

O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua

Living on the streets: An integrative review about the care for homeless people

El vivir en la calle: Una revisión integrativa sobre cuidados a los habitantes de la calle

Fabiana Ferreira Koopmans^I

ORCID: 0000-0003-2238-5469

Donizete Vago Daher^{II}

ORCID: 0000-0001-6249-0808

Sonia Acioli^I

ORCID: 0000-0002-0772-8235

Vera Maria Sabóia^{III}

ORCID: 0000-0003-0382-5078

Crystiane Ribas Batista Ribeiro^{III}

ORCID: 0000-0002-3026-8548

Carine Silvestrine Sena Lima da Silva^{IV}

ORCID: 0000-0001-7738-9825

^I Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

^{II} Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem
Aurora Afonso Costa. Niterói-RJ, Brasil.

^{III} Fundação de Apoio à Escola Técnica do Estado do Rio de
Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

^{IV} Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Como citar este artigo:

Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, Sabóia VM, Ribeiro CRB,
Silva CSSL. Living on the streets: An integrative
review about the care for homeless people.
Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;72(1):211-20.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0653>

Autor Correspondente:

Fabiana Ferreira Koopmans
E-mail: fabianakoopmans@gmail.com



RESUMO

Objetivo: Identificar elementos essenciais nas práticas de cuidado à População em Situação de Rua, no contexto da Atenção Primária à Saúde e verificar evidências e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. **Método:** Revisão integrativa de literatura, com uso dos descritores em saúde, palavras-chave e "MeSH terms" nas bases de dados: LILACS, *PubMed Central* e *Web of Science*. **Resultados:** Foram selecionados 22 artigos científicos que foram agrupados em três categorias: *Compreensão do Outro*, *Rede de Apoio* e *Cuidado Emancipador*. O estudo identificou elementos importantes para o desenvolvimento do cuidado, como a compreensão da pessoa que vive na rua, a valorização do cuidado em rede e do *Cuidado Emancipador*. **Conclusão:** Verificou-se a necessidade de novos estudos e pesquisas sobre a temática, que possibilitem a construção de políticas e ações de saúde mais equitativas e inclusivas a esta população que necessita de elementos muito singulares nas práticas de cuidado.

Descritores: Pessoas em Situação de Rua; Atenção Primária à Saúde; Vulnerabilidade em Saúde; Saúde Pública; Revisão.

ABSTRACT

Objective: To identify essential elements in care practices for the Homeless Persons in the context of Primary Health Care and verify evidence and strength of recommendation for health decision-making. **Method:** Integrative literature review, using Health Descriptors, keywords and "MeSH terms" in the databases: LILACS, PubMed Centre and Web of Science. **Results:** Twenty-two scientific papers were selected and grouped into three categories: *Understanding of the Other*, *Support Network* and *Emancipatory Care*. The study identified important elements for the development of care, such as understanding Homeless Persons, valuing network care and *Emancipatory Care*. **Conclusion:** There was a need for further studies and research on the subject, which would make it possible to construct more equitable and inclusive health policies and actions for this population that needs very unique elements in care practices.

Descriptors: Homeless Persons; Primary Health Care; Health Vulnerability; Public Health; Review.

RESUMEN

Objetivo: identificar los elementos esenciales en las prácticas de cuidado a la población en situación de calle, en el contexto de la Atención Primaria en Salud y verificar las evidencias y la fuerza de recomendación para toma de decisión en salud. **Método:** la revisión integrativa de la literatura, con el uso de los descriptores en la salud, palabras clave y "MeSH terms" en las bases de datos: LILACS, *PubMed Central* y *Web of Science*. **Resultados:** han sido seleccionados 22 artículos científicos que se agruparon en tres categorías: La Comprensión del Otro; La Red de Apoyo; y El Cuidado Emancipador. El estudio identificó elementos importantes para el desarrollo del cuidado, como la comprensión de la persona que vive en la calle, la valorización del cuidado en red y del cuidado emancipador. **Conclusión:** se verificó la necesidad de nuevos estudios e investigaciones sobre la temática, que posibilitem la construcción de políticas y acciones de salud más equitativas e inclusivas a esa población que necesita de elementos muy singulares en las prácticas de cuidado.

Descriptores: Personas en Situación de Calle; Atención Primaria en Salud; Vulnerabilidad en Salud; Salud Pública; Revisión.

Submissão: 03-10-2017 **Aprovação:** 08-06-2018

INTRODUÇÃO

A rua torna-se “residência fixa” por um longo período de tempo para algumas pessoas, permanecendo por semanas, meses e anos no mesmo local, muitas vezes dependendo da tolerância de cidadãos domiciliados no entorno⁽¹⁾. A problemática de viver na rua tem diversos fatores que favorecem a permanência nas ruas. Do ponto de vista demográfico, integram pessoas de todas as idades e sexos, algumas até nascem e vivem a vida “inteira” na rua, sem contato com a família de origem e sem trabalho estável⁽²⁾. Diversos fatores agravam ainda mais esta situação, como a desigualdade social e o preconceito social vigente, trazendo para o debate das políticas públicas e de saúde, as diferentes necessidades e os cuidados de saúde desta população.

População em Situação de Rua (PSR) é entendida como um grupo populacional heterogêneo com características relacionadas à pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, sem moradia convencional regular, utilizando logradouros públicos e/ou áreas degradadas, de forma temporária ou permanente, como moradia e sustento, podendo ou não fazer uso de unidades de acolhimento para pernoite ou moradia provisória⁽³⁾.

A problemática de viver na rua perpassa pela aglomeração de pessoas, a proliferação de doenças, a violência, o estresse e a hostilidade. O adoecer nas ruas tem características próprias no processo saúde-doença, como o espaçamento das refeições, as alterações climáticas e outros fatores que predispõem este grupo a compartilharem necessidades de saúde específicas⁽⁴⁾.

No Brasil, foram criados mecanismos políticos para implementação de políticas e ações de saúde para a PSR, como a Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009)⁽³⁾ e o Manual sobre Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua (2012)⁽⁵⁾, ambos buscando a ampliação do acesso e a qualidade de atenção à saúde, com políticas públicas específicas e mecanismos de cuidado, como os Consultórios na Rua (CnaR)⁽⁵⁾.

Os CnaR seguem os fundamentos e diretrizes definidos pela Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), atuando em diversos problemas e necessidades de saúde específicos para esta população. As atividades são desenvolvidas de forma itinerante e com ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, formados por equipes multiprofissionais, incluindo o enfermeiro em todas as modalidades de equipes de Consultório na Rua (eCnaR)⁽⁵⁾. Entretanto, a própria implementação da política de PSR enfrenta obstáculos de várias dimensões, como a própria dinâmica de vida desta população, as relações sociais fragmentadas e não solidárias, assim como as frágeis articulações intersetoriais e a falta de capacidade da gestão pública, exigindo do Estado esforços para superação desta realidade⁽⁶⁾.

Estudos trazem que os serviços e profissionais de saúde têm pouca experiência e conhecimento em “acolher” pessoas em situação de rua e atender às suas necessidades, gerando precariedade do acolhimento. Podendo ocorrer devido a características estigmatizantes desta população, como odor e uso de drogas e álcool, dificuldade de acesso para agendamento de consultas e inflexibilização de horários, dificuldades na Rede de Apoio para internação, aumentando assim sua invisibilidade⁽⁷⁾.

Levando em consideração a problemática de viver na rua, o aumento desta população nas cidades e a criação recente de políticas públicas com serviços específicos, as autoras trazem para a discussão as práticas de cuidado à População em Situação de Rua, ofertadas na Atenção Primária à Saúde (APS). A escolha pela APS e não por outros dispositivos da rede de atenção deu-se por entender que este nível de atenção à saúde constitui-se na porta de entrada para serviços de saúde, funcionando como o primeiro contato. Aliado a isto, as políticas mais recentes de atendimento à PSR, no Brasil, estão focadas no cuidado pelos CnaR, que integram a rede da APS.

OBJETIVO

Identificar elementos essenciais nas práticas de cuidado à População em Situação de Rua, no contexto da Atenção Primária à Saúde, e verificar evidências e força de recomendação para tomada de decisão em saúde.

MÉTODO

Tipo de estudo e procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com utilização do método de Revisão Integrativa de Literatura (RIL), a fim de possibilitar uma síntese dos estudos e gerar um conhecimento a respeito da temática.

A RIL é um método de pesquisa desenvolvido na medicina baseada em evidências, que permite incorporações de evidências na prática clínica. A sua finalidade consiste em reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre determinado tema ou questão, contribuindo por aprofundar o tema. A RIL tem no seu percurso 6 etapas (passos) distintos e complementares aos seus estágios de desenvolvimento⁽⁸⁾.

Por se tratar de uma revisão integrativa de literatura, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, todas as ideias dos autores contidas nos artigos analisados foram mantidas, sendo citados a todo o momento.

Etapas do trabalho

O estudo seguiu as 6 etapas propostas para revisão integrativa⁽⁸⁾, com elaboração da questão da pesquisa, a busca dos estudos primários, extração dos dados, análise dos estudos incluídos com interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Na 1ª etapa, ocorreu a escolha do tema (práticas de cuidado à população de rua na Atenção Primária à Saúde); a delimitação das perguntas: “Quais as evidências científicas acerca do cuidado à População em Situação de Rua na perspectiva da Atenção Primária à Saúde?” e “Quais elementos essenciais estão presentes nas práticas de cuidado à População em Situação de Rua?”; e a escolha das palavras-chaves e dos termos em português através dos Descritores em Saúde (DeCs) e os termos em inglês através do *Medical Subject Heading* (MeSH). Na 2ª etapa, foram estabelecidos os locais que ocorreram a busca e os critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Na 3ª etapa, ocorreu a categorização a partir dos elementos relacionados às práticas de cuidados que

emergiram dos estudos, a partir da leitura criteriosa do *corpus* dos artigos, estabelecendo pontos de convergências e divergências. A 4ª e 5ª etapas foram realizadas concomitantemente, onde ocorreram a análise e a interpretação dos resultados. A 6ª etapa, que ocorreu a apresentação da revisão e síntese do conhecimento, foi cumprida durante toda a discussão das categorias, ao longo do corpo textual.

Cenário, amostra e critérios de inclusão e exclusão

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta nas bases de dados: LILACS, *PubMed Central* (da Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA – NLM) e *Web of Science*. Para chegar nas publicações sobre esta temática, buscou-se selecionar estudos utilizando as palavras-chaves: “População em Situação de Rua”, “atenção primária à saúde”, “cuidado” e “consultório na rua”. Os descritores em saúde (DeCs) foram: “pessoas em situação de rua” e “atenção primária à saúde”. Os *MesHs* foram: “homeless person” e “primary health care”. Utilizou-se o cruzamento dos termos de busca, com as palavras-chave e os descritores na LILACS e nas outras bases de dados, associaram os *MeSh terms*, todos com o uso do operador booleano *AND*.

A busca dos estudos compreendeu o período de 2003 a julho de 2016. Optou-se em utilizar somente artigos científicos, objetivando-se como critério de exclusão, publicações que no formato como teses, dissertações e outros materiais que obtivesse nas bases. A escolha por artigos publicados a partir de 2003 deu-se devido ser o ano de início da ocorrência de produção científica sobre esta temática no Brasil.

A seleção dos artigos foi realizada em dois momentos com critérios de inclusão e exclusão, ambos fazendo parte das etapas da RIL. Primeiro, foram incluídos estudos publicados de 2003 a julho de 2016, que estivessem disponíveis online (“free”) e em versão completa, nos idiomas português, espanhol e inglês; e que abordassem práticas de cuidados (selecionados a partir da leitura dos resumos dos estudos). Os critérios de exclusão foram: Práticas de cuidado ligadas somente na abordagem da Saúde Mental e/ou Atenção Hospitalar, estudos que não tivessem em conformidade com o objetivo do estudo, além dos repetidos em mais de uma base de dados.

Depois da primeira exclusão, foram recuperados os artigos na íntegra e após a leitura do material, foram excluídos os que não respondiam aos questionamentos do estudo. O *corpus* de análise ficou caracterizado em 22 artigos científicos que discorrem sobre práticas de cuidado referentes à População em Situação de Rua: Doze (12) provenientes da LILACS, oito (08) do *PubMed Central* e dois (02) da *Web of Science*. O Fluxograma (Figura 1) apresenta o processo de seleção dos estudos.

Coleta e organização dos dados

Os artigos em versão impressa foram organizados pelo gerenciador de dados e referências *Zotero*, onde cada estudo recebeu uma numeração (E1 a E22). Com o objetivo de organizar e sumarizar as informações, foi confeccionado um quadro (Quadro 1), que serviu para visualizar os dados, permitindo analisar as características e o nível de evidência dos artigos selecionados. Permitiu ainda construir categorias, por meio do agrupamento dos estudos, com análises semelhantes, que foram confeccionados e apresentados em três quadros (Quadro 2, Quadro 3 e Quadro 4).

Análise dos dados

Os apontamentos dos elementos essenciais das práticas de cuidado à População em Situação de Rua na Atenção Primária à Saúde foram apresentados por meio do agrupamento dos artigos em três categorias temáticas: *Compreensão do Outro*, *Rede de Apoio* e *Cuidado Emancipador*. Estas categorias foram produzidas a partir da síntese de cada estudo incluído na revisão integrativa e comparando os achados em diferenças e semelhanças.

Para determinação do grau de evidência, adotou-se a classificação do Sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Envelopment and Evaluation*), que se baseia num sistema de diretrizes metodológicas para graduar a qualidade de evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. O nível de evidência representa a confiança na recomendação da informação, classificando em quatro níveis de qualidade: Alto, moderado, baixo e muito baixo. Entretanto, não avalia somente o tipo de estudo, outros fatores podem elevar ou reduzir o nível de evidência. A força de recomendação expressa a ênfase que seja adotada ou rejeitada determinada conduta⁽⁹⁾.

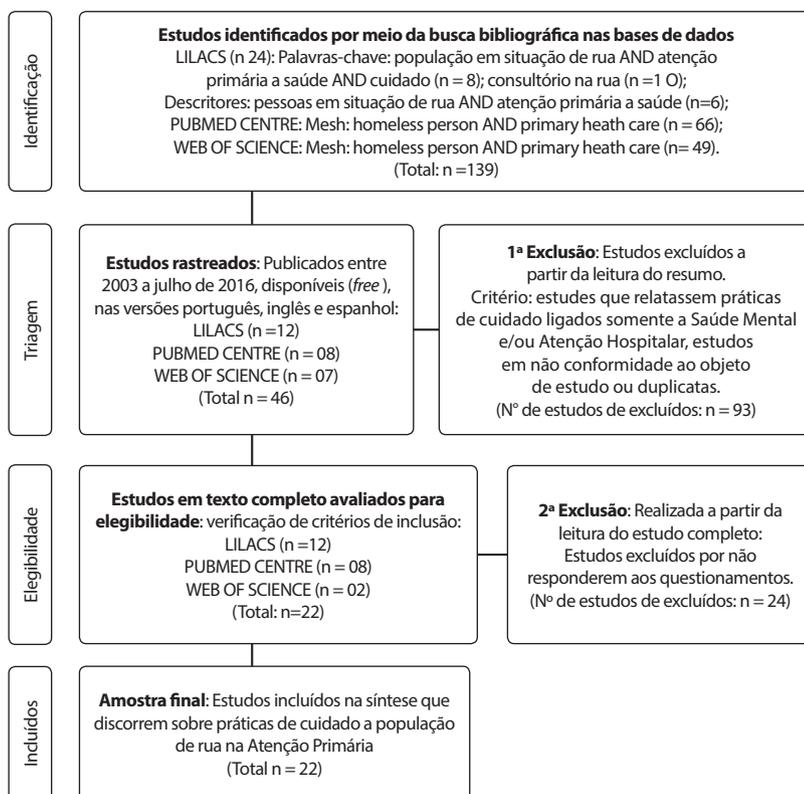


Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos sobre cuidados em saúde com População em Situação de Rua, Rio de Janeiro, Brasil, 2016

A coleta e a análise dos dados foram realizadas no período compreendido de novembro de 2015 a julho de 2016.

RESULTADOS

Síntese dos Estudos Selecionados

Entre as produções encontradas, foram selecionados 22 artigos que passaram pelo crivo dos critérios de inclusão e exclusão, baseados na temática “cuidado à População em Situação de Rua”. Estes artigos foram apresentados no Quadro 1, contendo as características de publicação (ano, periódico, autores, título, cidade e país) e delineamento do estudo.

O Quadro 1 trata de um *corpus* de análise, com publicações nacionais e internacionais, ambos apresentando experiências de cuidado

com a População em Situação de Rua na APS. Em relação às doze publicações nacionais (em torno de 55%) e analisando as publicações por regiões do Brasil, percebe-se que 75% de publicações da região Sudeste, provenientes dos estados de São Paulo (São Paulo e Campinas) e Rio de Janeiro (Rio de Janeiro e Niterói). Ressalta-se ainda que, no Brasil, a cidade de São Paulo foi a que iniciou as publicações sobre esta temática e somente em 2012 foram publicados artigos em outros estados. Na região do Nordeste do país, constatou-se uma publicação (8,3%), do estado do Ceará (Fortaleza) e a da região Sul, duas publicações (16,7%), dos estados do Rio Grande do Sul (Porto Alegre) e do Paraná (Curitiba).

Em relação às 10 publicações internacionais (45%), foram selecionados seis estudos (60%) dos Estados Unidos da América (Virgínia, Califórnia, Filadélfia, Alabama, Marrow, Maryland, Pittsburgh e Boston), um (10%) da Inglaterra (Londres) e três (30%) do Canadá (Toronto e Calgary).

Quadro 1 - Características dos estudos selecionados, relativos ao ano, autoria, título, periódico, local do estudo e delineamento, Rio de Janeiro, Brasil, 2003 a 2016

Nº	Ano de Publicação e Periódico	Autores	Título	Delineamento	Cidade e País
E1	2016 Ciência & Saúde Coletiva	Engstrom EM, Teixeira MB ⁽¹⁰⁾	Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção de saúde em um território vulnerável	Pesquisa qualitativa, com sistematização de uma experiência	Rio de Janeiro (Brasil)
E2	2016 Escola Anna Nery	Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Lowen IMV, Souza VMP, Goto DYN ⁽¹¹⁾	Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa	Pesquisa qualitativa, uso de entrevistas, uso de <i>software IRAMUTEQ</i>	Curitiba (Brasil)
E3	2016 <i>Patient Preference and Adherence</i>	Steward J, Holt CL, Pollio ED, Austin EL, Johnson N, Gordon AJ, Kertesz SG ⁽¹²⁾	<i>Priorities in the primary care of persons experiencing homelessness: convergence and divergence in the views of patients and provider experts</i>	Pesquisa qualitativa, com uso de entrevistas	Marrow, Maryland, Pittsburgh, Alabama (EUA)
E4	2015 <i>BMC Family Practice</i>	Campbell DJT, O’Neill BGO, Gibson K, Thurston WE ⁽¹³⁾	<i>Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary’s homeless populations</i>	Pesquisa qualitativa, com uso de entrevistas e Grupo Focal	Calgary (Canadá)
E5	2015 Cadernos de Saúde Pública	Hallais JAS, Barros NF ⁽⁷⁾	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade	Pesquisa qualitativa, com uso de observação participante	Campinas (Brasil)
E6	2015 Saúde Debate	Silva CC, Cruz MM, Vargas EP ⁽¹⁴⁾	Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua	Pesquisa qualitativa, Estudo de Caso	Rio de Janeiro (Brasil)
E7	2014 <i>MedCare</i>	Kertesz SG, Pollio DE, Jones RN, Steward J, Stringfellow EJ, Gordon AJ, Johnson NK, Kim TA, Granstaff U, Austin EL, Toung AS, Golden J, Davis LL, Roth DL, Holt CL ⁽¹⁵⁾	<i>Development of the primary care quality-homeless (PCQ-H) instrument: A practical survey of patients’ experiences in primary care</i>	Pesquisa quanti-qualitativa, uso de entrevistas	Alabama (EUA)
E8	2014 <i>Lancet</i>	Hwang SW, Burns T ⁽¹⁶⁾	<i>Health interventions for people who are homeless</i>	Revisão sistemática	Toronto (Canadá)
E9	2014 Rev Interface: Com Saúde e Educação	Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LF ⁽¹⁷⁾	Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde	Relato de experiência a partir de diários de campo	Porto Alegre (Brasil)
E10	2014 Rev Interface: Com Saúde e Educação	Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC ⁽¹⁸⁾	Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e rua	Relato de experiência	Niterói (Brasil)
E11	2014 Fractal Revista de Psicologia	Pacheco MEAG ⁽¹⁹⁾	Políticas Públicas e capital social: O projeto consultório de rua	Artigo de Discussão/ Reflexão	Fortaleza (Brasil)

Continua

Continuação do Quadro 1

Nº	Ano de Publicação e Periódico	Autores	Título	Delineamento	Cidade e País
E12	2013 <i>BMC Health Services Research</i>	Campbell JTD, Gibson K, O'Neill BG, Thurston W ⁽²⁰⁾	<i>The role of a student-run clinic in providing primary care for Calgary's homeless populations: a qualitative study</i>	Pesquisa qualitativa, uso de entrevistas e análise de categorias	Calgary (Canadá)
E13	2013 <i>American Journal of Public Health</i>	Kertesz SG, Holt CL, Steward JL, Jones RN, Roth DL, Stringfellow E, Gordon AJ, Kim TW, Austin EL, Henry SR, Johnson NK, Granstaff US, O'Connell JJ, Golden JF, Young AS, Davis LL, Pollio DE ⁽²¹⁾	<i>Comparing homeless persons' care experiences in tailored versus nontailored primary care programs</i>	Inquérito comparativo	Pensilvânia, Alabama, Califórnia, Massachusetts (EUA)
E14	2013 Rev Polis e Psique	Macerata IM ⁽²²⁾	Experiência POP RUA: Implementação do "Saúde em Movimento nas Ruas" no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro	Relato de experiência	Niterói (Brasil)
E15	2013 <i>Journal of the American Board Fam Med (JABFM)</i>	Weinstein LC, LaNoue MD, Plumb JD, King H, Stein B, Tsemberis S ⁽²³⁾	<i>A primary care-public health partnership addressing homelessness, serious mental illness, and health disparities</i>	Relato de experiência	Filadélfia (EUA)
E16	2012 <i>Journal of the American Board Fam Med (JABFM)</i>	Price-Stevens L, Goode JVR ⁽²⁴⁾	<i>Shared Care Model in a federally qualified health care center for the homeless</i>	Relato de experiência	Virgínia (EUA)
E17	2010 Revista Saúde e Sociedade	Junior NC, Jesus CH, Crevelim MA ⁽²⁵⁾	A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos	Relato da experiência	São Paulo (Brasil)
E18	2010 <i>American Journal of Public Health</i>	O'Connell JJ, Oppenheimer SC, Judge CM, Taube RL, Blanchfield BB, Swain SE, Koh HK ⁽²⁶⁾	<i>The Boston Health Care for the homeless program: A public health framework</i>	Estudo de revisão documental	Boston, (EUA)
E19	2007 Revista da Escola de Enfermagem da USP	Canônico RP, Tanaka ACDA, Mazza MPR, Souza MF, Bernat MC, Junqueira LX ⁽²⁷⁾	Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo	Relato de experiência	São Paulo (Brasil)
E20	2006 Revista Saúde e Sociedade	Junior NC, Andrade MC, Luppi CG, Silveira C ⁽²⁸⁾	Organização de Práticas de Saúde equânimes em Atenção Primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social	Relato de experiência	São Paulo (Brasil)
E21	2003 Cadernos de Saúde Pública	Junior NC, Silveira C ⁽²⁹⁾	Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/ inclusão social	Relato de experiência	São Paulo (Brasil)
E22	2003 <i>British Journal of General Practice</i>	Riley AJ, Harding G, Underwood MR, Carter YH ⁽³⁰⁾	<i>Homelessness: a problem for primary care?</i>	Artigo de Discussão/ Reflexão	Londres (Inglaterra)

Sobre a distribuição dos artigos quanto ao eixo temático, quase todos estão ligados à área de Saúde Pública, exceto dois artigos publicados em revistas da área de Psicologia e outros dois em revista de Enfermagem. Em relação à natureza metodológica: 20 artigos são qualitativos (91%), um (4,5%) quanti-qualitativo e um (4,5%) quantitativo. Em relação ao desenho: Oito (36,4%) são pesquisas de variados desenhos (estudo de caso, sistematização de experiências) com uso de entrevistas e/ou Grupo Focal e/ou diário de campo, dez (45,4%) são do tipo relatos de experiências, dois (9,1%) como discussão ou reflexão teórica sobre a temática, um (4,5%) como revisão documental e outro (4,5%) do tipo revisão sistemática.

Sintetizando o conhecimento produzido quanto ao nível de evidência dos estudos analisados: 64% apresentam nível de evidência muito baixo, e 36% nível de evidência moderado. A maioria dos estudos que apresentou nível de evidência muito baixo são estudos nacionais, por estarem no formato de relato de experiência e sem um maior delineamento metodológico. Os estudos observacionais delineados, com metodologias e métodos mais delineados, encontram-se na literatura estrangeira. Comprovou-se, assim, carência de estudos nacionais com outros níveis de evidência (moderado e alto), que são tipos de ensaios clínicos e/ou observacionais bem delineados.

Analisando a força de recomendação dos estudos, também pelo Sistema GRADE⁽⁹⁾ - que relaciona os estudos a fatores que podem elevar ou diminuir a qualidade de evidência, expressando a ênfase para que seja adotada ou rejeitada uma determinada conduta, considerando o balanço entre as vantagens e desvantagens, os estudos selecionados apresentam fatores que elevam a qualidade da evidência. Estes fatores são a elevada magnitude de efeito com benefício para a PSR, podendo considerar como vantagem os efeitos benéficos para a melhoria da qualidade de vida, sem apresentar nos estudos riscos de efeitos adversos, como a carga psicológica para os pacientes e o custo para a sociedade. Além disso, analisando as implicações dos graus de recomendação em relação ao público-alvo (gestores, pacientes e profissionais de saúde), os estudos apresentam recomendações para as políticas de saúde, intervenções positivas para os pacientes e condutas profissionais favoráveis ao público estudado. Estabelece assim, um balanço na relação entre vantagens e desvantagens, demonstrando benefícios para o cuidado a População em Situação de Rua, podendo, então, ter uma força de recomendação forte.

A partir da leitura do corpus dos artigos e análise de seus resultados e discussões, ficou evidenciado que a construção do vínculo como instrumento de cuidado junto a PSR ser bastante importante. Para favorecer a determinação de elementos essenciais relacionados à prática do cuidado à População em Situação de Rua, buscou-se agrupar as discussões semelhantes pelas categorias temáticas: *Compreensão do Outro*, *Rede de Apoio* e *Cuidado Emancipador*, que passamos a analisar.

Compreensão do Outro

Nove estudos foram agrupados na categoria *Compreensão do Outro*: E4, E6, E8, E11, E13, E14, E16, E19 e E21.

Quadro 2 - Elementos essenciais apontados nos estudos da categoria *Compreensão do Outro*, Rio de Janeiro, Brasil, 2016

Categoria <i>Compreensão do Outro</i> - Elementos essenciais para o cuidado apontados nos estudos	Estudos
- Relacionamento interpessoal positivo entre PSR e profissionais de saúde (respeito, confiança mútua, acolhimento e cuidado)	E8
- Vínculo e acolhimento (escuta qualificada)	E6, E19, E14
- Acesso e cuidado individualizado às necessidades de cada indivíduo	E13, E16, E4
- Rompimento do cuidado prescritivo	E6
- Cuidado não pontual, com resgate da cidadania, dignidade e afetivo-intelectual	E21
- Compreender o <i>habitus</i> de cada indivíduo	E11

Nesta categoria, os estudos apontaram elementos essenciais para o cuidado à População em Situação de Rua (Quadro 2). O cuidado perpassa pela construção de vínculo, através de uma escuta qualificada pelo acolhimento^(7,14,22), com rompimento do cuidado prescritivo⁽¹⁴⁾ e pontual, servindo de instrumento de resgate do valor da vida e da saúde, da cidadania, da dignidade

e do afetivo-intelectual do indivíduo⁽²⁹⁾ e partindo da necessidade de cada indivíduo^(21,24,13). Práticas de cuidado pautadas na análise dos diferentes *habitus* destes indivíduos⁽¹⁹⁾ favorecem o relacionamento interpessoal entre a População em Situação de Rua e os profissionais de saúde⁽¹⁶⁾.

Rede de Apoio

Na categoria *Rede de Apoio*, foram agrupados sete artigos: E1, E2, E10, E15, E17, E20 e E22.

Quadro 3 - Elementos essenciais apontados nos estudos da categoria *Rede de Apoio*, Rio de Janeiro, Brasil, 2016

Categoria <i>Rede de Apoio</i> - Elementos essenciais para o cuidado apontados nos estudos	Estudos
- Articulação da rede de saúde e intersetorial como norte referencial para o cuidado	E1, E10, E17, E15, E22, E20
- Articulação com os abrigos (" <i>Housing First</i> ")	E15, E22
- Articulação entre as secretarias governamentais (intersecretarial)	E17
- Catálogo de serviços com conexão entre si e articulação com projetos terapêuticos	E1
- Aproximação do território e compreensão dos modos de viver da população	E1
- Cuidado baseado no acolhimento e não no recolhimento	E1
- Trabalho em equipe com ênfase na atenção articulada entre os diferentes saberes e práticas	E2

Os estudos agrupados na categoria *Rede de Apoio* trazem a articulação como elemento essencial para promover o cuidado com População em Situação de Rua (Quadro 3). A articulação da rede de saúde e intersetorial como norte referencial para a promoção do cuidado: articulação com todos os serviços de saúde e outros setores^(10,18,23,25,28,30), como abrigos ("*Housing First*")^(23,30) e até a articulação com outras secretarias⁽²⁵⁾. A articulação apresenta-se perpassando o processo de trabalho, podendo ocorrer a criação de um catálogo de serviços: por meio de levantamentos de dispositivos e estabelecimento de conexões entre os serviços, respeitando os processos de referência e articulação entre projetos terapêuticos⁽¹⁰⁾. Este método de apoio funcionaria como um norte metodológico para ações conjuntas nos territórios, como uma metodologia de aproximação, habitação, composição e cuidado⁽¹⁸⁾.

A articulação vem também da aproximação e da contaminação do território, trabalhando na perspectiva do cuidado ampliado de saúde, que contrapõe as práticas de recolhimento obrigatório dos usuários das ruas em abrigos ou internação compulsória, sendo ainda uma prática presente em alguns serviços de assistência social⁽¹⁰⁾. A articulação como proposta de trabalho é apresentada também como uma parceria entre serviços públicos de saúde, escolas de saúde e "abrigos", tornando-se essencial para a evolução dos propósitos de integração aos centros de

moradia e outros setores públicos⁽²³⁾, assim como a importância do trabalho em equipe para uma atenção articulada de diferentes saberes e práticas⁽¹¹⁾.

Cuidado Emancipador

Na categoria *Cuidado Emancipador*, foram agrupados cinco artigos: E5, E3, E7, E9 e E18.

O termo *Cuidado Emancipador* para esta categoria baseou-se no trabalho de Hallais e Barros⁽⁷⁾ que em seu estudo utilizou este termo. Estes autores trazem o *Cuidado Emancipador*, remetendo a reconhecimento da diversidade e autonomia dos sujeitos, permitindo sua participação no processo do cuidado, também denominado como um ato político do cuidado. Para possibilitar e potencializar esta forma de cuidado, as relações entre os profissionais e os usuários deveriam ser reconfiguradas, preservando histórias de vida e saberes dos indivíduos, construindo assim, empatias e vínculos⁽⁷⁾.

Apesar de no trabalho de Hallais e Barros⁽⁷⁾ ter a maior ênfase a este termo, os demais estudos (Quadro 4) também discutem elementos de cuidado muito próximos a esta proposta, ou seja, defendem um cuidado que visa a emancipação dos sujeitos^(7,26). O desafio do *Cuidado Emancipador* estaria no rompimento da "invisibilidade" da População em Situação de Rua, para que sejam dadas condições reais de sua participação na sociedade, refletindo, por exemplo, sobre os vários processos que estão inerentes ao seu movimento de estar na rua^(7,15,26).

Quadro 4 - Elementos essenciais apontados nos estudos da categoria *Cuidado Emancipador*, Rio de Janeiro, Brasil, 2016

Categoria <i>Cuidado Emancipador</i> - Elementos essenciais para o cuidado apontados nos estudos	Estudos
- Emancipação dos sujeitos com enfoque no cuidado político.	E5, E18
- Reconhecimento da diversidade e autonomia dos sujeitos transformando-o em agentes participativos do processo saúde-doença.	E7
- Entender a rua como território da população de rua: viver na rua.	E5
- Romper com o biopoder: o cuidado deve absorver o inesperado, o não programado e o não prescritivo, com desenvolvimento de novas pesquisas e soluções inovadoras.	E5, E9, E18, E7
- Cuidado em composição: instantes de desaceleração do cuidador, os cuidadores colocam-se ao lado de quem está a cuidar.	E9

Os artigos apontam que para romper com várias questões que dificultam e limitam o acesso ao cuidado deve-se, antes, utilizar a escuta como instrumento político, reconhecendo e valorizando a autonomia, os saberes e as narrativas dos sujeitos, para favorecer, assim, o *Cuidado Emancipador*.

Deve-se desconstruir o olhar estigmatizante e "colonizador" dos profissionais e serviços de saúde, rompendo, assim, com o "biopoder"⁽⁷⁾, absorvendo o inesperado, o não programado e o não prescritivo^(15,17,26). Todavia, para isto, outro estudo⁽¹⁷⁾ traz

a importância dos momentos de pausa entre as intervenções dos profissionais que cuidam desta população, para a própria reflexão do cuidado, chamando de *Cuidado em Composição*. Nos instantes de desaceleração, a sensibilidade emerge e os profissionais colocam-se ao lado do que está a cuidar, em uma "composição" de cuidados.

Um elemento essencial no próprio cuidado à população de rua perpassando a emancipação estaria no desenvolvimento de novas pesquisas, novos achados e soluções inovadoras para os problemas de saúde específicos, contribuindo para desenvolvimento de políticas participativas para esta área^(12,15,26).

DISCUSSÃO

Este estudo buscou realizar uma revisão sobre o cuidado à PSR, através dos elementos identificados nos artigos científicos, buscando também basear-se nas evidências e força de recomendação. Apesar de alguns estudos, principalmente nacionais, apresentarem um grau de evidência baixo, a força de recomendação destes estudos foi considerada forte, contribuindo com elementos que podem colaborar para a construção de políticas e ações relacionadas ao cuidado. Entretanto, sinaliza-se para a necessidade de novas pesquisas com maior rigor metodológico sobre as avaliações destas práticas, que estão diretamente ligadas aos profissionais que atuam com PSR. Os artigos internacionais, em grande parte, com delineamentos metodológicos estruturados trouxeram para esta revisão elementos reais para consolidar as práticas de cuidado e repensar os formatos delineados nas políticas a PSR.

Os estudos agrupados na categoria *Compreensão do Outro* valorizaram, antes de qualquer ação prática de cuidado, o vínculo e a escuta por meio do acolhimento para a compreensão deste sujeito^(16,19,21-22,27,29). Os elementos-chaves para a produção do cuidado, através desta revisão, quanto esta categoria, perpassa pelo vínculo construído pela escuta qualificada e pelo rompimento do cuidado prescritivo e pontual. O cuidado não vem com hora marcada, não podendo ser pontual e naquele instante. O cuidado leva tempo, parceria, identificação das necessidades, para isto torna-se um cuidado longitudinal e na própria construção deste cuidado, constrói-se o vínculo.

Apesar de o acolhimento ser visto como dispositivo capaz de contribuir para a reorganização do processo de trabalho e reconstrução de práticas, ainda há dificuldades de incorporar nas práticas em saúde os conceitos de longitudinalidade e coordenação do cuidado. Perpetua-se, no cotidiano das práticas de saúde, uma peregrinação de usuários em busca do cuidado⁽³¹⁾.

Esta construção de cuidado pode acontecer na APS. Os estudos destacaram a APS como o local essencial para a ocorrência dessas práticas de cuidado com enfoque no acolhimento à População em Situação de Rua⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Mas para que isto ocorra, outro elemento importante presente no conjunto dos artigos analisados é o apoio em rede. Apoio este que se materializa de forma ampla no trabalho das redes presentes do território onde esta população está inserida. As redes são identificadas e construídas no território, durante a produção de cuidado.

Na categoria *Rede de Apoio*, destacam o cuidado a partir da valorização das articulações dos serviços. O apoio é visto de forma ampliada, no trabalho das redes institucionais no território

e como no apoio do processo de trabalho dos profissionais. A partir do conhecimento das singularidades da pessoa que vive na rua, o apoio perpassa em diversas formas de concebê-lo no cuidado, através de vínculos entre as equipes e os sujeitos, vínculos intersetoriais e até mesmo intersecretariais, para juntos potencializarem a capacidade de articulação e conexão entre os diversos elementos, produzindo cuidado em saúde de forma compartilhada^(18,20,23,25,30).

A construção da *Rede de Apoio* não se apresenta de forma fácil, representando um grande desafio na APS. No Brasil, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) compõe-se pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que existem em um determinado território geográfico, mas não podendo ficar restrito. O trabalho com o morador de rua não deveria ficar restrito a uma região, na medida em que muitas pessoas se afastam de sua moradia, rompem com vínculos familiares e buscam outros bairros, cidades e até estados⁽³²⁾. Quando constroem outros agrupamentos e escolhem outros locais de moradia precisam de outros serviços e de outros profissionais para reconstruir seu cuidado e até mesmo para promover o acesso, para garantir a integralidade e o cuidado.

Os profissionais da APS podem contribuir neste movimento de reinserção em um novo território. Esta migração produzirá, assim, nova interação com outros serviços e profissionais, implicando na construção e reconstrução de redes de apoio, exigindo a implementação de ações qualificadas de encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes⁽³²⁾.

O *Cuidado Emancipador* expressa, nesta categoria, o movimento em defesa do cuidado político, emancipador, que insere e perpassa o sujeito, tornando-o cidadão, trazendo este cidadão que vive na rua e da rua para articulação e formulação de seu próprio cuidado. Os profissionais da APS podem, assim, reconfigurar o cuidado prescritivo e “re-criar” sua forma de produzir cuidado a partir de sua experimentação com este outro.

Neste caso, o *Cuidado Emancipador* constitui-se em um dos elementos importantes, trazendo este sujeito para o centro do cuidado, delimitando quem é este sujeito e quais necessidades ele aponta para a construção das práticas de saúde. Assim, incluir o sujeito no centro do cuidado representa colocá-lo como protagonista de sua própria vida e de seu cuidado.

Esta categoria, *Cuidado Emancipador*, vem baseada no próprio conceito utilizado pelos autores Hallais e Barros⁽⁷⁾, quando analisaram em seu estudo a visibilidade da PSR, como de outro autor que trabalhou este conceito em outros contextos, como Pires⁽³³⁾. O cuidado emancipatório vem como ato político do cuidado, pressupõe o cuidar enquanto gesto e atitude solidária, assegurando direitos e cidadania^(7,33).

O cuidado, neste sentido, não vem somente do escutar o outro e da articulação em rede, vem de reconhecer o outro como cidadão e como protagonista de sua própria vida, com responsabilização do Estado, na determinação de novas políticas participativas e novas propostas de cuidado em saúde com a População em Situação de Rua^(7,15,17,26).

Busca-se a implementação do cuidado na sua forma política, o que significa, assim, passar para agente público de mudança, formulador e indutor das mesmas, passando de paciente a cidadão. O *Cuidado Emancipador* produz autonomia, autocuidado e autoconhecimento⁽³³⁾.

Nesta perspectiva, o cuidado à população de rua não pode ser entendido e implementado de forma pontual e prescritiva, e sim construído atendendo à trajetória do viver destes sujeitos. Reconhecer, assim, o morador de rua como protagonista de seu cuidado pode ser uma tarefa desafiadora para os profissionais de saúde que trabalham, muitas vezes, com prescrições e protocolos rígidos, pré-instituídos, nos quais não se reconhece o contexto social e a subjetividade destes sujeitos ao implementar as ações de saúde. O cuidado que se propõe aqui se ancora na diversidade de necessidades e demandas trazidas pelos mesmos.

Limitações do estudo

Salienta-se a limitação do estudo pelo fato do *corpus* ter maior ênfase na literatura nacional, que detinha um número maior de relatos de experiência, restringindo a qualidade das evidências. Outra questão, no que se refere à limitação do estudo, foi o fato de outras bases de dados internacionais não terem sido investigadas, levando a não inclusão de outros artigos científicos.

Contribuições para área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Acreditamos que o desenvolvimento de pesquisas e os achados nos relatos de experiência servem para rever e repensar práticas e políticas de cuidado com este grupo tão singular. O presente estudo poderá contribuir para a criação de propostas de ações de cuidado na área da Enfermagem e na Saúde Pública, em geral; assim sendo, estimulando um cuidado mais centrado a quem vive na rua, compreendendo este sujeito, valorizando o trabalho em equipe e as redes de apoio, e trazendo para o debate a proposta do *Cuidado Emancipador*. Ainda, o estudo pode estimular a criação de propostas mais resolutivas para políticas públicas ao morador de rua.

Recomenda-se o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema, principalmente no âmbito nacional, na medida em que práticas de cuidado à PSR estão sendo efetivadas. Estamos, no Brasil, no início da trajetória de ações e de pesquisas sobre esta temática e podemos nos guiar pelas pesquisas já realizadas nos cenários internacionais, como EUA e Canadá. Estes países realizam práticas de cuidado em saúde à População em Situação de Rua e pesquisas sobre a temática, desde a década de 1980, com a consolidação de políticas, no formato de “projetos”. No Brasil, os estudos apresentaram-se somente a partir de 2000.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa possibilitou analisar a produção científica nacional e internacional sobre as práticas de cuidado à População em Situação de Rua e a geração de evidências científicas sobre experiências de sucesso destas práticas de cuidado esta específica população. Também identificou alguns elementos importantes que devem nortear estas práticas, não somente para os profissionais de enfermagem, mas para todos os profissionais engajados nestas práticas de cuidado, incluindo gestores e profissionais de outras áreas.

O estudo identificou elementos importantes no cuidado à População em Situação de Rua, como a compreensão do

morador de rua, a valorização do cuidado em rede, do *Cuidado Emancipador* e, também, a valorização do profissional que cuida. Compreender quem é este outro que está na rua perpassa em olhar para o outro de forma não prescritiva, “desnudada”, sem preconceito, tentando compreender quais necessidades que este ser detém e de que forma o cuidado poderá ser realizado no formato mais efetivo para as necessidades encontradas. O cuidado em *Rede de Apoio* passa pela valorização dos diversos setores e profissionais e defende o trabalho de forma conjunta no território, com fortalecimento de vínculos intersetoriais.

A emancipação dos sujeitos, tornando-os coparticipantes de seu projeto de cuidado, torna-se necessária para todas as formas de cuidado, concebendo a escuta como instrumento político, valorizando a autonomia, o saber e as narrativas do outro. A rua

não se configura, neste sentido, somente como um lugar de saída, mas também de permanência, tornando-se o território do cuidado. As práticas de cuidado devem levar em conta, pois este território vivo, com demandas próprias, singulares, de quem vive na e da rua: Os cheiros, os sons, as narrativas, os afetos, a vida da rua.

Com base no que foi analisado ficou evidenciado que o cuidado com a População em Situação de Rua não tem como seguir uma prescrição ou ações pré-determinadas. O cuidado aqui também é muito singular e se faz no dia a dia, quando o profissional consegue perceber e captar como ocorre o viver na rua e como o indivíduo pertence a esta. Para isto, deve trazer sempre o sujeito que vive na rua para o centro do seu cuidado, ele que determinará as ações de cuidado a partir das necessidades identificadas por ele mesmo, tornando este *Cuidado Emancipador*.

REFERÊNCIAS

1. Kunz GS, Heckert AL, Carvalho SV. [The ways of life of the homeless: inventing tactics in the streets of Vitória /ES]. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 02];26(3):919–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1192> Portuguese.
2. Serafino I, Luz LCX. [Policies for the adult population living on the streets: questions for debate]. *Rev Katálysis* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 16];18(1):74–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-49802015000100008> Portuguese.
3. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil*; 2009 [cited 2016 Aug 16]. Dez 23, Seção 1: [about 2 screens]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
4. Aristides JL, Lima JVC. [Health/sickness process of the homeless in the city of Londrina: aspects of living and illness]. *Rev Espaço Saúde* [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 16];10(2):43–52. Available from: <https://docplayer.com.br/6621919-Processo-saude-doenca-da-populacao-em-situacao-de-rua-da-cidade-de-londrina-aspectos-do-viver-e-do-adoecer.html> Portuguese.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual sobre cuidado à saúde junto a população em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Oct 02]. 100 p. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
6. Barata RB, Carneiro Junior N, Ribeiro MCS de A, Silveira C. [Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo]. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 02];24(Supl.1):215–227. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01019>
7. Hallais JA da S, Barros NF de. [Street Outreach Offices: visibility, invisibility, and enhanced visibility]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 02];31(7):1497–1504. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00143114> Portuguese.
8. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM, et al. [Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and Nursing]. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2017 Oct 02]; 17(4):758–764. Available from: doi:10.1590/S0104-07072008000400018 Portuguese.
9. Ministério da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (BR), Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes Metodológicas: Sistema GRADE - Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Oct 02]. 72 p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf
10. Engstrom EM, Teixeira MB. Manguinhos, Rio de Janeiro, Brazil, “Street clinic” team: care and health promotion practice in a vulnerable territory. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 02];21(6):1839–1848. Available from: doi: 10.1590/1413-81232015216.0782016
11. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Lowen IMV, Souza VMP de, Goto DYN. Working in the street clinic: use of IRAMUTEQ software on the support of qualitative research. *Esc Anna Nery*. 2016;20(3):e20160069. doi: 10.5935/1414-8145.20160069
12. Steward J, Holt CL, Pollio DE, Austin EL, Johnson N, Gordon AJ, et al. Priorities in the primary care of persons experiencing homelessness: convergence and divergence in the views of patients and provider/experts. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:153–8. doi: 10.2147/PPA.S75477
13. Campbell DJT, O’Neill BG, Gibson K, Thurston WE. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary’s homeless populations. *BMC Fam Pract*. 2015;16:139. doi: 10.1186/s12875-015-0361-3
14. Silva CC da, Cruz MM da, Vargas EP. [Care practices and homeless population: the street clinic case]. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 02];39(Especial):246–56. Available from: doi: 10.5935/0103-1104.2015S005270 Portuguese

15. Kertesz SG, Pollio DE, Jones RN, Steward J, Stringfellow EJ, Gordon AJ, et al. Development of the Primary Care Quality-Homeless (PCQ-H) Instrument: A Practical Survey of Homeless Patients' Experiences in Primary Care. *Med Care*. 2014;52(8):734-42. doi: 10.1097/MLR.000000000000160
16. Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 02];384(9953):1541-7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61133-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61133-8)
17. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultation office of/in the street: challenge for a healthcare in verse. *Interface - Comun Saúde Educ* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 02];18(49):251-60. Available from: doi: 10.1590/1807-57622013.0738
18. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. [Support as care for existential territory: Primary Care and the street]. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 02];18(supl.1):919-30. Available from: doi: 10.1590/1807-57622013.0210 Portuguese.
19. Pacheco MEAG. [Public policy and capital social: the Projeto Consultório de Rua]. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 02];26(1):43-58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922014000100005> Portuguese.
20. Campbell DJ, Gibson K, O'Neill BG, Thurston WE. The role of a student-run clinic in providing primary care for Calgary's homeless populations: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2013 [cited 2017 Oct 02];13(1):277. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-277>
21. Kertesz SG, Holt CL, Steward JL, Jones RN, Roth DL, Stringfellow E, et al. Comparing homeless persons' care experiences in tailored versus nontailored primary care programs. *Am J Public Health*. 2013;103(52):S331-S339. doi: 10.2105/AJPH.2013.301481
22. Macerata IM. [Experience POP STREET: Implementation of "health in motion on the streets" in Rio de Janeiro, a clinical/political device in the health system of the Rio de Janeiro. *Rev Polis Psique* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 02];3(2):207-219. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/download/46178/28740> Portuguese.
23. Weinstein LC, LaNoue MD, Plumb JD, King H, Stein B, Tsemberis S. A Primary Care-Public Health Partnership Addressing Homelessness, Serious Mental Illness, and Health Disparities. *J Am Board Fam Med*. 2013; 26(3):279-87. doi: 10.3122/jabfm.2013.03.120239
24. Price-Stevens L, Goode J-VR. Shared Care Model in a Federally Qualified Health Care Center for the Homeless. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(2):253-4. doi: 10.3122/jabfm.2012.02.110327
25. Junior NC, de Jesus CH, Crevelim MA. [The family health strategy focused on access equity and targeted at the homeless population living in large urban centers]. *Saúde e Soc* [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 02]; 19(3):709-716. Available from: doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021> Portuguese.
26. O'Connell JJ, Oppenheimer SC, Judge CM, Taube RL, Blanchfield BB, Swain SE, et al. The Boston Health Care for the Homeless Program: a public health framework. *Am J Public Health*. 2010;100(8):1400-1408. doi: 10.2105/AJPH.2009.173609
27. Canônico RP, Tanaka ACD, Mazza MPR, Souza M de F, Bernat MC, Junqueira LX. [Health assistance to homeless people in a health unit in São Paulo city]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2007 [cited 2017 Oct 02];41(Esp):799-803. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500010> Portuguese.
28. Junior NC, Andrade MC, Luppi CG, Silveira C. [Organization of equanimous practices in primary health attention within the metropolitan area with respect to social inclusion and exclusion processes]. *Saúde E Soc* [Internet]. 2006 [cited 2017 Oct 02];15(3):30-39. Available from: doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000300004> Portuguese.
29. Carneiro Jr N, Silveira C. Primary health care organization in the context of social exclusion/inclusion processes. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2003 [cited 2017 Oct 02];19(6):1827-1835. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600026>
30. Riley AJ, Harding G, Underwood MR, Carter YH. Homelessness: a problem for primary care? *Br J Gen Pract* [Internet]. 2003 [cited 2017 Oct 02];53(491):473-479. Available from: <http://bjgp.org/content/53/491/473.short>
31. Silva TF da, Romano VF. [About the reception: discourse and practice in the basic health units in the city of Rio de Janeiro]. *Saúde Em Debate* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 02];39(105):363-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002005> Portuguese.
32. Teixeira M, Sampaio C, Soares M, et al. Promoção da Saúde: relato de experiência da equipe do Consultório na Rua do Teias-Escola Manguinhos-Ensp/Fiocruz. In: Teixeira M, Fonseca Z. *Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde*. São Paulo: HUCITEC; 2015. p. 69-86.
33. Pires MRGM. [Politicity of care as an emancipatory reference for nursing: getting to know to care better, delivering care to confront, delivering care to emancipate]. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2005 [cited 2017 Oct 02];13(5):729-736. Available from: doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500018> Portuguese