



# LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Programa Casas Primeiro:

*Uma perspectiva qualitativa das experiências de transição de  
pessoas sem-abrigo para uma habitação independente e  
permanente*

Maria Teresa Zilhão

Orientador de Dissertação:

**Professor Doutor José Henrique Pinheiro**

Coordenador de Seminário de Dissertação:

**Professor Doutor José Henrique Pinheiro**

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

**MESTRE EM PSICOLOGIA COMUNITÁRIA**

2013

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de  
Professor Doutor José Henrique Pinheiro Ornelas,  
apresentada no ISPA – Instituto Universitário para  
obtenção de grau de Mestre na especialidade de  
Comunitária.

## Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Ornelas, por me ter desafiado a realizar esta investigação. Por toda a orientação, e pelo conhecimento que me transmitiu ao longo destes dois anos.

À Professora Doutora Maria João Vargas Moniz, pelas inúmeras sugestões, essenciais para o enriquecimento deste trabalho, pelo seu entusiasmo, e motivação.

Às minhas colegas de Mestrado, pelo companheirismo e partilha ao longo destes dois últimos anos, assim como pelas suas sugestões e dicas para a concretização deste trabalho.

À equipa do Programa Casas Primeiro, por me terem acolhido tão bem, pelo conhecimento que me transmitiram, e pela motivação e apoio.

Ao Luís, pelo incentivo, motivação, e paciência, e pelas muitas revisões e sugestões.

À Maria, sempre presente e indispensável pelas suas críticas e conselhos.

Aos participantes deste estudo, A., E., G., e J.P., um obrigado MUITO especial, por terem tido a generosidade de colaborar neste trabalho, partilhando as suas histórias.

## Resumo

A presente investigação analisa as principais mudanças na vida de pessoas com experiência de sem-abrigo, decorrentes da obtenção de uma habitação, através da participação num programa de habitação apoiada e independente: o Programa Casas Primeiro. Procurámos, assim, compreender as experiências vividas por quatro participantes do Programa Casas Primeiro a nível de recursos, relações sociais e individual, durante o período em situação de sem-abrigo, e no período posterior à integração numa habitação.

Este estudo utiliza uma metodologia qualitativa, tendo sido realizadas entrevistas aos participantes em dois momentos distintos. O primeiro, na sequência da obtenção de uma habitação estável, mas ainda próximo da experiência de sem-abrigo, focou-se essencialmente no percurso para essa situação, bem como nas experiências vividas durante esse período. O segundo momento ocorre após um período inicial de adaptação e permanência na habitação, focando-se a entrevista nas mudanças experienciadas pelos participantes desde o primeiro momento.

Os resultados deste estudo demonstram que da obtenção de uma habitação, decorre a experiência de mudanças positivas pelos participantes, nomeadamente um maior sentimento de segurança, estabilidade e privacidade, possibilidade de realização de rotinas, controlo sobre consumos de substâncias e aumento dos cuidados de saúde. Por outro lado, a casa devolveu aos participantes a possibilidade de imaginar um futuro melhor, através do alargamento da rede social e reaproximação de familiares, e possibilidade de participação na comunidade.

Confirma-se, assim, a relevância de programas de habitação apoiada e independente na promoção da estabilidade habitacional de pessoas sem-abrigo, bem como na promoção da sua integração comunitária.

**Palavras-chave:** Sem-abrigo; Habitação Independente; Abordagem Qualitativa.

## Abstract

The following research analyses the main developments in the lives of homeless people arising from the obtainment of a permanent dwelling via participation in a supported and independent housing program: Casas Primeiro. For this purpose, we endeavour to understand the experiences of four Casas Primeiro participants based on their resource, social relations and individual levels, during their homelessness experience, and after the obtainment of a house.

In this analysis, we utilize a qualitative method, based on interviews of the participants on two separate moments. The first moment, subsequent to the obtainment of a house, yet still close to the homelessness experience, focuses on the participants' pathways to homelessness as well as their experiences during that time. In a second moment, after an initial period of adjustment and permanence in a house, the focus shifts to the changes and improvements experienced by the participants since the first moment.

The findings reveal that obtaining a house triggers the experience of positive changes by the participants, such as a growing sense of security, stability and privacy, the possibility of having daily routines, control over substance abuse, and an improvement of personal health care. On the other hand, having a home allows the participants to envisage a better future through the broadening of their social network, reconnecting with relatives, and the possibility of community participation.

This analysis confirms the relevance of supported and independent housing programs on the promotion of housing stability of homeless people, as well as of their community integration.

**Keywords:** Homelessness; Independent Housing; Qualitative Approach.

## Índice

1. Introdução.....	1
2. Revisão da literatura .....	4
2.1. Os sem-abrigo e os serviços de suporte .....	4
2.2. Respostas habitacionais para as pessoas em situação de sem-abrigo - Do paradigma de reabilitação psiquiátrica ao paradigma de <i>recovery</i> e integração comunitária.....	5
2.2.1. Abordagem <i>Treatment First</i> .....	6
2.2.2. Abordagem <i>Housing First</i> .....	9
2.3. <i>Housing First</i> e importância da escolha pelo consumidor .....	11
2.4. <i>Housing First</i> e a integração comunitária .....	14
2.5. Evidências dos programas <i>Housing First</i> .....	17
2.6. Estudos qualitativos – Experiências de transição para uma habitação.....	22
3. Método .....	29
3.1. Contextualização do estudo .....	30
3.2. Objectivos e questões de investigação.....	31
3.3. Instrumentos .....	31
3.4. Participantes .....	33
3.5. Procedimentos .....	33
3.5.1. Recolha de dados .....	33
3.5.2. Análise de dados .....	35
4. Resultados .....	38
4.1. Apresentação dos Resultados .....	38
4.2. Discussão dos Resultados .....	44
5. Conclusão .....	59
Referências Bibliográficas .....	64
Anexos .....	74

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Guião “Overview of Quality Research” .....	32
Tabela 2: Informação geral sobre os participantes .....	33
Tabela 3: Data e descrição das entrevistas .....	34
Tabela 4: Temas relativos ao período sem-abrigo e ao período posterior à obtenção de uma habitação .....	41

## 1. INTRODUÇÃO

Actualmente existem diversos programas de apoio a pessoas sem-abrigo, sendo os mais comuns os alojamentos temporários, como os abrigos de emergência, centros de acolhimento temporários ou programas terapêuticos. No entanto, estes serviços de suporte são apenas temporários e não disponibilizam respostas de carácter permanente, que contribuam eficazmente para a redução do número de pessoas em situação de sem-abrigo, e para a estabilidade habitacional desta população.

Face à ineficácia destas abordagens em reduzir o número de situações de sem-abrigo e em promover a estabilidade habitacional desta população, nos anos 90, Tsemberis *et al.*, desenvolveram uma abordagem alternativa que pretendia colmatar as falhas dos programas existentes – o Programa *Housing First* (Casas Primeiro).

O programa é dirigido para pessoas sem-abrigo de longa duração, com doença mental, problemas de abuso de substâncias ou outros problemas de saúde, caracterizada a população “mais difícil” de retirar da situação de sem-abrigo e de alojar permanentemente. O programa *Housing First* tem como objectivo principal retirar as pessoas da situação de sem-abrigo e manter a sua situação habitacional estável, pelo que promove a disponibilização imediata, e sem restrições, de uma habitação individualizada, independente e permanente. O programa disponibiliza ainda um conjunto de serviços de suporte flexíveis e individualizados em contexto habitacional e em contexto comunitário, com base nas preferências dos participantes. O programa *Housing First* é baseado em determinados pressupostos teóricos, como o *recovery* e a integração comunitária, e orientado por valores, como a escolha e controlo pelo participante, tendo subjacente uma filosofia centrada no consumidor. O princípio da escolha do participante constitui um dos domínios fundamentais do programa *Housing First*, pelo que o acesso a uma habitação depende apenas da vontade dos participantes, não lhes sendo exigida a abstinência de substâncias ou a aceitação de tratamento psiquiátrico para terem acesso a uma habitação. Os participantes não são excluídos do programa caso optem por não prosseguir com tratamentos psiquiátricos ou de abuso de substâncias. O programa disponibiliza um conjunto de serviços de suporte flexíveis e individualizados para apoiar os participantes na procura, obtenção e manutenção de uma casa, e para facilitar os seus processos de *recovery* e integração comunitária.

Este modelo habitacional é baseado nos programas de habitação apoiada desenvolvidos para as pessoas com doença mental, e segue os mesmos princípios e filosofia preconizados pelo programa: o acesso imediato a uma habitação permanente e independente integrada em bairros *mainstream*, a escolha da opção habitacional e dos serviços de suporte pelo consumidor com base nos seus objectivos e prioridades, o direito a ter uma casa e de desempenhar papéis sociais,

como inquilino e membro da comunidade, a independência dos serviços de tratamento e de suporte dos serviços habitacionais, e a disponibilização de serviços de suporte flexíveis e individualizados e numa perspectiva de longo prazo.

Esta abordagem assenta no pressuposto de que com o apoio adequado, as pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental e dependências químicas, conseguem escolher, obter e manter uma casa e, que ter uma casa permanente e em boas condições, é determinante para promover o seu bem-estar, os processos de *recovery* da doença mental, dos problemas de dependência e dos traumas da experiência de sem-abrigo, e para promover a sua participação e integração comunitária.

Nas duas últimas décadas têm sido realizados vários estudos experimentais com o objectivo de avaliar as diferentes abordagens habitacionais desenvolvidas e implementadas para as pessoas em situação de sem-abrigo (Fitzpatrick-Lewis, Ganann, Krishnaratne, *et al.*, 2011; Nelson, Aubry, Lafrance, 2007; Rog, 2004). A maioria dos estudos tem procurado comparar os resultados dos programas *Housing First* com programas de apoio aos sem-abrigo mais tradicionais que disponibilizam serviços de tratamento e alojamento temporário, conhecidos como programas *Treatment First* ou *Continuum of Care*. Estas investigações experimentais de carácter avaliativo têm procurado determinar o impacto dos programas em vários domínios, nomeadamente: (i) taxas de redução de situações de sem-abrigo, (ii) taxas estabilidade habitacional, (iii) taxas de utilização de substâncias e de serviços institucionais (hospitais, prisões, tratamento de substância), (iv) níveis de escolha percebidos pelos participantes, (v) integração comunitária e (vi) *recovery*. A investigação tem vindo a demonstrar que a participação de pessoas sem-abrigo com problemas de saúde mental e / ou com problemas de abuso de substâncias em programas que utilizam uma abordagem *Housing First* conduz a taxas de retenção habitacional de cerca de 80% (% de participantes que se mantêm alojados) nos dois primeiros anos da intervenção, contra apenas 30% de retenção habitacional entre os participantes de programas de apoio aos sem-abrigo que disponibilizam apenas serviços de alojamento temporário.

Pese embora a eficácia dos programas de habitação apoiada na redução da população sem-abrigo e no aumento da sua estabilidade habitacional se encontre por demais demonstrada e comprovada, através dos numerosos estudos quantitativos realizados, entendemos ser de igual importância a realização de estudos qualitativos, de forma a proceder a uma avaliação mais aprofundada e personalizada deste tipo de programas, e das experiências subjectivas dos participantes. Esta posição é perfilhada, entre outros, por Riger (2001), que refere que a investigação em psicologia comunitária deve procurar complementar os estudos *mainstream*, orientados para os resultados dos programas, com estudos mais focalizados nas pessoas afectadas

pelos programas. A investigação qualitativa representa assim, um instrumento particularmente relevante no âmbito da investigação em psicologia comunitária, permitindo que sejam consideradas as perspectivas dos participantes e utilizadores desses programas, aos quais é dada a palavra na análise dos resultados dos mesmos. As abordagens qualitativas permitem assim “dar voz” aos participantes, revelando-se extremamente úteis para complementar as abordagens quantitativas.

Neste estudo propomo-nos, portanto, a compreender de forma mais aprofundada as mudanças na vida de pessoas com experiência de sem-abrigo, decorrentes da obtenção de uma habitação independente, permanente e individualizada, através da participação num programa de habitação apoiada: o Programa Casas Primeiro. Através de uma metodologia qualitativa, que envolveu a realização de entrevistas aos participantes, pretendemos assim investigar as principais mudanças na vida de pessoas com experiência de sem-abrigo, decorrentes da obtenção de uma habitação independente, permanente e individualizada. Após uma revisão da literatura existente sobre esta temática, entendemos relevante proceder à avaliação das mudanças em três domínios principais, nomeadamente, a nível de (i) recursos; (ii) relações sociais; e (iii) individual, por se considerar serem três áreas da vida dos participantes profundamente afectadas pela privação de uma casa permanente e individualizada. A experiência de sem-abrigo está associada a várias perdas para além de um espaço habitacional, que se repercutem a nível do acesso a recursos essenciais, como rendimentos, e vestuário, a nível das relações sociais e a nível individual, nomeadamente em questões de saúde física e mental. Todos estes factores são extremamente prejudiciais ao bem-estar individual e à qualidade de vida das pessoas em situação de sem-abrigo. À experiência de transição para uma casa permanente, após vários anos de privação de alojamento, poderão também estar associadas várias mudanças ao nível de acesso a recursos, a nível social e individual. Por conseguinte, neste estudo propomo-nos a investigar os percursos dos participantes para a situação de sem-abrigo, bem como, as suas experiências a nível de recursos, a nível de relações sociais e a nível individual durante a situação de sem-abrigo e após obtenção e manutenção de uma habitação independente, individualizada e permanente. Através da análise e comparação das experiências vividas pelos participantes durante a situação de sem-abrigo e após a obtenção de uma casa, pretende-se investigar as mudanças experienciadas pelos participantes a nível de acesso a recursos, a nível de relações sociais e a nível individual.

A presente tese encontra-se estruturada em cinco capítulos. No primeiro capítulo, Introdução, apresenta-se a temática em estudo, assim como os principais objectivos do estudo. No segundo capítulo é apresentada uma revisão da literatura, abordando-se temas relevantes no

âmbito da presente investigação Neste capítulo é feito um breve enquadramento sobre os serviços de apoio existentes para os sem-abrigo, prosseguindo-se posteriormente para descrição teórica das duas principais abordagens habitacionais para os sem-abrigo, os programas *Housing First* e os programas *Treatment First*. Posteriormente abordam-se em maior detalhe os pressupostos teóricos dos programas *Housing First*, e os seus principais objectivos, apresentando-se também vários estudos sobre o programa. No terceiro capítulo, Método, apresenta-se a metodologia, que compreende uma breve contextualização do estudo, os objectivos do estudo e as questões de investigação, os instrumentos utilizados, uma caracterização geral dos participantes e os procedimentos que foram utilizados para a recolha e análise dos dados. No quarto capítulo, Resultados, apresentam-se os resultados do estudo, assim como a sua discussão. No último capítulo, Conclusão, apresentam-se as principais conclusões do estudo a que chegámos através da análise dos resultados, as limitações e pontos fortes do estudo, assim como sugestões para a realização de estudos e intervenções futuras.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Os sem-abrigo e os serviços de suporte**

Décadas após o início dos processos de Desinstitucionalização, e a conseqüente transição das pessoas com doença mental das instituições psiquiátricas para as suas comunidades, as pessoas com doença mental ainda enfrentam diversos desafios para obter e manter habitações próprias, independentes e em boas condições, e que correspondam às suas preferências (Drake, 1999; Goering, Tolomiczenko, Sheldon, *et al.*, 2002; Forchuk, Nelson, & Hall, 2006; Nelson, 2010). Diversos factores estruturais, como a redução de habitações em boas condições e a preços acessíveis, a redução de apoios sociais, a precariedade laboral, e condições de pobreza, e a ausência de serviços de suporte adequados em contexto comunitário, têm contribuído para uma maior instabilidade habitacional e para um aumento de situações de sem-abrigo entre esta população (Drake, Osher & Wallach, 1991; Forchuk, Nelson, & Hall, 2006; Forchuk, Ward-Griffin, Csiernik, *et al.*, 2006; Goering, Tolomiczenko, Sheldon, Boydell, & Wasylenki, 2002; Kirkpatrick & Byrne, 2009; Nooe & Patterson, 2010; Shinn & Gillespie, 1994; Shinn, 2007; Sullivan, Burnam, & Koegel, 2000). Embora nos últimos anos tenham vindo a ser desenvolvidas diversas abordagens habitacionais e intervenções com o objectivo de reduzir as taxas de sem-abrigo e aumentar a estabilidade habitacional desta população (Nelson, Aubry, & Lafrance, 2007; Rog, 2004; Fitzpatrick-Lewis, Ganann, Krishnaratne, *et al.*, 2011), as pessoas com problemas de saúde mental e de abuso e / ou de substâncias em situação de sem-abrigo tendem a experienciar uma maior instabilidade residencial, e a utilizar vários serviços institucionais transitórios, sem que

consigam sair dos circuitos da rua, e obter uma habitação estável e permanente (Drake, Osher & Wallach, 1991; Hooper *et al.*, 1997; Shern, Tsemberis, Anthony *et al.*, 2000; Tsemberis & Einseberg, 2000). Segundo Hooper *et al.* (1997), em vez de facilitarem a saída dos sem-abrigo de longa duração dos “circuitos institucionais”, a maioria das respostas de apoio existentes contribuem para a perpetuação da sua instabilidade residencial crónica. A maioria dos serviços de suporte disponibiliza alojamento apenas temporariamente, através de abrigos nocturnos, centros de acolhimento temporários, ou sob o contexto de tratamento e reabilitação psiquiátrica, não dispondo dos serviços necessários para responder às suas necessidades habitacionais a longo prazo (Asmussen *et al.*, 1994; Tsemberis *et al.*, 2003). Assim, as pessoas sem-abrigo vêm-se muitas vezes encurraladas “num circuito institucional”, caracterizado por vivências nas ruas, em casas ou carros abandonados, intercaladas com passagens temporárias por hospitais psiquiátricos, abrigos, centros de acolhimento temporários, quartos de pensões, residências terapêuticas, casas de transição e serviços prisionais, sem que consigam sair permanentemente da situação de sem-abrigo (Hooper, Jost, Hay, *et al.*, 1997; Padgett, Henwood, Abrams, *et al.*, 2008a). Segundo Tsemberis e Einseberg (2000), a ausência de respostas que promovam o acesso a habitações permanentes, tornam extremamente difícil a concretização de objectivos como estabilidade residencial, a integração comunitária e o *recovery* das pessoas com doença mental em situação de sem-abrigo (Tsemberis & Einseberg, 2000). Assim, para que este ciclo de instabilidade habitacional seja interrompido, os sistemas de apoio devem desenvolver respostas que promovam a acessibilidade das pessoas sem-abrigo a habitações condignas, em contextos normalizantes, e de carácter permanente, e disponibilizar serviços de suporte flexíveis e individualizados, para que as pessoas tenham as mesmas oportunidades que o resto da população de viver, trabalhar, e participar em todos os níveis das suas comunidades, e possam desempenhar papéis sociais relevantes (Carling, 1990; Racino, 1995, citado por Wong & Solomon, 2002; Ridgway & Zippel, 1990; Tsemberis, 1999).

## **2.2 Respostas habitacionais para as pessoas em situação de sem-abrigo - Do paradigma de reabilitação psiquiátrica ao paradigma de *recovery* e integração comunitária**

Actualmente encontram-se na literatura fundamentalmente dois tipos de abordagens habitacionais de apoio às pessoas em situação de sem-abrigo com experiência de doença mental e / ou problemáticas de abuso de substâncias, baseadas em paradigmas opostos. Uma abordagem mais tradicional, o *Continuum of Care*, ou *Treatment First*, que assenta no pressuposto de que as pessoas em situação de sem-abrigo têm primeiro de ser clinicamente estabilizadas e aumentar a sua funcionalidade em contextos residenciais agregados, para poderem viver autonomamente em

habitações independentes. A disponibilização de uma habitação permanente e independente, é condicionada pela aceitação prévia de tratamentos psiquiátrico e por um determinado período de abstinência. Os programas *Housing First*, uma abordagem inovadora e alternativa à *Treatment First*, apoiam pessoas sem-abrigo na escolha, obtenção e manutenção de habitações independentes (sem serviços de tratamento integrados no contexto habitacional), individualizadas e de carácter permanente, não exigindo a aceitação prévia de tratamentos e abstinência de substâncias, como condição para participar no programa (Carling 1999; Ridgway & Zipple, 1990; Tsemberis, 1999). Esta abordagem habitacional assume que os processos de *recovery* da doença mental e a integração comunitária das pessoas em situação crónica de sem-abrigo só serão alcançados, se os serviços de suporte tiverem como prioridade a promoção da estabilidade habitacional das pessoas em situação crónica de sem-abrigo em habitações individualizadas e independentes em contextos normalizantes (Carling, 1990; Moxam & Pegg, 2000; Ridgway & Zipple, 1990; Rosenfield, 1990; Tsemberis, 1999; Wong & Solomon, 2002).

### 2.2.1 Abordagem *Treatment First*

As abordagens *Continuum of Care*, também denominadas como de Tratamento Primeiro (*Treatment First*), disponibilizam um conjunto de programas residenciais onde são prestados serviços de tratamento e reabilitação psiquiátrica, e têm como objectivo a estabilização clínica e a funcionalidade crescente dos participantes, através do ensino de competências sociais e de gestão doméstica (Ridgway & Zipple, 1990). Os programas *Continuum of Care* compreendem diversos contextos residenciais com diferentes níveis de suporte e supervisão, um conceito designado *continuum* residencial, variando os serviços de suporte ao longo do *continuum*, assim como os níveis de supervisão e de restrição, sendo os contextos habitacionais no início do *continuum* os mais restritivos e onde o tratamento é mais intensivo, e os últimos os menos restritivos e onde os serviços de suporte são menos intensivos (Ornelas, 2008; Ridgway & Zipple, 1990). Os participantes são integrados no programa habitacional mais adaptado ao seu nível de funcionalidade, e percorrem o *continuum* “passo a passo”, de contextos mais restritivos e com maiores níveis de suporte para contextos progressivamente menos restritivos e com menos apoio e supervisão, até que atinjam um nível de funcionamento suficientemente alto, e demonstrem estar preparados para viver autonomamente, altura em que transitam para uma habitação independente e individualizada. A transição dos participantes para uma habitação individualizada e independente constitui o último passo do *continuum*. O apoio prestado pelos serviços de suporte a partir desta etapa é mínimo ou quase inexistente. A entrada dos participantes nestes programas residenciais de tratamento é condicionada pela aceitação prévia de tratamento psiquiátrico e de

tratamento de abuso de substâncias, sendo a abstinência uma condição essencial para a progressão ao longo do *continuum* e para a obtenção de uma habitação individualizada e independente (Carling, 1990; Ridgway & Zippel, 1990; Tsemberis, 1999). Tipicamente, os programas *Continuum of Care* têm início com a integração das pessoas em situação de sem-abrigo em abrigos temporários, onde têm acesso a camas, banheiros e alimentação e são sujeitas a triagens para posteriormente serem referenciadas para uma série de alojamentos transitórios que podem incluir, casas de transição, residências comunitárias de grupo, e quartos de ocupação única supervisionados. A transição para uma habitação permanente e independente, constitui o último passo deste percurso (Tsemberis, 1999).

As abordagens *Continuum of Care* baseiam-se no pressuposto de que os problemas decorrentes da doença mental e de abuso de substâncias constituem o principal entrave à obtenção e manutenção de habitações e a principal causa das situações de sem-abrigo (Carling, 1990; Nelson, 2010; Tsemberis, 1999; Ridgway & Zippel, 1990). No entanto, estudos realizados junto da população em situação de sem-abrigo com doença mental têm demonstrado que a falta de rendimentos, a falta de habitações a preços acessíveis, problemas interpessoais, e a ausência de serviços de suporte flexíveis e individualizados, constituem os principais factores que impossibilitam a obtenção e manutenção de uma habitação, e que a satisfação das necessidades habitacionais constitui a sua prioridade, essencial para o seu sucesso comunitário (Carling, 1990; 1992; Goering & Durbin, 1990; Harp, 1990; Hurlburt, *et al.*, 1996; Martin, 1990; Ridgway & Zippel, 1990; Tanzman, 1993, citado por Tsemberis, 1999; Tsemberis, 1999). Dadas as condições restritivas destes programas, a ausência de serviços de suporte personalizados e a espera demasiado longa para se obter uma habitação independente, estes programas acabam por ter uma fraca adesão, e taxas de desistências precoces muito elevadas (Padgett, Henwood, Stanhope, *et al.*, 2011; Tsemberis *et al.*, 2003a). Estudos sobre as taxas de adesão e permanência nestes programas têm reportado taxas de abandono prematuro superiores a 50% (Padgett *et al.*, 2011). Vários estudos têm demonstrado que as características destes programas, como a falta de privacidade, de autonomia, controlo e escolha pelos participantes em relação aos serviços que recebem, constituem as principais barreiras à adesão destes programas, e são determinantes para as elevadas taxas de desistências (Donley & Wright, 2012; Greenwood *et al.*, 2005; Harp, 1990; Padgett, Henwood, Abrams *et al.*, 2008a; Ryan & Thompson, 2013; Tsemberis *et al.*, 2003).

Vários investigadores, defensores cívicos, e os próprios consumidores dos serviços, têm criticado estes programas por não respeitarem o princípio da escolha e controlo pelos consumidores, por misturarem as necessidades habitacionais com as de tratamento, por terem serviços de suporte pouco flexíveis e individualizados, por condicionarem o acesso a uma

habitação independente e permanente à aceitação prévia de tratamentos, e pela espera demasiado longa para se obter uma habitação, que muitas vezes não era concretizada (Harp, 1990; Ridgway & Zipple, 1990). Harp (1990), um ex-consumidor que viveu em situação de sem-abrigo, revelou que a falta de autonomia, escolha, controlo e participação dos consumidores nas decisões que lhes diziam respeito relativas aos serviços de suporte que recebiam, e serviços demasiado rígidos e estruturados, resultavam na prestação de serviços desadequados, que não respondiam às suas principais necessidades, que por sua vez despoletava nos participantes sentimentos de frustração e de desconfiança em relação aos serviços, levando-os a desistir precocemente, e a retornar à anterior situação de sem-abrigo.

Os serviços de suporte nestes contextos de tratamento são caracterizados por serem pré-definidos, pouco flexíveis e nada personalizados. No entanto, as necessidades das pessoas com doença mental, e os seus processos de *recovery* variam enormemente ao longo do tempo, não são lineares, e são únicos para cada pessoa (Deegan, 1988), pelo que serviços de suporte demasiado estruturados e pouco personalizados, típicos destes programas, acabam por não corresponder às necessidades dos participantes (Carling, 1990; Ridgway & Zipple, 1990). O ensino de competências nestes programas é realizado em contextos artificiais, pelo que muitas vezes estas competências não se adequam aos contextos reais (Ridgway & Zipple, 1990; Tsemberis, 1999). Segundo estudos realizados na área de reabilitação psiquiátrica (Anthony & Blanch, 1989, citado por Tsemberis, 1999), as competências aprendidas num determinado *setting* não são necessariamente transferíveis e adequadas para outro tipo de *setting*, devendo o ensino de competências ter lugar no contexto natural, onde as pessoas irão desempenhar essas competências, e não em contextos artificiais desenhados especificamente para a população com doença mental. Por fim, a transição para uma habitação individual e independente, é pouco acompanhada pelos profissionais, não dispendo os residentes de qualquer apoio, financeiro ou de reabilitação uma vez alojados em habitações independentes. Os programas de *continuum* residencial assumem que uma vez feita a transição para uma habitação independente, as pessoas estão autonomizadas e deixam de precisar de apoio, no entanto, a transição para uma habitação independente é uma das fases mais críticas e que mais apoio exige por parte dos serviços de suporte. Além disso os processos de *recovery* e de integração comunitária são longos, e únicos para cada pessoa, pelo que os serviços de suporte devem ser individualizados e disponibilizados numa perspectiva de longo prazo. Esta ausência de suporte adequado, resulta muitas vezes no retrocesso das pessoas para o continuum, e em condições mais extremas, em desistências precoces, voltando as pessoas à anterior situação de sem-abrigo (Blanch, Carling & Ridgway, 1988; Ridgway & Zipple, 1990; Tsemberis, 1999).

### 2.2.2 Abordagem *Housing First*

Face à incapacidade dos programas *Continuum of Care* em responder às necessidades da população sem-abrigo considerada mais difícil de alojar, as abordagens *Housing First*, surgiram como a alternativa, tendo como objectivo principal retirar as pessoas da situação de sem-abrigo e manter a sua situação habitacional estável. A abordagem *Housing First* é baseada em pressupostos teóricos, como a promoção do *empowerment*, o *recovery* e a integração comunitária dos participantes, e orientada pelos valores da escolha e controlo pelo participante (Tsemberis, 1999; Padgett, Gulcur, & Tsemberis, 2006). Assim, os programas *Housing First* disponibilizam um conjunto de serviços de suporte flexíveis e individualizados para apoiar as pessoas na escolha, obtenção e manutenção de uma habitação individualizada, independente, com o objectivo de facilitar os seus processos de *recovery* e de integração comunitária (Carling 1990; Tsemberis, 1999; Wong & Solomon, 2002).

O princípio da escolha do participante constitui um dos domínios fundamentais do programa *Housing First*, pelo que para obterem uma habitação, os participantes não têm de manter-se abstinentes de substâncias e submeter-se a serviços de tratamento e reabilitação (Tsemberis & Asmussen, 1999; Tsemberis *et al.*, 2003a; Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004). Os serviços de suporte são disponibilizados por tempo indeterminado, e com base nas preferências dos consumidores, sendo estes encorajados a definir as suas necessidades e objectivos. Os participantes não são excluídos do programa caso optem por não prosseguir com tratamentos psiquiátricos ou de abuso de substâncias (Shern *et al.*, 2000; Tsemberis, 1999; Tsemberis *et al.*, 2003a).

Este modelo habitacional é baseado nos programas de habitação apoiada desenvolvidos para as pessoas com doença mental (Carling, 1990; Ridgway & Zipple, 1990), e segue os mesmos princípios e filosofia preconizados pelo programa: o acesso imediato a uma habitação permanente e independente, integrada em bairros *mainstream*, a escolha da opção habitacional e dos serviços de suporte pelo consumidor com base nos seus objectivos e prioridades, o direito a ter uma casa e de desempenhar papéis sociais normais, como inquilino e membro da comunidade, a independência dos serviços de tratamento e de suporte dos serviços habitacionais, a disponibilização de serviços de suporte flexíveis e individualizados e numa perspectiva de longo prazo, e a orientação dos serviços de suporte para o *recovery* (Blanch, Carling & Ridgway, 1988; Carling, 1990; Hogan & Carling, 1992; Ridgway & Zipple, 1990; Tsemberis, 1999). Esta abordagem assenta no pressuposto de que com o apoio adequado, as pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental e dependências químicas, conseguem escolher, obter e manter uma casa e, que ter uma casa permanente e em boas condições, é determinante para a promoção

do seu bem-estar, para os processos de *recovery* da doença mental, dos problemas de dependência e dos traumas da experiência de sem-abrigo, e para promover a participação e integração comunitária das pessoas (Blanch, Carling & Ridgway, 1987; Carling, 1990; Carling & Curtis, 1997; Hogan & Carling, 1992; Ridgway & Zippel, 1990; Nelson, Hall & Walsh-Bowers, 1998; Tsemberis, 1999; Wong & Solomon, 2002). A localização das casas ou apartamentos em bairros *mainstream* da comunidade, perto de recursos e serviços comunitários, e não em bairros segregados e isolados, e o aspecto físico das habitações consistente com as normas do bairro (*typical and normalized housing*) são aspectos fundamentais nesta abordagem e essenciais para facilitar o acesso das pessoas aos vários recursos e serviços da comunidade, para promover o desenvolvimento de relações sociais e um sentimento de pertença à comunidade, e para facilitar a integração comunitária das pessoas com doença mental (Hogan & Carling, 1992; Wong & Solomon, 2002). Por fim, os serviços de suporte devem ser individualizados e flexíveis, devendo ser disponibilizados de acordo com os diferentes tipos de necessidades individuais e tendo em consideração que essas mesmas necessidades individuais podem variar ao longo do tempo, pelo que não existe uma limitação temporal para a prestação desse apoio (Carling, 1990; Ridgway & Zippel, 1990).

As equipas de apoio nos programas *Housing First* são constituídas por psiquiatras, enfermeiros, conselheiros vocacionais, profissionais especialistas em problemáticas de abuso de substâncias e ex-consumidores (Tsemberis & Einseberg, 2000). A equipa disponibiliza um conjunto de serviços de suportes ao nível de reabilitação psiquiátrica, intervenções rápidas e imediatas em situações de crise, gestão doméstica e financeira, desbloqueamento de apoios financeiros, subsídios de renda e assegura a acessibilidade a vários serviços e recursos comunitários, como cuidados de saúde primários, emprego apoiado, programas de tratamento de desintoxicação de substâncias, entre outros, encontrando-se disponível sete dias por semana, 24 h por dia (Tsemberis & Asmussen, 1999; Tsemberis *et al.*, 2003a). Relativamente aos problemas de abuso de substâncias e à doença mental, a equipa utiliza uma abordagem de redução de riscos, não exigindo aos participantes condições de abstinência para obterem uma casa, e promovendo a redução de comportamentos de riscos associados ao abuso de substâncias (Tsemberis & Einseberg, 2000). Assim, mesmo que os participantes tenham recaídas, ou optem por continuar a consumir e não tenham a abstinência como um fim, não perdem a sua casa. O programa *Housing First* tem no entanto dois requisitos: os participantes contribuem com 30% do seu rendimento para o pagamento da renda (pensões sociais ou outros rendimentos), e têm de aceitar encontrar-se pelo menos duas vezes por mês com a equipa do programa (Tsemberis, 1999).

Assim, a abordagem *Housing First* assenta no princípio de que, independentemente do nível de incapacidade dos participantes, estes devem ter a possibilidade e o direito de viver numa casa tipicamente normal e integrada na comunidade, e de que se tiverem acesso a um conjunto de serviços de suporte individualizados e flexíveis em contexto comunitário, com base nas suas necessidades e numa perspectiva de longo-prazo, conseguem manter a sua situação habitacional estável, e aumentam as suas oportunidades de integração nas suas comunidades (Carling, 1990; Ridgway & Zippel, 1990; Tsemberis, 1999). Estas características contrastam com os princípios das abordagens habitacionais focalizadas no tratamento e reabilitação psiquiátrica, que enfatizam a integração das pessoas em contextos residenciais especializados adaptados ao seu nível de funcionalidade (Ridgway & Zippel, 1990).

### **2.3 *Housing First* e a importância da escolha pelos participantes**

A escolha da opção habitacional e dos serviços de suporte pelos participantes, com base nas preferências e valores individuais, é uma dimensão fundamental e um dos princípios orientadores da abordagem *Housing First* (Tsemberis *et al.*, 1999; 2003). O programa *Housing First* possibilita aos participantes a oportunidade de viverem independentemente e de terem controlo sobre o seu contexto habitacional, de escolherem aonde e com quem querem viver, de decidirem se querem ou não tornar-se abstinentes de álcool ou substâncias psicoactivas, de escolherem participar ou não nos serviços de tratamento, e esta percepção de escolha pelos participantes é essencial para lhes devolver um sentimento de controlo e auto-determinação sobre o rumo das suas vidas, para se autonomizarem, para os seus processos de *recovery*, e para a sua estabilidade habitacional (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel *et al.*, 2005; Tsemberis *et al.*, 2003a; Tsemberis *et al.*, 2003b; Tsemberis *et al.*, 2004; Tsemberis *et al.*, 2012). Aumentar as oportunidades de escolha e de auto-determinação dos participantes e a orientação dos serviços de suporte para a pessoa, são questões essenciais para a adaptação dos serviços às preferências e valores individuais dos participantes (citado por O'Connel, Rosenheck, Kaspro, *et al.*, 2006). Quando os participantes têm a possibilidade de escolher os serviços com base nas suas preferências e objectivos individuais, apresentam melhores resultados em termos clínicos, e maior satisfação com os serviços, o que contribui para uma maior adesão e permanência nesses serviços (Calsyn, Morse, Yonker *et al.*, 2003; Padgett *et al.*, 2008a; Tsemberis *et al.*, 2003b). Maiores níveis de escolha percebidos por pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental em relação às opções habitacionais, têm sido correlacionados com maior satisfação com a habitação, maior estabilidade habitacional, maiores níveis de bem-estar psicológico, e maior integração comunitária (O'Connel *et al.*, 2006; Srebnik *et al.*, 1995; Yanos, Barrow & Tsemberis, 2004).

Tsemberis *et al.* (2003b), realizaram um estudo para comparar os níveis de satisfação habitacional de pessoas com doença mental em diferentes contextos habitacionais, em residências comunitárias assistidas, e em habitações individualizadas, e permanentes (habitação apoiada). Com base em estudos anteriores, os autores identificaram quatro domínios essenciais para a satisfação habitacional, nomeadamente, escolha, segurança, privacidade e proximidade de recursos e serviços comunitários (Ridgway & Rapp, 1997; Tsemberis *et al.*, 2003b). Os resultados demonstraram níveis de satisfação habitacional superiores para os participantes do programa de habitação apoiada, tendo os níveis de escolha e privacidade sido consideravelmente superiores nos participantes das habitações individualizadas quando comparados com os participantes das residências comunitárias (Tsemberis *et al.*, 2003b). Estes resultados vão de encontro a uma investigação realizada por Srebnik *et al.* (1994), que demonstraram existir uma relação positiva entre os níveis de escolha e a satisfação habitacional. Tendo em conta que maior satisfação habitacional conduz a melhores resultados em termos de retenção habitacional e promove melhorias na qualidade de vida em geral dos participantes, estes estudos vêm demonstrar a importância e relevância de programas habitacionais que proporcionem maiores níveis de escolha e controlo aos participantes, para que saiam permanentemente da situação de sem-abrigo e atinjam melhores resultados em termos de estabilidade habitacional (Tsemberis *et al.*, 2003a; 2003b). Outros estudos têm demonstrado uma correlação positiva entre maiores níveis de escolha e controlo sobre os serviços de suporte pelos consumidores, e os resultados em termos de reabilitação e de processos de *recovery* (Farkas, Cagne, Anthony & Chamberlin, 1995). Um maior controlo e responsabilidade dos participantes sobre as suas próprias vidas, e um aumento da participação nos processos de decisão sobre os serviços que recebem, conferem aos participantes uma maior oportunidade de crescimento, de *recovery* e facilitam os seus processos de *empowerment* (Ornelas, 2005).

Num estudo sobre a relação entre a escolha e controlo por pessoas com experiência de doença mental, sobre o contexto habitacional e sobre os serviços de suporte que recebem, Nelson *et al.* (2007a), concluíram existir uma relação positiva entre a escolha e controlo sobre o contexto habitacional e os serviços de suporte, e a avaliação subjectiva dos participantes sobre a sua qualidade de vida, e o aumento da sua integração e participação comunitária.

Estudos realizados sobre as preferências habitacionais em termos do tipo de opção habitacional, da localização e da qualidade do espaço habitacional (privacidade, segurança e conforto), e sobre questões relativas à partilha de casa com outros consumidores, indicam que, a maioria das pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental prefere preferir viver em opções habitacionais individualizadas e independentes, integradas em contextos normalizantes,

sozinhas ou com alguém à sua escolha, realçando a importância de terem privacidade e controlo sobre o espaço habitacional, e de terem serviços de suporte disponíveis sempre que necessário (Browne & Courtney, 2005; Forchuk, Nelson e Hall, 2006; Harp, 1990; Moxam & Pegg, 2000; O'Connell, Rosenheck, Kasproff *et al.*, 2006; Warren & Bell, 2000; Tsai, Bond, Salyers *et al.*, 2010b; Tsemberis *et al.*, 2003b; Yeich, Mowbray, Bybee, *et al.*, 1994). Os consumidores referem ainda a importância do carácter permanente da habitação, da qualidade da habitação e da sua localização em bairros seguros perto de recursos comunitários, considerando estas características essenciais para se sentirem seguros, confortáveis, e para a sua integração comunitária (Nelson *et al.*, 1998; Warren & Bell, 2000; Wong & Solomon, 2002; Yeich, *et al.*, 1994).

No âmbito do desenvolvimento de respostas habitacionais para pessoas em situação de sem-abrigo, Goering & Durbin (1990) realizaram uma investigação junto de mulheres sem-abrigo, tendo os resultados demonstrado que a maioria das participantes (82%) preferia viver em habitações individualizadas, independentes e permanentes, que providenciassem privacidade, liberdade e autonomia. As participantes referiram ainda que as residências de grupo, ou albergues temporários, não confeririam qualquer privacidade, e que o contexto de grupo potenciava a criação de tensão entre os residentes. Relativamente aos serviços de suporte, as pessoas revelam uma clara preferência por habitações independentes sem serviços de suporte integrados no contexto habitacional, mas referem a necessidade de existirem serviços de suporte disponíveis sempre que necessário (Goering & Durbin, 1990; Forchuk, Nelson e Hall, 2006; Harp, 1990). Em contrapartida, as alternativas habitacionais menos desejadas pelas pessoas com doença mental são os lares de idosos, residências de grupo assistidas e os hospitais (Browne & Courtney, 2005; Carling, 1990, 1993; Harp, 1990; Moxam & Pegg, 2000; Warren & Bell, 2000; Yeich, *et al.*, 1994). Entre as principais críticas relativamente aos contextos residenciais de grupo assistidos, os consumidores destacam a falta de privacidade, a falta de autonomia, a ausência de controlo sobre o espaço habitacional e sobre os serviços de suporte que recebem, a falta de segurança e terem de conviver com outras pessoas que sofrem da mesma problemática, que contribui para o aumento do estigma e para a segregação social (Harp, 1990; O'Connell, Rosenheck, Kasproff, *et al.*, 2003; Nelson, Hall & Walsh-Bowers, 1998; Tsemberis, 1999; Warren & Bell, 2000; Yeich, 1994).

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, a relação entre a escolha e a diminuição de sintomatologia psiquiátrica não é ainda totalmente compreendida (Greenwood *et al.*, 2005). Greenwood *et al.* (2005), realizaram um estudo comparativo entre um grupo de pessoas em situação de sem-abrigo com experiência de doença mental que participou num programa *Housing First* e outro, nas mesmas condições, num programa residencial de tratamento,

para avaliar se existia uma relação directa entre a escolha e a diminuição de sintomas psiquiátricos. Os participantes do programa *Housing First* reportaram maiores níveis de escolha, e melhores resultados a nível de sintomatologia, no entanto os autores não encontraram uma relação directa entre os dois factores, argumentando no entanto, que o maior controlo percebido pelos participantes do *Housing First*, resultante da escolha, tinha um impacto positivo no seu bem-estar psicológico (Greenwood *et al.*, 2005). Para Greenwood *et al.* (2005), o aumento de escolha percebida pelos consumidores, decorrente da participação em programas *Housing First*, confere aos participantes um maior controlo pessoal, que por sua vez contribui para a redução de sintomatologia. A orientação dos serviços de suporte para as pessoas, baseados numa filosofia de escolha do consumidor, são características essenciais para que as necessidades dos participantes sejam satisfeitas com base nas suas preferências individuais, e assim seja aumentada a sua motivação e se mantenham nos serviços de suporte, aumentando as suas oportunidades de *recovery* e integração comunitária (Asmussen Romano, Beatty, *et al.*, 1994; Padgett *et al.*, 2008a; Polvere, Macnaughton & Piat, 2013; Tsemberis, *et al.*, 2003a; Tsemberis *et al.*, 2012; Wong & Solomon, 2002).

Os serviços de apoio às pessoas sem-abrigo com doença mental e problemas de abuso de substância devem ser orientados para a pessoa, e respeitar as suas escolhas e preferências dos consumidores, no entanto, a disponibilização de habitação permanente e imediata deve constituir uma prioridade e ser parte integrante dos serviços, uma vez que constitui a única reposta capaz de retirar permanentemente as pessoas da situação de sem-abrigo (Tsemberis, 1999; Tsemberis & Einseberg, 2000; Tsemberis *et al.*, 2003a).

#### **2.4 *Housing First* e a integração comunitária**

A integração de pessoas com doença mental e em situação de sem-abrigo em todos os níveis das suas comunidades constitui um dos principais objectivos dos serviços de suporte que prestam apoio a esta população (Carling, 1995; Yanos, Barrow, & Tsemberis, 2004; Wong & Solomon, 2002). Nesse sentido, os programas habitacionais e os serviços de suporte devem ser desenvolvidos de modo a promover a participação e inclusão das pessoas nas suas comunidades (Wong & Solomon, 2002; Yanos *et al.*, 2004).

Encontram-se na literatura vários estudos que procuram identificar os factores dos programas e contextos comunitários que facilitam ou inibem a participação activa e integração das pessoas com doença mental e em situação de sem-abrigo nas suas comunidades (Gulcur, Tsemberis, Stefancic, *et al.*, 2007; Kloos & Shah, 2009; Yanos *et al.*, 2004; Yanos, Felton, & Tsemberis, 2007). Relativamente à localização, ao contexto e à tipologia das habitações, vários estudos têm demonstrado que a dispersão das opções habitacionais por bairros *mainstream*, a

localização em contextos normalizantes e em comunidades inclusivas e acolhedoras (*supportive communities*), e habitações individualizadas, independentes e de qualidade, são factores essenciais para a promoção da integração comunitária de pessoas sem-abrigo com doença mental (Gulcur *et al.*, 2007; Kloos & Shah, 2009; Yanos *et al.*, 2004; Yanos *et al.*, 2007).

Wong e Solomon (2002) deram um grande contributo nesta área, ao proporem um constructo multidimensional para a integração comunitária que compreendesse mais do que a simples presença física das pessoas com doença mental nas suas comunidades, e que incluísse uma componente de integração social e psicológica. Wong e Solomon (2002) sugerem que o constructo incluía dimensões como, a participação em actividades significativas, e a utilização de recursos e serviços na comunidade por iniciativa própria (dimensão física), o tamanho da rede social de suporte, e o estabelecimento de relações sociais com outros membros da comunidade (dimensão social), e a percepção de sentimento de pertença à sua comunidade, e sentimento de comunidade pelos participantes (dimensão psicológica). Os domínios sociais e psicológicos de integração são particularmente relevantes para pessoas que viveram uma situação de sem-abrigo crónica e que têm problemas de doença mental, uma vez que estas experienciam muitas vezes sentimentos de solidão, marginalização e isolamento, e não têm as mesmas oportunidades de desempenhar papéis significativos e de participar em actividades comunitárias onde possam estabelecer relações sociais, mesmo depois de obterem alojamento (Nelson *et al.*, 2005; Siegel, Samuels, Tang, *et al.*, 2006; Townley, Kloos & Wright, 2009; Tsai & Rosenheck, 2012; Yanos *et al.*, 2004). Prince e Gerber (2005) descobriram que a participação de pessoas com doença mental em actividades significativas, e um maior sentimento de comunidade e de pertença, têm um efeito positivo na sua qualidade de vida e no seu bem-estar psicológico. Townler *et al.* (2009), obtiveram resultados semelhantes, tendo demonstrado que as pessoas que participavam num maior número de actividades reportavam maior satisfação com a vida. Segundo Townley e *et al.* (2009), a participação em actividades na comunidade providencia oportunidades de interacção com outros membros da comunidade, fora do contexto da rede social de tratamento, contribuindo para o alargamento das redes de suporte social das pessoas com doença mental.

Yanos e *et al.* (2004), realizaram um estudo qualitativo junto de 80 participantes, recentemente alojados em habitações independentes (grupo *Housing First*) ou em residências comunitárias assistidas (grupo *continuum of care*), com o objectivo de compreender as experiências de transição de pessoas com doença mental com vários anos de rua, para uma habitação e para as suas comunidades. Para a maioria dos participantes (77%), a transição para uma habitação representou uma mudança muito positiva nas suas vidas, tendo contribuído para melhorias no seu bem-estar psicológico, na sua auto-estima e na sua segurança. Os participantes realçaram a

importância de ter uma casa para se sentirem “normais” e viverem uma experiência humana normal e convencional. Em relação à adaptação à comunidade, a maioria dos participantes (2/3) sentiu-se aceite e incluído, e parte da comunidade (sentimento de comunidade). Problemas de solidão emergiram como o principal desafio e experiências menos positivas vividas por cerca de 1/5 dos participantes do Programa Housing First. Em contrapartida, os participantes das residências comunitária revelaram algumas dificuldades de integração. Os autores concluem que a transição para uma casa independente foi determinante para integração psicológica dos participantes nas suas comunidades, e que os princípios orientadores dos programas *Housing First*, ao promoverem o acesso imediato para habitações independentes, dispersas e em contextos normalizantes, sem exigências de tratamento, e respeitando a escolha dos participantes, são factores facilitadores da integração física, social e psicológica dos participantes (Hogan & Carling, 1992; Yanos *et al.*, 2004; Wong & Solomon, 2002).

Gulcur e *et al.* (2007), realizaram um estudo longitudinal para identificar os factores individuais e de programas dois habitacionais, *Housing First* e *Continuum of Care*, que facilitavam ou não, a integração física, social e psicológica dos participantes. Os resultados deste estudo vieram demonstrar que maiores níveis de escolha, a dispersão das habitações por várias zonas em contextos normalizantes, ao invés de contextos institucionais, contribuíam significativamente para a integração psicológica e social, respectivamente, dos participantes. Segundo os autores, um maior sentimento de autonomia percebido pelos participantes, contribui para o seu bem-estar e para um maior sentimento de pertença à comunidade, pelo que os serviços devem promover um maior controlo dos participantes sobre as suas próprias vidas (Gulcur *et al.*, 2007). Nemiroff e *et al.* (2011), obtiveram resultados semelhantes num estudo que pretendeu examinar os níveis de integração psicológica de mulheres sem-abrigo recentemente alojadas em habitações permanentes. Os autores concluíram que maior satisfação habitacional contribuía para maiores níveis de integração psicológica (Nemiroff, Aubry, & Klodawsky, 2011). A satisfação habitacional, por sua vez, está associada a maiores níveis de escolha, segurança, privacidade e qualidade habitacional (Srebnik *et al.*, 1994; Tsemberis *et al.*, 2003b), dimensões fundamentais das abordagens *Housing First*. Gulcur e *et al.* (2007), descobriram ainda que as pessoas com maior sintomatologia psiquiátrica estavam mais satisfeitas com as interacções sociais estabelecidas nas suas comunidades, do que os participantes menos afectados pela doença mental (dimensão social de integração). Os participantes que recorreram a serviços de tratamento de abuso de substâncias apresentaram maiores níveis de integração física, mas menores de integração social. Segundo os autores, a participação nestas redes formais de apoio pode prejudicar o estabelecimento de

relações sociais informais fora do contexto de tratamento, contribuindo assim para a diminuição da rede de suporte social (Gulcur *et al.*, 2007).

Tsai e Rosenhek (2012) realizaram um estudo junto de um grupo de participantes de um programa *Housing First*, que tinham um longo historial de sem-abrigo e doença mental, para avaliar se existia relação entre os sintomas psiquiátricos e a integração social dos participantes e para averiguar se maiores níveis de integração social estavam relacionados com maior satisfação com a vida. Tal como demonstrado em estudos anteriores (Gulcur *et al.*, 2007), os resultados deste estudo revelaram que a integração social é independente de sintomas clínicos, na medida em que a severidade dos sintomas psiquiátricos, o diagnóstico clínico, ou historial de internamentos psiquiátricos não são factores determinantes da quantidade e qualidade da rede social de suporte dos participantes (Tsai & Rosenheck, 2012). Por fim, os resultados não evidenciaram existir uma forte correlação entre a integração social e a satisfação com a vida (Tsai & Rosenheck, 2012). Estes resultados sugerem que outros factores, para além de integração social, terão também impacto na qualidade de vida e satisfação com a vida, e que pessoas mais integradas em termos sociais, não estão necessariamente mais satisfeitas com a sua vida.

## **2.5 Evidências dos programas *Housing First***

Nas duas últimas décadas têm sido realizados vários estudos experimentais com o objectivo de avaliar as diferentes abordagens habitacionais desenvolvidas e implementadas para as pessoas em situação de sem-abrigo (Fitzpatrick-Lewis, Ganann, Krishnaratne, *et al.*, 2011; Nelson, Aubry, Lafrance, 2007; Rog, 2004). A maioria dos estudos tem procurado comparar a eficácia dos programas *Housing First* e *Treatment First* em vários domínios, nomeadamente: (i) taxas de redução de situações de sem-abrigo, (ii) taxas estabilidade habitacional, (iii) taxas de utilização de substâncias e de serviços institucionais (hospitais, prisões, tratamento de substância), (iv) níveis de escolha percebidos pelos participantes, (v) integração comunitária, e (vi) *recovery*. A investigação tem demonstrado que a participação de pessoas sem-abrigo com problemas de saúde mental e de abuso de substâncias em programas que utilizam uma abordagem *Housing First* conduz a taxas de retenção habitacional de cerca de 80% (% de participantes que se mantêm alojados) nos dois primeiros anos da intervenção, contra apenas 30% de retenção habitacional entre os participantes de programas de apoio aos sem-abrigo que disponibilizam apenas serviços de alojamento temporário (Pearson, Montgomery & Locke, 2009; Stefanic & Tsemberis, 2007; Tsemberis *et al.*, 2012). Num estudo longitudinal realizado ao longo de dois anos, que envolveu a participação de pessoas em situação de sem-abrigo há mais de cinco anos, com co-ocorrência de doença mental e problemas de abuso de substâncias num programa *Housing First*, Tsemberis *et al.* (2012), demonstraram que ao fim do primeiro ano, 97% dos participantes permaneciam alojados,

e no final do segundo, a retenção habitacional era de 84% (Tsemberis *et al.*, 2012). Ao fim de dois anos de implementação do programa, 14% dos participantes deixaram de necessitar de serviços de suporte comunitário de uma forma tão intensiva como inicialmente, o que representou uma diminuição nos custos do programa (Tsemberis *et al.*, 2012). A nível individual, os resultados indicaram uma redução de *stress* psicológico, redução nos consumos de álcool, e maiores níveis de *recovery* nos participantes (Tsemberis *et al.*, 2012).

Tsemberis & Einseberg (2000), compararam a retenção habitacional entre pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental que participaram num programa *Housing First* e num programa *Treatment First*. Os resultados do estudo demonstraram que, ao fim de 5 anos, a taxa de retenção habitacional dos participantes do programa *Housing First* era de 88%, tendo apenas 47% dos participantes do programa *Treatment First* permanecido estavelmente alojados no mesmo período de tempo. Os autores compararam ainda a taxa de retenção habitacional entre os participantes dos dois programas com duplo diagnóstico, doença mental e problemas de abuso de substâncias, uma vez que vários estudos (Schutt & Goldfinger, 2009) têm demonstrado que as pessoas com duplo diagnóstico apresentam maior dificuldade em manter a situação habitacional estável, tendo concluído que a taxa de retenção habitacional era superior no programa *Housing First* quando comparado com o grupo *Treatment First* (Tsemberis & Einseberg, 2000).

Outros estudos têm demonstrado que a participação de pessoas em situação de sem-abrigo com problemas de saúde mental e / ou problemas de abuso de substâncias em programas habitacionais que utilizam uma abordagem *Housing First*, têm uma maior percepção de escolha e controlo sobre o contexto habitacional, e apresentam maiores níveis de satisfação habitacional, de qualidade de vida e de bem-estar (Greenwood *et al.*, 2005; Nelson *et al.*, 1998; Nelson *et al.*, 2007a; Rosenheck, Kasprow, Frisman, *et al.*, 2003; Srebnik *et al.*, 1995; Tsemberis *et al.*, 2003a; Tsemberis *et al.*, 2003b; Tsemberis *et al.*, 2004; Yanos *et al.*, 2004). Relativamente ao impacto dos programas no consumo de substâncias e na sintomatologia psiquiátrica, os resultados dos estudos realizados não são tão consistentes (Kertesz, Crouch, Milby, *et al.*, 2009). De um modo geral, os estudos têm demonstrado que o consumo de substâncias não varia substancialmente com a participação em qualquer um dos dois tipos de programas, seja nos *Housing First* ou nos *Treatment First*, nos primeiros anos de intervenção (Greenwood *et al.*, 2005; Kertesz *et al.*, 2009; Padgett *et al.*, 2006a; Tsemberis *et al.*, 2004), embora em alguns estudos se tenha verificado a diminuição de consumo de substâncias nos programas *Housing First* (Padgett *et al.*, 2011; Tsemberis *et al.*, 2012). Estes resultados vêm assim demonstrar que a não coerção na participação em programas de tratamento não precipita o aumento dos consumos dos participantes *Housing First*, e que, independentemente do nível de incapacidade dos participantes, tendo acesso a serviços de suporte individualizados

em contexto comunitário com base nas suas preferências, os participantes conseguem manter a sua situação habitacional estável (Gulcur *et al.*, 2003).

Greenwood e *et al.* (2005), descobriram existir uma relação entre a participação em programas *Housing First* e a redução de sintomatologia psiquiátrica, embora essa relação não tenha sido totalmente compreendida. Segundo Pearson e *et al.* (2009), embora os programas *Housing First* tenham um impacto imediato nas taxas de retenção habitacional, sendo muito elevadas logo nos primeiros anos, os problemas decorrentes da doença mental e do abuso de substância, requerem mais tempo para ser estabilizados.

Tsemberis e *et al.* (2004), realizaram um estudo longitudinal ao longo de 24 meses, com o objectivo de comparar a eficácia de um programa *Housing First* (grupo experimental) com a de um programa *Treatment First* (grupo controlo), tendo os resultados demonstrado que a taxa de sucesso a nível de estabilidade habitacional para os participantes do programa *Housing First* atingiu os 80%, quando comparada com apenas 30% nos participantes do programa *Treatment First*. Os participantes do programa *Housing First* perceberam as suas escolhas como sendo mais numerosas quando comparadas com as do grupo de controlo. A nível de sintomatologia psiquiátrica e de utilização de substâncias, em nenhum dos dois grupos se observou alguma alteração ao fim dos dois anos, no entanto, os participantes do grupo de controlo reportaram um nível de utilização de serviços de tratamento de doença mental e de abuso de substâncias muito superior ao do grupo experimental (Tsemberis *et al.*, 2004). Outros estudos têm também demonstrado que pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental que participam em programas de habitação apoiada e independente recorrem menos vezes a serviços institucionais (hospitais e prisões), serviços de tratamento de abuso de substâncias e serviços de emergência, do que pessoas em iguais circunstâncias que participam noutros programas de apoio aos sem-abrigo que não providenciam alojamento (Gulcur *et al.*, 2003; Padgett *et al.*, 2006; Rosenheck *et al.*, 2003; Srebnik, Connor & Sylla, 2013).

Padgett e *et al.* (2006a), realizaram um estudo longitudinal ao longo de 48 meses para comparar as taxas de utilização de drogas e álcool, e as taxas de utilização de serviços de tratamento por pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental e problemas de abuso de substâncias que participaram em dois programas habitacionais, *Housing First* e *Treatment First*. Os resultados deste estudo foram de encontro aos resultados do estudo de Tsemberis e *et al.* (2004), não se tendo encontrado diferenças significativas entre os dois grupos na utilização de álcool e substâncias psicoactivas ao longo dos 48 meses. Os participantes do programa *Housing First* apresentaram no entanto uma ligeira redução, de cerca de 5% de utilização de álcool quando comparado com a entrada no programa (Padgett *et al.*, 2006a). Os participantes do programa

*Housing First* recorreram menos vezes aos serviços de tratamento psiquiátricos e de substâncias (Padgett *et al.*, 2006a). A maior taxa de utilização de serviços de tratamento pelos participantes do programa *Treatment First* decorre dos princípios e condições inerentes ao funcionamento do programa, em que o acesso dos participantes aos contextos residenciais é condicionado pela aceitação de tratamento psiquiátricos e de abuso de substâncias (Padgett *et al.*, 2006a). Nesse sentido, seria de esperar que os participantes do programa *Treatment First* apresentassem taxas inferiores de consumo de substâncias ao fim dos 48 meses, quando comparadas com as taxas no início do programa, o que não se verificou (Padgett *et al.*, 2006a). Resultados semelhantes foram obtidos num estudo comparativo realizado por Tsai e *et al.* (2010a), em que se pretendia testar se a participação de pessoas em situação crónica de sem-abrigo com problemas de toxicod dependência em programas residenciais de tratamento, antes de serem transferidos para habitações individualizadas e independentes, estava relacionada com menores níveis de consumo de substâncias e maior estabilidade habitacional, quando comparadas com pessoas em igual situação que foram imediatamente alojadas em habitações individualizadas e independentes sem serem submetidas a tratamento. Os participantes que forem directamente alojados apresentaram melhores resultados a nível de retenção habitacional, tendo estado mais dias alojados na sua casa, e menos dias em situação de sem-abrigo quando comparados com os participantes do programa de tratamento, tendo também reportaram maiores níveis de escolha sobre os tratamentos. Não apresentaram no entanto melhorias a nível de consumo de substâncias ao final de 12 meses. Os participantes que tiveram acesso a tratamento antes de serem alojados não apresentaram melhorias a nível clínico, nomeadamente no consumo de substâncias, o que implicou um maior custo. Mais recentemente Padgett e *et al.* (2011), realizaram um estudo longitudinal para comparar os níveis de abstinência, taxas de utilização de serviços de tratamento, e taxas de desistências entre dois grupos de participantes, que participaram em dois programas alternativos, um programa de tratamento (grupo *Treatment First*) e um grupo que teve acesso imediato a uma habitação individualizada e independente sem pré-requisitos de tratamento (grupo *Housing First*). Dos participantes do grupo *Treatment First* que reportaram consumir substâncias e que utilizaram serviços de tratamento, 54% abandonou o programa prematuramente, tendo 30% dos participantes sofrido recaídas. Relativamente ao grupo *Housing First*, 30% dos participantes reportaram consumir substâncias durante o programa, tendo apenas 7% dos participantes utilizado serviços de tratamento. Dos participantes que reportaram consumir substâncias, nenhum abandonou o programa. Os participantes que tiveram recaídas (7%) mantiveram-se no programa. As taxas inferiores de utilização de serviços de tratamento pelo grupo *Housing First* tanto se podem dever à menor % de participantes que reportou consumir substâncias, como à

abordagem de redução de risco levada a cabo pelas equipas de suporte dos programas *Housing First*, que incentiva os participantes a moderar o consumo, de modo a que os consumos não interfiram com outros níveis da vida dos participantes. Este estudo vem confirmar os resultados de estudos anteriores, de que os programas *Housing First* são mais eficazes em promover a adesão e manutenção de participantes no programa, e em evitar desistências precoces, contribuindo para a estabilidade habitacional dos participantes, mesmo que tenham problemas de abuso de substâncias, quando comparados com programas de tratamento onde as taxas de desistências dos participantes são mais elevadas (Padgett *et al.*, 2011; Pearson *et al.*, 2009). Estes estudos (Padgett *et al.*, 2006a; Padgett *et al.*, 2011; Tsai *et al.*, 2000a; Tsemberis *et al.*, 2004) vêm assim contrariar as assunções dos programas de tratamento, de que se as pessoas em situação crónica de sem-abrigo com duplo diagnóstico não forem previamente estabilizadas clinicamente, não serão capazes de viver autonomamente em habitações individualizadas e independentes, e manter a sua situação habitacional estável, e de que, a não obrigatoriedade de participação em serviços de tratamento de substâncias, poderá precipitar o aumento desses consumos.

Gulcur e *et al.* (2003), acompanharam o percurso de pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental e problemas de abuso de substâncias que participaram num programa *Housing First* (grupo experimental) e num programa *Treatment First* (grupo de controlo) ao longo de 24 meses, para comparar as taxas de hospitalizações, a proporção de tempo em situação de sem-abrigo, os custos inerentes à participação nos programas habitacionais e à utilização de serviços de suporte. Ao fim de dois anos, os participantes do programa *Housing First* apresentaram uma proporção de tempo em hospitais psiquiátricos inferior aos participantes do programa *Treatment First* e uma proporção de tempo em situação de sem-abrigo inferior aos participantes do programa *Treatment First*. A participação no programa *Housing First* envolveu menos custos quando comparada com os custos inerentes à participação em programas residenciais de tratamento. Tendo em conta que a hospitalização dos participantes acarreta custos superiores, os participantes que foram menos vezes hospitalizados representaram um custo menor. Assim, ao fim de dois anos, o programa *Housing First* contribuiu para uma taxa de retenção habitacional superior, e para a redução de hospitalizações. Gulcur e *et al.* (2003), concluem assim, que programas que providenciem o acesso imediato a habitações individualizadas e permanentes, e que respeitem as escolhas dos participantes, são mais eficazes em retirar pessoas com doença mental da situação de sem-abrigo, e em mantê-las permanentemente alojadas, uma vez eliminam quaisquer obstáculos à participação no programa. Em contrapartida, os programas mais tradicionais de tratamento são menos eficazes em retirar as pessoas da situação de sem-abrigo, e em promover a estabilidade habitacional dos participantes,

por condicionarem o acesso aos contextos residenciais à aceitação prévia de tratamento, e por serem demasiado estruturados (Gulcur *et al.*, 2003).

Os resultados destes estudos vêm assim demonstrar a eficácia dos programas *Housing First*, em retirar pessoas da situação de sem-abrigo, e em mantê-las estavelmente alojadas em habitações individualizadas, independentes e permanentes, através do apoio de uma equipa que disponibiliza serviços de suporte com base nas necessidades dos participantes. O factor escolha é essencial nesta abordagem, e determinante para a maior adesão e manutenção de pessoas em situação de sem-abrigo nos serviços prestados pelos programas *Housing First* (Greenwood, *et al.*, 2005; Stefanic & Tsemberis, 2007; Tsemberis *et al.*, 2003a).

## 2.6 Estudos qualitativos – experiências de transição para uma habitação

Encontram-se na literatura vários estudos qualitativos sobre as experiências e percursos de pessoas sem-abrigo, e sobre as suas experiências com serviços de suporte, e em programas de apoio habitacional, com base nas suas perspectivas (Nelson *et al.*, 2005; Kirkpatrick & Byrne, 2009; Padgett *et al.*, 2006b; 2008b; Williams & Stickley, 2011). Outros estudos qualitativos têm-se focalizado no significado de casa (*home*) para pessoas que viveram vários anos em situação de sem-abrigo (Padgett *et al.*, 2007; Thomas & Dittman, 1995). Mais recentemente tem-se assistido à publicação de estudos que procuram compreender o impacto e as mudanças experienciadas por pessoas que transitam para uma casa permanente após vários anos em situação de sem-abrigo, a nível de relações sociais, e de integração comunitária, assim como o impacto da casa na reconstrução de identidade das pessoas, e nos seus processos de *recovery* (Henwood, Hsu, Dent, *et al.*, 2013; Kirkpatrick & Byrne, 2009; Padgett *et al.*, 2007; Patterson, Rezansoff, Currie, *et al.*, 2013; Polvere, Piat & Mcnaughton, 2013). Estes estudos são extremamente úteis, não só porque dão aos participantes a oportunidade de contar a sua história, sendo por isso uma ferramenta *empowering*, como permitem compreender de forma mais aprofundada as suas experiências e perspectivas sobre os programas, e ainda, identificar as características dos programas que mais facilitam ou inibem os processos de *recovery* e sucesso comunitário dos participantes (Padgett *et al.*, 2008a; Padgett & Henwood, 2012).

Com base em narrativas de pessoas sem-abrigo com problemas de saúde mental e de abuso de substâncias, Padgett & Henwood (2012), descobriram que a vida dos participantes fora caracterizada por diversas experiências adversas e duradouras, que se iniciaram na infância e persistiram até à vida adulta. Experiências de abusos físicos, sexuais e emocionais, perda de amigos e familiares para a doença mental, pobreza, ausência de apoio pelos familiares, vivências próximas de problemas de alcoolismo e abuso de drogas, foram comuns à maioria dos

participantes durante a infância (Padgett & Henwood, 2012). Os problemas de saúde mental, e de abuso de substância despertaram já no início da vida adulta, juntamente com ausência de um trabalho estável, pobreza, e por fim a entrada na situação de sem-abrigo (Sibusawa & Padgett, 2009). Uma vez em situação de sem-abrigo, a maioria dos participantes embarcou num circuito institucional (Hopper *et al.*, 1997), transitando entre hospitais psiquiátricos, abrigos, programas de tratamento, serviços prisionais, interrompendo esses períodos com estadias na rua ou em casas de amigos (Padgett & Henwood, 2012). As mulheres reportaram ainda experiências de ataques físicos e sexuais após a entrada na situação de sem-abrigo (Padgett & Henwood, 2012). Os participantes referiram as dificuldades e perigos enfrentados nas ruas, e a insegurança vivida nos abrigos, onde se concentravam assaltantes, pessoas alcoolizadas e sob o efeito de drogas, tornando o ambiente extremamente perigoso (Padgett & Henwood, 2012).

Nelson e *et al.* (2005), realizaram um estudo sobre as histórias de vida de pessoas sem-abrigo com doença mental, e sobre as mudanças decorridas em vários níveis das suas vidas, após o acesso a diferentes opções habitacionais, disponibilizadas por um programa de habitação apoiada no Canadá. A vida da maioria dos participantes até ao período de entrada no programa, fora caracterizada por problemas de abuso de substâncias, problemas decorrentes da doença mental, relações sociais destrutivas e que não constituíam uma fonte de apoio, instabilidade habitacional, empregabilidade precária, e ausência de serviços de suporte. Já numa casa, os participantes transmitiram sentimentos mais positivos em relação às suas vidas, reportando melhorias significativas no seu bem-estar e qualidade de vida, e satisfação com a opção habitacional. Alguns participantes relataram ter um maior controlo sobre a utilização de substâncias, e que o estabelecimento de relações sociais de qualidade com o *staff* e com membros da comunidade era fundamental para o seu bem-estar. Outros aspectos positivos, relacionavam-se com um maior sentimento de independência, controlo, autonomia e privacidade. Temas como maior acessibilidade a recursos, maior participação em actividades significativas, e uma maior estabilidade, surgiram nos discursos da maioria dos participantes. É de realçar ainda, que vários participantes demonstraram esperança no seu discurso, tendo mencionado vontade de trabalhar, de participar mais nas suas comunidades e de restabelecer relações com familiares. Este discurso de esperança de um futuro melhor é uma importante componente nos processos de *recovery* de pessoas com doença mental.

Em relação ao significado de ter uma casa, e ao impacto da estabilidade providenciada por uma casa permanente para pessoas que viveram vários anos em situação de sem-abrigo, vários estudos têm demonstrado a importância de uma morada fixa, que providencie segurança, protecção e estabilidade, para a estabilidade emocional, e para os processos de *recovery* das pessoas

com doença mental e problemas de abuso de substâncias em situação de sem-abrigo (Kirkpatrick & Byrne, 2009; Padgett, 2007; Patterson, Rezansoff, Currie, *et al.*, 2013; Polvere, Piat & Mcnaughton, 2013; Tsemberis *et al.*, 2012). Segundo Padgett (2007), após um período prolongado de instabilidade residencial, caracterizado por experiências cumulativas de traumas, insegurança, imprevisibilidade, de ausência de controlo, e pela ausência de rotinas diárias “normais”, ter acesso a uma habitação permanente contribui para um sentimento de bem-estar, de constância e de previsibilidade nas pessoas, designado por Laing (1965, citado por Padgett 2007), como um sentimento de segurança ontológica. De acordo com Dupuis & Thorns (1998), para uma casa promover esse sentimento de segurança ontológica, deve ter determinadas características: a casa representa o contexto físico onde se realizam rotinas diárias normais da experiência humana; a casa é o lugar onde as pessoas se sentem mais em controlo das suas vidas, porque se sentem livres da vigilância que caracteriza o mundo exterior; e a casa é e uma base segura a partir da qual as pessoas constroem as suas identidades (1998, p.29). Baseando-se nos quatro indicadores de segurança ontológica de Dupuis e Thorns (1998), Padgett (2007) realizou um estudo qualitativo para compreender o significado de casa (*home*), para pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental que transitaram para uma habitação permanente através de um programa *Housing First*, ou para residências de grupo através de um programa *Treatment First*. Segunda a autora, os programas residenciais de tratamento não têm as características necessárias para gerar sentimentos de estabilidade, segurança, controlo e bem-estar nas pessoas em situação de sem-abrigo com doença mental (Padgett, 2007). As estadias nestes contextos são transitórias, estando os participantes constantemente a transitar para níveis superiores ou inferiores do *continuum*, a desistir do *continuum* ou a ser referenciados para outros contextos de tratamento. Os participantes não têm a oportunidade de executar tarefas diárias normais, estando sujeitos às regras e regulamentos impostos pelo programa. Por fim, a falta de privacidade e supervisão característicos destes contextos são outros dos factores que põem em causa a estabilidade emocional dos participantes (Padgett, 2007). Os programas *Housing First*, em contrapartida, pela sua filosofia, providenciam todas as dimensões, constância, controlo, rotinas diárias normais, e privacidade, necessárias para o bem-estar dos participantes (Tsemberis, 1999). Padgett (2007) descobriu que quando pessoas em situação de sem-abrigo obtêm habitações permanentes e independentes, sentem-se mais seguras, têm a autonomia e liberdade para executar tarefas do dia-a-dia com base nas suas preferências, e sentem que têm um maior controlo sobre o seu espaço habitacional. Os participantes realçaram a importância de poderem realizar rotinas diárias “normais”, de poderem tomar decisões sobre as suas vidas, e de terem controlo sobre o espaço habitacional, sem terem que estar sujeitos à supervisão e regras rígidas característicos dos programas de tratamento.

Mencionaram também a importância de terem o seu próprio espaço, de terem privacidade, e se sentirem seguros, longe dos perigos da rua. A estabilidade e segurança decorrente da sua situação habitacional, proporcionou aos participantes a possibilidade de retomarem o rumo das suas vidas, de restabelecerem relações com familiares, de retomarem papéis sociais, de aprenderem a gerir a doença mental e as adições, tendo os participantes demonstrando vontade de procurar ter uma vida “normal”. Um tema recorrente que emergiu entre os participantes, foi o receio da imprevisibilidade do seu futuro, que reflecte a consciência que eles têm das dificuldades que terão de enfrentar para se tornarem plenamente independentes, autónomos e socialmente aceites (Padgett, 2007).

Kirkpatrick e Byrne (2009) realizaram uma investigação narrativa para compreender as experiências de pessoas com doença mental que viveram vários anos em situação de sem-abrigo e que através de um programa de habitação apoiada transitaram para uma habitação permanente. As histórias dos participantes durante o período de sem-abrigo foram marcadas por experiências de “constante movimento” entre vários abrigos e períodos na rua, e pela ausência de serviços de suporte adequados que facilitassem a saída da situação de sem-abrigo. Com base nas narrativas dos participantes, os autores concluíram que ter uma casa permanente representou para os participantes voltar a ter um local privado onde estar em segurança, devolveu-lhes estabilidade, e um sentimento de controlo (antes perdido) sobre as suas vidas. A casa permitiu que recuperassem de perdas e traumas passados, e que restabelecessem relações com familiares. A maioria dos participantes transmitiu um discurso de esperança, e a vontade de recuperar relações familiares, de voltar a trabalhar e de se envolverem nas suas comunidades. A estabilidade providenciada pelo lar (*home*), permitiu aos participantes reparar e construir o seu sentimento de identidade, como membros da família, pais, filhos, empregados e cidadãos. Os participantes mencionaram o papel fundamental da casa e dos serviços de suporte providenciados pelo programa, que conjuntamente, impulsionaram mudanças positivas nas suas vidas e lhes deram uma nova oportunidade de reconstruir as suas vidas. Assim, tal como têm demonstrado outros estudos, voltar a ter uma casa permanente, foi determinante para que os participantes retomassem o rumo e o controlo sobre as suas vidas, e iniciassem os seus processos de *recovery* (Kirkpatrick & Byrne, 2005; Padgett *et al.*, 2007; Polvere *et al.*, 2013).

É ainda relevante mencionar uma investigação recente de Henwood *et al.* (2013), que teve como objectivo documentar as perspectivas e expectativas de pessoas em situação crónica de sem-abrigo que iriam ser brevemente alojadas em habitações permanentes e independentes através de um programa *Housing First*. Os resultados do estudo demonstraram que participantes encaravam a sua mudança iminente para uma casa como um acontecimento muito positivo nas

suas vidas, e como uma nova oportunidade de recomeçar de novo, que lhes traria maior qualidade de vida e oportunidades futuras, após vários anos de instabilidade residencial. No entanto alguns participantes demonstraram alguma preocupação com o futuro, receando não serem capazes de se manter alojados na sua nova residência e voltar para a situação de sem-abrigo. Os participantes esperavam também que a mudança para uma casa melhorasse as suas relações sociais, tendo no entanto realçado a importância de evitarem relações sociais negativas e que não constituíssem uma fonte de suporte. Os participantes mencionaram que ter uma casa teria um impacto positivo no controlo sobre as suas relações sociais, uma vez que teriam a possibilidade de se afastar das relações que consideravam negativas. Alguns participantes, que se consideravam mais solitários, demonstraram vontade de se isolar uma vez que tivessem o seu espaço. Os participantes esperavam ainda sentir-se mais seguros e ter maior liberdade e autonomia para realizar rotinas diárias por terem o seu próprio espaço. Assim, os resultados deste estudo vão de encontro a estudos anteriores, e reforçam a assunção de que o acesso a uma casa, que emane sentimentos de segurança, autonomia, privacidade, constância e de um maior controlo sobre o contexto habitacional, constitui uma oportunidade e um passo fundamental para o início dos processos de *recovery* da doença mental (Kirkpatrick e Byrne 2009; Padgett, 2007; Tsemberis *et al.*, 2012). Os autores referem ainda que o desejo de isolamento expresso por alguns participantes poderia ser decorrente de experiências negativas e traumáticas ocorridas durante a situação de sem-abrigo, pelo que o isolamento em casa representaria uma maneira de se protegerem de adversidades exteriores, que lhes traria, a segurança, a protecção e o conforto dos quais tiveram privados vários anos (Henwood *et al.*, 2013). Outra hipótese proposta pelos autores é de que o afastamento social pode representar uma mudança positiva e necessária para a progressão dos processos de *recovery*. Num estudo sobre o impacto das relações sociais nos processos de *recovery* de pessoas com doença mental e problemas de abuso de substâncias, que tinham vivido em situação de sem-abrigo, Padgett *et al.* (2008b), descobriram que um maior controlo sobre a utilização de substâncias, o acesso a habitações independentes e o evitamento de relações sociais negativas, eram factores determinantes para os progressos de *recovery* da doença mental.

Para concluir a revisão da literatura, convém ainda realçar um estudo a decorrer em várias cidades do Canadá – *The At Home / Chez Soi Study* – que tem como objectivo avaliar a eficácia de intervenções *Housing First* (HF) comparativamente aos serviços de apoio existentes (*Treatment as Usual - TAU*), para pessoas sem-abrigo de longa duração (Goering, Streiner, Adair, *et al.*, 2011). Para além de abordagens quantitativas, este estudo compreende uma componente qualitativa sobre as perspectivas e experiências dos participantes no programa *Housing First*. Através das narrativas dos participantes, os autores pretendem documentar as histórias de vida, e o impacto

do programa em vários domínios da vida das pessoas. No âmbito desta investigação Patterson *et al.* (2013), publicaram recentemente um estudo sobre as trajectórias de *recovery* de participantes dos programas *Housing First e Treatment as Usual* em Vancouver, com base em dados narrativos longitudinais. Os autores classificaram as trajectórias dos participantes como positivas, negativas, mistas ou neutras, com base em vários domínios, nomeadamente estabilidade habitacional, saúde física e mental, utilização de substâncias, interações sociais, expectativas de um futuro promissor, predisposição para introspecção e observações dos entrevistadores. A maioria dos participantes do programa *Housing First* apresentou trajectórias positivas (17 em 28), não tendo nenhuma trajectória dos participantes do programa *Housing First* sido catalogada como negativa. Dos 15 participantes do *Treatment as Usual*, apenas dois obtiveram habitações de qualidade durante o estudo, sendo que apenas esses participantes mais um (3) apresentaram trajectórias positivas. Os participantes atribuíram às mudanças positivas nas suas vidas: melhorias a nível de saúde, de relações sociais, reconstrução de identidade e maior participação na comunidade, o facto de terem a sua situação habitacional estabilizada e viverem em habitações de qualidade e seguras (Patterson *et al.*, 2013). Alguns dos participantes manifestaram ainda vontade de explorar novas oportunidades que promovessem o desenvolvimento de uma nova identidade, e de se libertar da sua identidade como pessoas sem-abrigo, através de um maior envolvimento e participação nas suas comunidades para aceder a novos papéis sociais, alargar as suas redes e criar novas rotinas. A vontade de fazer introspecções e reflectir sobre as experiências de vida e lições aprendidas encontrava-se presente em muitos dos discursos dos participantes que apresentaram trajectórias positivas. Em relação às trajectórias negativas, as narrativas dos participantes revelaram sentimentos de decepção e frustração resultantes de várias tentativas falhadas ao longo da vida para sair do ciclo das drogas e da situação de sem-abrigo, falta de esperança num futuro mais promissor, e da saída da situação de instabilidade crónica e de pobreza, relações perdidas, experiências traumáticas e de abuso, e falta de saúde. Alguns participantes descreveram sentir-se isolados e excluídos da comunidade. Segundo os autores (Patterson *et al.*, 2013), as experiências cumulativas de adversidade e de situações traumáticas, como a experiência de sem-abrigo de longa duração, às quais estão associadas a perda de segurança, previsibilidade e controlo, têm um efeito devastador nas pessoas, e constituem uma enorme barreira aos processos de *recovery* da doença mental, da toxicod dependência e do isolamento social.

Ainda no âmbito do projecto nacional *At Home / Chez Soi*, Polvere e *et al.* (2013), realizaram um estudo baseado nas narrativas dos participantes, para examinar os processos de *recovery* dos participantes, após a integração numa casa. Segundo Polvere e *et al.* (2013), embora um sentimento de controlo sobre a própria vida, e a oportunidade de escolha sejam factores

essenciais para facilitar a adesão dos participantes aos serviços de tratamento, e para os seus processos de *recovery*, outros estudos na área de saúde mental sugerem que a reconstrução ou reparação da identidade, apesar da presença da doença mental, é um dos principais passos para o início dos processos de *recovery* (Anthony, 2004). Nesse sentido, os autores procuraram investigar se o acesso a uma casa, e a recuperação da identidade tinham impacto nos processos de *recovery* dos participantes. Os participantes deste estudo indicaram que ter uma casa lhes permitiu dar um novo rumo à sua vida, recomeçar de novo, e a possibilidade de poder pensar no futuro, e de iniciar as mudanças necessárias para o seu *recovery*. Os participantes indicaram ter vontade de reestabelecer ligações com familiares, de retomar interesses passados, de voltar a trabalhar e de fazer tudo o que tivesse ao seu alcance para melhorarem em termos de saúde mental e para manterem a casa. Assim, os autores sugerem que a tentativa de reconstruir a identidade, demonstrada pelos participantes, pode também ser um aspecto fulcral e uma motivação (para além da percepção de escolha) para iniciarem os seus processos de *recovery*. No entanto, este sentimento de esperança não foi partilhado por todos, tendo 19% dos participantes demonstrado receio de não ser capaz de realizar as mudanças necessárias para progredir e *recover* da doença mental e dos traumas da vida de sem-abrigo. Outros participantes demonstraram algumas dificuldades de adaptação, tendo reportado desafios relacionados com o isolamento. Para vários participantes estes sentimentos de desmoralização estavam relacionados com experiências traumáticas e adversas, que os impediam de imaginar um futuro diferente, apesar de viverem numa casa.

Estes estudos demonstram assim a importância da obtenção de uma habitação permanente, por pessoas com doença mental e problemas de abuso de substâncias que viveram vários anos em situação de sem-abrigo, para iniciarem os seus processos de *recovery*, e de participação nas suas comunidades (Padgett *et al.*, 2007; Polvere *et al.*, 2013; Henwood, Hsu, Dent *et al.*, 2013). Ter um local seguro e estável onde viver, proporciona a pessoas que viveram vários anos desprovidas de um lar, privacidade, segurança, e devolve um sentimento de controlo sobre o rumo as suas vidas, assim como sentimentos de esperança sobre o futuro das suas vidas. A casa constitui assim uma base segura a partir da qual se torna possível para as pessoas reparar e construir as suas identidades, restabelecer relações sociais de suporte, retomar papéis sociais, e iniciar os seus processos de *recovery* (Browne & Courtney, 2004; Henwood, Hsu, Dent, *et al.*, 2013; Kirkpatrick & Byrne, 2009; Nelson *et al.*, 2005; Padgett *et al.*, 2007; Patterson, Rezanoff, Currie, *et al.*, 2013; Polvere, Piat & Mcnaughton, 2013).

### 3. MÉTODO

Este estudo teve como objectivo primordial, compreender as mudanças experienciadas por quatro pessoas com experiência de sem-abrigo, que tiveram acesso a uma habitação independente, individualizada e permanente, em vários níveis das suas vidas. Para tal, procurou-se compreender o percurso dos participantes deste estudo para a situação de sem-abrigo, as suas experiências durante o período em situação de sem-abrigo, e após a obtenção de uma habitação independente e permanente, à qual tiveram acesso através da participação num programa de habitação apoiada e independente – Programa Casas. Para a concretização dos objectivos a que nos propusemos, optámos desde início por realizar uma investigação qualitativa. Considerou-se pertinente avaliar o impacto da estabilidade habitacional em vários níveis da vida dos participantes, tendo em conta as perspectivas e opiniões dos principais beneficiados do programa de habitação apoiada e independente (Padgett, 2008). Foram realizadas entrevistas aos participantes, em dois momentos, o primeiro, na sequência da obtenção de uma habitação estável, mas ainda próximo da experiência de sem-abrigo, e o segundo, após um período inicial de adaptação e permanência na habitação. O guião da entrevista inicial (*baseline*) compreende temas sobre o percurso dos participantes para a situação de sem-abrigo, e sobre experiências durante a situação sem-abrigo. O guião da segunda entrevista (*follow-up*), é mais focados nos acontecimentos na vida dos participantes desde a primeira entrevista, após a obtenção da casa. Os dados recolhidos pelas duas entrevistas foram organizados e analisados através de métodos de análise qualitativos, à luz de uma análise temática (Braun & Clarke, 2006). A análise dos dados envolveu dois processos distintos: numa primeira fase, identificaram-se os excertos das entrevistas em três temas previamente definidos; e posteriormente, procedeu-se à identificação de temas e padrões ao longo das transcrições que surgissem dos próprios dados, (*data driven*), isto é, os temas desenvolvidos não estavam previamente definidos (Braun & Clarke, 2006).

#### 3.1 Contextualização do estudo

A presente tese insere-se no âmbito de uma investigação a decorrer no ISPA-IU em parceria com a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) que tem como objectivo a avaliação de um programa de habitação independente e apoiada para pessoas sem-abrigo com doença mental e / ou problemas de abuso de substâncias - o Programas Casas Primeiro, a ser implementado em Lisboa e em Cascais. Através da implementação do Programa Casas Primeiro, pretende-se testar e avaliar o modelo *Housing First* (Tsemberis, 1999) na cidade de Lisboa e no concelho de Cascais, uma solução inovadora para diminuir o número de situações de sem-abrigo, prevista na Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo (AEIPS,

2011). No presente momento, o Programa Casas Primeiro abrange cerca de 54 participantes, 50 ao abrigo do programa em Lisboa, e quatro ao abrigo do programa em Cascais. O projecto de investigação do Programa Casas Primeiro conta com a colaboração de vários estudantes de Mestrado e Doutoramento de Psicologia Comunitária do ISPA-IU, estando a ser desenvolvidas três teses de mestrado e duas de doutoramento. Nesse sentido, deu-se a necessidade de se criar um Grupo de Investigação, constituindo pelos alunos supra mencionados. Para a realização desta tese participaram três participantes do Programa Casas Primeiro a ser implementado em Cascais, e uma participante do programa de Cascais. Este projecto de investigação conta ainda com a colaboração de uma equipa de investigadores da Comissão de Saúde Mental do Canadá (*Mental Health Commission of Canada*), que se encontra igualmente a avaliar um projecto de habitação apoiada para pessoas em situação de sem-abrigo - “*Homelessness Demonstration Project – “At Home / Chez Soi”*”, a decorrer em várias cidades do país.

Seguidamente iremos descrever o programa Casas Primeiro e os seus principais objectivos. O Programa Casas Primeiro, promovido e implementado pela AEIPS desde 2009, tem como objectivo apoiar pessoas sem-abrigo com experiência de doença mental, na obtenção e manutenção de uma habitação tipicamente normal, estável, independente e integrada na comunidade, disponibilizando apoio ao arrendamento e proporcionando um conjunto diversificado de serviços de suporte individualizados no contexto habitacional e na comunidade, sendo o apoio disponibilizado consoante as necessidades e valores de cada participante, sem que exista uma limitação temporal desse apoio (Ornelas, Duarte, Almas & Madeira, 2011). No âmbito dos serviços de suporte prestados pela equipa do programa Casas Primeiro, são disponibilizados apoios económicos ao arrendamento e um conjunto diversificado de serviços de suporte no contexto habitacional e de ligação com outros recursos na comunidade (Ornelas *et al.*, 2011). A equipa do projecto Casas Primeiro é constituída por quatro técnicos de apoio, com experiência no apoio a pessoas com doença mental e sem abrigo. Em Cascais, a equipa trabalha em colaboração com um técnico de serviço social da Câmara Municipal de Cascais. Para participarem no Programa Casas Primeiro, os participantes têm de contribuir com 30% do seu rendimento para as despesas de alojamento, e aceitar uma visita domiciliária semana pela equipa de apoio do programa. Assim, o Programa Casas Primeiro tem como principais objectivos:

- ✓ Apoiar pessoas sem-abrigo com doença mental na obtenção e manutenção de uma habitação individualizada e independente, integrada na comunidade;
- ✓ Promover a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar individual dos participantes do programa.

### 3.2. Objectivos e questões de investigação

Esta investigação tem como objectivos: (i) a compreensão dos percursos dos participantes para a situação de sem-abrigo, (ii) a compreensão das experiências vividas pelos participantes a nível de acesso a recursos, a nível de relações sociais e a nível individual durante o período de sem-abrigo, e no período posterior à obtenção de uma habitação independente, individualizada e permanente, através da participação no Programa Casas Primeiro; (iii) compreender as mudanças experienciadas pelos participantes a nível de acesso a recursos, a nível de relações sociais e a nível individual após a obtenção da casa, comparativamente ao período anterior. De seguida apresentam-se as questões de investigação:

- (i) Qual o percurso dos participantes para a situação de sem-abrigo?
- (ii) Como foram as experiências dos participantes a nível de acesso a recursos, a nível de relações sociais e a nível individual, durante a experiência de sem-abrigo e após a obtenção de uma casa através da participação no Programa Casas Primeiro?
- (iii) Quais as mudanças experienciadas pelos participantes, após a obtenção de uma habitação independente, individualizada, e permanente, a nível de acesso a recursos, de relações sociais e a nível individual.

### 3.3. Instrumento

Tendo em conta os objectivos do presente estudo, optou-se desde início por utilizar um método qualitativo, que permitisse dar a “voz” aos participantes (Rappaport, 1995), uma vez que estes são os “*experts*” no objecto do estudo: as suas experiências de vidas. Assim, optou-se pela utilização de entrevistas semi-estruturadas, uma vez que estas permitem que os participantes partilhem as suas experiências nas suas próprias palavras e de uma forma fluída e espontânea, gerando conversas naturais (Kloos *et al.*, 2012). Além disso, tendo em conta a sua estrutura flexível, permite ao participante a liberdade de introduzir assuntos que considere relevantes, e ao mesmo tempo permite ao investigador esclarecer ou reforçar alguns pontos. Para se poderem examinar as mudanças experienciadas pelos participantes após a participação no Programa Casas Primeiro, comparativamente ao período anterior, utilizaram-se dois guiões em dois momentos, após a obtenção da casa, e uns meses depois da integração na casa. A primeira entrevista – *baseline*, focalizada nas experiências dos participantes durante o período sem-abrigo, e a segunda, *follow-up*, baseada no guião da entrevista *baseline*, mas com um enfoque nos acontecimentos de vida no intervalo de tempo entre a primeira entrevista e a entrevista passados uns meses.

Para a entrevista *baseline* utilizou-se um guião já existente, desenvolvido pela equipa de investigadores do projecto “*At Home / Chez Soi*” a decorrer no Canadá - “*Overview of Quality Research*”, uma vez que, tendo em conta as temáticas que aborda, se adequa aos objectivos desta investigação. O guião está também a ser utilizado no âmbito de outras teses de Doutoramento do grupo de investigação do Casas Primeiro, o que constitui uma mais-valia, pois poderá permitir a comparação dos resultados dos vários estudos a decorrer. O guião da entrevista foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa pela investigadora, com a colaboração dos membros do grupo de investigação (ver anexo B). No âmbito do presente estudo não será apresentada a última parte do guião original, uma vez que os participantes demonstraram alguma dificuldade em falar das temáticas abordadas nesse grupo de questões. Assim, para este estudo apenas se incluíram as três temáticas principais do guião da entrevista “*Overview of Quality Research*”: (i) percurso para a situação de sem-abrigo, (ii) vida na rua ou num abrigo, e (iii) experiências de saúde mental e com os serviços de saúde mental. O guião da entrevista debruça-se assim sobre as experiências do participante antes do seu envolvimento no programa Casas Primeiro. De seguida apresenta-se num quadro (tabela 1), os temas e sub-temas compreendidos no guião:

Tabela 1: Guião “*Overview of Quality Research*”

---

**Temas e sub-temas do guião “*Overview of quality research*”**

---

<b>Percurso para a situação de sem-abrigo</b>	Vida antes da condição de sem-abrigo  Como é que a pessoa se tornou sem-abrigo (factores que precipitaram a condição de sem-abrigo)  Experiências recorrentes de sem-abrigo (factores que precipitaram a recorrência de situações de sem-abrigo)  Experiência mais recente de sem-abrigo (factores que precipitaram a experiência recente de sem-abrigo)
<b>Vida na rua ou num abrigo</b>	Um dia típico  Apoios, serviços e organizações comunitárias  Experiências de habitação  Como vê a sua situação habitacional no futuro  Vida na rua ou num abrigo
<b>Experiências de saúde mental e com serviços de saúde mental</b>	Primeiras experiências  Experiências com o sistema de saúde mental  Experiências de <i>recovery</i>

---

O guião de entrevista *follow-up* foi desenvolvido pela investigadora, tendo sido baseado no guião *baseline*, assim como na revisão da literatura efectuada, mas orientado para as experiências vividas pelos participantes, a nível habitacional de relações sociais e a nível individual, após o período de integração no Programa Casas Primeiro (Anexo C).

### 3.4. Participantes

Este estudo qualitativo contou com a participação de quatro indivíduos em situação de sem-abrigo que integraram o Programa Casas Primeiro. Três participantes integraram o programa de Cascais e um de Lisboa, e uma participante de Lisboa. De entre o leque de todos os participantes do programa Casas Primeiro, optou-se por escolher para este estudo, apenas os participantes que tivessem entrado no programa no mesmo período em que a investigadora iniciou a investigação ou após o início do estudo, para assim se garantir o acompanhamento dos participantes, desde o início do processo de transição para uma casa. Foram assim considerados quatro participantes para a colaboração neste estudo, dois participantes do sexo feminino e dois participantes do sexo masculino. Apresenta-se de seguida um quadro com a informação geral sobre os participantes:

Tabela 2: Informação geral sobre os participantes

Participante	Sexo	Idade	Escolaridade	Período Sem-abrigo	Data de entrada no programa (mês e ano)
A.	M	55 anos	4ª classe	15 anos	02/2013
E.	F	61 anos	4ª classe	+/- 15 anos	05/ 2013
G.	F	45 anos	4ª classe	+/- 15 anos	03 / 2013
J.P.	M	36 anos	6º ano	+/- 10 anos	03/ 2013

O grupo de participantes apresenta algumas semelhanças, têm todos níveis de escolaridade relativamente baixos, e viveram entre 10 a 15 anos em situação de sem-abrigo. É ainda importante referir que os participantes não souberam precisar o número de anos que viveram em situação de sem-abrigo, pelo que deram um número aproximado. Por fim incluem-se também as datas de integração dos participantes numa habitação, para assim se demonstrar o período decorrente entre a integração numa casa e a realização das entrevistas.

### 3.5. Procedimento

#### 3.5.1. Recolha de dados

O estudo teve início quando os participantes ainda se encontravam em situação de sem-abrigo, e prolongou-se ao longo de vários meses, tendo o percurso de transição da rua para uma

casa, e os primeiros meses de permanência no contexto habitacional sido acompanhados pela investigadora. Os participantes foram todos previamente avisados da ocorrência do presente estudo sobre o programa Casas Primeiro, e questionados se estariam interessados em colaborar. Explicou-se aos participantes o objectivo do estudo, assim como os procedimentos para a sua concretização, que iriam envolver a realização de duas entrevistas, pouco tempo após a transição para a casa, e alguns meses após a permanência na casa. Foi ainda dito aos participantes que a sua contribuição era de extrema importância para compreendermos melhor as suas experiências no programa – quer os sucessos, quer os seus maiores desafios. Teve-se também o cuidado de explicar aos participantes que podiam optar por não participar no estudo, sem que a sua participação no programa ficasse comprometida, e que caso aceitassem participar no estudo a sua participação seria anónima, voluntária e livre, pelo poderiam desistir a qualquer momento. Todos os participantes aceitaram colaborar no estudo. As entrevistas foram previamente agendadas com cada participante, tendo-se marcado todas as entrevistas com pelo menos uma semana de antecedência. Os participantes e a investigadora assinaram um consentimento de participação (Anexo A) tendo cada participante ficado com uma cópia e a investigadora com o original. As entrevistas *baseline* foram realizadas em casa dos participantes e demoraram entre 30 a 60 minutos (tabela 3). As entrevistas *follow-up* foram realizadas em casa dos participantes (2 participantes) e num centro comunitário que apoia os participantes (2 participantes), tendo em média demorado 13,25 minutos por participante (tabela 3). Todas as entrevistas foram todas áudio-gravadas, com o consentimento dos participantes, e posteriormente transcrita pela investigadora. O processo de transcrição das entrevistas demorou em média 5h/ entrevista. Seguidamente apresenta-se um quadro com as datas em que foram realizadas as entrevistas *baseline* e *follow-up*, e com as características das entrevistas.

Tabela 3: Data e descrição das entrevistas

Participante	Data das entrevistas		Duração de cada entrevista:		Número de palavras de cada entrevista:	
	<i>baseline</i>	<i>follow-up</i>	<i>baseline</i>	<i>follow-up</i>	<i>baseline</i>	<i>follow-up</i>
A.	12/09/2013	17/10/2013	30 min	10 min	532	260
E.	17/07/2013	21/10/2013	40 min	15 min	3058	1296
G.	30/05/ 2013	17/10/2013	50 min	13 min	4200	1028
J.P.	30/05/2012	17/10/2013	60 min	15 min	4026	932

Na tabela 3 encontram-se descritas as datas em que foram realizadas cada uma das entrevistas, a entrevista *baseline* e a entrevista *follow-up*, o número de palavras de cada uma das duas entrevistas realizadas, e por fim, a duração de cada entrevista em minutos, por participante. É ainda relevante

mencionar que as entrevistas *baseline* não foram realizadas imediatamente após a integração dos participantes na sua casa, como se depreende pelas datas de integração na tabela 2 e as datas de realização das entrevistas na tabela 3, para dar “espaço” e tempo aos participantes para se adaptarem primeiro à casa, e para que se desenvolvesse uma relação de confiança entre os participantes e a investigadora. Adicionalmente, um participante com problemas de saúde mental, demonstrou algumas dificuldades a nível de expressão oral, pelo que a primeira entrevista foi apenas realizada sete meses após a sua integração.

Durante as entrevistas, a investigadora tirou notas que considerou relevantes, nomeadamente sobre a dificuldade dos participantes em falar de determinados assuntos, sobre linguagem não-verbal dos participantes, e sobre comentários dos participantes fora da entrevista, que fossem pertinentes. Todos os assuntos com os quais os participantes não se mostraram confortáveis ou que referiram preferir não aprofundar, não foram incluídos na análise e apresentação dos dados. Embora os participantes tenham falado praticamente de todos os temas abordados, a maioria demonstrou alguma dificuldade em falar de alguns aspectos da sua vida, e pelo que se optou por não disponibilizar as transcrições completas das entrevistas nos anexos, por respeito aos participantes e para se preservar o seu anonimato, mesmo considerando que as entrevistas não estão identificadas, que estes aceitaram participar no estudo, e que assinaram um consentimento de participação.

### **3.5.2 Análise de dados**

Os dados obtidos através das duas entrevistas (*baseline* e *follow-up*), foram organizados e analisados com base numa análise temática, um método de análise de dados qualitativo (Braun & Clarke, 2006). Segundo Braun & Clarke (2006), a análise temática é um método que permite identificar, analisar e relatar padrões ao longo dos dados - temas. Este método permite assim organizar e descrever os dados recolhidos detalhadamente. O desenvolvimento dos temas por sua vez, permite melhor interpretar vários aspectos das questões da pesquisa (Boyatzis, 1998, citado por Braun & Clarke, 2006).

Uma vez recolhidos e transcritos os dados, procedemos a várias leituras das entrevistas para assim se desenvolver uma familiarização com os dados (Braun & Clarke, 2006). Nesta fase tiraram-se logo algumas notas sobre temas relevantes que sobressaíssem nos dados, e esboçaram-se algumas ideias para eventuais temas. Após a familiarização com os dados, prosseguiu-se para o desenvolvimento de temas. O desenvolvimento de temas para a compreensão das experiências dos participantes aA análise dos dados envolveu duas fases distintas: numa primeira fase, identificaram-se nas transcrições três temas gerais, previamente definidos: (i) recursos, (ii) relações sociais, e (iii) nível individual. O tema recursos compreende todos os recursos a que os

participantes tiveram acesso ou se viram privados, durante os dois períodos em análise, sem-abrigo, e Casas Primeiro. Nesta fase, consideraram-se como recursos, habitação, nível de educação e emprego. As relações sociais, como o nome indica, referem-se às interações sociais estabelecidas pelos participantes. O tema nível individual começou por compreender apenas questões relacionadas com a saúde física e mental dos participantes, no entanto, após a conclusão da segunda fase da análise – que descreveremos de seguida, passou a integrar também outros temas relacionados com a presença ou ausência de competências e recursos individuais, assim como de desejos e expectativas dos participantes. Nesta fase identificaram-se todos os extractos das entrevistas, *baseline* e *follow-up*, correspondentes aos três temas. Os temas foram definidos após uma revisão da literatura nesta área, tendo sido baseados em dois estudos semelhantes que tiveram por objectivo avaliar programas de habitação apoiada (Nelson *et al.*, 2005; Parkinson *et al.* 2004). Considerou-se relevante definir previamente temas, para posteriormente se poderem identificar com maior clareza as mudanças experienciadas pelos participantes, ao nível dos três temas pré-definidos. Assim, a utilização de temas gerais pré-definidos permitiu que se estabelecesse uma base para a comparação entre os dados recolhidos nas primeiras entrevistas (*baseline*), e os dados recolhidos nas segundas entrevistas (*follow-up*). Neste processo, desenvolveu-se uma tabela com duas dimensões, uma referente aos períodos da vida dos participantes em análise – período em situação de sem-abrigo e período posterior à obtenção de uma casa, e a segunda dimensão referente aos três temas gerais pré-definidos: recursos, relações sociais e nível individual. As células da tabela foram posteriormente preenchidas com os temas que se iriam desenvolver na segunda fase do processo de análise (descrito de seguida). Na segunda fase da análise desenvolveram-se vários temas, baseados nas transcrições das entrevistas - *data – driven*, isto é, os temas não estavam pré-definidos, surgiram dos próprios dados. Embora este processo de codificação tenha sido mais livre, sem uma estrutura pré-definida a orientar a identificação dos temas, os temas desenvolvidos teriam posteriormente de ser enquadrados nas células da tabela com as duas dimensões anteriormente desenvolvida, o que se demonstrou uma dificuldade em certos casos. Esta fase foi fundamental, pois implicou a descoberta de temas importantes para a análise que através de uma codificação eminentemente dedutiva, poderiam ser esquecidos ou negligenciados. Esta fase contribuiu assim para uma análise mais aprofundada e mais rica, para além de ter permitido que as descobertas do estudo fossem mais fiéis à “palavra dos participantes”, uma vez que, como diz Patton (1990, citado por Braun & Clarke, 2006), na utilização de abordagens indutivas os temas identificados estão mais associados aos dados em si. Numa fase inicial deste processo, identificaram-se nas entrevistas todos os aspectos considerados interessantes que pudessem vir a formar a base para os temas finais, conforme sugerem Braun &

Clark (2006). Aqui foram já desenvolvidos vários códigos. Embora neste processo os códigos fossem ainda provisórios, começaram logo a surgir várias ideias para temas. Relativamente à experiência de sem-abrigo, por exemplo, os temas instabilidade habitacional, falta de qualidade dos espaços habitacionais, insegurança, impossibilidade de dormir, precariedade laboral, perdas sociais, e problemas de abuso de substâncias foram logo identificados. É de referir que nem todos os temas que se identificaram inicialmente se mantiveram até ao fim da análise. Depois de desenvolvidos temas provisórios em todas as entrevistas, criou-se uma tabela para cada participante com duas colunas, uma correspondente ao período sem-abrigo e a outra ao período Casas Primeiro, onde se incluíram os temas provisórios e os respectivos extractos das entrevistas. Assim foi possível não só detectar algumas mudanças entre cada participante nos dois períodos em análise, como também as semelhanças e diferenças entre todos os participantes. Com base na análise da tabela, procedeu-se à reorganização dos temas provisórios para assim se desenvolverem os temas definitivos. Nesta fase, detectaram-se vários temas semelhantes, assim como particularidades entre cada participante, e temas mais abordados e em maior profundidade por uns participantes do que por outros. Posteriormente desenvolveram-se temas mais abrangentes, onde se incluíram alguns dos temas provisórios como sub-temas e se desenvolveram outros, foram excluídos alguns dos temas provisórios, e criados novos temas e sub-temas. Alguns temas provisórios mantiveram-se no entanto, como temas principais.

Os temas desenvolvidos para a análise da primeira questão de investigação “(i) *o percurso para a situação de sem-abrigo*”, não foram integrados na tabela com duas dimensões (temas gerais e período), onde se incluíram os temas relativos ao período em situação de sem-abrigo e ao período posterior à obtenção de uma casa, uma vez que não iriam ser submetidos à análise de mudança, iriam apenas servir de base para analisar o percurso dos participantes para a situação de sem-abrigo. Para o desenvolvimento dos temas, fez-se primeiro um resumo para cada participante do seu percurso desde o período em que a sua situação habitacional era estável, até à entrada em situação de sem-abrigo. A partir dos resumos, desenvolveu-se um esquema representativo do percurso dos participantes para a situação de sem-abrigo, de onde se desenvolveram os temas (anexo D). Assim, tornou-se visualmente mais perceptível de identificar os padrões e temas transversais aos quatro participantes.

É ainda relevante realçar que dois participantes mencionaram durante o processo das entrevistas ter apreciado colaborar no estudo, uma vez que esta fora uma experiência singular, durante a qual tiveram a oportunidade de ter uma voz, e de ser ouvidos.

## 4. RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados cronologicamente, primeiro serão apresentados os resultados relativos ao período anterior à participação no Programa Casas Primeiro, e posteriormente os resultados relativos ao período posterior à participação no Programa Casas Primeiro. Primeiramente serão descritos: (i) os percursos para a situação de sem-abrigo, seguidos (ii) pelas experiências durante a situação de sem-abrigo, e finalmente, (iii) as experiências após a obtenção de uma habitação, correspondentes ao período posterior à participação no Programa Casas Primeiro. Relativamente ao ponto (i), serão descritas as experiências vividas pelos participantes que conduziram à entrada em situação de sem-abrigo. Embora cada participante tenha uma história única, serão sobretudo descritas as experiências e circunstâncias em comum que contribuíram para a entrada e permanência em situação de sem-abrigo. Relativamente aos pontos (ii) e (iii), os resultados serão descritos em termos das experiências vividas pelos participantes a nível de recursos, de relações sociais, e a nível individual. Numa segunda fase, os resultados serão analisados e discutidos segundo a mesma estrutura cronológica, para assim se compreenderem os percursos para a situação de sem-abrigo, bem como as mudanças vividas pelos participantes, a nível de acesso a recursos, relacional e individual, decorrentes da obtenção de uma habitação permanente, independente e individualizada, através da participação no programa Casas Primeiro.

### 4.1. Apresentação dos resultados

Após uma análise das entrevistas, onde se identificaram pontos em comum nas transcrições dos participantes, e outros que embora não transversais, igualmente importantes, desenvolveram-se vários temas (tabela 4) (Boyatzis, 1998, Patton, 2002, citado por Padgett, 2008) para os dois períodos em análise, antes e após a participação no programa Casas Primeiro. Desenvolveram-se temas para: (i) o percurso para a situação de sem-abrigo, (ii) as experiências e vivências dos participantes durante o período em situação de sem-abrigo a nível de acesso a recursos, de relações sociais, e individual e, (iii) as experiências no período posterior à obtenção de uma casa permanente nos mesmos três níveis.

Antes de prosseguirmos com a apresentação dos resultados convém definirmos alguns termos, instabilidade habitacional e situação de sem-abrigo, que serão utilizados ao longo da secção dos resultados. Quando nos referimos a experiências de instabilidade habitacional, falamos de experiências de transição entre vários alojamentos, que incluem, quartos de pensão, anexos de casas, casas partilhadas, e habitações ilegais e provisórias (barracas). A situação de sem-abrigo refere-se experiências de permanência na rua e em casas abandonadas. Embora os dois termos se

encontrem indiferenciados na literatura, para este trabalho optou-se por diferenciá-los, uma vez que as experiências dos participantes de instabilidade habitacional foram caracterizadas pela permanência nos alojamentos mencionados, e as experiências de sem-abrigo na rua e em casas abandonadas.

Relativamente ao (i) percurso para a situação de sem-abrigo, este período integra as experiências vividas pelos participantes a partir do momento em que saíram da última habitação estável a que tiveram acesso, e antes de se encontrarem em situação efectiva de sem-abrigo. Todos os participantes viveram com a família nuclear (mãe, pai e irmãos) durante a infância e início de juventude e, depois da saída destes contextos habitacionais, a maioria entrou numa situação de instabilidade habitacional, marcada pela transição entre vários alojamentos. Apenas uma participante teve uma experiência habitacional fora do contexto familiar, tendo co-habitado com um parceiro, de quem teve uma filha, tendo eventualmente abandonado este espaço e experienciado também uma situação de instabilidade habitacional. Após um período de instabilidade habitacional, todos os participantes transitaram para a situação de sem-abrigo. Relativamente ao período de instabilidade habitacional, que caracterizou o percurso para a situação de sem-abrigo, foram desenvolvidos três temas: *falta de qualidade do espaço habitacional*, *privação de uma fonte de rendimento* e *falta de apoio da rede social*.

O tema “*Falta de qualidade do espaço habitacional*”, refere-se a características de espaços habitacionais onde os participantes estiveram alojados durante o período de instabilidade habitacional, que os participantes descreveram.

O tema “*Privação de uma fonte de rendimento*”, como o nome indica refere-se à ausência de rendimentos. Todos os participantes revelam não ter tido uma fonte de rendimento estável durante este período.

O tema “*Falta de apoio da rede social*” refere-se à ausência de uma rede social que providenciasse apoio, sobretudo material, como alojamento. Todos os participantes referiram não ter podido contar com o apoio da sua rede social no período de instabilidade habitacional, situação que se prolongou durante todo o período em situação de sem-abrigo. Para todos os participantes, os pais (pai e mãe / mãe), tinham constituído a principal fonte de suporte a nível material, tendo providenciado alojamento, alimentação, acesso ao ensino, e outros recursos essenciais, durante a infância e juventude. Os participantes não puderam contar com o apoio da sua rede social por diversas razões, conflitos no contexto habitacional e expulsão de casa, morte da mãe, emigração forçada e falta de recursos da própria família.

Relativamente às experiências (ii) no período em situação de sem-abrigo e (iii) no período posterior à obtenção de uma casa, desenvolveram-se vários temas, posteriormente integrados na

tabela criada com duas dimensões – temas gerais (previamente definidos) e período de tempo, tal como referido na secção do método. Seguidamente descrevem-se os três temas gerais: 1. *Recursos*, 2. *Relações Sociais*, e 3. *Nível Individual*.

- (1) O tema geral *recursos* refere-se a todos os recursos tangíveis e intangíveis, a que os participantes tiveram acesso ou se viram privados, nos dois períodos em análise, e incluem: habitação, educação, emprego, recursos financeiros, vestuário, alimentação. O tema compreende também outros recursos associados ao acesso ou privação de uma habitação independente, individualizada e permanente.
- (2) O tema geral *relações sociais* compreende todas as experiências de interacção social estabelecidas pelos participantes, com familiares, amigos, e outros.
- (3) O tema *nível individual*, compreende questões de saúde física e mental, referidos pelos participantes, assim competências ou recursos intrapessoais, e desejos pessoais.

Como descrito na secção do método, criou-se uma tabela com duas dimensões: uma das dimensões refere-se aos dois períodos em análise - período em situação de sem-abrigo e período posterior à obtenção de uma casa permanente, e a segunda refere-se aos três temas gerais pré-definidos - recursos, relações sociais, e nível individual. Depois de realizada a análise às entrevistas, e desenvolvidos novos temas, estes foram organizados nas células da tabela. De seguida apresentam-se os temas e sub-temas desenvolvidos após a análise das entrevistas, integrados na tabela com duas dimensões (tabela 4).

Tabela 4 : Temas relativos ao período sem-abrigo e ao período posterior à obtenção de uma habitação

Tema geral	Período Sem-abrigo	Período Casas Primeiro
Recursos	<p>Privação de um espaço privado e permanente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insegurança</li> <li>• Falta de privacidade</li> <li>• Ausência de um local onde guardar os pertences</li> <li>• Não poder cuidar da higiene</li> </ul> <p>Privação de outros recursos (e.g.: rendimentos)</p>	<p>Ter um espaço privado e permanente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança</li> <li>• Privacidade</li> <li>• Ter um local onde guardar os pertences</li> <li>• Cuidados de higiene</li> <li>• Rotinas</li> </ul> <p>Envolvimento na comunidade e desejo de trabalhar</p>
Relações Sociais	<p>Afastamento da rede de suporte social</p> <p>Estabelecimento de relações percebidas como negativas</p> <p>Isolamento social e solidão</p>	<p>Desejo de aproximação a familiares e de alargamento da rede social</p> <p>Distanciamento de relações percebidas como negativas</p> <p>Solidão</p>
Nível individual	<p>Problemas de saúde física e mental</p>	<p>Saúde física e mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da utilização de substâncias</li> </ul> <p>Expectativas e incertezas para o futuro</p>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Ausência de controlo<sup>1</sup>                      Controlo<sup>1</sup></p> </div>	

<sup>1</sup> Os temas “ausência de controlo” e “controlo” estão incluídos no tema geral “nível individual”, por se considerar ser a percepção de controlo, uma competência ou característica individual. No entanto este tema está relacionado com os três temas gerais.

Primeiramente serão apresentados os temas desenvolvidos para descrever o período anterior à participação no programa Casas Primeiro, e posteriormente, serão apresentados os temas desenvolvidos para o período após a obtenção de uma casa através da participação no Programa Casas Primeiro.

Relativamente ao tema geral *recursos* foram desenvolvidos dois temas principais, e cinco sub-temas. O tema principal *privação de um espaço privado e permanente* compreende as experiências de privação de uma habitação vividas pelos participantes. Os participantes permaneceram na rua

ou casas abandonadas durante um longo período de tempo, pelo que se viram privados de uma habitação individualizada e de carácter permanente. Os ambientes utilizados pelos participantes durante o período em situação de sem-abrigo são descritos em termos da falta de segurança, a ausência de privacidade, ausência de um espaço pessoal onde guardar os pertences, e onde cuidar da higiene. Assim, o tema principal, *privação de um espaço privado e permanente*, subdivide-se nestes quatro temas: (i) *insegurança*, (ii) *ausência de privacidade*, (iii) *ausência de um local onde guardar os pertences*, e (iv) *não poder cuidar da higiene*. Os sub-temas (i) *insegurança* e (ii) *ausência de privacidade* foram abordados por todos os participantes. O tema (iii) *ausência de um local onde guardar os pertences* foi referido apenas por dois participantes e o tema (iv) *não poder cuidar da higiene* apenas referido pelas participantes do sexo feminino. Optou-se por incluir estes temas porque os participantes que os referiram destacaram a sua importância, através da referência à ausência destas qualidades várias vezes ao longo do seu discurso, ou porque os descreveram como uma das maiores dificuldades por não terem uma habitação de carácter permanente. O tema *privação de outros recursos*, refere-se a outros recursos, para além de uma casa, como recursos financeiros, e outros bens aos quais os participantes referem não ter tido acesso.

Em relação ao tema geral, *relações sociais*, foram desenvolvidos três temas. O tema *afastamento da rede de suporte social*, refere-se ao afastamento experienciado pelos participantes das suas relações sociais, como família e amigos, no período em situação de sem-abrigo. O tema, *estabelecimento de relações percebidas como negativas*, refere-se a experiências de aproximação de alguns participantes a redes sociais que exerceram influências negativas nas suas vidas, nomeadamente em questões de consumo de substâncias. Este tema foi apenas referido por dois participantes. O tema *isolamento e solidão*, refere-se ao isolamento experienciado pelos participantes assim como sentimentos de solidão por eles referidos.

Em relação ao tema geral *nível individual*, foram desenvolvidos dois temas. O tema, *problemas de saúde física e mental*, refere-se a doenças físicas e mentais, assim como problemas de abuso de substância que os participantes experienciaram durante o período em que viveram em situação de sem-abrigo. Três participantes referiram consumir substâncias durante este período, e ter problemas de saúde física e mental. Apenas uma participante revelou não ter problemas de saúde mental, revelando no entanto ter sofrido um acidente no período em situação de sem-abrigo, com repercussões a nível físico. O tema *ausência de controlo*, refere-se a sentimento de impotência, e à ausência de controlo percebidos pelos participantes em relação ao rumo das suas vidas, e à sua situação de sem-abrigo.

Relativamente ao período no programa Casas Primeiro, os temas desenvolvidos pretendem enfatizar as mudanças experienciadas pelos participantes decorrentes da obtenção de uma casa, em relação ao período em situação de sem-abrigo.

Em relação ao tema, *recursos*, foram desenvolvidos dois temas principais, e seis sub-temas. O tema, *ter um espaço privado e permanente*, refere-se à experiência de obtenção e manutenção de uma habitação independente, individualizada e permanente, através da participação no programa Casas Primeiro. A escolha do título para este tema, teve dois propósitos. Por um lado, evidenciar que os participantes tiveram acesso a uma habitação, e que a sua situação habitacional se encontrava estabilizada. Ao se desenvolver o tema *ter um espaço privado e permanente* teve-se também como objectivo escolher um título que fosse *empowering*. Assim, a escolha da palavra “ter” foi propositada, e teve como objectivo transmitir a ideia de posse, que por si só, é um processo *empowering*, quando comparado com o período anterior Ter um espaço privado e permanente, contribuiu para a obtenção de outros recursos, tais como, (i) *segurança*, (ii) *privacidade*, (iii) *ter um local onde guardar os pertences*, (iv) *ter um local onde cuidar da higiene*, e permitiu a (vi) realização de *rotinas* em casa e na comunidade pelos participantes. O tema geral, *envolvimento na comunidade e desejo de trabalhar*, refere-se à utilização de recursos e serviços da comunidade, como cafés e supermercados, e o envolvimento em actividades pelos participantes. Todos os participantes expressaram o desejo de arranjar emprego., no entanto ainda nenhum voltou a trabalhar.

Relativamente ao tema geral, *relações sociais*, foram desenvolvidos três temas. O tema, *desejo de aproximação de familiares e de alargamento da rede social*, refere-se à vontade expressa pela maioria dos participantes em retomar as relações com familiares, ou de alargar a rede social. O tema *distanciamento de relações percebidas como negativas*, refere-se à necessidade de afastamento de relações sociais estabelecidas durante o período em situação de sem-abrigo que contribuíram para o agravamento de problemas pessoais, expressas por alguns participantes. O tema *solidão*, refere-se a sentimentos de solidão experienciados pelos participantes.

Relativamente ao tema geral, *nível individual*, foram desenvolvidos três temas principais, e dois sub-temas. O tema *saúde física e mental*, refere-se a melhorias ao nível de saúde expressos pelos participantes, assim como ao desejo de cuidar da saúde, nomeadamente a nível da *diminuição do consumo de substâncias* referidos pelos participantes com problemas de saúde crónicos e que consumiam álcool e drogas. Por fim o tema *controlo*, refere-se a sentimentos de maior controlo sobre o rumo das próprias vidas, percebidos pelos participantes, nomeadamente a nível da utilização de substâncias, sobre as interações sociais estabelecidas no período em situação de sem-abrigo, e sobre a realização de actividades, com base nas suas preferências. Como referido na

tabela 4, este tema foi incluído no tema geral, *nível individual*, por se considerar o sentimento de maior controlo, uma competência. No entanto, será abordado na secção da discussão dos resultados de uma forma transversal, por estar relacionado com os outros dois temas gerais. O tema, *expectativas e incertezas para o futuro*, engloba as expressões e ideias dos participantes referentes às suas esperanças e desejos para o futuro, assim como sentimentos de incerteza e insegurança em relação ao futuro, nomeadamente a nível de independência financeira, procura de trabalho, e manutenção do espaço habitacional.

## **4.2. Discussão dos resultados**

Tendo em conta os resultados obtidos, iremos agora discuti-los para compreendermos o percurso dos participantes para a situação de sem-abrigo, assim como as suas experiências a nível de acesso a recursos, de relações sociais e a nível individual, durante a experiência de sem-abrigo e após a participação no Programa Casas Primeiro, para assim analisarmos as mudanças experienciadas pelos participantes após a obtenção de uma habitação independente, individualizada, e permanente, comparativamente ao período em situação de sem-abrigo.

### **Percurso para a situação de sem-abrigo**

#### ***Falta de qualidade do espaço habitacional, privação de uma fonte de rendimento, e falta de apoio da rede social***

Todos os participantes experienciaram situações de instabilidade habitacional antes de se encontrarem em situação de sem-abrigo. O período que precedeu a saída do espaço habitacional onde os participantes co-habitavam com os familiares (três participantes), e com um parceiro (uma participante), e que antecedeu a entrada em situação de sem-abrigo, foi marcado por experiências de instabilidade habitacional, tendo todos os participantes referido ter transitado entre vários alojamentos, período após o qual entraram eventualmente em situação de sem-abrigo:

“Fui detida (...) Quando saí da prisão é que começou esta vida (...) Arranjaram-me quartos, mas depois deixaram de ter verbas para ajudar, tive que vir para a rua. (...) Depois a Dra. arranjou-me uma casa (...) Primeiro fui eu para lá viver sozinha, depois foi uma toxicodependente, tá a ver? (...) Uma e outra... E depois estavam todas podres! (...) Uma pessoa fica com medo, né? (...) E eu não aguentei, abandonei a casa (...) Disse: eu não quero viver assim, para isso eu estou na rua. Lá vim para a rua outra vez.... Dentro e fora, dentro e fora.” – G.

“Saí de casa por causa de problemas domésticos... Fiquei sem emprego, eles então passaram-se e mandaram-me embora. Até à data de hoje fui ficando na rua. (...) Vim para baixo para as Marianas (...) Depois deitaram as barracas abaixo (...) Fui para a Parede (...) Consegui lá estar uns meses. (...) Fecharam

a casa, fecharam tudo a tijolo. (...) Há 13 anos que não trabalho....Ninguém me quis arranjar trabalho (...) Não tinha dinheiro para pagar uma casa.” – J.P.

“Vivi muitos anos numa barraca enquanto trabalhava para o Sr Ernesto. (...) Depois despediram-me. Fui para um quarto em Tires, e comecei a trabalhar noutra empresa em serventia. Depois deixei de trabalhar (...) Comecei a viver na rua em 1998. (...) Não consegui arranjar casa porque não tinha dinheiro, não arranjei trabalho. E comecei a viver na rua ...” – A.

Depreende-se pelo discurso dos participantes que as suas experiências foram marcadas por vivências temporárias em vários espaços habitacionais sem qualidade: habitações ilegais que eventualmente eram destruídas, e espaços sem condições de privacidade e segurança. Como bem reflectem estas citações, os participantes não tinham qualquer controlo sobre o espaço habitacional, e sobre o rumo das suas vidas, uma vez que estavam permanentemente sujeitos a condições de imprevisibilidade e insegura, decorrentes da sua instabilidade habitacional e da qualidade dos espaços onde habitavam. No caso da participante G., é bem perceptível o impacto que a falta de privacidade e de segurança no contexto onde vivia teve na sua decisão de abandonar a habitação, e “optar” por viver na rua. A ausência de controlo e autonomia, de segurança e de privacidade, são várias vezes apontadas como as principais causas que levam pessoas sem-abrigo a abandonar respostas de alojamento providenciadas por serviços de suporte, e a optar pela “liberdade da rua”, como refere Harp (1990), não conseguindo assim os serviços ser eficazes na promoção da estabilidade habitacional dos utilizadores desses serviços, e reduzir as situações de sem-abrigo (Donley & Wright, 2012; Goering & Durbin, 1990; Harp, 1990; Hooper *et al.*, 1997; Nelson *et al.*, 1998; Padgett *et al.*, 2008<sup>a</sup>; Tsemberis *et al.*, 2003). Relativamente aos outros participantes, a falta de qualidade dos espaços, a ausência de uma fonte de rendimento determinaram a sua situação de instabilidade habitacional e posterior transição para a situação de sem-abrigo. A falta de apoio da rede social, e a privação de uma fonte de rendimento estável são dois temas transversais às experiências de todos os participantes. A participante E. revela que depois de ter abandonado o espaço habitacional onde co-habitava com o parceiro, foi viver para uma pensão:

“Fui viver para um quarto, quarto de pensão. Na altura não trabalhava (...) E depois houve uma altura que eu entrei mesmo em dificuldades, não tinha dinheiro para pagar, e vim para a rua (...) Cheguei a ir à casa da minha mãe [depois de sair de casa do parceiro], só que, pronto, tive de deixar de lá ir [...] não me podiam ter em casa [...] e afastei-me. [...] Família, amigos, ninguém me ajudou.” – E.

Não tendo uma fonte de rendimento, e uma rede de suporte social onde se apoiar, a participante viu-se obrigada a abandonar o espaço habitacional, acabando por entrar em situação de sem-abrigo. Todos os participantes referiram não poder contar com o apoio da sua principal fonte de suporte, a família. A ausência desse suporte social deu-se por diversas razões, pela morte de um familiar, pela separação física, decorrente de uma emigração forçada, por razões de conflito e pela

própria família não ter recursos para apoiar. Assim, perante a privação de recursos, como habitação estável e rendimentos, que permitissem a sua estabilidade habitacional, os participantes não puderam contar com a sua rede social. Convém no entanto realçarmos, que embora os participantes tenham experienciado o afastamento da sua rede social, que se traduziu na perda de suporte social, tal como refere Shinn e *et al.* (1991), não consideramos que a ausência de suporte social, ou redes sociais escassas, estejam na origem da experiência de sem-abrigo. Embora em situações de pobreza a inexistência de uma rede social possa tornar as pessoas mais vulneráveis à situação de sem-abrigo, a escassez de habitações em boas condições de habitabilidade e a preços acessíveis e a ausência de uma fonte de rendimento, situações experienciadas por todos os participantes deste estudo, são os principais factores que determinam a entrada e permanência das pessoas sem uma rede de suporte social em situação de sem-abrigo (Shinn *et al.*, 1991). São vários os estudos que suportam esta ideia, afirmando que perante determinadas vulnerabilidades individuais, os factores contextuais, como a redução de habitação estável e em boas condições, e a preços acessíveis no mercado habitacional, situações de pobreza e precariedade laboral são determinantes para a experiência de sem-abrigo (Nooe & Patterson, 2010; Shinn & Gillespie, 1994; Shinn, 2007).

### **Experiência de sem-abrigo**

#### ***Privação de um espaço privado e permanente***

O período de entrada e permanência em situação de situação de sem-abrigo foi marcado pela experiência de privação de um espaço habitacional privado, permanente e em boas condições, por todos os participantes. Dois participantes passaram a viver na rua, e os restantes em casas abandonadas. Os espaços onde os participantes “habitaram” não tinham quaisquer condições de habitabilidade: os participantes que dormiam na rua viram-se privados de quatro paredes e de um tecto que os abrigassem, e que os protegessem dos perigos inerentes à rua. Os participantes que dormiam em casas abandonadas, embora “protegidos” por quatro paredes e um tecto, referem que as casas não tinham portas, janelas, electricidade, gás, água ou qualquer mobília, e que partilhavam o espaço com outras pessoas em situação de sem-abrigo.

“Eram casas normais como as outras, só que em vez de estarem boas, estão degradadas. (...) Não ter nada, chegar a casa querer acender a luz, a rádio, a televisão, um rádio... E não haver nada! O mais difícil foi essa parte.” – J.P.

A falta de qualidade dos espaços habitacionais, e a ausência de outros recursos essenciais impossibilitavam assim, a experiência de sensações de protecção e conforto, assim como a

realização rotinas em casa. Os sentimentos de *insegurança*, e a dificuldade em dormir à noite foram temas referidos por todos os participantes:

“Comecei a ver onde é que dormiam outras pessoas, e a ir para onde estava gente, também na mesma situação. Tinha receio de ficar sozinha deitada no chão. (...) Assustava-me à noite, porque a gente à noite estamos todos ao pé uns dos outros, mas se tiver de acontecer alguma coisa, acontece.” – E.

“Nunca mais dormi descansado, em casas abandonadas não se dorme descansado” – J.P.

Os participantes referem também as dificuldades sentidas por não terem um espaço próprio e permanente que lhes proporcionasse *privacidade*, onde pudessem ter e *guardar os seus pertences* e onde pudessem *cuidar da sua higiene*. Para alguns participantes, *a ausência de um espaço onde pudessem guardar os seus pertences* representou uma grande dificuldade no período sem-abrigo, uma vez que condicionava a sua liberdade e autonomia para realizar outras actividades durante o dia:

“O mais difícil foi não ter onde guardar as coisas. Passava os dias ao lado dos sacos, das malas. (...) Não podia passear, que eu gosto imenso, não podia sair do sítio por não ter onde guardar as coisas” – E.

Apenas as participantes do sexo feminino referem as dificuldades encontradas para cuidar da sua higiene por não terem acesso a um espaço privado onde pudessem tratar das *questões de higiene*. Para a participante G. a impossibilidade de cuidar da sua higiene representou uma das maiores dificuldades no período em situação de sem-abrigo:

“Não tinha casa de banho ao fim-de-semana, batia mal. (...) Era o mais complicado para mim.” – G.

Mais uma vez se demonstra a importância de um espaço pessoal e permanente, para a realização de rotinas, nomeadamente para os cuidados de higiene.

Os participantes referem ainda que durante o período em situação de sem-abrigo não conseguiram arranjar trabalho, pelo que se viram impossibilitados de ter acesso a uma habitação. Dois participantes referem que trabalharam vários anos antes da entrada em situação de sem-abrigo:

“Trabalhei durante 14 anos como servente de pedreiro.” – A.

“Foi uma vida muito trabalhadora que eu tive, comecei a trabalhar com 12 anos, parei há uns 12, 13 anos... Trabalhei até aos 24 anos nas obras, em tudo e mais alguma coisa. (...) Eu adoro trabalhar! Já trabalhei em tudo e mais alguma coisa, desde obras, fábricas de plásticos, fábricas de calçado, fábricas de tudo e mais alguma coisa. Montar toldos, tendas. (...) Há 13 anos que não trabalho. Sempre a viver em casas abandonadas. Não tinha dinheiro para pagar uma casa”

Assim para estes participantes, a situação de sem-abrigo acarretou também a perda do acesso ao papel de trabalhador, que fizera parte das suas vidas durante vários anos.

Tal como demonstrado pelo discurso dos participantes, a entrada em situação de sem-abrigo não se traduziu apenas na privação do acesso a um abrigo próprio e permanente, e de outros recursos essenciais, como rendimentos, e mobiliário, mas também na perda de vários recursos, associados à posse de uma casa, essenciais para o bem-estar e estabilidade das pessoas (Padgett, 2007; Shaw, 2004). Os participantes deixaram de ter um local seguro, onde pudessem estar à vontade e em segurança, protegidos das adversidades e imprevisibilidades do mundo exterior, deixaram de ter um lugar estável e privado onde pudessem guardar os seus pertences, e onde pudessem realizar rotinas, e tratar de si. As experiências vividas pelos participantes vão ao encontro de outros estudos qualitativos sobre experiências de sem-abrigo, sendo a ausência de estabilidade, de segurança, autonomia e privacidade os temas mais descritos na literatura, decorrentes da privação de um espaço habitacional em boas condições e de carácter permanente (Harp, 1990; Kirkpatrick & Byrne, 2009; Padgett, 2007; Padgett & Henwood, 2012).

### ***Afastamento da rede de suporte social***

Todos os participantes referiram ter experienciado um afastamento da sua rede de suporte social e não ter podido contar com o apoio dos familiares e amigos para suprir a ausência de recursos habitacionais e financeiros, durante o período de instabilidade habitacional e de situação de sem-abrigo:

“Desde que estou na rua que não falo com a minha família. (...) Cheguei a ir à casa da minha mãe, só que, pronto, tive de deixar de lá ir (...) não me podiam ter em casa (...) e afastei-me. (...) Família, amigos... Ninguém me ajudou.” E.

“Quando fui para a rua deixei de ter amigos. (...) Faltaram os amigos, cortei relações com as pessoas, fiquei sozinho.” – A.

“Até arranjar amigos era difícil (...) Havia pessoas que me tratavam abaixo de cão por viver na rua. Muitos amigos de Carcavelos faziam isso.” – J.P.

É perceptível no discurso dos participantes um sentimento de abandono, não só devido ao afastamento da sua rede social, não podendo assim contar com o apoio da família e amigos, mas também pela dificuldade com que se depararam durante o período em situação de sem-abrigo para criar novas relações sociais que se constituíssem como uma fonte de suporte, como expresso pelo participante J.P.

### ***Estabelecimento de relações percebidas como negativas***

Dois participantes referiram ter estabelecido interações sociais negativas que contribuíram para o agravamento dos seus problemas pessoais, nomeadamente a nível de utilização de substâncias:

“Desde que fui para a rua foi pior, só conheci más pessoas. (...) Meti-me com pessoas com quem não devia (...) meti-me nas drogas, no álcool, foi tudo junto, meti-me nessas coisas todas ... (...) Tinha muitos

conhecidos, mas amigos não, tenho tanto medo das pessoas, já me fizeram tanto mal, que não consigo tomar amizade com ninguém.” – G

Assim, depreende-se que as relações que a participante estabeleceu não se constituíram como uma fonte de suporte.

### ***Isolamento e solidão***

Todos os participantes revelaram sentir-se sozinhos, por não terem ninguém (ou quase ninguém) na sua rede social com quem pudessem contar e que os apoiasse em momentos de dificuldade, não dispondo por isso de uma rede de suporte social. Adicionalmente os participantes referem ter-se sentido abandonados pelos familiares, o que pode também contribuir para o sentimento de solidão e abandono:

“Se eles [os pais] não me tivessem posto na rua, acho que a minha vida estava bem... não tinha desmaiado, não tinha perdido os sentidos, não tinha perdido a minha vida.” – J.P.

“Tinha 25 anos quando a minha mãe morreu. Era a querida da minha mãe Fiquei sozinha no mundo. Não tenho família, amigos, não tenho ninguém, só conhecidos (...). Nunca mais tive contacto com os meus irmãos (...) Voltei lá, mas eles desprezaram-me... voltei para trás. Senti-me desprezada na vida!” – G.

Como se depreende pelo discurso da participante, para além de se ter sentido abandonada pelos irmãos, a morte da mãe representou uma enorme perda, realçando que não tem ninguém na sua rede social que se constitua como uma fonte de suporte. Já o participante J.P. atribui aos pais a responsabilidade pela sua situação. Estas perdas sociais, e sentimentos de abandono experienciados pelos participantes podem estar na origem na solidão que referem sentir.

Os participantes referem ainda que a ausência de suporte social constituiu uma das maiores dificuldades que enfrentaram depois de entrarem em situação de sem-abrigo. As sucessivas perdas sociais experienciadas pelos participantes, o afastamento das suas redes de suporte social, a dificuldade em estabelecer novas relações sociais, e o estabelecimento de relações percebidas como negativas, referido por dois participantes, estão provavelmente na origem dos sentimentos de solidão e abandono expressos pelos participantes, assim como no seu isolamento social. O afastamento da rede de suporte social, e o não estabelecimento de novas relações que se constituam como uma fonte de suporte, situações reportadas pelos participantes deste estudo, têm sido apontadas como algumas das principais causas que levam a que as pessoas sem-abrigo tenham uma rede social limitada, que e que em alguns casos contribuem para o seu isolamento social (Hawkins & Abrams, 2007; Padgett, Smith, Henwood *et al.*, 2012).

### ***Problemas de saúde física e mental***

Durante o período de instabilidade habitacional os participantes, experienciaram vários problemas a nível de saúde, sendo comum experiências de co-ocorrência de doenças, nomeadamente problemas de abuso de substâncias e doença mental (dois participantes) e problemáticas de saúde decorrentes do abuso de substâncias. A maioria dos participantes referiu consumir substâncias psicoactivas, como drogas e álcool. A única participante sem problemas de consumo de substâncias sofreu um acidente físico numa altura em que estava empregada, tendo ficado inapta para trabalhar, razão que a levou à situação de desempregada.

“Entretanto tive um acidente, parti o braço ao meio e fui operada, tive 6 meses com o braço ao peito, e o dinheiro que eu tinha no banco, fui gastando, porque não podia trabalhar. Depois fiquei com dificuldades outra vez.” - E.

Assim, todos os participantes experienciaram problemas de saúde que agravaram a sua situação e contribuíram para a permanência em situação de sem-abrigo, na medida em que tornou mais difícil a obtenção de trabalho.

### ***Ausência de controlo***

A partir do momento em deixaram de ter acesso a uma habitação estável e permanente, a vida dos participantes foi marcada pela transição entre vivência em alojamentos sem condições de habitabilidade, a rua, e em alguns casos períodos de institucionalização, e pela dificuldade de quebrar este ciclo de rua-habitações instáveis, e de sair da situação de sem-abrigo. A privação de um espaço habitacional permanente e em boas condições, contribuiu para a ausência de estabilidade na vida dos participantes, que deixaram de ter acesso a um porto seguro onde se sentissem em segurança e tivessem privacidade, onde pudessem realizar rotinas, e tratar de si. Adicionalmente, viveram uma enorme precariedade laboral, nunca tendo conseguido encontrar emprego, a sua saúde física e mental piorou drasticamente, viram-se impossibilitados de se protegerem das adversidades e imprevisibilidade da rua, como as drogas de se afastarem de relações negativas e abusivas, e não tinham uma rede de suporte social. Assim, as suas experiências foram marcadas pela ausência de controlo sobre o rumo das suas vidas, e pela falta de autonomia e liberdade por não terem um espaço pessoal permanente. Todas estas perdas originaram nos participantes sentimentos de desespero e impotência, por não conseguirem mudar a sua situação, e não se sentirem em controlo das suas vidas. O discurso do participante J.P. remete para essa ausência de controlo na sua vida:

“Ajudaram-me a procurar casa, ajudaram a procurar trabalho... mas nunca consegui. Há 13 anos que não trabalho... sempre a viver em casas abandonadas (...) depois houve uma altura em que desisti, depois de bater porta em porta e só ouvir: não, não, não! Eu só pensava: “Estou farto disto, já mereço uma coisa

melhor.” Queria mudar a minha situação de vida! Estava numa situação um bocado complicada, não sabia como é que me ia safar.” – J.P

Como se depreende pelo discurso do participante J.P., as várias tentativas falhadas para mudar a sua situação de vida levaram a que eventualmente desistisse de resolver a sua situação habitacional. Assim, a experiência de sem-abrigo e a impossibilidade com que se deparou para obter uma habitação e manter-se alojado, gerou no participante sentimentos de desespero, frustração e impotência, por não se sentir em controlo sobre o rumo da sua vida e por não conseguir mudar a sua situação, o que levou a “desistir”. Vários estudos referem como experiências de sem-abrigo prolongadas, e o constante movimento entre a rua e habitações instáveis, sem que nunca consigam sair da situação de sem-abrigo, despertam nas pessoas sentimentos de desespero e impotência, por não conseguirem mudar o rumo das suas vidas, e não se sentirem em controlo sobre o rumo das suas vidas (Breese & Feltey, 1996; Harp, 1990; Kirkpatrick & Byrne, 2009; Padgett, 2007; Parkinson & Nelson, 2004).

Tal como demonstrado pelo discurso dos participantes, a situação de sem-abrigo acarretou não só a perda de um abrigo físico, como também a perda de estabilidade, de segurança e privacidade, de autonomia e controlo. Acarretou também perdas sociais, a perda de saúde física e mental, e originou nos participantes sentimentos de desespero e impotência. A experiência de sem-abrigo implicou ainda a perda do acesso a papéis sociais, como o papel de mãe, filho/a, trabalhador, e de morador. Os participantes deixaram assim de desempenhar papéis sociais e de ser membros participativos da sociedade, o que implicou a sua exclusão “total” das suas comunidades. Todas estas perdas mencionadas pelos participantes deste estudo, encontram-se descritas em vários estudos sobre experiências de sem-abrigo (Breese & Feltey, 1996; Kirkpatrick & Byrne, 2009; Nelson *et al.*, 2005; Padgett, 2007; Williams & Stickley, 2005). As experiências de sem-abrigo dos participantes deste estudo vêm ainda demonstrar a importância de serviços que apoiem as pessoas em situação de sem-abrigo na procura e obtenção de habitações em boas condições e permanentes e que os apoiem financeiramente. Como têm demonstrado vários estudos, apenas programas de apoio habitacional, que promovam o acesso a habitação permanente de qualidade, são eficazes na promoção da estabilidade habitacional de pessoas sem-abrigo, condição fundamental para que possam cuidar de outras áreas das suas vidas, e voltar a sentir algum controlo sobre o rumo das suas vidas, e para a melhoria da sua qualidade de vida (Nelson *et al.*, 2005; Padgett, 2007; Tsemberis *et al.*, 2012).

## Período posterior à participação no Programa Casas Primeiro

*Ter um espaço habitacional permanente* - A participação dos quatro participantes no Programa Casas Primeiro, implicou a obtenção de uma habitação individualizada, independente e permanente, localizada em bairros típicos, junto de vários recursos e serviços comunitário, e o apoio por uma equipa de técnicos a nível de gestão doméstica, mobilização de recursos e promoção do acesso a vários serviços e recursos comunitários. A obtenção de uma casa permanente após um longo período em situação de sem-abrigo contribuiu para várias mudanças na vida dos participantes. Os participantes perceberam a obtenção de uma casa como uma mudança positiva nas suas vidas, que contribuiu para a melhoria do seu bem-estar:

“Uma casa é uma casa! A rua era outra coisa.... Para mim é tudo! (...) Já penso doutra maneira, já não me dá para ir por maus caminhos. Sinto-me melhor (...) Espero ainda ficar melhor. É preciso é calma, um dia de cada vez. Foram muitos anos de rua.... Percebes? Isto não se recupera de um dia para o outro. (...) Tudo isso faz com que eu esteja bem, também, de cabeça.” – G.

A participante G., refere assim que a casa foi essencial para começar a resolver outras áreas da sua vida, e uma condição essencial para a melhoria do seu bem-estar. No entanto, realça que viveu várias experiências negativas e durante um longo período de tempo, pelo que reconhece que o seu processo de *recovery* será lento. Pearson *et al* (2009) referem precisamente que embora as taxas de retenção habitacional sejam elevadas desde o início, os processos de *recovery* são mais lentos e requerem mais tempo de estabilidade habitacional.

Todos os participantes se mostraram satisfeitos com o seu espaço habitacional, tendo referido vários benefícios associados ao facto de terem um espaço privado e permanente e em boas condições, como poderem estar à vontade e em **segurança**, poderem cuidar de si e da sua **higiene**, e poderem **guardar os seus pertences**. Os participantes referiram a importância da casa para se sentirem em segurança, e poderem dormir descansados a noite toda “com os dois olhos fechados” (J.P.), em oposição ao período na rua, em que descrevem ter de estar sempre atentos e despertos para se protegerem. Como diz um participante:

“Durmo como deve ser e sem problemas. (...) Agora durmo com os dois [olhos] fechados.” – J. P.

Para além de proporcionar as condições necessárias para dormirem descansados, as características das habitações, com “janelas e portas”, permitem que os participantes se sintam em segurança no seu espaço habitacional, como expresso pelo participante J.P.:

“Já me sinto mais à vontade, fecho a porta à chave e pronto.Têm que me partir a porta para entrar.”-J.P.

A importância da porta, como a representação simbólica que separa um contexto seguro – a casa, de um contexto perigoso e imprevisível, a rua, é também expressa pela participante G.:

“Não tenho medos. Agora tenho outro sossego, não tenho medo de nada... é diferente! (...) Chego ali e fecho a minha portinha, e pronto. Sei que ninguém vai ali, sei que há não drogas, sei que não há prostituições, não há confusões, sei que não há porcaria, não é? .... É diferente.” - G.

Para a participante G., casa representa uma “barreira” que a protege das adversidades do mundo exterior e dos problemas que viveu na rua, sentindo-se assim em segurança e em controlo, uma vez que existe uma porta que a separa da rua, e conseqüentemente das experiências negativas e problemas com os quais lidou enquanto vivia nesse espaço, desprotegido, imprevisível e sob o qual não tinha qualquer controlo. Assim, ter uma casa contribui para que os participantes sintam **um maior controlo** sobre as suas vidas, como se depreende pelo significado atribuído à porta. Os participantes mencionaram ainda a importância de terem um espaço pessoal e permanente para voltarem a ter **privacidade** e se sentirem seguros, para poderem voltar **realizar actividades e rotinas**, para **guardarem os seus pertences**, e para voltarem **a cuidar da higiene**, sempre que quiserem:

“É bom ter um cantinho onde estar (...) Uma casa é muito bom, sentir-se à vontade (...) Tenho um bocado mais de sossego, estou na rua e tenho coisas aqui guardadas.” –E.

“Ter uma casa é óptimo. Ter os pertences guardados. (...) Tenho mais sossego e paz. Sinto-me mais seguro.” – A.

“Onde eu posso estar à minha vontade (...) não tenho medos... Gosto muito de estar no meu espaço, sozinha. Meu rico espaço! (...) Gosto de ter o meu espaço, de ter as minhas coisinhas, limpinhas ... Tenho o prazer de estar limpada (sic), tomar o meu banhinho quando acordo é tão bom (...)é das melhores coisas que eu tenho (...) Tudo isso faz com que eu esteja bem, também, de cabeça.” – G.

Os participantes descrevem a sua casa (*home*), um espaço pessoal e seguro, onde se sentem protegidos, ondem podem guardar os seus pertences, e onde podem realizar actividades, com base nas suas preferências, A participante G. refere-se várias vezes ao seu espaço, e aos seus pertences, demonstrando um sentimento de pertença ao seu lar. Após vários anos sem uma morada fixa, e sem nada que lhe pertencesse, a participante tem finalmente um espaço seu, que lhe pertence, que lhe proporciona segurança, privacidade, autonomia e liberdade, onde pode realizar rotinas diárias, e onde pode ter os seus objectos e pertences. Os participantes referem também como ter um espaço seu, de carácter permanente, permitiu que voltassem a realizar **rotinas** com base nas suas preferências e desejos:

“Pensar que posso tomar banho, e vou estar bem, vou-me lavar, vou-me vestir, vou sair e que volto e está tudo normal... assim uma segurança.... Saber que posso sair e volto à noite e encontrar as minhas coisas

lá...(...) (*na rua*) Não podia passear (...) não podia sair do sítio, não tinha onde guardar as coisas (...) Passava os dias ao lado dos sacos, das malas...” –E.

“De manhã tomo logo o meu banho, sinto-me uma pessoa normal, igual às outras pessoas (...) Sinto-me bem comigo própria (...) Sinto-me melhor. Agora olho para as pessoas, quando vivia na rua estava sempre de cabeça baixa, tinha vergonha que as pessoas soubessem que eu morava na rua.” – G

Ter um espaço pessoal e permanente, proporcionou aos participantes um sentimento de segurança e estabilidade, e permitiu que voltassem a realizar actividades sem estarem condicionados como acontecia quando viviam na rua, onde não tinham um espaço seguro e estável onde guardar os seus pertences e onde realizar rotinas do dia-a-dia. A reintrodução de rotinas no dia-a-dia dos participantes foi essencial para voltarem a perceber a normalidade nas suas vidas, desempenhando actividades que fazem parte do dia-a-dia de qualquer pessoa, e das quais tiveram privados durante vários anos. Poderem realizar actividades quando quiserem, com base nos seus desejos e preferências, devolveu aos participantes um sentimento de autonomia e controlo sobre o rumo dos seus dias. Todas estas condições proporcionadas pela casa contribuíram para uma melhoria da percepção dos participantes sobre a sua vida. Como refere J.P.:

“Acordo, tomo banho, arrumo as minhas coisas... Tem-se fome, vai-se comer, tem-se sede, vai se ao frigorífico buscar coisas para beber. Quero fazer uma coisa qualquer, faço. Dá para tudo, para tudo.” – J.P.

Depreende-se do discurso do participante, o sentimento de autonomia e controlo, por poder voltar a realizar rotinas, com base nas suas vontades. Como o próprio diz: “ quero fazer uma coisa qualquer, faço”. Este sentimento de poder fazer o que quer quando quiser, contrasta com o sentimento de impotência e a falta de autonomia e liberdade para fazer o que queria quando se encontrava em situação de sem-abrigo. Terem um espaço próprio, seguro e permanente, onde podem tomar decisões sobre o seu dia-a-dia, onde têm a liberdade e autonomia para decidirem que actividades realizar, com base nas suas preferências e desejos (escolha e auto-determinação), é essencial para devolver aos participantes um sentimento de controlo sobre as próprias suas vidas. Vários autores têm referido ser essencial este ganho de estabilidade, autonomia e de maior percepção de escolha e auto-determinação por pessoas com problemas de saúde mental de abuso de substâncias que viveram vários anos em situação de sem-abrigo para os seus processos de *recovery* (Greenwood *et al.*, 2005; Polvere *et al.*, 2013; Tsemberis *et al.*, 2012) O sentimento de controlo sobre o rumo das suas vidas, pode por sua vez, impulsionar (maior motivação) as pessoas a resolver outros problemas e a fazer o que for preciso para manterem a sua casa, condições essenciais para iniciarem os seus processos de *recovery* e para a sua estabilidade habitacional (Harp, 1990; Greenwood, *et al.*, 2005; Padgett, 2007; Polvere *et al.*, 2013; Tsemberis *et al.*, 2004; Tsemberis *et al.*, 2012).

### ***Envolvimento na comunidade e desejo de trabalhar***

A maioria dos participantes refere utilizar serviços e recursos da comunidade, como supermercados e cafés com maior regularidade, tendo uma participante inclusivamente referido o seu envolvimento num bairro onde “habitou” vários durante o período sem-abrigo:

“Agora é que faço umas coisas [...] dou ali um jeitinho no jardim (...) as pessoas dão-me umas moedinhas, porque querem dar. Só depois de me vir embora agora de lá [da rua] é que eu faço isso. (...) Vou para lá pelas duas coisas, porque ajudando, as pessoas também me ajudam. Isto é um dar e um receber. Sinto-me bem. Tenho lá pessoas conhecidas... As pessoas ficaram muito contentes que eu tinha arranjado uma casinha. Gostam de me lá ver e acarinham-me e ajudam-me com alguma moeda, vão beber um cafezinho comigo. E eu vou lá, converso com eles. Gosto das pessoas lá...” – E.

O desenvolvimento de actividades numa comunidade, e o estabelecimento de relações que de alguma forma se constituem uma fonte de suporte nessa comunidade, como descrito pela participante, têm sido apontados como factores preditivos de maiores níveis de integração psicológica nessas comunidades (Nemiroff, Aubry et al., 2011). Por sua vez, a integração psicológica e um sentimento de pertença à comunidade contribuem para o bem-estar subjectivo das pessoas (Aubry & Myner, 1996, citado por Nemiroff et al., 2011), tal como demonstrado pelo discurso da participante E., que refere sentir-se bem por ajudar e por se sentir acolhida. Embora nenhum participante tenha recommçado a trabalhar, todos expressam o desejo de se envolver e participar na comunidade, através de trabalho ou actividades de voluntariado, não só para suprirem outras necessidades além da obtenção de habitação, mas também para se sentirem úteis e realizados, e ajudar quem precise. Vários estudos têm demonstrado como ter acesso a uma habitação independente, permanente, integrado em contextos normalizantes, é fundamental para permitir que pessoas que viveram vários anos em situação de sem-abrigo, excluídas das suas comunidades, voltem a participar e a realizar actividades de lazer nas suas comunidades, a estabelecer relações com a vizinhança e a desenvolver um sentimento de pertença à sua comunidade (Hogan & Carling, 1992; Browne & Courtney, 2005; Nemiroff, Aubry & Klodawsky, 2011; Wong & Solomon, 2002; Yanos *et al.*, 2004; Yanos *et al.*, 2007).

### ***Desejo de aproximação a familiares e de alargamento da rede social***

Relativamente às relações sociais, a maioria dos participantes demonstrou vontade de alargar a sua rede social, seja através da reaproximação à família, ou do estabelecimento de novas relações. A participante E. refere ter ficado desapontada e triste por não ter sentido a aproximação dos familiares, nomeadamente da filha, no entanto refere que quando puder ir tentar aproximar-se de familiares:

“A minha filha disse, ai já não largo a minha mãe, e depois deixou-me sozinha (...) disse-me que trazia os meus netos, não me trouxe. Eu fiquei um bocado triste, coisas que magoam as pessoas (...) Gostava de

saber como está a minha família, queria saber se a minha família está bem, se me aceitam (...) Pronto, não estamos em contacto, depois de receber o meu subsídio, gostava de saber mais da minha família...” – E.

A participante G., demonstra o desejo de conhecer novas pessoas para assim criar uma rede social que se constitua como uma fonte de suporte:

“Queria conhecer outras pessoas, pessoas diferentes, que não me conhecem e eu não me conheço. Outras pessoas, para falar da minha vida, eu não falo da minha vida a ninguém.” – G.

O participante J.P. revela ter estabelecido novas relações desde que transitou para a sua casa:

“Tenho novos amigos aqui, todo o mundo já me conhece aqui. (...) Falo com os donos do café, aqui em baixo no Equador.” – J.P.

Assim, embora tenham estabelecido algumas relações, os participantes desejam alargar a sua rede social, ou reaproximar-se da família. Vários estudos têm referido a importância da estabilidade habitacional, e da qualidade do espaço habitacional para pessoas que viveram vários anos sem-abrigo restabelecerem relações sociais com familiares e amigos, e retomarem papéis sociais antigos, como pais, e filhos (Browne & Courtney, 2005; Kirkpatrick & Byrne, 2009; Padgett, 2007; Patterson *et al.*, 2013; Polvere *et al.*, 2013).

### ***Distanciamento de relações percebidas como negativas***

Os participantes que estabeleceram relações negativas durante o período em situação de sem-abrigo referiram a necessidade de se afastar dessas pessoas. Para os participantes esta separação é essencial para se manterem longe dos problemas que viveram durante o período sem-abrigo, nomeadamente dos problemas de abuso de substâncias

“Gosto de viver sozinha. Já me capacitei disto, está bem que é muita solidão... Mas não confio em ninguém já. [...] Desde que fui para a rua foi pior, só conheci más pessoas [...] Quero as pessoas à distância. Agora já aprendi. (...) Já levei tanto para trás, que já não me meto com ninguém [...] Já me habituei a estar sozinha. Gosto....Sozinha é que eu estou bem.” – G.

A participante G. refere a necessidade de se afastar das pessoas do período da rua, para se manter afastada dos problemas, dos traumas que viveu enquanto sem-abrigo, e retomar o controlo sobre a sua vida. Embora o suporte social tenha um papel determinante para os processos de *recovery* (Browne & Courtney, 2005; Onken, Craig, Ridgway, *et al.*, 2007), Padgett e *et al.* (2008) referem que em circunstâncias semelhantes à da participante, o afastamento de relações negativas estabelecidas no período em situação de sem-abrigo, e o isolamento “forçado”, são “passos” necessários para se iniciarem as trajetórias de *recovery*: da doença mental, dos problemas de abuso de substâncias, e da própria experiência traumática de sem-abrigo.

## ***Solidão***

Todos os participantes referem no entanto sentir-se sozinhos, por terem sido abandonados pela família e amigos, e por não terem uma rede de suporte social. Alguns participantes desejam assim aproximar-se da família, resolver conflitos anteriores ou alargar a rede social para ultrapassar esse sentimento de solidão. A participante E., refere querer reaproximar-se da família, nomeadamente da sua filha, de quem se afastou desde que entrou em situação de sem-abrigo:

“Não gosto de estar sozinha, sinto muita solidão (...) Gostava de ter a minha família ao pé de mim... os meus filhos ... ela tem a vida dela, disse-me que trazia os meus netos, não me trouxe. Não vi a minha família chegar-se ao pé de mim, não vi ninguém (...) Eu fiquei um bocado triste, coisas que magoam as pessoas.(...) Pronto, não estamos em contacto, depois de receber o meu subsídio, gostava de saber mais da minha família...” – E.

A não reaproximação da filha depois de ter obtido a casa, como desejava, e o facto de ainda não se ter aproximado da família, podem ser um dos factores que contribuíam para o seu sentimento de solidão.

Com base nos resultados obtidos, depreende-se que a obtenção de uma habitação independente e permanente, integrada em bairros residenciais, tem facilitado a integração comunitária dos participantes, uma vez que referem utilizar recursos e serviços e envolver-se na comunidade. No entanto, como referem Wong & Solomon (2002) a integração não passa só pela presença física na comunidade e pela maior utilização de serviços e recursos, sendo igualmente importante a integração social e psicológica. Os participantes enfrentam ainda alguns desafios de integração, emergindo a solidão e ausência de suporte social como o principal entrave à sua integração plena. Outros estudos sobre programas *Housing First* têm revelado temas semelhantes relativamente aos desafios de integração social experienciados pelos participantes (Tsai, Mares & Rosenheck, 2012; Yanos *et al.*, 2004). O desejo de conhecerem outras pessoas, de se afastarem de relações negativas anteriores, e de retomarem relações antigas expresso pelos participantes, reflecte no entanto uma atitude pró-activa, e um sentimento de esperança num futuro melhor.

## ***Diminuição do consumo de substâncias***

Todos os participantes com problemas de abuso de substâncias referiram ter diminuído os consumos após a integração na casa:

“Tenho bebido menos, praticamente... Bebia mais quando estava na rua.” – A.

Uma participante seropositiva revelou inclusivamente ter recomeçado os tratamentos a partir do momento em que voltou a ter uma casa.

“Já não me dá para andar por maus caminhos, nem fazer porcaria. Nunca mais consumi drogas pesadas. Já não consumo drogas pesadas desde que estou aqui na casa, há 6 meses. (...) Agora que tenho uma casa, é diferente... Já não me dá para beber muito... Não tem nada a ver. (...) Já vou às consultas do médico, antes nem sequer tomava a medicação (de HIV), o médico gostou de me ver! Na rua nem ligava a metade, queria lá saber! - G.

O discurso da participante G. reflecte bem o impacto da casa na vontade de melhorar outras áreas da sua vida, nomeadamente voltar a cuidar da sua saúde, controlar a utilização de substâncias, e afastar-se de relações negativas. A situação habitacional estabilizada pode assim ter constituído o incentivo que faltava aos participantes, para resolverem e lidarem com outras áreas das suas vidas, nomeadamente os problemas de saúde.

### ***Maior controlo***

Com base nos temas mencionados pelos participantes, podemos concluir que a estabilidade proporcionada pela casa constituiu uma base fundamental para os participantes voltarem a adquirir o controlo para mudar o rumo e melhorar vários níveis das suas vidas. Vários autores sugerem que a motivação para prosseguir tratamentos, abandonar progressivamente o consumo de substâncias, resolver conflitos com familiares e amigos, e agir com o objectivo de ter um futuro melhor, possa ser despoletada pela percepção de estabilidade, liberdade e autonomia experienciados pelos participantes, decorrentes da obtenção de numa habitação independente, individualizada e independente. (Knutagård, & Kristiansen, 2013; Padgett, 2007; Polvere *et al.*, 2013; Tsemberis *et al.*, 2004). Nesse sentido, a casa representaria assim o “trampolim” necessário para motivar os participantes a agir no sentido de resolver outras áreas das suas vidas (Polvere *et al.*, 2013), readquirindo assim o controlo sobre as suas vidas, condição essencial para os seu *empowerment*, para os processos de *recovery* e para o seu bem-estar e qualidade de vida (Chamberlin, 1997; Harp, 1990; Onken *et al.*, 2007).

### ***Expectativas e incertezas para o futuro***

Todos os participantes demonstraram ter expectativas em relação ao futuro, sendo a manutenção da casa, a procura de trabalho, e a restauração de relações familiares, os principais objectivos enunciados pelos participantes. A possibilidade de poderem voltar a pensar num futuro melhor, de terem esperanças e expectativas, é para os participantes uma “experiência nova”, uma vez que quando viviam na rua as suas maiores preocupações eram a sua segurança. No entanto os participantes demonstraram também alguma preocupação em relação à sua independência financeira e à manutenção da casa por não terem recursos financeiros. Todos os participantes referiram o desejo de voltar a trabalhar, não só para se tornarem independentes economicamente, mas também para se sentirem úteis e realizados. Os participantes do sexo masculino, referem

várias vezes as suas experiências laborais no período anterior à situação de sem-abrigo, referindo que o trabalho desempenhou um papel muito importante nas suas vidas, e que é essencial para o seu bem-estar:

“Não trabalho, não faço nada ... não ter trabalho é péssimo ... Eu adoro trabalhar! Já trabalhei em tudo e mais alguma coisa (...) queria ver se conseguia um trabalho de pintura de automóveis. É o que eu gosto de fazer, mesmo! Arranjar emprego era a melhor coisa!” – J.P.

Para a participante E, a reaproximação a familiares, e a recuperação da relação com a filha, constituiu um dos seus principais objectivos. Assim, podemos concluir que os participantes desejam recuperar papéis sociais a que tiveram acesso no passado, reflectido pelos desejos expressos pelos participantes de restabelecer relações com familiares, e de voltar a trabalhar em áreas onde já exerceram actividades laborais.. O desejo de retomarem papéis sociais que desempenharam no período anterior à experiência de sem-abrigo, o de mãe, e o de trabalhador, expresso pelos pela participante E., e pelos participantes do sexo masculino, respectivamente, podem significar uma tentativa de recuperarem suas identidades. Vários estudos têm demonstrado que para pessoas com experiência de sem-abrigo que viveram vários anos marginalizadas da “normalidade” sem participar nas suas comunidades e sem desempenhar qualquer papel social, a procura de uma vida “normal”, através do acesso a papéis sociais e da participação em actividades comunitárias após a obtenção de uma casa permanente, é essencial para a reconstrução e reparação das suas identidades, e um passo fundamental para os seus processos de *recovery*, não só dos problemas de abuso de substâncias e da doença mental, como também dos traumas da rua (Anthony, 2004; Padgett, 2007; Polvere *et al.*, 2013).

A transição da rua para uma habitação permanente e segura, teve assim um impacto em vários níveis da vida dos participantes, a nível de acessibilidade a vários recursos, a nível de relações sociais, tendo os participantes demonstrado o desejo de retomar relações antigas, de alargar a sua rede de suporte social e de voltar a desempenhar papéis sociais, e a nível individual, tenho os participantes com problemas de saúde agido no sentido de melhorá-la. Estas mudanças experienciadas pelos participantes foram essenciais para que voltassem a ter o controlo sobre o rumo das próprias vidas, e para a melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida.

## 5. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu compreender, através de uma metodologia qualitativa, o percurso de quatro participantes para a situação de sem-abrigo, assim como as suas experiências a nível de acesso a recursos, de relações sociais e a nível individual durante a situação de sem-abrigo, e após a obtenção de uma habitação independente, permanente e individualizada. Através da análise dos

resultados foi-nos possível descobrir que os participantes experienciaram várias mudanças positivas nas suas vidas após a obtenção de uma casa, comparativamente ao período em situação de sem-abrigo.

Relativamente à primeira questão de investigação, a compreensão dos percursos dos participantes para a situação de sem-abrigo, podemos concluir que falta de qualidade dos espaços habitacionais a que os participantes tiveram acesso, e a ausência de uma fonte de rendimentos, constituíram as principais causas que precipitaram a experiência de sem-abrigo. Adicionalmente nenhum dos participantes pôde contar com o apoio da sua rede social, deixando assim de dispor de uma fonte de suporte que os apoiasse. Estes resultados vão ao encontro de vários estudos, que revelam que independentemente dos factores individuais, a ausência de habitações de qualidade a preços acessíveis, e a precariedade laboral são a principal causa das experiências de sem-abrigo (Shinn & Gillespie, 1994; Shinn, 1997). Embora tenham sido apoiados por serviços diversos, a ausência de respostas de carácter permanente, inviabilizaram a concretização da principal necessidade desta população: uma habitação individualizada, independente e permanente, pelo que os participantes permaneceram vários anos em situação de sem-abrigo. As experiências de sem-abrigo dos participantes duraram entre 10 a 15 anos. Estes resultados enfatizam assim a importância de serviços de suporte que apoiem as pessoas em situação de sem-abrigo na procura, obtenção e manutenção de uma habitação permanente. A disponibilização de habitações individualizadas e independentes de carácter permanente e de apoio financeiro, assim como de serviços de suporte flexíveis e individualizados a longo prazo, constituem a resposta mais eficaz para a redução das situações de sem-abrigo e para a promoção da estabilidade habitacional de pessoas sem-abrigo de longa duração, que normalmente tem múltiplas problemáticas de saúde (Hwang, Stergiopulos, O'Campo, *et al.*, 2012; Pearson *et al.*, 2009; Stefanic & Tsemberis, 2007; Tsemberis *et al.*, 2012).

Relativamente às mudanças experienciadas pelos participantes a nível de acesso a recursos, a nível de relações sociais e a nível individual, podemos concluir que a obtenção de uma habitação independente, individualizada, e permanente, teve repercussões em vários níveis da vida dos participantes. Ter um espaço privado e permanente proporcionou aos participantes uma estabilidade, segurança e autonomia, essenciais para agirem no sentido de melhorar vários aspectos das suas vidas: nomeadamente no sentido de alargar a sua rede de suporte social, de procurar retomar o acesso a papéis sociais, de participar nas suas comunidades, e de cuidar da sua saúde, física e mental. Os participantes referiram ainda a importância de um espaço privado para poderem voltar a cuidar de si e da sua higiene, e para poderem guardar os seus pertences em segurança, proporcionando-lhes assim a autonomia e liberdade para realizar rotinas em casa e

atividades na comunidade, com base nas suas preferências e vontades. Este sentimento de controlo sobre o espaço habitacional, e sobre o rumo das próprias vidas é essencial para devolver aos participantes a motivação necessária para se manterem estavelmente alojados, e para resolverem outras áreas das suas vidas e agirem no sentido de concretizarem os seus objectivos e ambições (Padgett, 2007; Polvere *et al.*, 2013). Os participantes demonstraram de facto o desejo de melhorar as suas vidas, tendo inclusivamente tomado medidas nesse sentido: os participantes com problemas de saúde física e mental começaram a cuidar de si, alguns participantes tentaram restabelecer relações sociais, outros alargaram a sua rede social, através do estabelecimento de interacções com os vizinhos, e outros referiram ter-se distanciado de relações que consideravam ter um impacto negativo no seu bem-estar. Os participantes referiram também ter expectativas e esperanças em relação ao futuro, constituindo a procura de trabalho, a reaproximação a familiares, e o alargamento da rede social os seus principais objectivos. Segundo Padgett (2007), ter esperanças e poder imaginar um futuro diferente, é para pessoas que viveram vários anos em situação de sem-abrigo preocupadas com a sua segurança e sobrevivência, um “luxo” ao qual apenas se podem dar, depois de terem a sua situação habitacional estabilizada. Apesar de todos os benefícios associados à obtenção da casa, os participantes depararam-se com alguns desafios de integração, tendo relatado sentimentos de solidão e isolamento.

Este estudo veio assim demonstrar que mesmo pessoas que viveram vários anos em situação de sem-abrigo, desprovidas de um lar permanente e em boas condições, e que experienciaram vários problemas de saúde durante este período, conseguem manter-se permanentemente alojadas, desde que tenham acesso a serviços de suporte adequados. A obtenção de uma casa permanente, após vários anos em situação de sem-abrigo, permitiu assim que os participantes voltassem a ter o controlo sobre o rumo das suas vidas, uma condição essencial para o seu bem-estar e *empowerment*.

Os resultados deste estudo vão de encontro a várias investigações realizadas junto da população sem-abrigo de longa duração, que têm consistentemente demonstrado que as experiências de transição da rua para casa permanente e em boas condições, e as experiências de permanência nesses espaços habitacionais, estão associadas a vários benefícios psicossociais para além da estabilidade habitacional, essenciais para as pessoas terem a motivação necessária para resolver outras áreas das suas vidas e assim iniciarem os seus processos de *recovery* e de integração comunitária (Henwood *et al.*, 2013; Kirkpatrick & Byrne, 2009; Nelson *et al.*, 2005; Padgett, 2007; Patterson *et al.*, 2013; Polvere *et al.*, 2013).

Este estudo apresenta algumas limitações, que passamos a enunciar. No processo de análise dos dados, adoptou-se uma técnica eminentemente indutiva (Braun & Clarke, 2006; Padgett,

2008), tendo-se procurado desenvolver temas que surgissem directamente dados recolhidos (*data-driven*). No entanto, a utilização de uma tabela com duas dimensões, onde se incluíram os temas desenvolvidos, para assim se poder proceder à comparação das mudanças entre os dois períodos, pode ter condicionado a flexibilidade no processo de análise dos dados, podendo não ter sido abrangidos e contemplados outras temas relevantes para os participantes. Outro aspecto limitativo, deve-se ao pouco tempo decorrido entre a primeira e a segunda entrevista realizada a cada participante. O estudo teria sido beneficiado e possivelmente enriquecido, se se tivesse realizado a entrevista focalizada nas mudanças num período mais alargado, uma vez que decorreu ainda pouco tempo desde que os participantes estão alojados, e vários estudos têm referido que embora os programas *Housing First* tenham um impacto imediato nas taxas de retenção habitacional, outros resultados demoram mais tempo a ser alcançados, nomeadamente nos domínios de *recovery* da doença mental e do abuso de substância, e da integração física, social e psicológica na comunidade (Pearson *et al.*, 2009; Yanos *et al.*, 2004). No entanto, por razões de *timings*, tal não foi possível de ser concretizado. Por outro lado, o estudo apresenta também alguns pontos fortes, nomeadamente pelo seu carácter inovador, na medida em que a maioria dos estudos procura avaliar a eficácia dos programas com base em resultados estatísticos. Neste estudo, pretendeu-se dar a voz aos participantes, o que permitiu uma análise mais aprofundada e detalhada das suas experiências e vivências, e das mudanças e desafios por eles experienciados após a obtenção de uma casa através de um programa de habitação apoiada e independente – Programa Casas Primeiro. Foi assim possível compreender a importância de se desenvolverem serviços de suporte mais focalizados na integração comunitária dos participantes após a sua integração na casa, uma vez que estes expressaram algumas dificuldades a nível de participação na comunidade (procura de trabalho), e de combater o sentimento de solidão. O estudo proporcionou ainda aos participantes a oportunidade de contar a sua história, o que por si só é um processo *empowering*, como confirmou um participante ao ter partilhado que fora libertador e positivo partilhar a sua história e ser ouvido.

Para estudos futuros, sugerimos o aprofundamento da análise das mudanças experienciadas pelos participantes apenas num domínio, nomeadamente em aspectos relacionados com a integração comunitária, através da utilização de abordagens qualitativas e quantitativas (estudos multi-método). Alcançada a estabilidade habitacional por pessoas que viveram vários anos em situação de sem-abrigo, o objectivo primordial do programa Casas Primeiro, a integração e participação plena de pessoas que viveram vários anos “marginalizadas” da comunidade, em todos os níveis das suas comunidades, passa a ter um papel de destaque e a ser um objectivo a concretizar, uma vez que é essencial para a promoção do seu bem-estar e qualidade de vida das

peças. Assim, sugerem-se a realização de estudos multi-método que procurem determinar quais os factores individuais, dos programas e contextuais que mais facilitam ou inibem a integração comunitária dos participantes.

A compreensão das maiores dificuldades e desafios encarados pelos participantes, permite-nos ainda concluir a importância de se desenvolverem respostas e serviços, para além dos serviços de suporte habitacionais, que contribuam para a integração comunitária dos participantes. Assim, para intervenções futuras, seria relevante o desenvolvimento de serviços de suporte especializados que apoiassem os participantes na procura de emprego, e que promovessem o seu envolvimento e participação na comunidade para assim alargarem as suas redes sociais, criarem novas fontes de suporte social naturais.

Os resultados do estudo demonstraram a relevância dos serviços de suporte que apoiem as pessoas em situação de sem-abrigo na procura, obtenção e manutenção de uma habitação individualizada, independente e permanente, pelo que poderá ter implicações futuras a nível de intervenções junto desta população. A maioria dos serviços de suporte existentes para a população em situação de sem-abrigo, disponibilizam apenas serviços temporários que não satisfazem uma das suas principais necessidades – a habitação, não promovendo a autonomia e reintegração das pessoas nas suas comunidades, e muitas vezes tornando-as mais dependentes dos serviços, e menos “competentes” para mudar a sua situação de vida. O resultado é que as pessoas sem-abrigo com maiores necessidades a nível de saúde, as que normalmente têm acesso a menos recursos, permanecem vários anos em situação de sem-abrigo, a transitar entre vários serviços temporários, e utilizar vários recursos e serviços, que implicam inúmeros gastos financeiros, sem conseguir resolver a sua situação de instabilidade habitacional. Este estudo veio assim realçar a pertinência do desenvolvimento de serviços de suporte mais orientados para as pessoas, que tenham em conta as suas necessidades e objectivos principais. Se os utilizadores destes serviços tiverem a oportunidade de expressar as suas necessidades, de escolher e de tomar decisões sobre os assuntos que lhes dizem respeito, e se os técnicos de apoio apoiarem e orientarem as pessoas na identificação e mobilização de recursos necessários para satisfazer as suas necessidades habitacionais, as oportunidades de autonomia, independência e de reintegração nas comunidades das pessoas em situação de sem-abrigo serão potenciadas, assim como as suas competências e capacidades para mudar o rumo das suas próprias vidas, e consequentemente a sua qualidade de vida.

## Referências bibliográficas

- Anthony, W. (2004). The principle of personhood: The field's transcendent principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 205.
- Asmussen, S.M., Romano, J., Beatty, P., Gasarch, L. and Shaughnessey, S. (1994) 'Old Answers for Today's Problems: Helping Integrate Individuals Who are Homeless with Mental Illnesses into Existing Community-based Programs', *Psychosocial Rehabilitation Journal* 17, 17-34.
- Blanch, A. K., Carling, P. J., & Ridgway, P. (1988). Normal housing with specialized supports: A psychiatric rehabilitation approach to living in the community. *Rehabilitation Psychology*, 33 (1), 47–55.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Breese, J. R., & Feltey, K. M. (2013). Role exit from home to homeless. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 24 (1), 67-76.
- Browne, G., & Courtney, M. (2005)a. Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study comparing boarding houses and private homes. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 311–326.
- Browne, G., & Courtney, M. (2005)b. Exploring the experience of people with schizophrenia who live in boarding houses or private homes: A grounded theory study. *Contemporary Nurse*, 18 (3), 233-246.
- Carling, P. J. (1990). Major Mental Illness, Housing, and Supports, The Promise of Community Integration. *American Psychologist*, 45 (8), 969-975.
- Carling, P. J., & Curtis, L. C. (1997). Implementing Supported Housing: Current Trends and Future Directions. *New Directions on Mental Health Services*, 74, 79-94.
- 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.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 43-46.

- Donley, A. M. & Wriht, J. D. (2012) Safer Outside: A Qualitative Exploration of Homeless People's Resistance to Homeless Shelters. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12 (4), 288-306.
- Drake, R. E., Osher, F. C., & Wallach, M. A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist*, 46, 1149-1158.
- Drake, R. E. (1999). Homelessness and Mental Illness: A Story of Failure. *Psychiatric Services*, 50 (5), 589.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19.
- Dupuis, A., & Thorns, D. C. (1998). Home, home ownership and the research for ontological security. *The Sociological Review*, 46 (1), 24-47.
- Farkas, M., Cagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (1995). "A implementação de programas orientados para o *recovery*: Domínios cruciais.", Ornelas, J., Monteiro, F. J., Vargas-Moniz, M. J. e Duarte, T. (coord.), *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*, Lisboa: AEIPS Edições.
- Fitzpatrick-Lewis, D., Ganann, R., Krishnaratne, S., Ciliska, D., Kouyoumdjian, F., & Hwang, S. (2011). Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health*, 11 (1), 638-652.
- Forchuk, Ward-Griffin, Csiernik & Turner, K. (2006). Surviving the tornado of mental illness: psychiatric survivors' experiences of getting, losing, and keeping housing. *Psychiatric Services* 57, 558–562.
- Forchuk, C., Nelson, G., & Hall, G. B. (2006). "It's important to be proud of the place you live in": Housing problems and preferences of psychiatric survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42,(1), 42-52.
- Goering, P., & Durbin, J. (1990). Developing housing for the homeless. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4), 3-10.
- Goering, P., Tolomiczenko, G. S., Sheldon, T., Boydell, K., & Wasylenki, D. (2002). Characteristics of persons who are homeless for the first time. *Psychiatric Services*, 53, 1472–1474.

Goering P. N., Streiner, D. L., Adair, C., *et al.*, (2011). The at home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a *Housing First* intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*, 1, 1-18.

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.

Gulcur, L., Stefanic, A., Shinn, M., Tsemberis, S. & Fischer, S. N. (2003). Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in Continuum of Care and *Housing First* Programs. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13, 171-186.

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

Harp, H. (1990). Independent living with support services: the goal and future for mental health consumers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 85–89.

Henwood, B. F., Hsu, H-T., Dent, D., Winetrobe, H., Carranza, A., & Wenzel, S. (2013). Transitioning from homelessness: A “fresh-start” event. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 4, 47-57.

Hogan, M. F., & Carling, P. J. (1992). Normal housing: A key element of a supported housing approach for people with psychiatric disabilities. *Community Mental Health Journal*, 28 (3), 215–226.

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.

Hurlburt, Wood, & Hough. (1996). Providing independent housing for the homeless mentally ill: A novel approach to evaluating long - term longitudinal housing patterns. *Journal of Community Psychology*, 24 (3), 291-310

Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cusimano, R. E., & Schumacher, J. E. (2009). *Housing First* for Homeless Persons with Active Addiction: Are We Overreaching? *The Milbank Quarterly*, 87 (2), 495–534.

- Kirkpatrick H, Byrne C. A narrative inquiry: moving on from homelessness for individuals with a major mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nurse*, 16, 68–75.
- Kloos, B., & Shah, S. (2009). A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 44 (3/4), 316-326.
- Kloos, B., Hill, J., Thomas, E., Wandersman, A., Elias, M.J., & Dalton, J.H. (2012) *Community Psychology: Linking Individuals and Communities (3<sup>rd</sup> ed.)*. Belmont, CA: Wadsworth/Cengage Learning
- Knutagård, M., & Kristiansen, A. (2013). Not by the Book: The Emergence and Translation of *Housing First* in Sweden. *European Journal of Homelessness*, 7 (1), 93-115.
- Martin, M. A. (1990). The homeless mentally ill and community based care: Changing a mindset. *Community Mental Health Journal*, 26 (5), 435-447.
- Moxam, L.J. & Pegg, S.A. (2000) Permanent and stable housing for individuals with a mental illness in the community: A paradigm shift in attitude for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 9 (2), 82–88.
- Nelson, G., Hall, G. B., & Walsh-Bowers, R. (1998). The relationship between housing characteristics, emotional well-being and the personal *empowerment* of psychiatric consumers / survivors. *Community Mental Health Journal*, 34 (1), 57-69.
- Nelson, G., Clarke, J., Febbraro, A. & Hatzipantelis, M. (2005). A Narrative Approach to the Evaluation of Supportive Housing: Stories of Homeless People who have Experienced Serious Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (2), 98-104.
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., & Trainor (2007a). Housing Choice and Control, Housing Quality, and Control over Professional Support as Contributors to the Subjective Quality of Life and Community Adaptation of People with Severe mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 89-100.
- Nelson, G., Aubry, T., & Lafrance, A. (2007b). A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (3), 350-361.

- Nelson, G. (2010). Housing for people with Serious Mental Illness: Approaches, Evidence, and Transformative Change. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 37 (4), 123-145.
- Nemiroff, R., Aubry, T., & Klodawsky, F. (2011). From homelessness to community: psychological integration of women who have experienced homelessness. *Journal of Community Psychology*, 39 (8), 1003-1018.
- Nooe, R. M. & Patterson, D. A. (2010). The Ecology of Homelessness. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20 (2), 105-152.
- 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”, Ornelas, J., Monteiro, F. J., Vargas-Moniz, M. J. e Duarte, T. (coord.), *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*, Lisboa: AEIPS Edições.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- 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*.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(1), 9.
- Padgett, D., Gulcur, L. & Tsemberis, S. (2006a). *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., Hawkins, R. L., Abrams, C., & Davis, A. (2006b). In their own words: Trauma and substance abuse in the lives of formerly homeless women with serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 461-467.
- Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security in the third decade of the 'homelessness crisis' in the United States. *Social Science and Medicine*, 64, 1925-1936.

- Padgett, D. K. (2008). *Qualitative Methods in Social Work Research* (Second edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- 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. F., Abrams, C., & Drake, R. E. (2008b). Social relationships among persons who have experienced serious mental illness, substance abuse and homelessness: Implications for *recovery*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 333–339.
- Padgett, D. K., Henwood, B. F., Stanhope, V., & Stefancic, A. (2011). Substance use outcomes in *Housing First* and *Treatment First* clients: Findings from the New York services study. *Community Mental Health Journal*, 47, 227–232.
- Padgett, D. K., & Henwood, B. F. (2012). Qualitative research for and in practice: Findings from studies with homeless adults who have serious mental illness and co-occurring substance abuse. *Clinical and Social Work Journal*, 40, 187-193.
- Parkinson, S., & Nelson, G. (2003). Consumer/survivor stories of *empowerment* and *recovery* in the context of supported housing. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 7, 103-118.
- Patterson, M. L., Rezansoff, S., Currie, L., & Somers, J. M. (2013). Trajectories of *recovery* among homeless adults with mental illness who participated in a randomised controlled trial of *Housing First*: a longitudinal, narrative analysis. *BMJ Open*, 3, 1-8.
- Pearson, C., Montgomery, A. E., & Locke, G. (2009). Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in *Housing First* programs. *Journal of Community Psychology*, 37 (3), 404-417.
- Polvere, L., Piat, E., & Mcnaughton, M. (2013). Participant perspectives on *Housing First* and *recovery*: early findings from the At Home/Chez Soi project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36 (2), 110-112.
- Prince, P. N., & Gerber, G. J. (2005). Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment. *Quality of Life Research*, 14, 161–169.
- Rappaport, J. (1995). Empowerment meets narrative: Listening to stories and creating settings. *American Journal of community psychology*, 23(5), 795-807.

- Ridgway, P., & Zippel, A. M. (1990). The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4), 11–31.
- Rog, D. J. (2004). The evidence on supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 334-344.
- Rosenfield, S. (1990). Homelessness and rehospitalization: the importance of housing for the chronically mentally ill. *Journal of Community Psychology*, 19, 60-69.
- Rosenheck, R., Kasprow, W., Frisman, L., & Liu-Mares, W. (2003). Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 60, 940-951.
- Ryan, T. N. & Thompson, S. J. (2013). Perspectives on housing among homeless emerging adults. *Evaluation and Program Planning*, 36 (1), 107-114.
- Shaw, M. (2004). Housing and public health. *Annual Review of Public Health*, 25, 397-418.
- Shern, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W., Lovell, A. M., Richmond, L., Felton, C. J., Winarski, J., & Cohen, M. (2000). Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health*; 90 (12), 1873–1878.
- Shibusawa, T., & Padgett, D. (2009). The experiences of “aging” among formerly homeless adults with chronic mental illness: A qualitative study. *Journal of Aging Studies*, 23 (3), 188–196.
- Shinn, M., Knickman, J. R., & Weitzman, B. C. (1991). Social relationships and vulnerability to becoming homeless among poor families. *American Psychologist*, 46, 1180-1187.
- Shinn, M., & Gillespie, C. (1994). The roles of housing and poverty in the origins of homelessness. *American Journal of Behavioral Scientist*, 37, 505-521.
- Shinn, M. (2007). International homelessness: Policy, socio-cultural, and individual perspectives. *Journal Of Social Issues*, 63 (3), 657-677.
- Siegel, C., Samuels, J., Tang, D. I., Berg, I., Jones, K. & Hopper, K. (2006). Tenant Outcomes in Supported Housing and Community Residences in New York City. *Psychiatric Services*, 57 (7), 982-991.

- 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, 265-279.
- Sullivan, G., Burnam, A., & Koegel, P. (2000). Pathways into homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (10), 444-450.
- Thomas, A., & Dittmar, H. (1995). The experience of homeless women: An exploration of housing histories and the meaning of home. *Housing Studies*, 10 (4), 493-516.
- Townley, G., Kloos, B., & Wright, P. A. (2009). Understanding the experience of place: Expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health Place*, 15 (2), 520-531.
- Tsai, J., Mares, A. S., & Rosenheck, R. A. (2010a). A multisite comparison of Supported Housing of chronically homeless adults: “*Housing First*” versus “*Residential Treatment First*”. *Psychological Services*, 7 (4), 219-232.
- Tsai, J., Bond, G. R., Salyers, M. P., Godfrey, J. L., & Davis, K. E. (2010)b. Housing preferences and choices among adults with mental illness and substance use disorders: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 46 (4), 381–388.
- Tsai, J., & Rosenheck, R. A. (2012). Conceptualizing social integration among formerly homeless adults with severe mental illness. *Journal of Community Psychology*, 40 (4), 456-467.
- Tsai, J., Mares, A. S., & Rosenheck, R. A. (2012). Does housing chronically homeless adults lead to social integration?. *Psychiatric Services*, 63 (5), 427-434.
- 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), 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. M., & Shern, D. L. (2003). Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: a drop-in center and a supported housing program. *American Journal of Community Psychology*, 32,(3/4), 305-317.
- Tsemberis, S., 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 (4), 651-656.
- Tsemberis, S., Kent, D. & Respress, C. (2012). Housing stability and *recovery* among chronically homeless persons with co-occurring disorders in Washington, DC. *American Journal of Public Health*, 102 (1), 13-16.
- Warren, R., & Bell, P. (2000). An exploratory investigation into the housing preferences of consumers of mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 9 (4), 195–202.
- Williams, S., & Stickley, T. (2011). Stories from the streets: people’s experiences of homelessness *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 432–439.
- Wong, Y. L. I., & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4, 13 – 28.
- 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 housing type, neighborhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness. *Journal of Mental Health*, 16, (6), 703-717.

Yeich, S., Mowbray, C. T., Bybee, D., & Cohen, E. (1994). The Case for a "Supported Housing Approach": A Study of Consumer Housing and Support Preferences. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18 (2), 75-86.

Anexos:

Anexo A: Consentimento de participação

Anexo B: Guião de entrevista *baseline*

Anexo C: Guião de entrevista *follow-up*

Anexo D: Análise de dados – Esquema do percurso para a situação de sem-abrigo

Anexo A: 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) \_\_\_\_\_

Anexo B: Guião de entrevista *baseline*

## Guião da entrevista *baseline*: “Overview of quality research”

Participante:

Data:

Duração da entrevista:

Dados sociodemográficos:

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Duração da experiência sem-abrigo:

### Parte I: Vivência / experiências nas ruas ou em abrigos

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

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

##### a) Vida antes de se tornar sem-abrigo

Conte-me como era a sua vida antes de ficar em situação de sem-abrigo ou de recorrer a abrigos? Fale-me da primeira casa ou apartamento onde se lembre ter vivido. (indagar sobre: quando tinha uma casa, o que é que considera que o/a ajudava a manter-se numa casa)

##### b) Primeira experiência de sem-abrigo – como é que a pessoa entrou em situação de sem-abrigo

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

##### c) Reincidência na experiência de sem-abrigo

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

##### d) A mais recente experiência de sem-abrigo

Fale-me da sua última experiência como sem-abrigo.

(indagar sobre como arranjou a sua mais recente casa; problemas / experiências relacionadas com a vida nas ruas ou em abrigos; problemas que o impediam de encontrar casa).

## **Tema 2: Vida nas ruas ou em abrigos**

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

### **a) Um dia típico**

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

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

### **b) Serviços, suportes, e organizações comunitárias.**

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

(indagar sobre: como é que eram esses serviços, os apoios; que serviços, suportes ou organizações comunitárias foram mais úteis para si, e quais os menos úteis (e.g.: serviços, organizações, família, amigos, igreja).

Tinha algum tipo de envolvimento na comunidade enquanto vivia na rua ou em abrigos. Apoios informais: amigos, pares, família, etc.

### **c) Experiências de alojamento**

Agora gostava que me falasse das suas experiências enquanto esteve alojado na altura em que a sua situação habitacional era instável.

(indagar sobre: lugares onde vivia: segurança, qualidade, apoio; relações com os proprietários, senhorios; experiências estigmatizantes, ou onde sofreu discriminação, ou encontrou outro tipo de barreiras no acesso a serviços e alojamento; experiências positivas)

### **d) Vida na rua ou em abrigo**

Gostava de lhe fazer umas perguntas sobre como era a sua vida na rua ou em abrigos. Como é que a sua vida mudou, desde que começou a viver nas ruas ou em abrigos? (indagar sobre: como é que se sentia em relação a si próprio/a, nível relacional, família, amigos, saúde, inserção na comunidade, pobreza, estigma, vícios).

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

#### **e) Visão da situação habitacional no futuro**

Agora gostava que me falasse sobre como imagina a sua situação habitacional no futuro, e como pode chegar lá.

O que significa uma casa para si?

Qual seria para si a situação habitacional ideal (viver sozinho, com amigos, família, habitação partilhada, numa residência de grupo, localização da casa, questões de segurança, relação com o senhorio)?

Como imagina o seu futuro? Quais são os seus objectivos para o futuro?

O que pensa do Programa Casas Primeiro em que vai ser envolvido? (indagar sobre medos, esperanças, desafios)

### **Tema 3: Experiências de problemas de saúde mental e com os serviços de saúde mental**

Agora gostava que me falasse sobre as suas experiências de saúde mental e com os serviços de saúde mental.

#### **a) Primeiras experiências**

Lembra-se de como foi a primeira vez que se apercebeu que algo de diferente se passava consigo, ou que alguma coisa não estava bem.

Fale-me sobre a primeira vez que sentiu que tinha pensamentos ou sentimentos que afectavam a sua saúde mental.

(indagar sobre: como era a vida na altura, como se sentia em relação a si próprio, relações, a nível relacional, com a família, amigos, saúde física, envolvimento na comunidade, pobreza, estigma, problemas com álcool ou drogas)

#### **b) Experiências com o sistema de saúde mental**

Como têm sido as suas experiências em termos do apoio que recebe dos serviços de saúde mental?

Estou interessada em ouvir como foram as suas experiências a nível de relações com os profissionais ou técnicos de apoio. Como têm sido as suas experiências com os serviços de saúde mental e com os profissionais?

Os serviços têm conseguido responder às suas necessidades?

Alguma vez sentiu que os tratamentos eram desadequados, ou sentiu que foi tratado/a de forma injusta quando recorreu a esses serviços?

Há alguma coisa que mudasse ou melhorasse nos serviços de saúde mental a que recorreu?

### **c) Recovery**

O que significa para si *recovery*? (explicar o conceito)

Que tipo de apoio precisaria para recuperar dos problemas que tem?

### **Terminar a entrevista**

- Como se sente neste momento?
- Há algum aspecto que não tenhamos abordado e que considere relevante acrescentar?
- O que pensa da entrevista?
- Sentiu-se confortável durante a entrevista?
- Há alguma coisa que possamos melhorar na entrevista?
- Quer colocar-me alguma questão?

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

Anexo C: Guião de entrevista *follow-up*

## Guião de entrevista *follow-up*

**Participante:**

**Data:**

**Duração da entrevista:**

1. O que significa para si voltar a ter uma casa? Porque é tão importante para si voltar a ter uma casa?  
  
(indagar sobre questões relacionadas com a casa – privacidade, segurança, etc.)
2. Sente-se bem na sua casa? Do que mais gosta na sua casa? E o que menos gosta na sua casa?
3. Acha que a sua vida mudou desde que tem uma casa? Para melhor, para igual ou está na mesma?
4. O que mudou na sua vida desde que tem uma casa?
  - a. Em relação a si própria? Sente-se melhor?
  - b. Em termos de saúde, como se sente?
  - c. Em termos de relações, aproximou-se de pessoas de quem estava afastada? Conheceu novas pessoas?
  - d. Gosta do seu bairro?
  - e. Como é o seu dia-a-dia? Como costuma passar os seus dias?
  - f. Voltou a trabalhar, ou a participar na comunidade de outra forma?
5. Gostava de mudar alguma coisa na sua vida? Quais são as suas expectativas para o futuro? O que deseja?

Anexo D: Análise de dados - Esquema do percurso para a situação de sem-abrigo

## Análise de dados – Percurso para a situação de sem-abrigo

**Participantes**      **Experiências e circunstâncias que contribuíram para a situação de sem-abrigo**

E.      Habitação → Término de relacionamento com parceiro → Saída de casa do parceiro → Transição para um pensão → Precariedade laboral → Transição entre várias pensões → Problemas de saúde física → Desemprego → Falta de apoio da família → Situação de sem-abrigo

J.P.      Habitação → Desemprego → Conflitos no contexto familiar e expulsão de casa pela família → Transição entre várias opções habitacionais ilegais → Agravamento de problemas de saúde: abuso de substâncias e acidente vascular cerebral → Institucionalização → Sem-abrigo

G.      Habitação → Morte da mãe → Problemas de abuso de substâncias → Encarceramento → Transição entre várias opções habitacionais → Sem-abrigo

A.      Habitação → Emigração forçada → Transição entre várias opções habitacionais ilegais e entre vários empregos → Desemprego → Sem-abrigo

