

Indicadores de boas práticas em saúde para a população de rua: revisão de escopo

Indicators of good health practices for the homeless population: a scoping review
Indicadores de buenas prácticas en salud para los habitantes de la calle: revisión de alcance

Paula Hino¹  <https://orcid.org/0000-0002-1408-196X>

Lucimara Fabiana Fornari²  <https://orcid.org/0000-0002-8655-6549>

Emiko Yoshikawa Egry²  <https://orcid.org/0000-0003-0974-0315>

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana¹  <https://orcid.org/0000-0002-6148-6230>

Elda de Oliveira¹  <https://orcid.org/0000-0002-9973-0948>

Como citar:

Hino P, Fornari LF, Egry EY, Santana CL, Oliveira E. Indicadores de boas práticas em saúde para a população de rua: revisão de escopo. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE00476.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR004766>



Descritores

Pessoas em situação de rua; Atenção primária à saúde; Indicadores básicos de saúde; Indicadores sociais

Keywords

Homeless persons; Primary health care; Health Status indicators; Social indicators

Descriptores

Personas sin Hogar; Atención primaria de salud; Indicadores de Salud; Indicadores sociales

Submetido

19 de Fevereiro de 2021

Aceito

7 de Dezembro de 2021

Autor correspondente

Paula Hino
E-mail: paulahino@yahoo.com.br

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Ana Lúcia de Moraes Horta
(<https://orcid.org/0000-0001-5643-3321>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Identificar os indicadores utilizados para embasar as Boas Práticas em Saúde à população de rua.

Métodos: Trata-se de uma revisão de escopo cuja seleção dos artigos ocorreu em dezembro de 2019 e foi atualizada em agosto de 2020. Os termos utilizados para a busca foram: *homeless persons*, *homeless*, *runway*, *foster care*, *street people*, *health status indicators*, *primary care nursing* e *primary health care*. Foram incluídos estudos publicados em língua inglesa, espanhola e portuguesa, sem delimitação de tempo de publicação.

Resultados: Foram selecionados 29 artigos. A partir da leitura na íntegra, houve a emergência de quatro categorias empíricas de indicadores: Relação do usuário com o serviço de atendimento; Avaliação das condições de saúde e doença; Avaliação da inclusão social e Avaliação das mudanças nas características comportamentais e psicológicas. Os estudos encontrados utilizaram-se de indicadores majoritariamente para perceber a adesão ao propósito do projeto de intervenção tendo por alvo a população de rua.

Conclusão: A forma para verificação destes indicadores foi variada, assim como os projetos de intervenção, não há um consenso acerca de que tipo de indicadores seria fértil para a avaliação das ações realizadas.

Abstract

Objective: To identify the indicators used to support good health practices for the homeless population.

Methods: This is a scoping review whose selection of articles took place in December 2019 and was updated in August 2020. The terms used for the search were: *homeless persons*, *homeless*, *runway*, *foster care*, *street people*, *health status indicators*, *primary nursing care* and *primary health care*. Studies published in English, Spanish and Portuguese were included, without limitation of publication time.

Results: A total of 29 articles were selected. From the reading in full, four empirical categories of indicators emerged: User relationship with service; Assessment of health conditions and disease; Assessment of social inclusion; and Assessment of changes in behavioral and psychological characteristics. The studies found used indicators mostly to perceive compliance with the purpose of the intervention project targeting the homeless population.

Conclusion: The way to verify these indicators was varied, as well as the intervention projects, there is no consensus about what type of indicators would be fertile for assessment of the actions carried out.

Resumen

Objetivo: Identificar los indicadores utilizados para basar las Buenas Prácticas en Salud de los habitantes de la calle.

Métodos: Se trata de una revisión de alcance, cuya selección de artículos se realizó en diciembre de 2019 y fue actualizada en agosto de 2020. Los términos utilizados para la búsqueda fueron: *homeless persons*,

¹Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

homeless, runaway, foster care, street people, health status indicators, primary care nursing y primary health care. Se incluyeron estudios publicados en idioma inglés, español y portugués, sin restricción del tiempo de publicación.

Resultados: Se seleccionaron 29 artículos. A partir de su lectura completa, surgieron cuatro categorías empíricas de indicadores: Relación del usuario con el servicio de atención, Evaluación de las condiciones de salud y enfermedad; Evaluación de la inclusión social y Evaluación de los cambios de características de comportamiento y psicológicas. Los estudios encontrados utilizaron mayormente indicadores para percibir la adherencia al propósito del proyecto de intervención que tiene como destinatarios a los habitantes de la calle.

Conclusión: La forma de verificación de estos indicadores fue variada, así como los proyectos de intervención. No existe consenso sobre qué tipo de indicadores sería provechoso para la evaluación de las acciones realizadas.

Introdução

É cada vez mais frequente a existência de população em situação de rua (PSR) nas grandes cidades do mundo.⁽¹⁻³⁾ Em sociedades ocidentais, a estruturação do modo de produção faz com que pessoas e até famílias inteiras vivenciem esta situação, de forma transitória ou definitiva, por anos a fio, cujo padrão de causa remonta à inadequação ou ao não alcance das condições mínimas de possibilidade de residências convencionais, como as casas ou centros de acolhimento.

A vulnerabilidade social vivenciada pela PSR tem impacto na saúde, evidenciado pelas dificuldades relacionadas às necessidades básicas, às mudanças climáticas, questões psicossociais e ao trabalho, exigindo das autoridades respostas técnicas, gerenciais e compromisso político.⁽²⁾

Frente às vulnerabilidades a que a PSR está suscetível, tornam-se fundamentais a criação de diferentes estratégias de cuidado, baseadas em modelos de cuidados primários de saúde e que considerem suas necessidades em saúde, além de políticas públicas voltadas para a diminuição das desigualdades sociais³. A complexidade das ações e estratégias voltadas para esta população requer políticas públicas que garantam a intersetorialidade de ações e estratégias que contemplem as reais necessidades deste grupo específico.⁽⁴⁾

A discussão de práticas de cuidado voltadas à PSR na Atenção Primária à Saúde (APS) aponta como elementos essenciais para o desenvolvimento do cuidado, a compreensão acerca da pessoa que vivencia situação de rua, a valorização do cuidado em rede e o cuidado emancipador, que promova a participação do sujeito no autocuidado.⁽⁵⁾

Na esteira das crises sociais e econômicas, verifica-se o acelerado aumento do contingente da PSR,

demandando a diversificação das maneiras de prestar a assistência em saúde, usualmente associada à assistência social. Tais práticas, realizadas por instituições de diferentes orientações e propósitos poderiam ser vistas como as que realizam as Boas Práticas em Saúde para a PSR.⁽²⁾

A literatura registra uma série dessas instituições, entretanto, pouco se sabe se as práticas delas de fato resultam no qualitativo “boas”. No presente estudo, considera-se como Boa Prática a melhor maneira de identificar, implementar, avaliar e divulgar informações, assim como de monitorar os resultados das intervenções nos serviços de saúde.⁽⁶⁾

Estudo de revisão que teve como objetivo conhecer e conceituar as Boas ou Melhores Práticas em Saúde encontrou diversos conceitos referentes às melhores práticas clínicas e na rede de conhecimentos de serviços de saúde. Sumarizou os achados referindo-se que a “melhor prática” foi um termo usado no contexto da prestação de serviços médicos, sendo pouco mencionada acerca das práticas de outros profissionais que lidavam com o cuidado em saúde.⁽⁶⁾

Mediante a diversidade de conceitos de Boas Práticas, considera-se a importância de estabelecer critérios que fundamentam a construção de indicadores para parametrizar as intervenções nos serviços de saúde. Os indicadores consistem em parâmetros qualitativos ou quantitativos que visam detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (avaliação de resultados), além de serem um dispositivo para a medição e avaliação. Portanto, são importantes instrumentos de gestão, pois permitem operar sobre dimensões-chave de sistemas e de processos, monitorando situações que devem ser mudadas, incentivadas ou potencializadas desde o início de uma intervenção até o alcance do que foi pretendido e previsto como resultado.⁽⁷⁾

A alta prevalência de agravos à saúde e sociais relacionados à PSR, revela a complexidade das intervenções que visam produzir respostas para as necessidades em saúde e a falta de moradia. Revisão da literatura revela que os programas de atenção primária à saúde adaptados à PSR podem ter melhores resultados quando comparados aos programas convencionais. Além disso, a revisão destaca a diversidade de intervenções implementadas junto à PSR associadas ao cuidado à saúde mental, ao alojamento permanente, ao acompanhamento após alta hospitalar, ao uso indevido de substâncias e ao apoio aos jovens. Também ressalta a participação dos profissionais na efetividade das intervenções por meio das relações interpessoais, dos recursos comunitários, dos cuidados clínicos e da advocacia em saúde.⁽⁸⁾

Neste contexto, destaca-se que os profissionais de saúde envolvidos no atendimento à PSR precisam compreender as necessidades em saúde desta população, bem como criar, manter e avaliar as intervenções que visam a melhoria da qualidade de vida da PSR usuária dos serviços de saúde. Para tanto, a utilização de indicadores de qualidade das intervenções se mostra como essencial para o monitoramento e avaliação da efetividade do cuidado prestado. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi identificar os indicadores utilizados para embasar as Boas Práticas em Saúde à PSR.

Métodos

Foi realizada uma revisão de escopo, que é apropriada para mapear estudos que tratam das evidências produzidas na literatura sobre determinada perspectiva temática com distintas abordagens metodológicas.⁽⁹⁾

Para tanto, foi desenvolvido um protocolo de revisão baseado no percurso metodológico proposto pelo Instituto Joanna Briggs, a fim de buscar as publicações da literatura científica associadas aos indicadores de Boas Práticas em Saúde direcionados à PSR. Esse protocolo orientou a procura de estudos que atendessem aos critérios de elegibilidade propostos para a revisão.

A questão de revisão adotada foi: Quais indicadores são utilizados para descrever as Boas Práticas em Saúde à PSR? Essa questão foi elaborada por meio da estratégia PCC, que definiu os elementos: População (população em situação de rua); Conceito (indicadores de Boas Práticas); Contexto (saúde).

A pesquisa foi realizada em dezembro de 2019 e atualizada em agosto de 2020, nas bases de dados acadêmicas que apresentavam interface multidisciplinar sobre o fenômeno da PSR. As bases de dados consultadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* via PubMed (MEDLINE/PubMed), PsycINFO, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Excerpta Médica Database* (Embase). Também foi acessada a biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) como fonte adicional.

Para a busca foram definidos e utilizados os seguintes termos de pesquisa: *homeless persons, homeless, runaway, foster care, street people, health status indicators, primary care nursing e primary health care*. A estratégia de busca foi adotada de acordo com a especificidade de cada base de dados.

Foram incluídos estudos publicados em língua inglesa, espanhola e portuguesa, sem delimitação do período de publicação. Em relação aos tipos de estudos, foram incluídas pesquisas primárias, empíricas, quantitativas e qualitativas de qualquer desenho ou metodologia. Os critérios de inclusão foram pautados no objetivo da revisão: estudos que apontavam indicadores ou meios de avaliação de uma prática de cuidado à PSR; estudos que lidavam com avaliação de saúde da PSR decorrente de alguma intervenção; estudos que descreveram uma prática e sua avaliação do ponto de vista da mudança do perfil de saúde ou da condição pré-existente; e estudos que apontavam para o efeito de uma dada prática para a PSR. Em contrapartida, foram excluídos estudos que apresentavam a percepção dos profissionais de saúde sobre uma prática de cuidado a esta população específica.

A seleção dos estudos foi realizada mediante dupla conferência, seguindo os critérios de inclusão e

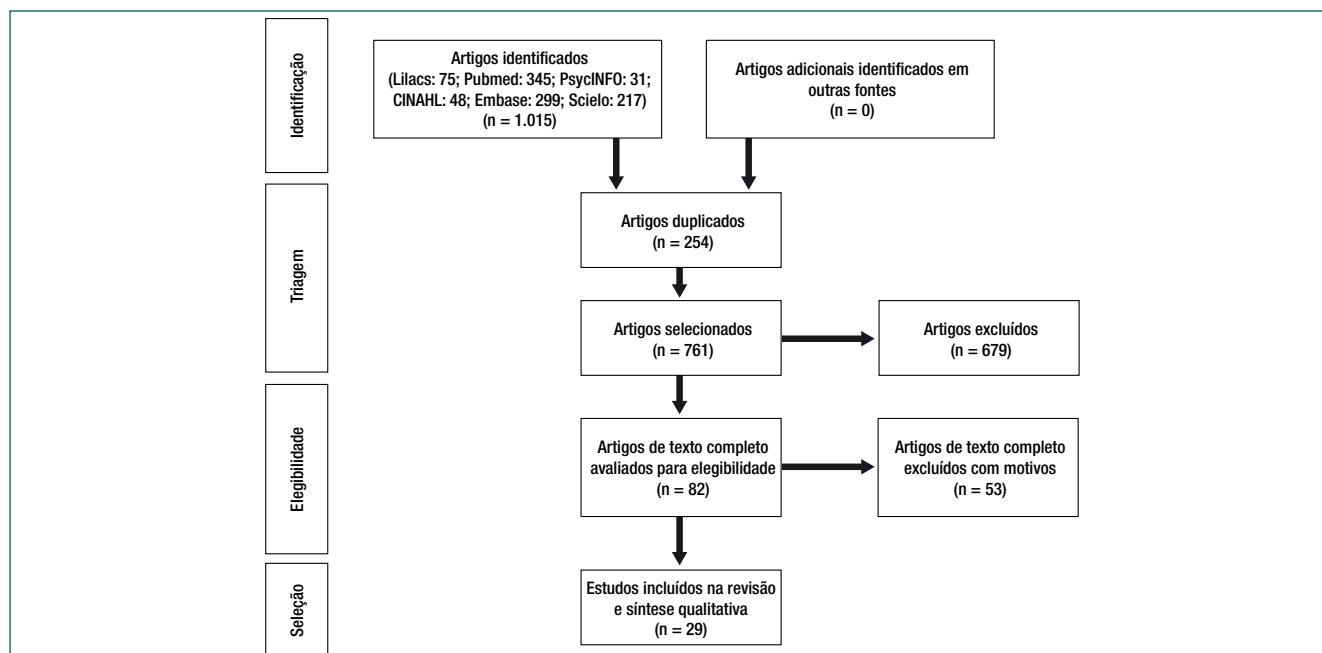


Figura 1. Fluxograma *Preferred Reporting Items Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)* sobre a seleção dos estudos

exclusão descritos no protocolo. Inicialmente, os dados foram extraídos com base nos títulos e nos resumos. Em seguida, foram acessados os artigos completos para avaliação de acordo com os critérios de elegibilidade e composição da amostra final da revisão. A figura 1 apresenta um fluxograma detalhado dos estágios das estratégias de pesquisa da literatura.

A seleção dos estudos de acordo com o título e o resumo foi realizada por meio da ferramenta digital *Rayyan QCRI*.⁽¹⁰⁾ Os artigos selecionados em cada base de dados foram importados para o *Rayyan QCRI* no formato de arquivo BibTex. Posteriormente, duas das autoras dessa pesquisa realizaram a leitura de maneira independente e duplo cego dos títulos e resumos. Em seguida, uma terceira autora realizou a revisão dos artigos que apresentavam divergência na decisão para inclusão ou exclusão do estudo. Nos casos em que a dúvida sobre a seleção permaneceu, os artigos avançaram para a etapa seguinte correspondente à leitura na íntegra.

A extração dos dados dos artigos na íntegra foi realizada por meio de instrumento elaborado de acordo com a questão de revisão, no qual foram verificados os seguintes itens: ano de publicação, área de concentração, país da instituição que produziu o artigo, tipo de estudo, amostra, ação realizada, indicador de qualidade e meio de avaliação.

Esse instrumento foi incorporado ao *software* de análise qualitativa webQDA.⁽¹¹⁾ Os artigos na íntegra foram importados no formato *Portable Document Format* para o webQDA por meio do sistema de Fontes Internas. A caracterização dos estudos foi realizada por meio dos códigos descritivos. A codificação descritiva foi realizada através da ferramenta de codificação automática, que permite importar arquivos no formato XML. Em seguida, os dados foram codificados através do sistema de Códigos Árvore, no qual emergiram categorias empíricas por meio da técnica de análise de conteúdo temática⁽¹²⁾ e, conseqüentemente, foram elaboradas as sínteses do conhecimento.

Resultados

Dos 29 artigos selecionados, o primeiro foi publicado em 1996 e descontinuamente até 2020, em um arco de 24 anos, sendo que o ano que mais publicou artigos sobre a temática deste estudo foi 2011 com quatro artigos, seguidos dos anos 2004 e 2020, com três artigos cada.

No que se refere à área de concentração dos artigos selecionados na revisão, destacaram-se a Psiquiatria (n=5), as Ciências da Saúde (n=4), a

Medicina (n=4), a Saúde Pública (n=3), a Psicologia (n=2), a Saúde Mental (n=2), o Departamento de Assuntos sobre Veteranos (n=2), a Enfermagem (n=2), a Assistência Social (n=2) e outras áreas como a Epidemiologia e multiprofissional (n=3).

Sobre o país vinculado à instituição responsável pelo desenvolvimento da pesquisa, ressaltaram-se os Estados Unidos da América (n=20), o Canadá (n=3), o Reino Unido (n=3), Holanda (n=2) e Espanha (n=1), sendo todos publicados na língua inglesa. Em relação ao tipo de estudo, 22 publicações utilizaram abordagem quantitativa, cinco com abordagem qualitativa e duas fizeram uso de métodos mistos.

Em relação à amostra estudada, 13 artigos envolveram participantes com doença mental, nove artigos referentes à PSR com doenças crônicas e dois artigos referentes a atendimentos de veteranos de guerra em situação de rua. Houve a identificação de um artigo associado aos jovens, outro às mulhe-

res e outro aos usuários com tuberculose. Dois artigos analisaram exclusivamente programas e intervenções realizadas junto a PSR.

No que diz respeito aos meios de avaliação das ações apresentadas nos estudos selecionados, destacou-se o uso de entrevistas com os usuários (n=17), acompanhamento longitudinal (n=6), registros em prontuários e arquivos de atendimento (n=4) e grupo focal (n=1). Salienta-se que alguns estudos utilizaram mais de uma estratégia para o processo de avaliação.

O quadro 1 apresenta a distribuição e as características das publicações encontradas acerca das Boas Práticas em Saúde para a PSR.

A partir da análise dos artigos selecionados quatro categorias empíricas foram destacadas: a) Relação do usuário com o serviço de atendimento; b) Avaliação das condições de saúde e doença; c) Avaliação da inclusão social; d) Avaliação das mudanças nas características comportamentais e psicológicas (Quadro 2).

Quadro 1. Apresentação dos artigos segundo autor, ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de estudo e indicadores de Boas Práticas em Saúde para PSR

Primeiro autor, ano de publicação	Objetivo	Tipo de estudo/ Indicadores
1. Díez El. (1996) ⁽¹³⁾	Avaliar um programa de assistência social e acompanhamento de saúde voltado para pessoas em situação de rua.	* Relação com os serviços: número e frequência de internação hospitalar; Condições de saúde-doença.
2. Orwin RG. (1999) ⁽¹⁴⁾	Estudar um programa de intervenção para pessoas em situação de rua com problemas de álcool e outras drogas.	* Relação com os serviços: motivos para permanência e saída do programa; Inclusão social: tempo sem teto e satisfação com a moradia; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias.
3. Lam JÁ. (2000) ⁽¹⁵⁾	Estudar a relação entre a melhora na qualidade de vida entre pessoas em situação de rua com doença mental grave.	* Características psicológicas: melhoria da qualidade de vida; Inclusão social: tempo sem teto, satisfação com a moradia, apoio social, emprego e renda; Condição de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias.
4. Rosenheck RA. (2001) ⁽¹⁶⁾	Avaliar as mudanças pós-alta no estado de saúde e no uso de serviços associados a um modelo de tratamento comunitário.	* Relação dos usuários com os serviços: motivos para permanência e saída do programa; Fidelidade ao modelo ^o .
5. Cook J. (2011) ⁽¹⁷⁾	Estudar os resultados de 4.778 moradores de rua com doença mental grave matriculados no Programa de Acesso aos Cuidados Comunitários e Serviços e Apoio Eficazes.	* Relação dos usuários com os serviços: assistência jurídica e sistema de justiça; Inclusão social: apoio social, emprego e renda; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias, melhoria da saúde física, mental e sexual.
6. Clark C. (2003) ⁽¹⁸⁾	Comparar a eficácia de dois tipos de programas de serviços na melhoria da falta de moradia entre pessoas com doença mental grave.	* Inclusão social: tempo sem teto, satisfação com a moradia; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias; melhoria da saúde física, mental e sexual; Fidelidade do modelo ^o .
7. Yanos PT. (2004) ⁽¹⁹⁾	Investigar a resposta à moradia e experiência de integração na comunidade de ex-moradores de rua com doença mental grave.	* Características psicológicas: satisfação geral com a vida e saúde, resultados subjetivos e funcionais, escolhas/mudanças de vida, sensação de segurança e proteção; Inclusão social: melhoria nas relações interpessoais, participação social e comunitária; Condições de saúde-doença: melhoria das condições físicas, mentais e infecciosas.
8. Jarjoura D. (2004) ⁽²⁰⁾	Verificar a eficácia da triagem e do tratamento para depressão entre pacientes ambulatoriais que vivem em situação de rua.	* Características psicológicas: melhoria da qualidade de vida; Condições de saúde-doença: melhoria da saúde física, mental e sexual, avaliação dos transtornos mentais, melhoria das condições físicas, mentais e infecciosas.
9. Graham-Jones S. (2004) ⁽²¹⁾	Avaliar a eficácia de um defensor da saúde junto a pessoas em situação de rua em ambiente de atenção primária.	* Relação dos usuários com os serviços: acesso e uso dos serviços de saúde, adesão ao projeto terapêutico; Características psicológicas: qualidade de vida; Inclusão social: tempo sem teto, satisfação com a moradia, suporte e apoio social; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias; melhoria das condições físicas, mentais e sexual.
10. Nelson G. (2005) ⁽²²⁾	Determinar se a aquisição de habitação está associada a melhorias no apoio social, integração comunitária, atividade significativa e outros aspectos.	* Características psicológicas: mudanças de vida e sentimento de esperança.
11. Cheng AL. (2008) ⁽²³⁾	Avaliar o impacto do gênero sobre os resultados de uma intervenção de política pública voltada para pessoas em situação de rua e com doença mental.	* Características psicológicas: vitimização; Inclusão social: tempo sem teto, satisfação com a moradia, melhoria nas relações interpessoais, participação social e comunitária, suporte e apoio social; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias.

Continua...

Indicadores de boas práticas em saúde para a população de rua: revisão de escopo

Continuação.

Primeiro autor, ano de publicação	Objetivo	Tipo de estudo/ Indicadores
12. Savage CL. (2008) ⁽²⁴⁾	Comparar resultados de saúde específicos em um grupo de pessoas em situação de rua que receberam intervenção de uma enfermeira.	* Relação dos usuários com os serviços: acesso e uso dos serviços de saúde; Características psicológicas: melhoria da qualidade de vida; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias.
13. McGuire J. (2009) ⁽²⁵⁾	Examinar a hipótese de que uma demonstração clínica integrando atenção primária e serviços de saúde mental pode melhorar o estado de saúde de pessoas em situação de rua.	* Relação dos usuários com os serviços: melhoria do acesso ao cuidado.
14. Herman D. (2011) ⁽²⁶⁾	Avaliar a eficácia do modelo <i>Critical Time Intervention</i> .	* Relação dos usuários com os serviços: adesão ao projeto terapêutico; Inclusão social: tempo sem teto e satisfação com a moradia.
15. Van Vugt MD. (2011) ⁽²⁷⁾	Investigar a associação entre a fidelidade do modelo e desfecho no sistema de saúde holandês.	* Relação dos usuários com os serviços: acesso e uso dos serviços de saúde, frequência de internação, relação médico-paciente; Características psicológicas: necessidades de cuidados psicológicas específicas dos moradores de rua, comportamento de busca de ajuda, funcionamento mental e social; Inclusão social: <i>housing stability</i> , <i>status</i> de moradia, tempo sem satisfação com a moradia, melhoria nas relações interpessoais, participação social e comunitária emprego e renda; Fidelidade do modelo ⁹ .
16. Tsai J. (2011) ⁽²⁸⁾	Avaliar a satisfação da moradia de pessoas em situação de rua que receberam alojamento.	* Características psicológicas: satisfação geral com a vida e saúde, resultados subjetivos e funcionais; Inclusão social: <i>status</i> de moradia, tempo sem teto e satisfação com a moradia.
17. Padgett DK. (2011) ⁽²⁹⁾	Averiguar o uso de serviços de tratamento de abuso de substâncias entre pessoas em situação de rua com doenças mentais matriculados nos programas <i>Housing First</i> e <i>Treatment First</i> .	* Relação dos usuários com os serviços: experiências nos serviços; Características psicológicas: necessidades de físico e psicológico, necessidades específicas dos moradores de rua; comportamento de busca de ajuda e funcionamento mental e social, recuperação clínica, existencial, funcional, física e social; Inclusão social: melhoria nas relações interpessoais, participação social e comunitária; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias; melhoria da saúde física, mental e sexual.
18. Patterson M. (2012) ⁽³⁰⁾	Estudar as conclusões do <i>Homelessness Intervention Project</i> .	* Relação dos usuários com os serviços: acesso e uso dos serviços de saúde, frequência de internação hospitalar, assistência jurídica, sistema de justiça; Inclusão social: suporte, apoio social, emprego e renda; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias.
19. Tomita A. (2012) ⁽³¹⁾	Estudar o impacto da Intervenção em Tempo Crítico na redução da reinternação entre ex-moradores de rua com doença mental grave.	* Relação dos usuários com os serviços: frequência de internação hospitalar; Inclusão social: <i>housing stability</i> , <i>status</i> de moradia e tempo sem teto.
20. Krabbenborg MAM. (2013) ⁽³²⁾	Examinar a eficácia do Houvast em serviços holandeses para jovens em situação de rua.	* Relação dos usuários com os serviços: acesso e uso dos serviços de saúde, aumento da confiança nos profissionais; Características psicológicas: melhoria da qualidade de vida, necessidades de cuidados e psicológicas, necessidades específicas dos moradores de rua, <i> coping</i> , resiliência e incapacidade intelectual; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias; melhoria da saúde física, mental e sexual.
21. Kertesz SG. (2013) ⁽³³⁾	Comparar as experiências de atendimento de pessoas em situação de rua em organizações de saúde.	* Relação dos usuários com os serviços: relação médico-paciente, qualidade do cuidado primário, melhoria do acesso ao cuidado; Características psicológicas: necessidades físicas e psicológicas, necessidades específicas dos moradores de rua, satisfação geral com a vida e saúde, resultados subjetivos e funcionais, e modelo comportamental; Inclusão social: tempo sem teto e satisfação com a moradia; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias, melhoria da saúde física, mental e sexual.
22. Patterson ML. (2014) ⁽³⁴⁾	Investigar a integração na comunidade entre adultos desabrigados com doença mental.	* Inclusão social: melhoria nas relações interpessoais, participação social e comunitária; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias, avaliação dos transtornos mentais, condições médicas e doenças infecciosas.
23. Padgett DK. (2016) ⁽³⁵⁾	Investigar a trajetória de recuperação de 38 pessoas em situação de rua inscritas em programas habitacionais de apoio.	* Características psicológicas: recuperação clínica, existencial, funcional, física e social.
24. Kriegel LS. (2016) ⁽³⁶⁾	Comparar a fidelidade do modelo Housing First e resultados do cliente residencial entre programas forenses e não forenses.	* Fidelidade do modelo ⁹ .
25. Wittenberg E. (2016) ⁽³⁷⁾	Demonstrar a aplicação da Escala Melhor-Pior em ambiente de atenção primária.	* <i>Best-worst scaling</i> (provedor, configuração, procedimento, medos e preocupações).
26. Tsai J. (2019) ⁽³⁸⁾	Investigar mudanças na saúde física de pessoas em situação de rua que participam de um programa de moradia e as associações entre mudanças na saúde física, situação de moradia e confiança nos prestadores de cuidado.	* Relação dos usuários com os serviços: aumento da confiança nos profissionais; Características psicológicas: melhoria da qualidade de vida, satisfação com a vida e saúde, resultados subjetivos e funcionais; Inclusão social: tempo sem teto; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias, avaliação de transtornos mentais, condições médicas e doenças infecciosas, e efetividade das condições médicas.
27. Varley AI. (2020) ⁽³⁹⁾	Investigar os principais domínios da atenção primária a partir de um modelo centrado na pessoa desabrigada.	* Relação do usuário com serviço: acesso e uso dos serviços de saúde, adesão ao projeto terapêutico, aumento da confiança nos profissionais e relação médico-paciente; Características psicológicas: necessidades de cuidados e psicológicas, necessidades específicas dos moradores de rua; Inclusão social: melhoria nas relações interpessoais, participação social e comunitária; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias.
28. Chhabra M. (2020) ⁽⁴⁰⁾	Investigar como a estabilidade da moradia afetou a gestão de doenças crônicas e as relações sociais e comunitárias.	* Relação do usuário com serviço: acesso e uso dos serviços de saúde; Características psicológicas: sensação de segurança e proteção, gestão das condições agudas e crônicas; Inclusão Social: tempo sem teto, satisfação com a moradia, melhoria nas relações interpessoais, participação social e comunitária; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias.
29. Zeitler M. (2020) ⁽⁴¹⁾	Investigar o impacto da prevalência de condições crônicas e uso de cuidados em saúde em uma clínica para pessoas em situação de rua.	* Relação do usuário com serviço: acesso e uso dos serviços de saúde, adesão ao projeto terapêutico, qualidade do cuidado primário; Inclusão social: suporte e apoio social; Condições de saúde-doença: frequência do consumo de substâncias, melhoria da saúde física, mental e sexual, e efetividade das condições médicas.

Símbolos para os tipos de estudo: Quantitativa (*); Qualitativas (♣), Mistos (♠); ⁹ Fidelidade do modelo: Maneira de avaliar os serviços que adotam modelos padronizados de assistência por meio da verificação detalhada do propósito e do desenvolvimento do atendimento à PSR

Quadro 2. Artigos selecionados de acordo com as categorias empíricas e indicadores correspondentes

Categorias empíricas	Indicadores	Artigos que mencionam os indicadores
a) Relação do usuário com o serviço de atendimento	Acesso e uso dos serviços de saúde	(21) (27) (24) (30) (32) (39) (40) (41)
	Número e frequência de internação hospitalar ou psiquiátrica	(13) (27) (30) (31)
	Adesão ao projeto terapêutico-cuidativo	(21) (26) (39) (41)
	Aumento da confiança nos profissionais	(32) (36) (38) (39)
	<i>Working alliance</i> e relação médico-paciente	(27) (33) (39)
	Assistência jurídica e sistema de justiça	(17) (30)
	Motivos para permanência e saída do programa	(14) (16)
	Qualidade do cuidado primário	(33)(41)
	Melhoria do acesso ao cuidado	(25) (33)
b) Avaliação das condições de saúde e doença	Experiências nos serviços	(29)
	Frequência e intensidade do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas	(15) (14) (17) (18) (21) (23) (24) (29) (32) (33) (34) (38) (39) (40) (41)
	Melhoria da saúde física, mental e sexual	(17) (18) (20) (21) (29) (32) (33) (41)
	Melhoria da qualidade de vida	(15) (20) (21) (24) (32) (38)
	Avaliação dos transtornos mentais, condições médicas e doenças infecciosas	(19)(20)(34)(38)
	Efetividade das condições médicas	(38) (41)
c) Avaliação da inclusão social	Evolução das taxas de tuberculose	(13)
	<i>Housing stability</i> , <i>status</i> de moradia, tempo sem teto e satisfação com a moradia	(14) (15) (18) (21) (23) (26) (27) (28) (31) (33) (40)
	Participação social e melhoria nos relacionamentos interpessoais e com a comunidade	(19) (23) (27) (29) (34) (39) (40)
	Suporte e apoio social	(15) (17) (21) (23) (30) (41)
d) Avaliação das mudanças nas características comportamentais e psicológicas	Emprego e renda	(15) (17) (27)(30)
	Necessidades de cuidados psicológicos e específicas dos moradores de rua	(27) (29) (32) (33) (39)
	Satisfação geral com a vida e saúde, resultados subjetivos e funcionais	(19) (28) (33)
	Escolhas e mudanças de vida	(19) (22)
	Sensação de segurança e proteção	(19) (40)
	Comportamento de busca de ajuda e funcionamento mental e social	(27) (29)
	<i>Coping</i>	(32)
	Resiliência	(32)
	Vitimização	(23)
	Sentimento de esperança	(22)
	Incapacidade intelectual	(32)
	Modelo comportamental	(33)
	Recuperação clínica, existencial, funcional, física e social	(35)
	Gestão das condições agudas e crônicas	(40)

Discussão

Destaca-se que a definição de PSR é variada entre os diferentes países, o que torna a investigação sobre os indicadores de saúde para esta população um desafio metodológico. Questões como padrão climático, tradições culturais, questões de gênero, infraestrutura social, problemas econômicos, suporte público de serviço social, e até mesmo os diferentes idiomas contribuem para a ausência de um único conceito. ⁽⁴²⁾ Além disso, a multiplicidade de concepções de falta de moradia colabora para que a PSR seja um grupo social heterogêneo. ⁽⁴³⁾

As categorias empíricas identificadas a partir da organização dos indicadores de Boas Práticas em Saúde à PSR refletem a complexidade envolvida na proposição e disponibilidade de serviços de saúde e políticas sociais de cuidado a esta população. Os indicadores são diversificados e abrangem aspectos indi-

viduais, sociais e estruturais, ou seja, refletem a multidimensionalidade do fenômeno da vulnerabilidade.

Na categoria “Relação do usuário com o serviço de atendimento”, houve destaque para o acesso e o uso dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, seguido pelo monitoramento das internações hospitalares e psiquiátricas. Nesta perspectiva, considera-se que a falta de uma assistência à saúde primária, pode refletir no aumento de demandas aos serviços de saúde quando a condição clínica já se encontra agravada.

Estudo revela que o cuidado primário à PSR tem impacto direto sobre o número de consultas de emergência e hospitalizações. Além disso, os programas de atenção primária têm como resultados positivos a satisfação dos usuários em situação de rua, a mudança do *status* social e das condições de moradia, e a continuidade do cuidado por meio do acesso aos serviços de saúde. ⁽⁴⁴⁾

No Brasil, é preciso destacar o cuidado primário desenvolvido pelos Consultórios na Rua (CnR). Eles foram instituídos no ano de 2011 por meio da Política Nacional de Atenção Básica. A proposta das equipes de CnR é ampliar os direitos sociais da PSR em uma base territorial, ofertar ações de cuidado e garantir o acesso aos serviços de saúde segundo as necessidades em saúde dessa população específica.⁽⁴⁵⁾

Outro aspecto ressaltado nos indicadores, é a adesão ao projeto terapêutico-cuidativo e o aumento da confiança nos profissionais. Esse aspecto reflete como as condições de vida na rua influenciam amplamente as atitudes da PSR em relação aos profissionais da saúde. A violência institucional, por vezes interseccionada com baixa autoestima, depressão e estigma, marcam a relação desta população com os serviços de saúde; e relacionam-se com a frequente relutância em aceitar as intervenções propostas.⁽⁴⁶⁾ Geralmente, as intervenções propostas são mais aceitas pela PSR quando não estão atreladas à abstinência do consumo de álcool e outras drogas.⁽⁴⁷⁾ Além disso, estabelecer uma relação de confiança no processo de cuidado e trabalhar os pontos fortes da PSR são as bases para resultados positivos das intervenções, principalmente, entre os jovens.⁽³²⁾

Em relação à categoria “Avaliação das condições de saúde e doença”, observa-se que um dos principais indicadores está associado ao consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. A PSR apresenta altas taxas de uso de substâncias, bem como tem menor propensão para o seu tratamento. Os usuários podem utilizar substâncias como resposta para a falta de moradia, o estresse, as adversidades e os traumas. Em relação às intervenções para a redução no uso de substâncias, destacam-se as de redução de danos, farmacêuticas, habitacionais, comunitárias, gerenciamento de casos, apoio de pares e promoção da saúde sexual.⁽⁴⁸⁾

Os indicadores também dizem respeito à melhoria da saúde física, mental e sexual, bem como da qualidade de vida da PSR. Neste sentido, há que se considerar que a PSR apresenta taxas três vezes mais altas de doenças crônicas como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, epilepsia e problemas cardiovasculares.⁽⁴⁹⁾ Apesar de tratar-se de um grupo heterogêneo, os indicadores de saúde da PSR cos-

tumam ser ruins, e caracterizam-se sobretudo por uma “trimorbidade”, uma combinação de prejuízo na saúde física e mental, somada ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.⁽⁵⁰⁾

Os indicadores mais recorrentes buscam abarcar os problemas de saúde que incidem sobre a PSR, principalmente nos Estados Unidos, onde mais da metade é internada devido ao transtorno mental e ao uso abusivo de drogas.⁽⁵¹⁾ Assim sendo, os indicadores dessa categoria giram em torno das questões relacionadas à saúde mental, ao consumo de substâncias e às condições gerais de saúde ou presença de doenças infecciosas, tais como a tuberculose.^(14,15,17,18,21,23,24,29,30,32,34,38,41)

No que diz respeito à categoria “Avaliação da inclusão social”, observa-se que elementos estruturais como condições de moradia e trabalho são fundamentais no processo saúde-doença-cuidado da PSR, pois permitem a avaliação de questões que não estão necessariamente sob o controle dos indivíduos e influenciam a percepção em relação à saúde. Neste sentido, é necessário considerar que intervenções neste âmbito são complexas, profundamente influenciadas pela produção e reprodução social dos indivíduos. Dessa forma, os indicadores devem levar em consideração a diversidade dos diferentes grupos sociais de acordo com a inserção socioeconômica no espaço geopolítico.

Os indicadores da categoria avaliação da inclusão social aparecem fortemente relacionados ao *status* de moradia, à participação social e às relações interpessoais.^(14,15,18,21,23,28,31,40) Quanto ao indicador associado à participação social, cabe ressaltar que este termo não é de fácil definição e possui concepção distinta entre os estudos selecionados na revisão, o que pode limitar o valor da sua utilização. Embora o uso do indicador relacionado à participação social possa esbarrar na polissemia do termo, também tem a capacidade de reportar um conjunto distinto de indicadores.⁽⁵²⁾

A quarta categoria “Avaliação das mudanças nas características comportamentais e psicológicas” abarca indicadores como: necessidades de cuidados psicológicos; satisfação com a vida; autonomia para as escolhas; sensação de segurança e proteção; sentimento de esperança e comportamento para busca de ajuda e superação das adversidades.^(19,27-29,33,39) No

nível psicológico leva-se em consideração a satisfação com a vida,^(19,28,33) os aspectos que se relacionam com as mudanças de comportamentos^(19,22,33) e o aumento do sentimento de esperança da PSR portadores de transtorno mental grave, que advém do apoio a moradia possibilitando o resgate da identidade e contato com os familiares.⁽²²⁾

Os transtornos mentais associados à PSR estão relacionados ao aumento de comportamento criminoso e vitimização, a ausência de moradia e à discriminação. Dentre os diferentes tipos de transtornos, destacam-se aqueles ligados ao uso de álcool e drogas. Os transtornos mentais também estão intimamente associados à situação de rua, indicando a importância de abordagens integradas à saúde para a superação do problema.⁽⁵³⁾

Estudo brasileiro sobre as relações interpessoais no decorrer da vida da PSR usuária de álcool e outras drogas, verificou que essas relações estão associadas aos diferentes problemas sociais que ocorrem devido à exclusão social nos domínios político, social, cultural e econômico. Os resultados evidenciaram que a ruptura dessas relações teve efeito negativo sobre o desenvolvimento dos indivíduos. Em decorrência disso, observou-se que a instabilidade familiar, a violência, o uso abusivo de substâncias, e a morte de pessoas próximas influenciaram a permanência das pessoas em viver em situação de rua. Dessa forma, se faz necessário o conhecimento da ruptura das relações interpessoais como ferramenta para o desenvolvimento de políticas públicas que visam ao fortalecimento dos vínculos pessoais e da condição de moradia.⁽⁵⁴⁾

Salienta-se que a utilidade de um bom indicador depende de condições, como: que seja histórico atendendo à especificação ou forma que se pretende medir, e normalizado para assegurar a comparabilidade; que possua regularidade, possibilitando a formação e análise de séries temporais dos dados; que sejam pactuados pelas instituições ou grupos que os utilizam a fim de permitir a comparabilidade no âmbito nacional e internacional.⁽⁷⁾

A maioria dos artigos selecionados na revisão referem-se a indicadores de avaliação da qualidade por meio da lógica quantitativa, isto é, utilizam o somatório das respostas dos usuários para caracterizar atributos qualitativos. Os poucos artigos configurados como

qualitativos ou quanti-qualitativos também não se mostraram suficientes para a construção dos indicadores, uma vez que não apresentaram análises mais aprofundadas sobre a realidade social, bem como os atores sociais envolvidos nas ações não foram associados às referências de classe, gênero, geração e etnia.⁽⁷⁾

Em que pese a importância do uso de indicadores para avaliação da efetividade e do impacto das ações realizadas nos diferentes níveis de atenção em saúde à PSR, tal como resultou este estudo, há que se ampliar a visão sobre a compreensão do fenômeno das Boas Práticas na perspectiva da saúde coletiva. Tomando de forma mais abrangente, a saúde coletiva é um campo de teorias e práticas fundamentadas no materialismo histórico e dialético. Está embasada na perspectiva da determinação social e suas ações em saúde visam impactar na dimensão singular e coletiva. A dimensão singular se reporta aos indivíduos articulados com a família e as relações cotidianas, enquanto a dimensão coletiva se refere aos grupos sociais conforme a inserção no território.⁽⁵⁵⁾

Dessa maneira, para que sejam de fato Boas Práticas em Saúde para a PSR, uma análise mais acurada da estruturação das sociedades a que pertencem e as razões históricas de sua não inclusão social poderiam abrir novas perspectivas de intervenção, não somente no nível singular, mas como um grupo social à margem da sociedade e que não dispõe de políticas de reinserção. Em países com modo de produção capitalista e neoliberal, a produtividade do indivíduo é o divisor de águas de sua inclusão social. Muitos dos que pertencem a este grupo social foram alijados em algum momento por apresentarem em certo tempo de sua vida processos de desgastes expressos por desequilíbrios bio-psíquicos ou sociais. Cumpre à sociedade, a partir das políticas públicas e de saúde intervir para torná-los novamente sujeitos portadores de direitos relativamente à saúde e à qualidade de vida.

A limitação deste estudo foi a exclusão de artigos de periódicos que não se encontravam em acesso aberto, apesar de terem seus resumos incluídos na primeira etapa da revisão. Além disso, os estudos analisados descreveram indicadores para subgrupos com determinado diagnóstico ou critérios demográficos específicos, dificultando comparações e inferências.

Conclusão

O estudo identificou indicadores utilizados para avaliar o impacto das intervenções produzidas pelos diversos projetos que têm como alvo assistir à saúde da PSR. Eles foram agrupados em categorias pois são relacionais: Relação do usuário com o serviço de atendimento; Avaliação das condições de saúde e doença; Avaliação da inclusão social; e Avaliação das mudanças nas características comportamentais e psicológicas. A diversidade dos indicadores indicou o caráter multidimensional da vulnerabilidade desta população. As categorias empíricas propostas se mostraram indissociáveis e a dinâmica entre elas deve ser entendida para que seja possível propor e avaliar intervenções de saúde abrangentes e efetivas. Pode-se dizer que os indicadores apontaram também para a compreensão multifatorial da saúde e doença, uma vez que não houve incorporação de categorias analíticas subordinadas à determinação social do processo saúde-doença-cuidado. Contudo, os indicadores apresentados nos artigos selecionados na revisão podem contribuir significativamente para a avaliação das intervenções realizadas junto à PSR no âmbito da saúde e da Enfermagem, bem como fundamentar as práticas e as políticas baseadas em evidências.

Agradecimentos

À Bibliotecária do Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, a Sra. Andreia Cristina Feitosa do Carmo e ao Conselho Nacional de Pesquisa-CNPq pelo financiamento do projeto de pesquisa.

Referências

- Hungaro AA, Gavioli A, Christóphoro R, Marangoni SR, Altrão RF, Rodrigues AL, et al. Homeless population: characterization and contextualization by census research. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190236.
- Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Supl 1):732-40.
- Engstrom EM, Lacerda A, Belmonte P, Teixeira MB. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. *Saúde Debate.* 2019;43(Esp 7): 50-61.
- Valle FA, Farah BF, Carneiro-Júnior N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde Debate.* 2020;44(124):182-92.
- Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, Sabóia VM, Ribeiro CR, Silva CS. Living on the streets: an integrative review about the care for homeless people. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):220-9. Review.
- Perleth M, Jakubowski E, Busse, R. What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health Policy.* 2001;56(3):235-50.
- Minayo MC. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. *Rev Bras Educ Médica.* 2009;33(Supl 1):83-91.
- Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet.* 2014;384(9953):1541-7. Review.
- Peters M, Godfrey C, Mcinerney P, Baldini C, Khalil H, Parker D. Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joana Briggs Institute Reviewer's Manual.* Australia: The Joanna Briggs Institute; 2017. p. 6-24.
- Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):2-10. Review.
- Costa AP, Moreira A, Souza FN. webQDA - Qualitative Data Analysis. Aveiro: Aveiro University; 2019 [cited 2021 Nov 24]. Available from: <https://www.ua.pt/pt/cidttf/page/23244>
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 229 p.
- Díez E, Clavería J, Serra T, Caylà JA, Jansà JM, Pedro R, et al. Evaluation of a social health intervention among homeless tuberculosis patients. *Tuber Lung Dis.* 1996;77(5):420-4.
- Orwin RG, Garrison-Mogren R, Jacobs ML, Sonnefeld LJ. Retention of homeless clients in substance abuse treatment. Findings from the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Cooperative Agreement Program. *J Subst Abuse Treat.* 1999;17(1):45-66.
- Lam JA, Rosenheck RA. Correlates of improvement in quality of life among homeless persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2000;51(1):116-8.
- Rosenheck RA, Dennis D. Time-limited assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58(11):1073-80.
- Cook J, Pickett-Schenk S, Grey D, Banghart M, Rosenheck R, Randolph F. Vocational outcomes among formerly homeless persons with severe mental illness in the ACCESS program. *Psychiatr Serv.* 2011;52(8):1075-80.
- Clark C, Rich AR. Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in case management only. *Psychiatr Serv.* 2003;54(1):78-83.
- Yanos PT, Barrow SM, Tsemberis S. Community integration in the early phase of housing among homeless persons diagnosed with severe mental illness: successes and challenges. *Community Ment Health J.* 2004;40(2):133-50.
- Jarjoura D, Polen A, Baum E, Kropp D, Hetrick S, Rutecki G. Effectiveness of Screening and Treatment for Depression in Ambulatory Indigent Patients. *J Gen Intern Med.* 2004;19(1):78-84.
- Graham-Jones S, Reilly S, Gaulton E. Tackling the needs of the homeless: a controlled trial of health advocacy. *Heal Soc Care Community.* 2004;12(3):221-32.
- Nelson G, Clarke J, Febbraro A, Hatzipantelis M. A narrative approach to the evaluation of supportive housing: stories of homeless people who have experienced serious mental illness. *Psychiatr Rehabil J.* 2005;29(2):98-104.
- Cheng AL, Kelly PJ. Impact of an integrated service system on client outcomes by gender in a national sample of a mentally ill homeless population. *Gend Med.* 2008;5(4):395-404.

24. Savage CL, Lindsell CJ, Gillespie GL, Lee RJ, Corbin A. Improving health status of homeless patients at a nurse-managed clinic in the Midwest USA. *Health Soc Care Community*. 2008;16(5):469-75.
25. McGuire J, Gelberg L, Blue-Howells J, Rosenheck RA. Access to primary care for homeless veterans with serious mental illness or substance abuse: a follow-up evaluation of co-located primary care and homeless social services. *Adm Policy Ment Health*. 2009;36(4):255-64.
26. Herman D, Conover S, Gorroochurn P, Hinterland K, Hoepner L, Susser E. A randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness in persons with severe mental illness following institutional discharge. *Psychiatr Serv*. 2011;62(7):713-9.
27. Van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PA, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, et al. Assertive community treatment in the Netherlands: Outcome and model fidelity. *Can J Psychiatry*. 2011;56(3):154-60.
28. Tsai J, Mares AS, Rosenheck RA. Housing satisfaction among chronically homeless adults: Identification of its major domains, changes over time, and relation to subjective well-being and functional outcomes. *Community Ment Health J*. 2012;48(3):255-63.
29. Padgett DK, Stanhope V, Henwood BF, Stefancic A. Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: comparing housing first with treatment first programs. *Community Ment Health J*. 2011;47(2):227-32.
30. Patterson M, Somers J, Moniruzzaman A. Sealing the cracks: preliminary findings from an inter-ministry initiative to address chronic homelessness in British Columbia. *J Interprof Care*. 2012;26(5):426-8.
31. Tomita A, Herman D. The impact of critical time intervention in reducing psychiatric re-hospitalization following hospital discharge. *Psychiatr Serv*. 2012;63(9):935-7.
32. Krabbenborg MA, Boersma SN, Wolf JR. A strengths based method for homeless youth: effectiveness and fidelity of Houvast. *BMC Public Health*. 2013;13(359):1-27.
33. Kertesz SG, Holt CL, Steward JL, Jones RN, Roth DL, Stringfellow E, et al. Comparing homeless persons' care experiences in tailored versus untailored primary care programs. *Am J Public Health*. 2013;103(Suppl 2):331-9.
34. Patterson ML, Moniruzzaman A, Somers JM. Community participation and belonging among formerly homeless adults with mental illness after 12 months of Housing First in Vancouver, British Columbia: a randomized controlled trial. *Community Ment Health J*. 2014;50(5):604-11.
35. Padgett DK, Smith BT, Choy-Brown M, Tiderington E, Mercado M. Trajectories of recovery among formerly homeless adults with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2016;67(6):610-4.
36. Kriegel LS, Henwood BF, Gilmer TP. Implementation and Outcomes of Forensic Housing First Programs. *Community Ment Health J*. 2016;52(1):46-55.
37. Wittenberg E, Bharel M, Bridges JF, Ward Z, Weinreb L. Using Best-Worst Scaling to Understand Patient Priorities: A Case Example of Papanicolaou Tests for Homeless Women. *Ann Fam Med*. 2016;14(4):359-64.
38. Tsai J, Gelberg L, Rosenheck R. Changes in physical health after supported housing: results from the collaborative initiative to end chronic homelessness. *J Gen Intern Med*. 2019;34(9):1703-8.
39. Varley AL, Montgomery AE, Steward J, Stringfellow E, Austin EL, Gordon AJ, et al. Exploring quality of primary care for patients who experience homelessness and the clinicians who serve them: what are their aspirations? *Qual Health Res*. 2020;30(6):865-79.
40. Chhabra M, Spector E, Demuyck S, Wiest D, Buckley L, Shea JA. Assessing the relationship between housing and health among medically complex, chronically homeless individuals experiencing frequent hospital use in the United States. *Health Soc Care Community*. 2020;28(1):91-99.
41. Zeitler M, Williamson AE, Budd J, Spencer R, Queen A, Lowrie R. Comparing the impact of primary care practice design in two inner city UK homelessness services. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720910568.
42. Springer S. Homelessness: a proposal for a global definition and classification. *Habitat Int*. 2000;24(4):475-84.
43. Omerov P, Craftman AG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: a systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(1):1-11. Review.
44. Jegu M, Abcaya J, Stefan DE, Calvet-Montredon C, Gentile S. Improving health care management in primary care for homeless people: a literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(2):309. Review.
45. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e170.
46. Magwood O, Leki VV, Kpade V, Saad A, Alkhateeb Q, Gebremeskel A, et al. Common trust and personal safety issues: a systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. *Plos One*. 2019;14(12):e0226306. Review.
47. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson V. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(5):379-87. Review.
48. Miller JA, Carver H, Masterton W, Parkes T, Maden M, Jones L, et al. What treatment and services are effective for people who are homeless and use drugs? A systematic 'review of reviews'. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254729. Review.
49. Lewer D, Aldridge RW, Menezes D, Sawyer C, Zaninotto P, Dedicoat M. Health-related quality of life and prevalence of six chronic diseases in homeless and housed people: a cross-sectional study in London and Birmingham, England. *BMJ Open*. 2019;9:e025192.
50. Hewett N, Halligan A, Boyce T. A general practitioner and nurse led approach to improving hospital care for homeless people. *BMJ* 2012; 345:e5999.
51. Wadhwa RK, Choi E, Shen C, Yeh RW, Joynt Maddox KE. Trends, causes, and outcomes of hospitalizations for homeless individuals: a retrospective cohort study. *Med Care*. 2019;57(1):21-27.
52. Pleace N, Quilgars N, Jayne D. Improving health and social integration through housing first: a review. In: Nicholas P. *Delegation Interministerielle a L'hebergement et a L'acces au logement*. France: DIHAL; 2013. 63 p.
53. Gutwinski S, Shreiter S, Deutscher K, Fazer S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: an updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2021;18(8):e1003750. Review.
54. Espindola MI, Bedendo A, Silva EA, Noto AR. Interpersonal relationships and drug use over time among homeless people a qualitative study. *BMC Public Health*. 2020;20:1746.
55. Egly EY. A glance at the good practices of nursing in primary care [Editorial]. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):930-1.