onde a força interna de cada pessoa se combina com a vontade e capacidade de exigir e reclamar para si o direito de ajudar e ser ajudado, defender os seus direitos como cidadão e preocupar-se com aquilo que acontece não só a si próprio mas também aos outros, num processo pleno de recovery. As 5 questões dentro deste fator incluem o desejo em ter sucesso, ter um plano para que isso aconteça e acreditar na capacidade em atingir esses objetivos.

Fator 4 – Confiança nos outros. Este fator relaciona-se intimamente com o fator 2, na medida em que remete igualmente para os fatores externos do recovery, que inclui estar conectado com outras pessoas e confiar nelas enquanto elementos de apoio e suporte no percurso de recovery. As 4 questões deste fator remetem assim todas elas para a importância dos outros no processo de recovery, como a importância em ter uma rede de amigos e pessoas com quem se pode contar.

Fator 5 – Não dominação dos sintomas. Aqui a conexão estabelece-se com a dimensão denominada por Ralph (2000) como *self managed care*, ou seja, a forma como cada pessoa descreve como enfrenta e ultrapassa as dificuldades e barreiras colocadas pela experiência de doença

mental com que se deparam no decurso do seu processo de recovery. Este fator compreende 3 questões que avaliam o impacto que os sintomas clínicos da doença mental assumem na vida dessa pessoa e a forma como elas o percebem.

DSHH-PT

Por fim foi aplicado o *Demographics, Service & Housing History*, versão traduzida pela Equipa de Investigação ISPA-IU/AEIPS em 2012 de uma adaptação efetuada pelo *Homelessness Demonstration Project – At Home/ Chez Soi* (2010). Este instrumento tem como objetivo recolher elementos estatísticos descritivos da amostra, não se tratando de uma escala com vista à obtenção da medida de um determinado constructo. Desta forma, as propriedades psicométricas desta escala não foram consideradas críticas ao estudo em questão.

IV – PROCEDIMENTO

A recolha de dados foi efetuada com o apoio da Equipa Coordenadora de Recursos Comunitários que faz parte do programa Casas Primeiro, tendo decorrido entre os meses de Março e Agosto de 2012, dentro do espaço da AEIPS e nas habitações dos participantes para os casos em que a deslocação dos mesmos à Associação não tenha sido possível dentro do horário determinado para a aplicação dos instrumentos. A análise dos dados foi efetuada através do *software* IBM SPSS Statistics 22.

Os participantes foram informados de que estava a ser conduzido um estudo de investigação, com o objetivo de conhecer a sua opinião sobre o Programa Casas Primeiro e o impacto que este programa tem tido nas suas vidas. Foi explicado que a participação no estudo é inteiramente voluntária e não influenciará o apoio recebido na associação. Os participantes foram informados de que poderiam desistir de responder ao questionário a qualquer momento e caso tal ocorresse os dados já fornecidos não seriam usados na investigação. Por último foi explicado que todas as informações prestadas são confidenciais, não havendo divulgação de nomes ou dados individuais, mas apenas dados e conclusões gerais. Todos os participantes assinaram um consentimento informado (Anexo B).

V – PARTICIPANTES

O presente trabalho recolheu uma amostra de 45 participantes que fazem parte do programa Casas Primeiro em Lisboa. No período em que a amostra foi recolhida o programa contava com 59 participantes no total, sendo que os 45 entrevistados estavam no Casas Primeiro há mais de um ano. Todos os participantes, por critério de inclusão, viveram no passado em situação de sem-abrigo e possuem experiência de doença mental e consumo de substâncias.

O método de amostragem é não probabilístico ou dirigido, uma vez que a probabilidade de cada elemento da população fazer parte da amostra não é conhecida, e por conveniência, pois a amostra foi selecionada em função da disponibilidade e acessibilidade dos elementos que constituem a população (Maroco & Bispo, 2003).

Estatísticas descritivas da amostra (Anexo C)

A tabela 1 lista as principais características sociodemográficas e socioeconómicas da amostra. Resumidamente, 73% são homens e 27% são mulheres, com idades compreendidas entre os 26 e os 65 anos. A maioria dos participantes é de nacionalidade portuguesa (78%), vive sozinha (85%) e encontra-se desempregada (73%), sendo que 71% tem um rendimento médio mensal até 200 euros. Sobre os níveis de escolaridade, cerca de metade da amostra (65%) frequentou a escola até ao 3º ciclo.

Tabela 1 – Estatística descritiva referente a dados sociodemográficos e económicos dos participantes do programa

	<u>Percentagem%</u>	
Sexo	Homem	73%
	Mulher	27%
<hr/>		
Idade	26-35	18%
	36-45	55%
	46-55	18%
	56-65	9%
<hr/>		
Naturalidade	Portugal	78%
	Angola	7%
	Cabo-Verde	7%
	Guiné-Bissau	4%
	Moçambique	2%
	Outro país europeu	2%
<hr/>		
Com quem vive	Sozinho	85%
	Companheiro	9%
	Filho	2%
	Outros familiares	4%
<hr/>		
Escolaridade	Nunca frequentou	2%
	1º Ciclo	20%
	2º Ciclo	18%

3º Ciclo	27%
Ensino secundário	18%
Ensino superior	11%
Ensino Técnico-profissional	4%
<hr/>	
Situação profissional	
Empregado	5%
Desempregado	73%
Economia Informal	13%
Reformado	2%
Estudante	2%
Outro	5%
<hr/>	
Rendimento mental	
Não tem	2%
<100€	11%
101-200€	60%
201-300€	16%
301-400€	4%
401-500€	7%
<hr/>	

Relativamente ao tempo vivido na situação de sem-abrigo, a maioria da amostra teve a sua primeira experiência de rua até aos 35 anos. O tempo total vivido como sem-abrigo é uma das variáveis com maior dispersão: 18% da amostra viveu nas ruas menos de um ano, 31% entre 4 a 9 anos e 18% mais de 15 anos. 60% da amostra passou por abrigos temporários antes da entrada no programa (Tabela 2).

Tabela 2 – Estatística descritiva referente à experiência sem-abrigo dos participantes do programa

	<u>Percentagem%</u>
Primeira experiência de rua	
>14 anos	7%
15-25 anos	31%
26-35 anos	27%
36-45 anos	22%
46-65 anos	7%
Não sabe	6%
<hr/>	
Total de tempo como sem-abrigo	
<1 ano	18%
1-3 anos	16%
4-9 anos	31%
10-15 anos	13%
>15 anos	18%
Não sabe	4%
<hr/>	

Passagem por abrigos antes da entrada no programa

Sim	60%
Não	40%

Foram também recolhidos dados sobre a frequência de hospitalizações por doença mental antes e depois da entrada no programa, uma vez que o recovery da doença mental é uma das variáveis em estudo. 74% da amostra indicou ter experienciado hospitalizações antes da entrada no programa, sendo que após a entrada no programa apenas 15% dos participantes foram hospitalizados pelo mesmo motivo (Tabela 3).

Tabela 3 – Hospitalizações por doença mental antes de depois da entrada no programa

	Hospitalizações por doença mental antes da entrada no programa	Hospitalizações por doença mental depois da entrada no programa
Não	26%	85%
1 vez	18%	11%
2 vezes	9%	4%
3 ou mais vezes	47%	0%

VI – DESIGN

O presente estudo constitui-se como tendo um Design Correlacional, uma vez que se pretende analisar se existe uma associação entre as variáveis em estudo – a escolha e o recovery, que tipo de associação é esta e qual a sua intensidade, sem asserção de funcionalidade. Isto significa que não existe uma variável que é assumida como dependente da outra, não ocorrendo assim uma manifestação de causa efeito (Maroco & Bispo, 2003). Mais especificamente pretende-se verificar se existe correlação entre o facto de ser proporcionado a possibilidade de escolha aos participantes do programa, e o recovery da doença mental dos mesmos, entendendo de que forma a opção de escolha influencia o processo de recovery da doença mental, procurando compreender em que medida a participação no programa potencia estes dois elementos, e como os mesmos se relacionam entre si.

RESULTADOS

O processo de análise de resultados começou pela verificação da consistência interna dos instrumentos através do teste Alpha(α) de Cronbach (Anexo D). De acordo com Nunally (citado por Maroco & Garcia-Marques, 2006) um instrumento é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando $\alpha \geq .70$. A tabela 4 apresenta um resumo dos resultados do teste de fiabilidade, onde podemos concluir que ambos os instrumentos possuem uma boa consistência interna: o PHQ-PT_escolha registou $\alpha = .77$, e o RAS-PT mediu $\alpha = .87$. Relativamente aos fatores presentes na RAS-PT todos os fatores apresentam bons valores, sendo que o fator 2 - Vontade de pedir ajuda, foi o fator com o alfa mais baixo registando $\alpha = .67$, valor ainda assim considerado aceitável (Kline, 2000).

Tabela 4 – Alfa de Cronbach dos instrumentos

	Itens	Alpha de Cronbach
RAS-PT	24	0,87
Fator 1	9	0,811
Fator 2	3	0,67
Fator 3	5	0,824
Fator 4	4	0,862
Fator 5	3	0,698
PHQ-PT_escolha	14	0,777

Começando pela estatística descritiva geral dos dados na tabela 5 apresentam-se as médias, os desvios-padrão e os valores mínimos e máximos dos resultados nas duas escalas. Podem também observar-se os resultados referentes às dimensões avaliadas pelas mesmas.

Tabela 5 – Medidas de dispersão estatística dos instrumentos: média e desvio padrão

	Média	Desvio Padrão
RAS-PT	3,63	0,67
Fator 1	3,62	0,82
Fator 2	3,89	0,84
Fator 3	3,79	0,91
Fator 4	3,61	1,11
Fator 5	3,17	1,15
PHQ-PT_escolha	3,99	0,59

Para a RAS-PT verificamos que o recovery, medido pela pontuação na escala de Likert entre 1 (Discordo Totalmente) e 5 (Concordo Totalmente) teve $\bar{x}=3.63$ (D.P.=.67). Mais especificamente e relativamente aos fatores do recovery medidos pela RAS-PT, o fator 1 (Confiança pessoal e esperança) obteve $\bar{x}=3.62$; o fator 2 (Vontade de pedir ajuda) obteve $\bar{x}=3.89$; o fator 3 (Orientação para o sucesso e estabelecimento de metas) registou $\bar{x}=3.79$; o fator 4 (Confiança nos outros) obteve $\bar{x}=3.61$ e por último o fator 5 (não dominação dos sintomas) registou $\bar{x}=3.17$. A satisfação com a escolha medida pela PHQ-PT_escolha registou $\bar{x}=$ de 3.99 (D.P=.59) nas respostas que vão de 1 (Muito Insatisfeito) a 5 (Muito Satisfeito), sendo que item 14 que mede a satisfação *com a margem de escolha sobre quando o senhorio pode visitá-lo* obteve a média mais alta ($\bar{x}=4.40$) e o item 7 que mede a satisfação *com a escolha sobre o sítio onde vive* registou a média mais baixa ($\bar{x}=3.39$). Os valores médios obtidos por cada item nos dois questionários encontram-se detalhados no Anexo E.

Tendo como objetivo procurar compreender qual o tipo de relação existente entre a) a perceção da escolha que cada participante tem sobre os aspetos habitacionais, e b) o recovery da doença mental, procedeu-se a uma análise de correlação. A medida estatística utilizada para atingir este objetivo consistiu no coeficiente de correlação de Pearson, que mede a associação do tipo linear entre duas variáveis. Com o intuito de melhor compreender esta associação procedeu-se depois uma análise entre a perceção da escolha e cada fator associado ao recovery, sendo que para os fatores 1, 2 e 3 utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, e para os fatores 4 e 5 recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman, uma vez que foi verificado que estes fatores não possuem uma distribuição normal (para este efeito foi calculado o teste de Kolmogorov-Smirnov, Anexo F).

Os resultados obtidos indicam que existe uma correlação significativa e positiva entre escolha e recovery ($r=.381$, $N=45$, $pvalue <.01$). Isto significa que valores elevados de escolha estão associados com valores elevados de recovery. Ou seja, quanto maiores os níveis de escolha percecionada, maiores os níveis de recovery (Tabela 6, Anexo G).

Tabela 6 – Coeficiente de correlação de Pearson entre PHQ-PT_escolha e RAS-PT

		PHQ-PT_escolha	RAS-PT
PHQ-PT_escolha	Correlação de Pearson	1	,381**
	Sig. (2 extremidades)		,010

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Mais especificamente e no que diz respeito à correlação entre os resultados obtidos na PHQ-PT_escolha e os fatores medidos pela RAS-PT, verificamos através da análise das Tabela 7 (Coeficiente de Pearson) e da Tabelas 8 (Coeficiente de Spearman) que existe uma correlação significativa e positiva entre a escolha e o fator 1 (Confiança pessoal e esperança, $r=.331$, $N=45$, $pvalue <.02$) e o fator 4 (Confiança nos outros, $r_s=.446$, $N=45$, $pvalue <.02$). Ou seja, valores elevados de escolha estão significativamente associados com a confiança pessoal e a confiança nos outros, em que o aumento da magnitude de um afeta positivamente o aumento do outro.

Tabela 7 – Coeficiente de correlação de Pearson entre PHQ-PT_escolha e RAS-PT (fator 1, 2 e 3)

		PHQ-PT_escolha	Fator 1	Fator 2	Fator 3
PHQ-PT_escolha	Correlação de Pearson	1	,331*	,217	,115
	Sig. (2 extremidades)		,026	,152	,450

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

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

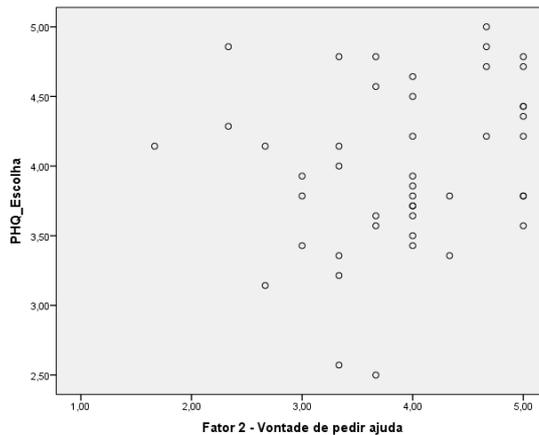
Tabela 8 – Coeficiente de correlação de Spearman entre PHQ-PT_escolha e RAS-PT (fator 4 e 5)

			PHQ-PT_escolha	Fator 4	Fator 5
rô de Spearman	PHQ-PT_escolha	Coeficiente de Correlação	1,000	,446**	,175
		Sig. (2 extremidades)	.	,002	,262

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

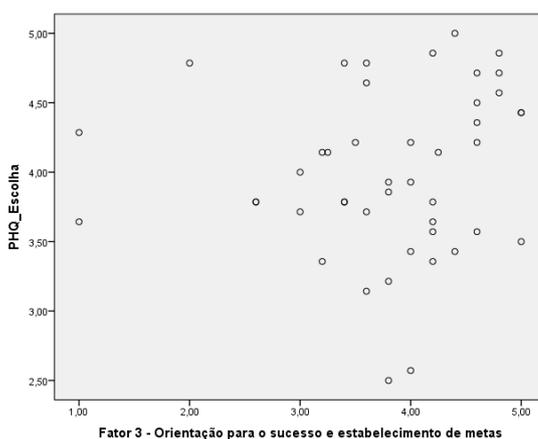
Isto não significa que não existe qualquer tipo de associação entre a escolha e os restantes fatores de recovery, uma vez que um coeficiente baixo e não significativo não implica necessariamente uma ausência de relação, mas somente uma ausência de uma relação do tipo linear. Se analisarmos o diagrama de dispersão da Figura 1 verificamos apesar de não existir uma associação linear, existe outro tipo de relação entre escolha e o fator 2 (Vontade de pedir ajuda), na medida em que a maioria das respostas dadas pelos participantes reflete níveis altos para ambas as variáveis. De facto, o Fator 2 foi o fator com a média de respostas mais elevada ($\bar{X}=3.89$, Tabela 5). Não é deste modo possível afirmar que o aumento de intensidade de uma das variáveis reflete-se linearmente no aumento de intensidade da outra, como o fizemos para os coeficientes estabelecidos anteriormente, mas podemos afirmar que ambas as variáveis se associam na medida em que ambas assumem valores elevados nos respetivos instrumentos.

Figura 1 – Diagrama de dispersão que ilustra a relação não linear entre a escolha e o fator 2



Similarmente, o cruzamento de respostas entre a escolha e os níveis de recovery do fator 3 (Orientação para o sucesso e estabelecimento de metas) ocupa igualmente o canto superior direito do diagrama de dispersão para estas duas variáveis, o que novamente reflete uma associação positiva (mais uma vez, não linear) entre as variáveis, como podemos verificar na Figura 2. A seguir ao fator 2, este fator obteve a segunda maior média de respostas ($\bar{x}=3.79$, Tabela 5).

Figura 2 – Diagrama de dispersão que ilustra a relação não linear entre a escolha e o fator 3



Deverá ser igualmente notado que a ausência de uma correlação significativa poderá ser explicada pela presença de outras variáveis que influenciam e modelam a associação que se estabelece entre as duas variáveis em estudo. Esta questão é particularmente sensível na análise seguinte entre a escolha e o fator 5 que marca a influência dos sintomas psiquiátricos no recovery da doença mental. No que diz respeito então ao fator 5 (Não dominação dos sintomas), uma

vez que esta variável não possui uma distribuição normal como vimos anteriormente, não é possível utilizar um teste paramétrico de forma a aferir sobre a forma da associação. No entanto, a intensidade desta relação pode continuar a ser medida. O fator 5 registou uma associação de intensidade bastante fraca ($r_s=.175$) com a escolha (Tabela 8). Este fator remete para a perceção que o participante tem do impacto da sintomatologia referente à doença mental na sua vida. Como vimos anteriormente o fator 5 foi o fator com o valor médio mais baixo de respostas relativas ao recovery. De facto, se analisarmos a Tabela 9 verificamos que os 3 itens que constituem este fator pontuaram valores inferiores à média, o que é indicativo da intensidade da sintomatologia sentida pelos participantes (o item 9. *Conseguo lidar com o stress* registou $\bar{x}=3.02$. Poderá ser argumentado que a conotação que o participante associa a palavra stress à sua sintomatologia, apesar do item estar incluído no fator 1).

Tabela 9 – Valores médios dos itens do fator 5

RAS-PT			
	22. Lidar com a doença mental já não é o foco principal da minha vida	2,79	
Fator 5	23. Os meus sintomas interferem cada vez menos com a minha vida	3,09	3,17
	24. Cada vez que ocorrem, os meus sintomas parecem ser um problema por períodos cada vez mais curtos	3,36	
Total		3,63	

Podemos melhor compreender este resultado à luz das considerações feitas por Greenwood et al. (2005). Para a autora a intensidade da sintomatologia psiquiátrica pode comprometer a perceção de liberdade de escolha e controlo que o participante tem sobre diversos aspetos da sua vida. A análise destes resultados demonstra uma associação com baixa magnitude entre escolha e a não dominação dos sintomas, o que poderá muito bem evidenciar este carácter subjetivo da perceção de escolha em pessoas com doença mental, o carácter singular do processo de recovery e a relação em permanente metamorfose que se estabelece entre os dois.

DISCUSSÃO

O presente estudo permite compreender, através de uma metodologia quantitativa, a relação que se estabelece entre a perceção de escolha do utilizador, um dos pilares fundamentais

do modelo HF, e o recovery da doença mental. Através da análise dos resultados foi possível concluir que existe uma associação entre estes dois elementos e foi possível compreender de que forma é que esta associação se manifesta. Assim, relativamente às questões de investigação colocadas no início deste trabalho, verificamos o seguinte:

(i) Existe associação entre a percepção de escolha e o recovery da doença mental?

A análise dos dados recolhidos revela a existência de uma associação significativa entre a escolha dos participantes do programa Casas Primeiro e os seus processos de recovery da doença mental.

(ii) Qual é a natureza dessa relação?

Esta relação é de carácter linear e positivo. Isto significa que a um aumento de intensidade de uma das variáveis está associado um aumento linear da outra. Estes resultados são consistentes com os resultados encontrados na literatura (Greenwood et al., 2005; Nelson et al., 2007; Srebnik et al., 1995; Tsemberis et al., 2003b).

(iii) Quais são os elementos presentes no processo de recovery mais influenciados pela percepção de escolha?

Com o objetivo de melhor se compreender a relação que se revela transversalmente pela literatura na área como sendo complexa, procedeu-se a uma análise mais detalhada desta associação, na medida em que foi testada a forma e a força da associação entre a escolha percebida e os fatores de recovery medidos pelo instrumento utilizado. Foi assim observada uma correlação significativa e direta (positiva) entre a escolha e o fator 1 (confiança pessoal e esperança) e o fator 4 (confiança nos outros). A confiança é aqui o elemento unificador, não sendo considerado um acaso o fato de estar presente em ambos os fatores que revelaram associação significativa com a escolha. Estes resultados são consistentes com a investigação encontrada na literatura (Kirst, Zerger, Harris, Plenert, & Stergiopoulos, 2014; Macnaughton e Piat, 2013), que demonstram que o modelo HF impacta fortemente a esperança e o otimismo nos processos de recovery sentidos pelas pessoas que participam nos seus programas. Os testemunhos de recovery presentes na literatura revelam uma concentração da esperança em readquirir o controlo sobre a própria vida e o sentimento de independência após um período de impotência (Kirst et al., 2014). A confiança em reclamar este direito facilitará por sua vez a construção de uma nova teia de relações sociais impregnadas de significado e envoltas em pleno contexto de comunidade e cidadania. Polevere et al. (2013) encontrou uma presença marcada da confiança pessoal e esperança nos processos de recovery ao conduzir uma avaliação ao programa At Home/Chez Soi no Canadá. As análises de narrativas encontraram uma forte percepção de controlo readquirido nos participantes do programa, que por terem novamente um

lugar seguro e seu olhar para o futuro com otimismo e revelam confiança em conseguirem continuar com um processo de tomada de decisões com impacto positivo nas suas vidas. Os resultados encontrados por Padgett et al. (2008a) também em análise de narrativas sobre o exercício de escolha nesta população sublinham a importância do reforço da confiança, tanto em si como nos outros, através da passagem de uma mensagem positiva de empowerment face ao futuro após ou com a doença mental. Relativamente à confiança nos outros, a relação significativa encontrada por este estudo assume particular relevância à luz dos denominados “atos de bondade em sistemas desenhados para controlar” que Padgett refere no seu estudo de 2008(b). Estes atos foram lembrados vividamente pelos participantes no estudo conduzido pela autora. É natural concluir que, se estes atos de bondade assumem uma importância tão grande para as pessoas que passam por serviços e sistemas com regras e imposições rígidas nas quais aquilo que elas sentem como importante não têm qualquer influência, então o impacto causado pelo direito em escolher que lhes é devolvido no modelo HF transforma a visão e a confiança que os serviços assumem para elas. Mais ainda, esta percepção de escolha não tem somente significado na forma como os participantes encaram as equipas, impactando então diretamente a confiança nos outros, mas também na forma como se encaram a si próprios, na medida em que, em conjunto com os técnicos, são eles novamente as pessoas responsáveis pela manutenção da casa, pelo recovery da doença mental, pelas suas vidas, confiando novamente em si próprios numa verdadeira relação recíproca de empowerment promovida pela metodologia interventiva do modelo. A autora lembra que enquanto o paradigma do recovery na saúde mental sublinha as relações sociais, o recovery continua a ser um processo individual. Esta população tem à sua frente não só a experiência de doença mental, mas também o uso continuado de substâncias, problemas com a Justiça, pobreza e desemprego, entre outros. Quando a esta experiência multifacetada se adiciona a falta de segurança característica de uma vida sem-abrigo torna-se fundamental equipar esta população com as ferramentas que auxiliem a superação positiva dessa experiência através de um fortalecimento da confiança e esperança num futuro saudável e em comunidade, apoiados por outros – família, técnicos, pares – em quem ela pode confiar. A escolha é uma dessas ferramentas.

A intensidade das associações estabelecidas entre a escolha e os restantes fatores (a vontade em pedir ajuda, e a orientação para o sucesso e estabelecimento de metas, fatores 2 e 3 respetivamente) não foi considerada estatisticamente significativa à luz dos coeficientes de correlações medidos. Isto não significa que não existe associação, uma vez que um coeficiente baixo e não significativo não implica necessariamente uma ausência de relação como vimos anteriormente, mas sim uma ausência de relação do tipo linear. A análise dos diagramas de

dispersão permitiu-nos observar a existência de uma nuvem de resultados concentrada nas pontuações mais altas das escalas de Likert em ambos os questionários, ou seja a maioria dos participantes deu respostas altas para as duas variáveis, a escolha e o recovery. No entanto, não podemos estabelecer que à medida que aumenta uma variável, aumenta linearmente a outra. Estes dois fatores foram precisamente os fatores com as médias de repostas mais elevadas, o que demonstra a força dos participantes do programa em suplantar as adversidades, na medida em que reconhecem a vontade em solicitar ajuda se assim e sempre que o necessitarem e assumem planos para um futuro com objetivos que não só integram mas vão além da experiência de doença mental, numa verdadeira filosofia de recovery. Não é surpreendente que a metodologia do modelo, ao inverter completamente o paradigma de intervenção na área das pessoas sem-abrigo com doença mental e consumos, promova os aspetos mais relacionados com o empowerment, a construção de objetivos de vida e o reconhecimento de que os outros são o elemento que estabelece um plano seguro para que estas alterações possam ser acionadas. Ao devolver a escolha ao utilizador, os serviços promovem relações de confiança e de trabalho em equipa no estabelecimento de planos de crescimento pessoal. É então expectável que o utilizador revele uma vontade mais tranquila em pedir ajuda se assim o necessitar, e reconheça a existência de um plano para estar e ficar bem. Estes resultados assumem então uma relevância prática de intervenção, ao suportarem a eficácia e assistem na necessidade da criação de mecanismos rápidos e eficazes nos serviços de saúde mental que facilitem o pedido de ajuda por parte do utilizador, assim como na construção de planos individuais de recovery. No que diz respeito à não dominação pelos sintomas aferida pelo fator 5, o único fator sobre o qual não é possível discutir sobre a forma da associação, torna-se aqui relevante um olhar mais sensível sobre o carácter subjetivo da perceção da escolha, a sintomatologia da doença mental e a forma como os dois se moldam, adaptam e transformam a interação que se estabelece com o carácter igualmente subjetivo e profundamente pessoal do recovery. A ausência de correlação significativa e linear entre perceção de escolha e a não dominação pelos sintomas ilustra a relação multifacetada e em permanente transformação sentida por cada pessoa no seu processo de recovery. A sintomatologia poderá então assumir aqui um papel enquanto variável por si só que impacta a associação que se estabelece entre a perceção da escolha e o recovery da doença mental na sua vertente mais direcionada para a forma como cada indivíduo encontra mecanismos que o permitem suplantar o impacto que os sintomas têm na forma como vivem a sua vida. Esta análise é suportada pelas conclusões de Greenwood et al. (2005) sobre a influência da intensidade da sintomatologia enquanto elo comprometedor da perceção de liberdade de

escolha e controlo sobre a própria vida, o que sublinha o carácter recíproco e nunca unilateral entre escolha e recovery.

Da mesma forma que as políticas sociais de hoje ainda se regem pela convicção de que são as características pessoais que determinam aspetos como a adição, a doença mental ou a pobreza (Goering & Tsemberis, 2014), o modelo tradicional em que se basearam até agora os programas de habitação para pessoas sem-abrigo com doença mental assume a premissa de que foram as (más) escolhas que essas pessoas tomaram ao longo da sua vida que causaram o ser sem-abrigo, o que por sua vez influenciou outros aspetos como a doença mental. Greenwood et al. (2005) desafia esta noção ao observar que os sintomas da doença mental estão mais associados com uma ausência de controlo e escolha sobre os diversos aspetos que pautam a experiência sem-abrigo. A ausência de liberdade para poder escolher ou a sensação de coação em cumprir com as regras de programas que privilegiam o tratamento pode exacerbar sintomas existentes ao aumentar os níveis de frustração que esta população sente. Este crescendo culmina com a decisão em regressar às ruas como a alternativa preferida a cumprir com os tratamentos impostos ou a sensação de incapacidade criada pela privação de autonomia (Howie the Harp, 1990). Os autores sugerem que programas que restauram a escolha e ampliam a perceção de controlo sobre a própria vida podem de facto reduzir a sintomatologia psiquiátrica desta população e concluem que enquanto a participação em programas de metodologia HF se traduz numa redução das taxas de sem-abrigo, maior estabilidade habitacional e decréscimo nos consumos de substâncias e custos associados, a experiência da perceção de escolha do participante que influencia processos como o recovery da doença mental tem um carácter subjetivo. A perceção de escolha e de controlo é influenciada por diversos eventos de vida e a sua experiência é única. Situações de cariz individual como doenças ou internamentos, recaídas em consumos, ameaças à integridade física, morte de amigos ou familiares, ou situações relacionadas com a estrutura dos programas como por exemplo alterações nas equipas de profissionais, obter ou perder uma casa, e ainda aspetos ambientais como o sejam a integração comunitária e todos os aspetos que à volta dela gravitam (Padgett, Smith, Henwood & Tinderton, 2012b), todas estas eventos assumem-se eles próprios como variáveis que condicionam e determinam possíveis oscilações na perceção de um elemento como a escolha. É deste modo imperativo que os serviços assumam o compromisso de que, para assistir no direito que esta população tem em reclamar uma vida plena, saudável, social e economicamente produtiva, é necessária a adoção de uma perspetiva globalizante que enquadre as experiências de vida com episódios traumáticos e muitas vezes escondidos, para além dos fatores socioeconómicos como a pobreza e a exclusão social (Padgett et al., 2012b). Por outro lado, os

resultados encontrados pela autora em 2008 revelam que o controlo sobre o uso de substâncias e a obtenção de uma habitação segura e individual são considerados como elementos mais poderosos do que a suplantação e o domínio dos sintomas por si só no percurso de recovery da doença mental, o que demonstra a complexidade deste tema. Torna-se assim essencial intervir adotando uma abordagem ecológica (Ornelas, Martins, Zilhão & Duarte, 2014) que forneça uma matriz de melhor entendimento entre fatores ambientais, como a escolha, e individuais como o recovery.

Não devemos esquecer que, tal como nos diz Deegan (1988), o recovery não corresponde a uma remissão de sintomas ou a um produto final, estando em constante transformação. Este carácter evolutivo do recovery não se traduz no entanto num processo interminável, acontecendo sim numa determinada altura da vida, como nos dizem Ahern e Fisher (citado por Duarte, 2007). O recovery é um estado que suplanta os estados anteriores, e é à luz desta perspetiva que se evidencia a importância das políticas de intervenção dos serviços de apoio a uma população que, além de estar privada de abrigo e segurança, vive uma experiência de doença mental. Os serviços devem assumir a responsabilidade de intervir de forma consciente e acima de tudo respeitante pelo utilizador e tudo fazer para potenciar os processos de recovery que não assentam só no recovery da doença mental em si, mas dos efeitos que ela provocou, como o isolamento, a falta de oportunidades e a autodeterminação. O conceito de escolha é central numa perspetiva de recovery, quer seja em decisões habitacionais, de tratamento ou em outras áreas. Padgett et al. (2008b) ressalva que, assim como a procura do estabelecimento de relações sociais significativas, o desejo em procurar solitude pode igualmente ser um meio catalisador dos processos de recovery. A escolha na retoma pelo controlo sobre as decisões importantes que afetam a vida é fundamental para atingir este objetivo eficazmente.

A experiência frequentemente sentida como coerciva na participação em programas clínicos, a passagem por diversos cenários habitacionais como os abrigos ou residências agregadas e a obrigatoriedade em cumprir com medicação é, não surpreendentemente, uma experiência aversiva. Ser sem-abrigo é um problema de saúde pública e o direito à habitação é um direito humano, independentemente dos comportamentos adotados que poderão, direta ou indiretamente ter causado a situação de sem-abrigo. Devolver a escolha às pessoas sem-abrigo com doença mental sobre que rumo tomar no que diz respeito ao tipo de serviços e tratamentos a adotar potencia o processo de recovery e este é um conceito transversal na literatura sobre a temática. Chamberlin (1995) defende que aqui se encontra um dos maiores impulsionadores dos movimentos de recovery e redução de danos. Naturalmente nem todas as decisões resultantes deste direito em escolher terão efeitos positivos. No entanto, cada decisão tomada tem a

oportunidade de ser integrada na experiência de vida e assim usada como fortalecimento individual e ganho nos vários domínios pessoais e sociais, tanto para o utilizador como para o técnico do programa (Srebnik et al., 1995; Greenwood et al., 2013).

Os resultados do presente estudo têm implicações nas práticas correntes de intervenção com a população sem-abrigo e com doença mental, e em investigações futuras, ao confirmar a associação significativa e positiva entre escolha e recovery, e desta forma ir ao encontro dos resultados presentes na literatura que confirmam a natureza empoderadora da uma habitação permanente e independente na vida das pessoas com doença mental. Promover o empowerment desta população devolvendo a possibilidade de escolha e controlo sobre aspetos de vida, através do estabelecimento de planos de ação conjuntos e respeitantes pela escolha das decisões referentes não só a aspetos habitacionais mas também de tratamento que o utilizador considera mais importantes é um elemento fundamental no desenvolvimento de ações de acompanhamento e intervenção. Os programas devem abandonar o ceticismo enraizado nas políticas de redução de danos baseadas no princípio da escolha e repensar o (des)equilíbrio de poder que praticam no exercício da relação entre utilizador e profissional. Este desafio da partilha do poder é para Ornelas (2005) lançado às equipas de profissionais através da participação ativa dos utilizadores nos processos de decisão como é o caso dos espaços habitacionais e fomenta a participação e envolvimento das pessoas com doença mental nos serviços. Os resultados deste trabalho suportam este desafio, com a constatação do carácter linear e significativo entre escolha e recovery, entre escolha e confiança (em si e nos outros), e esperança num futuro saudável além da doença mental, com a evidência de níveis elevados de vontade em pedir ajuda e orientação para o sucesso, e finalmente com a demonstração do profundo carácter interdependente entre a perceção de escolha, controlo e sintomatologia.

A introdução de programas com a metodologia HF tem a capacidade de alterar não só as vidas da população a que se destina a servir, mas também os sistemas ecológicos dentro dos quais os programas existem (Goering & Tsemberis, 2014). Dentro da mesma linha, facilitar o acesso imediato a uma habitação independente não só intervém diretamente nas causas estruturais da vivência sem-abrigo mas resolve também o fator considerado mais stressante pelas pessoas que vivem nesta situação: a luta diária pela sobrevivência. Ter uma casa possibilita aos participantes o sentimento de segurança e estabilidade que é essencial para gerir outros fatores stressantes e organizar vários aspetos nas suas vidas. Mais ainda, não só o acesso à casa mas também a outros recursos comunitários acessíveis a qualquer cidadão e não exclusivos para pessoas a viverem nas ruas, como sejam centros de saúde, ou grupos desportivos, cafés, ou o

acesso a fontes de rendimento que antes não tinham, transmite também o sentimento pleno de cidadania e pertença e potencia o bem-estar psicológico através de um leque mais abrangente de oportunidades e otimismo face ao futuro (Ornelas et al., 2014). Evidências da importância de escolha e controlo do utilizador como aquelas verificadas pelo presente estudo assistem na promoção de uma mudança transformativa (Nelson, Kloos & Ornelas, 2014) dos recursos de apoio existentes e no direcionamento de novos recursos nos serviços de saúde mental para soluções comunitárias que potenciem processos de recovery plenos de autodeterminação e independência.

Mais do que ser dono de uma casa, ser dono das escolhas que determinam essa casa enquanto nossa, não encerra por si só a promessa de recovery. Mas estabelece as fundações no presente de uma vida equipada para um futuro saudável, empowered, em comunidade.

Limitações e sugestões para futuras investigações

O design de investigação deste estudo mede os resultados obtidos por um grupo de participantes, num único momento. Com o objetivo de consolidar as evidências dos resultados do modelo HF, através de uma visão mais abrangente sobre a relação que se estabelece entre a possibilidade e perceção de escolha e o recovery da doença mental, considera-se pertinente a exploração de um estudo do tipo comparativo entre um grupo de participantes de um programa HF e um grupo de participantes em programas tradicionais de CC. Com o mesmo objetivo, um estudo do tipo longitudinal conseguirá examinar com uma visão mais compreensiva o impacto da escolha no recovery ao longo do tempo e como esta relação poderá mudar e evoluir. Desta forma, assume especial relevância apoiar a análise dos dados quantitativos com uma metodologia qualitativa de análise de narrativas e testemunhos de recovery, adotando um metodologia de investigação ecológica contribuirá para uma melhor compreensão desta associação multifacetada.

Por último podemos fazer algumas considerações sobre os níveis de confiabilidade dos instrumentos utilizados. Relativamente aos fatores da RAS-PT foi verificado que o fator 2 teve os níveis de confiabilidade mais baixos ($\alpha=.67$). Se o item 10 (*Sei quando devo pedir ajuda*) for retirado o nível deste fator aumenta (apesar de não aumentar o valor total do instrumento). Isto pode sugerir a força da expressão “Eu sei” e o receio que os participantes podem ter em revelar que não “sabem” quando é que devem pedir ajuda (os outros dois itens que compõem o fator 2 não remetem para um conhecimento, mas sim para uma ação (11. *Estou disposto(a) a pedir ajuda*; 12. *Eu peço ajuda quando precisos*). Similarmente, na ausência do item 22 do fator 5 (*Lidar com a doença mental já não é o foco principal na minha vida*) o valor do alfa de Cronbach aumenta para .742

(mais uma vez o nível total da escala não sofre alterações). Pode ser sugerido que tal tem a ver com o fato de ser o único item que refere especificamente a doença mental, o que remete para a subjetividade do conceito para cada participante enquanto experiência única e profundamente pessoal (os outros 2 itens que perfazem o fator 5 mencionam sintomas, mas não doença mental: 23. *Os meus sintomas interferem cada vez menos com a minha vida*; 24. *Cada vez que ocorrem, os meus sintomas parecem ser um problema por períodos cada vez mais curtos*). Não foi verificado nenhum aumento significativo nos níveis totais de confiabilidade do questionário se retirado algum dos itens. Fica no entanto a sugestão em organizar a ordem dos itens no instrumento RAS-PT de forma aleatória e não sequencial por fator, como se encontra presentemente.

Relativamente aos níveis de confiabilidade da PHQ-PT_escolha foi verificado que, se retirado o item 11 (*Escolha sobre ter convidados a passar a noite*) o nível total do questionário aumenta para $\alpha=.79$. A palavra *convidados* poderá aqui causar alguma confusão ou desconforto, na medida em que os participantes poderão não estar confiantes com a resposta a este item receando incorrer no cumprimento de regras.

Este estudo corrobora que é possível medir com confiabilidade a satisfação com a escolha em aspetos referentes à habitação e ao suporte (Tsemberis et al., 2003b) e associação que esta estabelece com o processo de recovery. Assim como a sintomatologia não pode ser totalmente entendida como razão da vida nas ruas ou vice-versa, também o recovery da doença mental de pessoas que passaram pela experiência de sem-abrigo não é razão isolada da escolha que o modelo HF devolve aos seus participantes. No entanto a associação positiva entre estes dois elementos verificada pelos resultados do presente estudo sugere que o recovery, mesmo numa população considerada de tão difícil acesso, pode ser maximizado através de intervenções que devolvam e empoderem a escolha dos seus participantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, O., & Toro, P. A. (2000). Let's ask the homeless people themselves: A needs assessment based on a probability sample of adults. *American Journal of Community Psychology*, 28, 343-366.
- Calsyn, R. J., Morse, G. A., Yonker, R. D., Winter, J. P., Pierce, K. J. and Taylor, M. J. (2003). Client choice of treatment and client outcomes. *Journal of Community Psychology*, 31 (4), 339-348.

- Carling, P. J. (1995). *Return to Community: Building Support systems for people with psychiatric disabilities*. New York: Guildford Press.
- Chamberlin, J. (1995). Rehabilitation ourselves: The psychiatric survivor movement. *International Journal of Mental Health, 24*, 39-46.
- Corrigan, P., Salzer, M., Ralph, R., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin, 30 (4)*, 1035-1041.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(4)*, 11-19.
- Drake, R. E., Osher, F. C., & Wallach, M. A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist, 46*, 1149-1158.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica, 25(1)*, 127-133.
- Fisher, S. N., Shinn, M., Shrout, P., & Tsemberis, S. (2008). Homelessness, mental illness, and criminal activity: Examining patterns over time. *American Journal of Community Psychology, 42*, 251-265.
- 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. 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*, 223- 238.

- Greenwood, R. M., Stefancic, A. & Tsemberis, S. (2013). Pathways housing first for persons with psychiatric disabilities: program innovation, research and advocacy. *Journal of Social Issues, 69* (4), 645-663.
- Greenwood, R. M.; Stefancic, A., Tsemberis, S. & Busch-Geertsema, V. (2013). Implementations of Housing First in Europe: Successes and challenges in maintaining model fidelity. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 16*(4), 290-312.
- 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.
- Henwood, B. F., Stanhope, V., & Padgett, D. K. (2011). The role of housing: A comparison of front-line provider views in housing first and traditional programs. *Administration and Policy in Mental Health, 38*, 77-85.
- Hopper, K., Jost, J., Hay, T., Welber, S., & Haugland, G. (1997). Homelessness, severe mental illness, and the institutional circuit. *Psychiatric Services, 48*(5), 659-665.
- Harp, H. (1990). Independent living with support services: the goal and future for mental health consumers. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 13*, 85–89.
- 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.

- 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.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Climepsi Editores.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Nelson, G., Kloos, B. & Ornelas, J. (2014). Transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (pp. 3-20). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change*. 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. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res*, 24, 89-100.
- O'Connell, M., Rosenheck, M. D., Kaspro, W., & Frisman, L. An Examination of Fulfilled Housing Preferences and Quality of Life among Homeless Persons with Mental Illness and/or Substance Use Disorders. (2006). *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33 (3), 354-365.
- Ornelas, J. (2005), O Modelo Comunitário de Intervenção em Saúde Mental na Era Pós-Hospitalar. In J. Ornelas, F. J. Monteiro, M. J. Vargas-Moniz & T. Duarte (Eds). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*. Lisboa: AEIPS Edições.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Fim de Século Edições, Sociedade Unipessoal, Lda. Lisboa.

Ornelas, J. (2013). *Casas Primeiro, Lisboa. Final report for Housing First Europe project.* (Lisboa).

Ornelas, J., Duarte, M. T., Almas, I., & Madeira, T. (2011). Casas Primeiro. Relatório de Avaliação: 2º ano de implementação do projecto na Cidade de Lisboa. AEIPS.

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

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.

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. K. & Henwood, B. (2012a). Qualitative research for and in practice: findings from studies with homeless adults who have serious mental illness and co-occurring substance abuse. *Clinical Social Work Journal*, 40, 187-193.

Padgett, D. K., Henwood, B., Abrams, C., & Davis, A. (2008a). 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., Abrams, R. E. & Drake, C. (2008b). 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.

Padgett, D. K., Smith, B. T., Henwood, B. F. & Tiderington, E. (2012b). 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.

- Padgett, D. K., Stanhope, V., Henwood, B. F., & Stefancic, A. (2011). Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: comparing housing first with treatment first programs. *Community Mental Health Journal, 47*, 227-232.
- 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., 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.
- Shinn, M. (2002). Homelessness: What is a psychologist to do? *A Quarter of Century of Community Psychology: Readings From The American Journal of Community Psychology*, 343-366.
- Shinn, M. (2007). International homelessness: policy, social-cultural, and individual perspectives. *Journal of Social Issues, 63*, 657-677.
- Shinn, M. (2013, March). *Poverty, social exclusion and homelessness*. Paper presented at the Ciclo de Conferencias at ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.
- Shinn M., Baumohl J., Hopper K. (2001). The Prevention of Homelessness Revisited. *Analyses of Social Issues and Public Policy 1*(1), 95-127.
- 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.

- Toro, P.A., Bellavia, C.W., Daeschler, C.V., Wall, D.D. & Smith, S.J. (1997). Evaluating an Intervention for Homeless Person: Results of a Field Experiment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 476-484.
- Tsai, J., Mares, A. S., Rosenheck, R. A. (2010). A multisite comparison of supported housing for chronically homeless adults: “Housing First” versus “Residential Treatment First”. *Psychological Services, 7*, 219-232.
- 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. & Asmussen, S. (1999). From streets to homes. *Alcoholism Treatment Quarterly, 17*(1-2), 113-131.
- Tsemberis, S. & Eisenberg, R. F. (2000). Pathways to housing: Housing for street dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services, 51* (4), 487-493.
- Tsemberis, S., Moran, L., Shinn, M., Asmussen, S., & Shern, D. (2003a). 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., E. Rogers, S., Rodis, E., Dushuttle, P., & Skryha, V. (2003b). Housing satisfaction for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology, 31* (6), 581–590.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health, 94*, 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.

- Watson, D., Wagner, D., & Rivers, M. (2013). Understanding the critical ingredients for facilitating consumer change in Housing First programming: A case study approach. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 169-179.
- White, W. & Kelly, J. (2011). Alcohol/drug/substance “abuse”: The history and (hopeful) demise of a pernicious label. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29, 317-321.
- Yanos, P. T., Barrow, S. M., & 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. T., Felton, B. J., Tsemberis, S., & Frye, V. A. (2007). Exploring the role of housing type, neighborhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness. *Journal of Mental Health*, 16, 703-717.
- Zimmerman, M. A. (1995) Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 581-599.

ANEXOS (II)

Anexo A – Instrumentos: PHQ_PT; RAS-PT; DSHH-PT.



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

(1) Perceived Housing Quality, At Home/Chez Soi Project (2010), Srebnik, Livingston, Gordon & King (1995). Tradução e adaptação de Equipa de Investigação ISPA/AEIPS (2012).

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).

Anexo A – Instrumentos: PHQ-PT; RAS-PT; DSHH-PT (cont.)



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 | |
-

Anexo A – Instrumentos: PHQ-PT; RAS-PT; DSHH-PT (cont.)



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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doença mental | <input type="checkbox"/> Doença física |
| <input type="checkbox"/> Doença mental e física | <input type="checkbox"/> Medo de perder benefícios sociais |
| <input type="checkbox"/> Problemas de deslocação / transporte para local de trabalho | |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade em encontrar trabalho | <input type="checkbox"/> Outra situação _____ |
| <input type="checkbox"/> 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?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salário | <input type="checkbox"/> Subsídio de desemprego |
| <input type="checkbox"/> Remuneração por trabalhos ocasionais | <input type="checkbox"/> Reforma |
| <input type="checkbox"/> Pensão social | <input type="checkbox"/> Rendimento Social de Inserção |
| <input type="checkbox"/> Apoio pontual de serviços sociais | <input type="checkbox"/> Outras actividades _____ |
| <input type="checkbox"/> 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)

Anexo A – Instrumentos: PHQ-PT; RAS-PT; DSHH-PT (cont.)



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? _____

Anexo B – Consentimento de participação



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) _____

Nota: Uma cópia do consentimento será entregue ao/à participante e o original será mantido no arquivo da equipa de investigação.

Anexo C – Estatísticas descritivas da amostra: tabelas 1, 2 e 3

Tabela 1 – Estatística descritiva referente a dados sociodemográficos e económicos dos participantes do programa

	<u>Percentagem%</u>
Sexo	
Homem	73%
Mulher	27%
Idade	
26-35	18%
36-45	55%
46-55	18%
56-65	9%
Naturalidade	
Portugal	78%
Angola	7%
Cabo-Verde	7%
Guiné-Bissau	4%
Moçambique	2%
Outro país europeu	2%
Com quem vive	
Sozinho	85%
Companheiro	9%
Filho	2%
Outros familiares	4%
Escolaridade	
Nunca frequentou	2%
1º Ciclo	20%
2º Ciclo	18%
3º Ciclo	27%
Ensino secundário	18%
Ensino superior	11%
Ensino Técnico-profissional	4%
Situação profissional	
Empregado	5%
Desempregado	73%
Economia Informal	13%
Reformado	2%
Estudante	2%
Outro	5%
Rendimento mensal	
Não tem	2%
<100€	11%

101-200€	60%
201-300€	16%
301-400€	4%
401-500€	7%

Tabela 2 – Estatística descritiva referente à experiência sem-abrigo dos participantes do programa

	<u>Percentagem%</u>
Primeira experiência de rua	
>14 anos	7%
15-25 anos	31%
26-35 anos	27%
36-45 anos	22%
46-65 anos	7%
Não sabe	6%
Total de tempo como sem-abrigo	
<1 ano	18%
1-3 anos	16%
4-9 anos	31%
10-15 anos	13%
>15 anos	18%
Não sabe	4%
Passagem por abrigos antes da entrada no programa	
Sim	60%
Não	40%

Tabela 3 – Hospitalizações por doença mental antes de depois da entrada no programa

	Hospitalizações por doença mental antes da entrada no programa	Hospitalizações por doença mental depois da entrada no programa
Não	26%	85%
1 vez	18%	11%
2 vezes	9%	4%
3 ou mais vezes	47%	0%

Anexo D – Consistência internas dos instrumentos: tabela 4 (resumo) e output SPSS Statistics 22

Tabela 4 – Alfa de Cronbach dos instrumentos

	Itens	Alpha de Cronbach
RAS-PT	24	0,87
Fator 1	9	0,811
Fator 2	3	0,67
Fator 3	5	0,824
Fator 4	4	0,862
Fator 5	3	0,698
PHQ-PT_escolha	14	0,777

Output SPSS Statistics 22

Consistência interna RAS-PT	
Alfa de Cronbach	N de itens
,870	24

Consistência interna RAS-PT: Estatísticas de item - Total				
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. O receio não me impede de viver como eu quero	84,56	211,779	,267	,871
2. Eu consigo lidar com o que acontece na minha vida	84,33	206,491	,413	,865
3. Eu gosto de mim próprio(a)	83,92	209,178	,410	,865
4. Se as pessoas realmente me conhecessem, gostariam de mim	84,18	210,730	,411	,865
5. Eu tenho uma ideia daquilo que eu quero ser	84,00	217,053	,199	,871
6. Alguma coisa de bom eventualmente acontecerá	84,15	205,449	,549	,862

7.	Tenho esperança acerca do meu futuro	84,00	205,053	,607	,860
8.	Continuo a ter novos interesses.	84,33	199,807	,610	,859
9.	Consigno lidar com o stress	84,92	204,020	,495	,863
10.	Sei quando devo pedir ajuda	83,90	215,463	,288	,868
11.	Estou disposto(a) a pedir ajuda	84,03	207,815	,495	,863
12.	Eu peço ajuda quando preciso	84,10	211,252	,416	,865
13.	Tenho o desejo de ter sucesso	84,05	199,734	,631	,858
14.	Eu tenho o meu próprio plano para estar ou ficar bem	84,21	209,483	,399	,866
15.	Tenho objectivos na minha vida que quero alcançar.	84,23	202,235	,641	,859
16.	Acredito que posso ir ao encontro dos meus objectivos pessoais actuais	84,26	199,564	,708	,857
17.	A minha vida tem um propósito	83,90	205,884	,538	,862
18.	Mesmo quando eu não me preocupo comigo, outros fazem-no	84,49	207,835	,397	,866
19.	Tenho pessoas com quem posso contar	84,33	202,807	,502	,863
20.	Mesmo quando não acredito em mim, outros acreditam	84,51	210,467	,315	,869
21.	É importante ter uma rede de amigos	83,95	220,576	,103	,873
22.	Lidar com a doença mental já não é o foco principal na minha vida	85,10	203,673	,415	,866
23.	Os meus sintomas interferem cada vez menos com a minha vida	84,77	208,814	,351	,868
24.	Cada vez que ocorrem, os meus sintomas parecem ser um problema por períodos cada vez mais curtos	84,59	209,933	,350	,867

Consistência interna – Fator 1

Alfa de Cronbach	N de itens
,811	9

Consistência interna RAS-PT: Estatísticas de item – Fator 1

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. O receio não me impede de viver como eu quero	29,22	48,540	,244	,827
2. Eu consigo lidar com o que acontece na minha vida	29,04	44,180	,493	,794
3. Eu gosto de mim próprio(a)	28,69	45,037	,519	,791
4. Se as pessoas realmente me conhecessem, gostariam de mim	29,00	43,727	,634	,777
5. Eu tenho uma ideia daquilo que eu quero ser	28,80	47,345	,381	,807
6. Alguma coisa de bom eventualmente acontecerá	28,93	44,200	,635	,778
7. Tenho esperança acerca do meu futuro	28,84	43,225	,692	,771
8. Continuo a ter novos interesses.	29,16	43,271	,544	,787
9. Consigo lidar com o stress	29,64	44,462	,500	,793

Consistência interna – Fator 2

Alfa de Cronbach	N de itens
,670	3

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
10. Sei quando devo pedir ajuda	7,73	3,518	,399	,682
11. Estou disposto(a) a pedir ajuda	7,76	3,325	,450	,618
12. Eu peço ajuda quando preciso	7,89	3,101	,611	,407

Consistência interna – Fator 3

Alfa de Cronbach	N de itens
,824	5

Consistência interna RAS-PT: Estatísticas de item – Fator 3

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
13. Tenho o desejo de ter sucesso	15,05	15,461	,535	,813
14. Eu tenho o meu próprio plano para estar ou ficar bem	15,31	15,780	,530	,814
15. Tenho objetivos na minha vida que quero alcançar.	15,31	14,560	,697	,766
16. Acredito que posso ir ao encontro dos meus objetivos pessoais atuais	15,33	14,423	,696	,765
17. A minha vida tem um propósito	15,00	15,073	,639	,783

Consistência interna – Fator 4

Alfa de Cronbach	N de itens
,862	4

Consistência interna RAS-PT: Estatísticas de item – Fator 4

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
18. Mesmo quando eu não me preocupo comigo, outros fazem-no	11,09	11,229	,797	,786
19. Tenho pessoas com quem posso contar	10,86	10,647	,812	,779
20. Mesmo quando não acredito em mim, outros acreditam	11,07	10,733	,838	,767
21. É importante ter uma rede de amigos	10,51	15,399	,417	,923

Consistência interna – Fator 5

Alfa de Cronbach	N de itens
,698	3

Consistência interna RAS-PT: Estatísticas de item – Fator 4

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
22. Lidar com a doença mental já não é o foco principal na minha vida	6,48	6,207	,418	,742
23. Os meus sintomas interferem cada vez menos com a minha vida	6,17	5,411	,687	,376
24. Cada vez que ocorrem, os meus sintomas parecem ser um problema por períodos cada vez mais curtos	5,93	7,044	,467	,664

Consistência interna PHQ-PT_escolha

Alfa de Cronbach	N de itens
,777	14

Consistência interna PHQ-PT_escolha: Estatísticas de item - Total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. Prazo limite para viver na casa	51,69	59,219	,563	,750
2. Custo da renda	51,91	62,446	,336	,768
3. Facilidade no contacto com a equipa	51,69	61,719	,420	,762
4. Escolha no contacto com a equipa	51,91	59,128	,549	,750
5. Escolha sobre a toma de medicação	51,82	56,513	,667	,738
6. Escolha sobre a participação em programas de tratamento	51,73	56,336	,620	,741
7. Escolha sobre o sítio onde vive	52,44	62,616	,188	,787
8. Escolha sobre as pessoas com quem vive	52,04	58,953	,418	,761
9. Escolha sobre a decoreação e mobília	52,40	59,518	,386	,764
10. Escolha sobre quem pode frequentar a casa	51,76	61,098	,435	,760
11. Escolha sobre ter convidados a passar a noite	51,71	66,937	,048	,793
12. Escolha sobre como passa o seu dia	52,36	59,643	,447	,758
13. Escolha sobre quem tem a chave da sua casa	52,13	60,482	,388	,764

14. Escolha sobre quando o senhorio pode visitar	51,53	64,527	,167	,784
--	-------	--------	------	------

Anexo E - Medidas de dispersão estatística dos instrumentos: média e desvio padrão: tabelas 5 e 9

Tabela 5 – Medidas de dispersão estatística dos instrumentos: média e desvio padrão

	Média	Desvio Padrão
RAS-PT	3,63	0,67
Fator 1	3,62	0,82
Fator 2	3,89	0,84
Fator 3	3,79	0,91
Fator 4	3,61	1,11
Fator 5	3,17	1,15
PHQ-PT_escolha	3,99	0,59

Tabela 9 – Valores médios dos itens do fator 5

RAS-PT			
	22. Lidar com a doença mental já não é o foco principal da minha vida	2,79	
Fator 5	23. Os meus sintomas interferem cada vez menos com a minha vida	3,09	3,17
	24. Cada vez que ocorrem, os meus sintomas parecem ser um problema por períodos cada vez mais curtos	3,36	
Total		3,63	

Anexo F – Teste de Kolmogorov-Smirnov: Output SPSS Statistics 22

Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra

		Escala Recovery	Confiança_E sperança	Pedir ajuda	Objectivos	Apoio de outros	Não domínio dos sintomas	PHQ_Escolh a
N		45	45	45	45	45	43	45
Parâmetros normais ^{a,b}	Média	3,6355	3,6222	3,8963	3,7911	3,6148	3,1705	3,9952
	Erro Desvio	,67545	,82586	,84334	,91987	1,11397	1,15555	,59399
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	,083	,121	,127	,113	,171	,137	,082
	Positivo	,061	,054	,118	,094	,107	,124	,082
	Negativo	-,083	-,121	-,127	-,113	-,171	-,137	-,065
Estatística de teste		,083	,121	,127	,113	,171	,137	,082
Significância Sig. (2 extremidades)		,200 ^{c,d}	,094 ^c	,068 ^c	,184 ^c	,002 ^c	,040 ^c	,200 ^{c,d}

a. A distribuição do teste é Normal.

b. Calculado dos dados.

c. Correção de Significância de Lilliefors.

d. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

Anexo G – Análises de correlação: Coeficientes de Pearson e Spearman (tabelas 6, 7 e 8) e diagramas de dispersão (figuras 1 e 2)

Tabela 6 – Coeficiente de correlação de Pearson entre PHQ-PT_escolha e RAS-PT

		PHQ-PT_escolha	RAS-PT
PHQ-PT_escolha	Correlação de Pearson	1	,381**
	Sig. (2 extremidades)		,010

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 7 – Coeficiente de correlação de Pearson entre PHQ-PT_escolha e RAS-PT (fator 1, 2 e 3)

		PHQ-PT_escolha	Fator 1	Fator 2	Fator 3
PHQ-PT_escolha	Correlação de Pearson	1	,331*	,217	,115
	Sig. (2 extremidades)		,026	,152	,450

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

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 8 – Coeficiente de correlação de Spearman entre PHQ-PT_escolha e RAS-PT (fator 4 e 5)

		PHQ-PT_escolha	Fator 4	Fator 5
rô de Spearman	PHQ-PT_escolha	Coeficiente de Correlação	1,000	,446**
		Sig. (2 extremidades)	.	,002
				,175
				,262

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Figura 1 – Diagrama de dispersão que ilustra a relação não linear entre a escolha e o fator

2

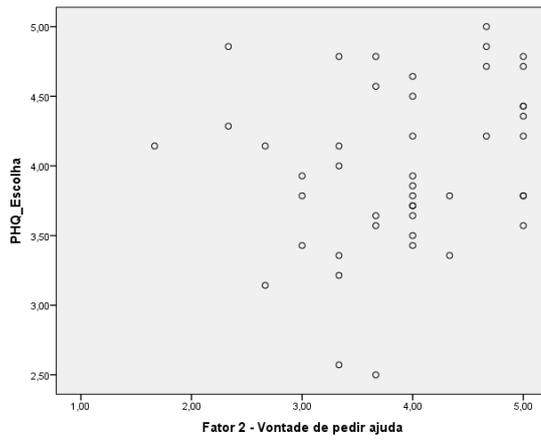


Figura 2 – Diagrama de dispersão que ilustra a relação não linear entre a escolha e o fator

3

